

FÖRENKLAD HÄLSODEKLARATION

UPPGRADERING AV PRODUKT FÖR INDIVIDUELLA AVTAL

KTS

Ansökan skickas portofritt till:
DKV Hälsa, Frisvar 121 420 300, 110 00 Stockholm

Försäkrad

EFTERNAMN

FÖRNAMN

AVTALSNUMMER

PERSONNUMMER

MOBILNUMMER PRIVAT

Val av försäkring

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vårdförsäkring Topp | <input type="checkbox"/> Utan självrisk | Med självrisk betalar du 500 eller 1000 kronor per skadebesvär vid första läkarbesöket. |
| <input type="checkbox"/> Vårdförsäkring Plus | <input type="checkbox"/> Med självrisk 500 kr | |
| | <input type="checkbox"/> Med självrisk 1000 kr | |

Hälsodeklaration (fyll endast i de frågor som uppgraderingen gäller)

- **Bas till Plus besvara fråga 1-2**
- **Bas till Topp besvara fråga 1-5**
- **Plus till Topp besvara fråga 3-5**

Deklarationen måste fyllas i av den försäkrade. Alla frågor måste besvaras så utförligt som möjligt.
Om du svarar Ja på någon av frågorna måste du lämna mer utförlig information om bl.a. de behandlingar du genomgått.

1. Har du eller 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
Rygg				
Nacke				
Bäcken				
Diffusa smärtor				
Smärter i leder muskler, senor				
Knä	<input type="checkbox"/> Vä <input type="checkbox"/> Hö			
Höft	<input type="checkbox"/> Vä <input type="checkbox"/> Hö			
Arm	<input type="checkbox"/> Vä <input type="checkbox"/> Hö			
Skuldra	<input type="checkbox"/> Vä <input type="checkbox"/> Hö			

2. 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?

Hälsodeklaration (fyll endast i de frågor som uppgraderingen gäller)

Deklarationen måste fyllas i av den försäkrade. Alla frågor måste besvaras så utförligt som möjligt.

Om du svarar Ja på någon av frågorna måste du lämna mer utförlig information om bl.a. de behandlingar du genomgått.

3. Har du för närvarande eller har du under de sista 5 åren haft psykiska besvär som t.ex stress, ångest, utbrändhet, nedstämdhet, ätstörningar, koncentrationssvårigheter, sömnstörningar eller annat?

Ja Nej

Om ja, vilken sjukdom/symptom/åkomma?

När uppstod symtomen?

4. Har du undersökts eller fått behandling/rådgivning under de sista 5 åren för: utbrändhet, stress, ångest, depression, ätstörningar, sömnsvårigheter, 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

5. Använder du eller har du använt mediciner eller andra preparat kopplat till psykiska besvär under de sista 5 åren?

Ja Nej

Medicin

För vad?

Tidsperiod

Använder fortfarande medicinen?

Ja Nej

Ja Nej

Ja Nej

Ja Nej

Ja Nej

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 premieaviv. 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 ERGO-koncernen. Anledningen är att kunna ge en samlad översikt över försäkringstagarens engagemang i försäkringsbolaget och ERGO-koncernen, 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 Dataskyddsförordningen (GDPR), 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 behandlingsenheter, 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.
- 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 alternativt sända ett brev till Postadress: DKV Hälsa, Dataskyddsombud, 105 39 Stockholm.

Underskrift

Behandling av dina hälsouppgifter

För att DKV Hälsa ska kunna erbjuda dig en uppgraderad vårdförsäkring så måste du ge ditt samtycke till att DKV Hälsa behandlar dina hälsouppgifter.

Jag samtycker till att DKV Hälsa behandlar mina hälsouppgifter för att fullgöra förpliktelser enligt avtalet som tecknats om vårdförsäkring.

Jag bekräftar också 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 underskriftsdatum till dess att hälsodeklarationen kommit DKV Hälsa tillhanda. Inhämtad information kommer att arkiveras hos DKV Hälsa oavsett om ansökan bifalles eller inte.