

KTN

Ansökan kan skickas in via [www.dkvhalsa.se](http://www.dkvhalsa.se) eller portofritt till:  
DKV Hälsa, Frisvar 121 420 300, 110 00 Stockholm

## Försäkringsförmedlare

FÖRSÄKRINGSFÖRMEDLARENS NAMN	SÄLJKOD	
FÖRETAG	TELEFON	
ADRESS	POSTNUMMER/ORT	E-POST

## Försäkrad

EFTERNAMN	FÖRNAMN	PERSONNUMMER
ADRESS	MOBILNUMMER PRIVAT	TELEFONNUMMER ARBETE
POSTNUMMER/ORT	E-POST	

## Val av försäkring

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vårdförsäkring Topp | <input type="checkbox"/> Utan remisskrav utan självrisk        | Med remisskrav innebär att försäkringen gäller först då behandlande läkare inom primärvården skrivit en remiss för vidare vård. |
| <input type="checkbox"/> Vårdförsäkring Plus | <input type="checkbox"/> Utan remisskrav med självrisk 500 kr  | Med självrisk betalar du 500 eller 1000 kronor per skadebesvär vid första läkarbesöket.   |
| <input type="checkbox"/> Vårdförsäkring Bas  | <input type="checkbox"/> Utan remisskrav med självrisk 1000 kr |   |
|  | <input type="checkbox"/> Med remisskrav                        | Remisskrav och självrisk kan ej kombineras.   |

## Försäkringstagare (om annan än försäkrad, t.ex. förälder/förmyndare)

EFTERNAMN / FÖRETAG	FÖRNAMN / KONTAKT FÖRETAG	PERSONNUMMER / ORGANISATIONSNUMMER
ADRESS	MOBILNUMMER PRIVAT / KONTAKT FÖRETAG	TELEFONNUMMER ARBETE
POSTNUMMER/ORT	E-POST PRIVAT / KONTAKT FÖRETAG	

## Betalare (om annan än försäkringstagare)

EFTERNAMN / FÖRETAG	FÖRNAMN / KONTAKT FÖRETAG	PERSONNUMMER / ORGANISATIONSNUMMER
ADRESS	MOBILNUMMER PRIVAT / KONTAKT FÖRETAG	TELEFONNUMMER ARBETE
POSTNUMMER/ORT	E-POST PRIVAT / KONTAKT FÖRETAG	

## Premiebetalning

Jag önskar autogiro:  Månad  Kvartal  Halvår  Helår

Bankens namn

Bankkontonr (Clearingnr, 4 siffror samt kontonr)

Jag önskar istället faktura:  Kvartal  Halvår  Helår

Kontonummer eller bankgironummer vid eventuell utestående premie som skall återbetalas:

Bankgiro nr /bankkontonr (Clearingnr, 4 siffror samt kontonr)

### E-faktura

Du kan som privatperson välja e-faktura i din internetbank efter du betalt första fakturan.

Företag som har e-faktura får detta automatiskt i sitt ekonomi- eller affärssystem om det stödjer e-faktura.

## Villkor

### VILLKOR FÖR AUTOGIRO

#### Allmänt

Autogiro är en betaltjänst som innebär att betalningar utförs från betalarens konto på initiativ av betalningsmottagaren. För att betalaren ska kunna betala via Autogiro, ska betalaren lämna sitt medgivande till betalningsmottagaren om att denne får initiera betalningar från betalarens konto. Dessutom ska betalarens betaltjänstleverantör (till exempel bank eller betalningsinstitut) godkänna att kontot kan användas för Autogiro och betalningsmottagaren ska godkänna betalaren som användare av Autogiro. Betalarens betaltjänstleverantör är inte skyldig att pröva behörigheten av eller meddela betalaren i förväg om begärda uttag. Uttag belastas betalarens konto enligt de regler som gäller hos betalarens betaltjänstleverantör. Meddelande om uttag får betalaren från sin betaltjänstleverantör. Medgivandet kan på betalarens begäran överflyttas till annat konto hos betaltjänstleverantören eller till konto hos annan betaltjänstleverantör.

#### Definition av bankdag

Med bankdag avses alla dagar utom lördag, söndag, midsommarafton, julafton eller nyårsafton eller annan allmän helgdag.

