Förenklad Hälsodeklaration

Uppgradering av produkt för individuella avtal

KTS

Ansökan skickas portofritt till:
DKV Hälsa, Svarspost 20803368, 110 12 Stockholm

Försäkrad

Efternamn: Förnamn:

Avtalsnummer: Personnummer: Mobilnummer privat:

Val av försäkring

Vårdförsäkring Topp	Utan självrisk
Vårdförsäkring Plus	Med självrisk 500 kr
	Med självrisk 1000 kr

Med självrisk betalar du 500 eller 1000 kronor per skadebesvär vid första läkarbesöket.

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						
Smärtor i leder, muskler, senor						
Knä	Vä	Hö				
Höft	Vä	Hö				
Arm	Vä	Hö				
Skuldra	Vä	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?

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 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 ☐

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 du fortfarande medicinen?
			Ja ☐ Nej ☐
			Ja ☐ Nej ☐
			Ja ☐ Nej ☐
			Ja ☐ Nej ☐
			Ja ☐ Nej ☐

Upplysningar och fullmakt

Om försäkringsavtalet:

Jag bekräftar att upplysningarna som är angivna ligger till grund förförsäkringsavtalet 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 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.

ERGO FORSIKRING A/S, GENOM ERGO FÖRSÄKRING FILIAL, UNDER VARUMÄRKE ”DKV HÄLSA”, BEHANDLAR DINA PERSONUPPGIFTER ENLIGT FÖLJANDE:

- Vi behandlar personuppgifterna för att kunna registrera och administrera din vårdförsäkring hos ERGO Forsikring A/S genom ERGO Försäkring Filial, under varumärket DKV Hälsa.
- De personuppgifter som du har lämnat till oss är nödvändiga för att vi ska kunna administrera kundförhållandet och fullgöra våra avtalsförpliktelser. Vi behöver också behandla personuppgifter för att kunna beräkna och lämna dig uppgift om premie för en försäkring. Vi behandlar även dina personuppgifter för att dokumentera den rådgivning vi ger. Om personuppgifterna är känsliga behandlar vi dina personuppgifter för att fastställa, göra gällande och försvara rättsliga anspråk samt för att vår behandling är nödvändig för att uppfylla skyldigheter. 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 är ett varumärke. Ansvarig för behandlingen av dina personuppgifter är ERGO Forsikring A/S, Frederiksberg Allé 3, DK-1790 Köpenhamn V, med reg-nr. 62940514 i det danska företagsregistret. ERGO Forsikring A/S genom ERGO Försäkring Filial tar emot dina personuppgifter.

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.

DKV0041 3.6 2025/11