#### Information om betalning

Betalaren kommer av betalningsmottagaren att meddelas belopp, förfallodag och betalningssätt senast åtta bankdagar före förfallodagen. Detta kan meddelas inför varje enskild förfallodag eller vid ett tillfälle avseende flera framtida förfallodagar. Om meddelandet avser flera framtida förfallodagar ska meddelandet lämnas senast åtta bankdagar före den första förfallodagen. Detta gäller dock inte i de fall då betalaren godkänt uttaget i samband med köp eller beställning av vara eller tjänst. I sådant fall får betalaren meddelande av betalningsmottagaren om belopp, förfallodag och betalningssätt i samband med köpet och/eller beställningen. Genom undertecknandet av detta medgivande lämnar betalaren sitt samtycke till att betalningar som omfattas av betalningsmottagarens meddelande enligt denna punkt genomförs.

#### Täckning måste finnas på kontot

Betalaren ska se till att täckning finns på kontot senast kl 00.01 på förfallodagen. Har betalaren inte täckning på kontot på förfallodagen kan det innebära att betalningar inte blir utförda. Om täckning saknas för betalning på förfallodagen får betalningsmottagaren göra ytterligare uttagsförsök under de kommande bankdagarna. Betalaren kan på begäran få information från betalningsmottagaren om antalet uttagsförsök.

#### Stoppa betalning (återkallelse av betalningsorder)

Betalaren får stoppa en betalning genom att kontakta antingen betalningsmottagaren senast två bankdagar före förfallodagen eller sin betaltjänstleverantör senast bankdagen före förfallodagen vid den tidpunkt som anges av betaltjänstleverantören. Om betalaren stoppar en betalning enligt ovan innebär det att den aktuella betalningen stoppas vid ett enskilt tillfälle. Om betalaren vill att samtliga framtida betalningar som initieras av betalningsmottagaren ska stoppas måste betalaren återkalla medgivandet.

#### Medgivandets giltighetstid, återkallelse

Medgivandet gäller tills vidare. Betalaren har rätt att när som helst återkalla medgivandet genom att kontakta betalningsmottagaren eller sin betaltjänstleverantör. Meddelandet om återkallelse av medgivandet ska för att stoppa ännu inte genomförda betalningar vara betalningsmottagaren tillhanda senast fem bankdagar före förfallodagen alternativt vara betalarens betaltjänstleverantör tillhanda senast bankdagen före förfallodagen vid den tidpunkt som anges av betaltjänstleverantören.

#### Rätten för betalningsmottagaren och betalarens betaltjänstleverantör att avsluta anslutningen till Autogiro

Betalningsmottagaren har rätt att avsluta betalarens anslutning till Autogiro 30 dagar efter det att betalningsmottagaren underrättat betalaren härom. Betalningsmottagaren har dock rätt att omedelbart avsluta betalarens anslutning till Autogiro om betalaren vid upprepade tillfällen inte har haft tillräcklig kontobehållning på förfallodagen eller om det konto som medgivandet avser avslutas eller om betalningsmottagaren bedömer att betalaren av annan anledning inte bör delta i Autogiro. Betalarens betaltjänstleverantör har rätt att avsluta betalarens anslutning till Autogiro i enlighet med de villkor som gäller mellan betalarens betaltjänstleverantör och betalaren.

## Underskrift betalare

Undertecknad förbinder sig att betala premien för angiven försäkring. I de fall betalningen sker via Autogiro har jag tagit del av och accepterat villkoren för Autogiro.

Ort

Datum

Kontohavarens/Betalarens underskrift

# Hälsodeklaration



Deklarationen måste fyllas i av den försäkrade. Alla frågor ska besvaras. Eftersom det handlar om en behandlingsförsäkring är alla upplysningar om tidigare och nuvarande hälsotillstånd av betydelse. Om du glömmer att fylla i uppgifter kommer vi att skicka tillbaka den till dig för komplettering. All information som lämnas till oss behandlas strikt konfidentiellt.

EFTERNAMN

FÖRNAMN

PERSONNUMMER

ADRESS

MOBILNUMMER PRIVAT

TELEFONNUMMER ARBETE

POSTNUMMER/ORT

E-POST

## Hälsofrågor

LÄNGD (CM)

VIKT (KG)

**1. Röker du eller har du rökt under de sista 12 månaderna?**

Ja  Nej

**2. Har du eller har du tidigare haft hjärt-kärlsjukdom? (T ex angina pectoris, hjärtinfarkt, medfött hjärtfel, hjärtsvikt, klaffel, rytmrubbningar, blodpropp, högt blodtryck, högt kolesterol eller diabetes)?**

Ja  Nej

Om ja, uppge vilka sjukdomar

Vilken behandling har du fått/får du?

När (år/månad) hade du sist symptom?  
För vilken sjukdom?

**3. Har du eller har du tidigare haft; sjukdom i nervsystemet eller hjärnan (t ex migrän, upprepad huvudvärk, epilepsi, förlamning, svimningsanfall, multipel skleros, Parkinson, TIA, hjärnblödning/slag)?**

Ja  Nej

Om ja, uppge vilken sjukdom och när (år/månad) den debuterade

Vilken behandling har du fått/får du?

Om du har epilepsi eller migrän/huvudvärk, uppge hur ofta du har anfall

**4. Har du eller har du tidigare haft; lungsjukdomar (t ex astma, allergi, bronkit, KOL, emfysem)?**

Ja  Nej

Om ja, uppge vilken sjukdom och när (år/månad) den debuterade

Vilken behandling har du fått/får du?

**5. Har du eller har du tidigare haft sjukdomar i njurar eller urinvägar ( t ex blod eller äggvita i urin, urinvägsbesvär) lever, gallblåsa, bukspottskörtel ( t ex hepatit, förstorad lever, onormala levervärden, inflammation i bukspottskörteln, gallsten, inflammation i gallblåsan)?**

Ja  Nej

Om ja, uppge vilken sjukdom och när (år/månad) den debuterade

Vilken behandling har du fått/får du? Tidsperiod?

När (år/månad) hade du sist symptom? För vilken sjukdom?

Om du har haft urinvägsinfektion/ gallsten, uppge antal behandlingar sista 3 åren

**6. Har du eller har du tidigare haft sjukdomar i matsmältningsorganen ( t ex matstrupsinflammation, reflux, katarr, magsår, ulcerös colit, Crohns sjukdom, irritable tjocktarm)?**

Ja  Nej

Om ja, uppge vilken sjukdom och när (år/månad) den debuterade

Vilken behandling har du fått/får du? Tidsperiod?

När (år/månad) hade du sist symptom? För vilken sjukdom?

**7. Har du eller har du tidigare haft; hudsjukdomar ( t ex psoriasis, eksem), hudcancer eller godartade bölder, kontrollerat eller tagit bort födelsemärken?**

Ja  Nej

Om ja, uppge vilken sjukdom och när (år/månad) den debuterade

Vilken behandling har du fått/får du? Tidsperiod?

Resultat?

**8. Har du eller har du tidigare haft; reumatiska sjukdomar ( t ex gikt, Bechterew, reumatism)?**

Ja  Nej

Om ja, uppge vilken sjukdom och när (år/månad) den debuterade

Vilken behandling har du fått/får du? Tidsperiod?

**9. Har du eller har du tidigare haft; ögonsjukdomar ( t ex stor synnedsättning, näthinneavlossning, regnbågsinflammation, grå eller grön starr)?**

Ja  Nej

Om ja, uppge vilken sjukdom och när (år/månad) den debuterade

Vilken behandling har du fått/får du? Tidsperiod?

**10. Har du eller har tidigare haft; öronsjukdomar ( t ex nedsatt hörsel, öronsus/tinnitus, kristallsjuka)?**

Ja  Nej

Om ja, uppge vilken sjukdom och när (år/månad) den debuterade

När hade du sist symptom? Tidsperiod?

Vilken behandling har du fått/får du? Uppge när

**11. Har du undersökts eller behandlats av läkare de sista 5 åren? Om du har haft flera undersökningar eller behandlingar önskar vi veta samtliga.**

Ja  Nej

Om ja, när? Och varför/diagnos?

Av vem? (namn och adress)

Resultat?

Är fortsatt behandling/kontroll aktuell?

**12. Har du undersökts, behandlats eller kontrollerats på sjukhus, klinik eller annan hälsoinstitution under de sista 10 åren, eller har du rekommenderats undersökning, behandling eller operation? Om du har haft flera undersökningar/behandlingar önskar vi veta samtliga.**

Ja  Nej

Om ja, när? Och varför/diagnos?

Av vem? (namn och adress)

Resultat?

Är fortsatt behandling/kontroll aktuell?

**13. Har du undersökts eller behandlats under de sista 5 åren och/eller fått behandling/rådgivning för: utbrändhet, ångest, depression, ätstörningar, koncentrationsproblem eller andra psykiska besvär?**

Ja  Nej

Om ja, tidsperiod?

Har du varit sjukskriven för detta? Tidsperiod?

Av vem? (namn och adress)

Varför/diagnos?

Är fortsatt behandling/kontroll aktuell?

Ja  Nej

**14. Använder du eller har du använt mediciner eller andra preparat under de sista 5 åren?**

Ja  Nej

Medicin

För vad?

Tidsperiod

Använder fortfarande medicinen?

Ja  Nej

Ja  Nej

Ja  Nej

Ja  Nej

Ja  Nej

15. Har du eller har du tidigare haft symptom/besvär som du inte har sökt läkare/behandling för eller fått diagnos för?

Ja  Nej

Beskriv symptom/  
besvär

16. Missbrukar du eller har du missbrukat alkohol, narkotiska medel och/eller prestationshöjande medel (dopingpreparat) och/eller rekommenderats behandling för detta?

Ja  Nej

Om ja, beskriv

När? (år/månad)

17. Har du haft ont/besvär med muskler, skelett, senor, leder eller andra diffusa smärtor under de sista 5 åren? Om ja, beskriv.

Ja  Nej

Var?	När uppstod besvären?	När hade du besvär sist?	Diagnos/besvär?	Behandling? Ange vilken/hos vem
<input type="text" value="Rygg"/>				
<input type="text" value="Nacke"/>				
<input type="text" value="Bäcken"/>				
<input type="text" value="Diffusa smärtor"/>				
<input type="text" value="Smärtor i leder muskler, senor"/>				
<input type="text" value="Knä"/>	<input type="checkbox"/> Vä <input type="checkbox"/> Hö			
<input type="text" value="Höft"/>	<input type="checkbox"/> Vä <input type="checkbox"/> Hö			
<input type="text" value="Arm"/>	<input type="checkbox"/> Vä <input type="checkbox"/> Hö			
<input type="text" value="Skuldra"/>	<input type="checkbox"/> Vä <input type="checkbox"/> Hö			

18. Har du behandlats av sjukgymnast, kiropraktor, naprapat eller liknande under de sista 5 åren? Om du har haft flera undersökningar/behandlingar önskar vi veta samtliga.

Ja  Nej

Om ja, när? (år/månad)

Resultat?

Av vem? (namn och adress)

Varför/diagnos?

Är fortsatt behandling/  
kontroll aktuell?

Antal behandlingar  
sista 3 åren

### OM FÖRSÄKRINGSAVTALET:

Jag bekräftar att upplysningarna som är angivna ligger till grund för försäkringsavtalet med DKV Hälsa.

Jag är medveten om:

- att försäkringsbolagets representant inte har fullmakt att göra en bindande värdering för företaget och att jag är ansvarig för att alla upplysningar är korrekta, även om försäkringsbolagets representant har fyllt i blanketten.
- att försäkringen inte täcker alla typer av behandlingar, och att det finns vissa begränsningar, som speciellt är nämnda i avtalsdokumentationen.
- att riskbedömning kan leda till tillägg i premien, reservation eller avslag för hela eller delar av försäkringen.
- att den försäkrade ska vara bosatt i Norden och vara ansluten till någon försäkringskassa i Norden.
- att svensk lag gäller för försäkringsavtalet.
- att sjukvårdsförsäkringen regleras av Försäkringsavtalslagen.
- att eventuell ersättning kan avgöras beroende på om jag eller kravställaren ger försäkringsbolaget de nödvändiga fullmakterna för inhämtning av ytterligare upplysningar.

### PREMIER OCH INBETALNING

Jag är medveten om:

- att de gällande premierna kan bli ändrade efter det att riskbedömningen är klar.
- att premier och försäkringsvillkor gäller under 1 år och kan ändras av försäkringsbolaget vid den årliga förnyelsen av kontraktet.
- att för försäkringsavtalets ikraftträdande (giltighet) och inträdandet av försäkringsgivarens ansvar krävs att den första premien betalas senast den dag som anges som sista betalningsdag på premieavin. Under förutsättning att premien betalas senast denna dag träder försäkringsavtalet i kraft den dag då premien har betalats, dock tidigast det datum som anges i försäkringsbrevet. Från samma tidpunkt och under samma förutsättning inträder försäkringsgivarens ansvar. Betalning av den första premien efter den angivna sista betalningsdagen behandlas som en ny ansökan om försäkring.
- att premien ökar med stigande ålder.

### HÄLSODEKLARATIONEN – UPPLYSNINGSPLIKT

- Jag bekräftar att upplysningar är givna så noggrant och fullständigt som möjligt. Jag känner till att oriktiga eller ofullständiga upplysningar kan leda till att försäkringen blir ogiltig eller kan sägas upp, och att ersättningar inte blir betalda enligt Försäkringsavtalslagen.

### FULLMAKT

Jag godkänner:

- att DKV Hälsa kan inhämta/ge upplysningar om kundförhållandet från/till företag inom Storebrandkoncernen och Deutsche Krankenversicherung (DKV). Anledningen är att kunna ge en samlad översikt över försäkringstagarens engagemang i försäkringsbolaget och Storebrandkoncernen/DKV, och att kunna tillrättalägga försäkringsbolagets och koncernens tjänster för försäkringstagaren, samt att utföra statistiska analyser av försäkringsbestånden. Detta godkännande omfattar inte hälsoupplysningar eller andra upplysningar som räknas som känsliga enligt personuppgiftslagen, om det inte sker med hänsyn till att säkra enskild riskbedömning och/eller motverka svek.
- att DKV Hälsa kan registrera och vidareförmedla samt motta hälsoupplysningar till och från aktuella behandlingenheter, om jag får behov av behandling.

### DKV HÄLSA BEHANDLAR DINA PERSONUPPGIFTER

- Vi behandlar personuppgifterna för att kunna registrera och administrera din vårdförsäkring hos DKV Hälsa.
- De personuppgifter som du har lämnat till DKV Hälsa är nödvändiga för att vi ska kunna administrera ditt kundförhållande och fullgöra våra avtalsförpliktelser. Personnummer krävs för säker identifiering och korrekt rapportering till myndigheter.
- Vi lagrar informationen så länge du omfattas av försäkringen hos oss. Uppgifterna raderas när vi inte längre har några förpliktelser enligt avtalet eller andra bestämmelser.
- Du kan läsa mer om dina rättigheter, såsom rätten till insyn, rättelse och radering, i vår integritetspolicy på [www.dkvhalsa.se](http://www.dkvhalsa.se).
- DKV Hälsa verkställande direktör är ansvarig för behandlingen av dina personuppgifter. Om du har frågor om hur vi behandlar personuppgifter så kan du sända ett mail till [dataskyddsombud@dkvhalsa.se](mailto:dataskyddsombud@dkvhalsa.se) alternativt sända ett brev till till Postadress: DKV Hälsa, Dataskyddsombud, 105 39 Stockholm.

## Underskrift

Jag bekräftar att jag inför denna ansökan har mottagit DKV Hälsas förköpsinformation och har haft möjlighet att läsa den innan ansökan.

**Underskrift försäkrad** (om personen är under 18 år ska ansökan signeras av en förmyndare)

Ort

Datum

Försäkrade/förmyndares underskrift

**Underskrift försäkringstagare** (om annan än försäkrad)

Ort

Datum

Försäkringstagares underskrift (om annan än försäkrad)

OBS! Det får inte gå mer än en månad från underskriftdatum till dess att hälsodeklarationen kommit DKV Hälsa tillhanda. Inhämtad information kommer att arkiveras hos DKV Hälsa oavsett om ansökan bifalles eller inte.

## Förköpsinformation Individuell Vårdförsäkring

Det här är en kortfattad översikt av försäkringen, du som konsument har rätt att få denna information enligt lag. Du finner de fullständiga villkoren på vår hemsida [www.dkvhalsa.se](http://www.dkvhalsa.se). För försäkringsavtalet gäller försäkringsavtalslagen och allmän svensk lag i övrigt.

DKV Hälsa är den svenska verksamhetsgrenen i det norska försäkringsbolaget Storebrand Helseforsikring AS. Försäkringsgivare är Storebrand Helseforsikring AS.

### Vårdförsäkring – omfattning i korthet

- vårdförsäkringen omfattar planerad privat sjukvård från undersökning till behandling/operation
- obegränsad behandlingstid så länge försäkringen är i kraft
- ingen övre beloppsgräns för vård och behandling
- garanti: behandling inom max 14 arbetsdagar
- möjlighet att själv påverka tid för behandling
- försäkringen kan behållas livet ut.

Se avsnitt “Viktiga begränsningar” på sida 4 för att se vad försäkringen inte täcker. Om det är ett särskilt skydd som är viktigt för dig så ber vi dig att kontakta oss eller din rådgivare för att ta reda på om försäkringen innehåller det.

Vårdförsäkringen finns i tre nivåer: Bas, Plus och Topp.

### Vårdförsäkring Bas

#### Boka vård

Vid behov av vård använder den försäkrade appen eller ringer Helpline och får tala med legitimerade sjuksköterskor som bistår med vårdplanering. Helpline nås på telefonnummer 0770 - 456 780, öppettider på telefon är helgfria vardagar kl. 08.00 – 17.00. Kostnader för besök direktfaktureras av vårdgivaren till Helpline.

#### App

I appen DKV Hälsa som finns på App Store och Google Play kan den försäkrade:

- få hjälp dygnet runt med Vård Online
- se sitt digitala försäkringskort
- ansöka om ersättning och skicka in remisser

#### Ansvarstid

Ansvarstid är den tid under vilken ersättning kan lämnas för varje försäkringsfall. Försäkringsgivarens ansvarstid är obegränsad medan försäkringen är gällande. Har försäkringen upphört att gälla upphör ansvarstiden och därmed ersättningen.

#### Rehabilitering

Rehabilitering upp till 28 dygn på en rehabiliteringsinstitution i Norden. Rehabiliteringen måste vara en nödvändig del av operationen/sjukhusinläggningen, efter remiss från läkare och skall förhandsgodkännas av försäkringsgivaren.

#### Second opinion

Vid livshotande sjukdom eller skada eller särskilt riskfylld behandling kan en ytterligare bedömning av annan läkare ges (second opinion). Gäller en konsultation per försäkringsfall och ska godkännas av försäkringsgivaren.

#### Kristöd

Försäkringen täcker kostnader för upp till 10 psykologi behandlingar per försäkringsfall, till exempel vid olycka, dödsfall, allvarlig sjukdom, överfall eller inbrott.



## Specialistläkarbehandling

Behandling, undersökning och diagnostisering hos allmän- eller specialistläkare.

## Dietist

Försäkringen ersätter efter remiss från läkare nödvändiga kostnader för högst tio konsultationer per skadetillfälle hos legitimerad dietist. Behandlingen ska förhandsgodkännas och vara förmedlad av försäkringsgivaren.

## Dagkirurgi

Operation utan övernattning på privatsjukhus eller hos specialist.

## Inläggning på sjukhus

- operation som kräver minst en övernattning på privatsjukhus
- behandling av medicinska orsaker
- rehabilitering.

## Cancervård

- kirurgiskt ingrepp
- strålbehandling
- cellgiftsbehandling.

## Offentlig vård

Besöken bokas på egen hand av den försäkrade och ska godkännas av Helpline. Ersättning för utlägg av patientavgifter upp till högkostnadsskyddet ersätts mot inskickat originalkvitto och skadeanmälan.

## Kostnader för resa och uppehålle

Försäkringen täcker kostnader för resa och uppehålle i samband med inläggning på sjukhus och/eller operation. Vid specialistläkarbesök/undersökning täcker försäkringen kostnader för resa om avståndet mellan hemmet och behandlingsstället överstiger 15 mil enkel resa.

## Behandlingsgaranti

Försäkringen garanterar den försäkrade behandling inom 14 arbetsdagar från den dag försäkringsbolaget mottagit fullständig och nödvändig medicinsk dokumentation.

## Receptbelagda läkemedel

Försäkringen ersätter nödvändiga kostnader för receptbelagda läkemedel som omfattas av försäkringen och läkemedelsförmånen. DKV ersätter kostnader upp till gränsen motsvarande högkostnadsskyddet under en 12-månadersperiod.

## Vårdförsäkring Plus

Förutom det som ingår i Vårdförsäkring Bas omfattas även följande moment: Fysikalisk behandling av legitimerad fysioterapeut, kiropraktor och/eller naprapat upp till 24 st. behandlingstillfällen per kalenderår.

## Vårdförsäkring Topp

Förutom det som ingår i Vårdförsäkring Bas och Plus omfattas även följande: behandling hos psykolog/psykoterapeut steg II för lättare psykiska besvär, upp till 10 konsultationer per försäkringsfall. Den försäkrade har även tillgång till en telefontjänst som heter Personstöd som är öppet dygnet runt. Syftet med Personstöd är att motverka stressrelaterade åkommor och ta tag i problemet innan sjukdom och sjukfrånvaro är ett faktum. Rådgivning ges för en rad olika områden som den försäkrade upplever framkallar stress.

Vårdförsäkring Bas, Plus och Topp kan även tecknas med eller utan krav på remiss, självrisk och karens. Remisskrav och självrisk kan inte kombineras.

### **Självrisk**

Försäkringen kan tecknas med eller utan självrisk. Självriskens beräknas per varje separat försäkringsfall och skall betalas av den försäkrade direkt till vårdgivaren. Självriskens storlek framgår i försäkringsbrevet.

Försäkringen gäller alltid utan självrisk vid behandling hos fysioterapeut, kiropraktor, naprapat och psykolog.

### **Remiss**

Remisskrav innebär att försäkringen endast ersätter kostnader för vård och behandling för vilken primärt behandlande läkare lämnat remiss. Inga kostnader för vård eller behandling som uppkommit innan en remiss till läkare inom specialistvården har utfärdats ersätts.

### **Vem kan teckna försäkring?**

Individuellt försäkringsavtal kan enbart tecknas för person som är bosatt i Norden och som är ansluten till och berättigad till ersättning från försäkringskassa i Norden. Försäkringen kan tecknas från 0 till och med 66 år.

Försäkringen tecknas genom en fullständig hälsodeklaration. Hälsodeklarationen lämnas av den som tecknas försäkringen. Med utgångspunkt i uppgifterna som framgår av hälsodeklarationen görs därefter en bedömning om försäkringen kan beviljas, och om den i såfall kan beviljas mot normal premie och utan förbehåll.

Det anges i försäkringsbrevet om försäkringen gäller med förhöjd premie eller förbehåll och försäkringstagaren antar erbjudandet genom att betala premien.

### **När börjar försäkringen gälla?**

Under förutsättning att den försäkrade lämnat godkänd hälsodeklaration och försäkringen i övrigt kan meddelas på normala villkor, gäller försäkringen från och med dagen efter den dag premien betalats (ikraftträdandetidpunkten).

### **Var gäller försäkringen?**

Försäkringen gäller i Norden hos/vid behandlare, sjukhus och kliniker som försäkringsgivaren har samarbetsavtal med. Vid allvarligare diagnoser såsom t ex cancer finns det möjlighet att få vård utanför Norden via vårt Best Care nätverk, denna vård skall alltid förhandsgodkännas av försäkringsgivaren.

### **Behandlande institutions ansvar för behandlingen**

Försäkringsgivaren har ingått avtal med sjukhus och specialister som erbjuder behandling till de personer som är försäkrade hos försäkringsgivaren. De ekonomiska konsekvenserna av fel eller misstag i samband med behandling är behandlande institutions ansvar, inte försäkringsgivarens. Försäkringsgivaren är inte heller ansvarig för men eller andra skador av icke ekonomisk art.

### **Uppsägning av avtalet**

Försäkringen upphör att gälla:

- när den försäkrade inte längre är fast bosatt i Norden, om inte annat är särskilt avtalat
- från den tidpunkt den försäkrade inte längre är medlem i någon försäkringskassa i Norden
- från den tidpunkt försäkringsavtalet upphör att gälla på grund av uppsägning av försäkringstagaren
- från den tidpunkt försäkringsavtalet sägs upp av försäkringsgivaren till slutet av en premieperiod, dock tidigast en månad efter uppsägningen avsändes till försäkringstagaren
- vid utebliven betalning av premie.

### **Skatteregler**

Premien för vårdförsäkringen är avdragsgill med 100% för arbetsgivaren och den anställde förmånsbeskattas med 60%.

## Ändring av premie och villkor

Försäkringsgivaren kan ändra försäkringsvillkor och premie varje år i samband med den årliga förnyelsen. Försäkringsgivaren kan ändra premien med anledning av förändringar i förhållande mellan skadekostnader och premie.

## Försäkringstiden och förnyelse

Försäkringsavtalet förnyas varje år så länge premien betalas och försäkringen inte sägs upp. Försäkringsgivaren förbehåller sig rätten att inte förnya en försäkring när det föreligger särskilda grunder som gör det rimligt att avbryta försäkringsförhållandet.

## Premiebetalning

Försäkringstagare eller betalare får en avisering om inbetalning av premien. Betalningsfristen för premie som inte är den första premien är en månad från det försäkringsgivaren avsände premieaviseringen.

Om premien inte betalas senast den dag betalningsfristen utlöper, kommer försäkringsgivaren att skicka en påminnelse med betalningsfrist på minst 14 dagar. För påminnelse utgår lagstadgad påminnelseavgift. Om inbetalning av premie, som inte är den första premien, inte sker senast i påminnelsen angivet datum upphör försäkringsgivarens ansvar. Försäkringsgivaren får säga upp försäkringen till upphörande fjorton dagar efter uppsägningens avsändande om premien inte betalats under denna tid. Meddelande om uppsägning och tidpunkten för upphörande ska skickas till gruppföreträdaren och till gruppmedlemmarna.

## Viktiga begränsningar

Försäkringen omfattar endast behandling som är medicinskt nödvändig.

Försäkringen täcker inte kostnader för:

- behandling av sjukdom/skada som kräver akut hjälp/behandling
- behandling som inte är medicinskt nödvändig
- kosmetisk behandling
- behandling av övervikt
- skada som inträffat genom kärnfysisk explosion
- borttagning och kontroll av hudförändringar/leverfläckar/födelsemärken utan misstanke om malignitet
- behandling där den försäkrade uteblir eller avbokar senare än 24 timmar innan
- dialysbehandling
- behandling eller operation vid sterilisering, abort, prevention, graviditet, födsel, mödravård, familjeplanering/ barnlöshet eller könsbyte samt direkta följder av sådan behandling
- behandling vid sjukdomar som omfattas av smittskyddslagen
- utredning, behandling och operation vid sömnstörningar
- tandvård
- behandling eller operation till följd av skada/besvär/sjukdom som den försäkrade orsakat sig själv genom grov oaktsamhet eller riskfyllt beteende
- behandling hos psykiater eller vid psykiatrisk institution
- behandling av psykoser eller andra allvarliga psykiska sjukdomar
- köp, hyra och utprovning av medicinska hjälpmedel
- köp av medicin, med undantag av receptbelagda läkemedel
- syntest, glasögon och kontaktlinser samt operation för korrektion av när- och långsynthet samt brytningsfel
- vaccination, förebyggande hälsokontroll och intyg om inget annat är överenskommet
- vistelse på rehabiliteringsinstitution utan aktiv rehabilitering
- utredning och behandling av demenssjukdom
- försäkringsgivaren ersätter inte kostnader eller utgifter som kan ersättas på annat sätt genom lagar, föreskrifter, konventioner, annan försäkring eller kollektivavtal.

## Allmänna viktiga begränsningar

Den försäkrade kan inte göra sin rätt gällande enligt dessa villkor om försäkringsgivaren är förhindrad att uppfylla sina plikter på grund av force majeure. För mer information se fullständiga villkor.

## Försäkringsvillkor

Denna folder är en sammanfattning. För fullständig försäkringsinformation, se försäkringsvillkor på vår hemsida [www.dkvhalsa.se](http://www.dkvhalsa.se). För mer information, ta kontakt med din rådgivare eller DKV Hälsa på [admin@dkvhalsa.se](mailto:admin@dkvhalsa.se).

## Försäkringsgivare

Försäkringsgivare är Storebrand Helseforsikring AS, org.nr. 980 126 196 i Foretaksregistret, Brønnøysund, Norge, adress Professor Kohts vei 9, Postboks 464, N-1327 Lysaker, Norge.

Försäkringsgivaren representeras i Sverige av Storebrand Helseforsikring AS Norge, filial i Sverige, org.nr. 516402-6998, Vasagatan 10, S-105 39 Stockholm, med firma DKV Hälsa [www.dkvhalsa.se](http://www.dkvhalsa.se).

## Behandling av personuppgifter

- Vi behandlar personuppgifter för att kunna registrera och administrera vårdförsäkringen hos DKV Hälsa samt bestämma korrekta villkor för ditt avtal.
- De personuppgifter som du har lämnat till DKV Hälsa är nödvändiga för att vi ska kunna administrera ditt kundförhållande och fullgöra våra avtalsförpliktelser. Personnummer krävs för säker identifiering och korrekt rapportering till myndigheter.
- Vi lagrar information så länge du är kund hos oss. Uppgifterna raderas när vi inte längre har förpliktelser enligt avtalet eller andra bestämmelser.
- Du kan läsa mer om dina rättigheter, såsom rätten till insyn, rättelse och radering av uppgifter, i vår integritetspolicy på [www.dkvhalsa.se](http://www.dkvhalsa.se).
- DKV Hälsa verkställande direktör är ansvarig för behandlingen av dina personuppgifter. Om du har frågor om hur vi behandlar personuppgifter så kan du sända ett mail till [dataskyddsombud@dkvhalsa.se](mailto:dataskyddsombud@dkvhalsa.se) alternativt sända ett brev till till Postadress: DKV Hälsa, Dataskyddsombud, 105 39 Stockholm.

## Registrering och förmedling av hälsoupplysningar/medicinsk dokumentation

Hälsoupplysningar/medicinsk dokumentation som försäkringsgivaren mottager kan registreras och förmedlas till vald behandlingsinstitution.

## Om du ångrar dig

Det finns en rätt att ångra försäkringsavtalet inom 30 dagar från det att det ingåtts eller efter det att försäkringsavtalet skickats ut. Då återbetalas erlagd premie med avdrag för den tid försäkringen varit gällande, samt avdrag för DKV Hälsas kostnader. Begäran om återgång av avtalet ska göras skriftligen till DKV Hälsa.

## Klagomål och reklamationer

Har du frågor eller klagomål på försäkringen kan denna ställas till DKV Hälsa via telefon, e-post eller vanlig post. Om du har ett klagomål och du bedömer detta som ett allvarligt klagomål rekommenderar vi att du skickar in detta per e-post till [klagomal@dkvhalsa.se](mailto:klagomal@dkvhalsa.se). Är vi inte överens, kan du vända dig till Allmänna Reklamationsnämnden eller Personförsäkringsnämnden. Kostnadsfri rådgivning kan erhållas hos Konsumenternas Försäkringsbyrå. Försäkringsärenden kan även prövas i svensk domstol, i första hand vid tingsrätt.