**Meghatalmazás és beleegyező nyilatkozat**

**HollandZorg Flexpolis**
**(„HollandZorg Public Health Insurance” egészségbiztosítás és „No Risk” I és II kiegészítő biztosítás)**

**Tartalom**

Ez a meghatalmazás és beleegyező nyilatkozat az alábbiakra vonatkozik:

1. (Kiegészítő) egészségbiztosítás megkötése és megszüntetése, valamint díjfizetés.
2. Gondozási támogatás igénylése.

Alulírott kijelentem, hogy a(z)

|  |
| --- |
|  «Handelsnaam» cég alkalmazásában állok, melynek székhelye a(z) «Vestigingsplaats» cím alatt található. |

1. **Meghatalmazás és engedély (kiegészítő) egészségbiztosítás(ok) megkötésére**

Én, az alább megnevezett munkavállaló,

* ezennel meghatalmazást adok a(z) «Handelsnaam» cégnek – melynek székhelye a(z) «Vestigingsplaats» cím alatt található – arra, hogy nevemben

	+ mint biztosítási kötvénytulajdonos és biztosított részére a(z) «Handelsnaam» cégnél történő munkavégzésemtől kezdődően a HollandZorg biztosítónál „HollandZorg Public Healthcare Insurance” egészségbiztosítást kössön;
	+ mint biztosítási kötvénytulajdonos és biztosított részére a HollandZorg biztosítónál kiegészítő „No Risk” (I és II) biztosítást kössön a „HollandZorg Public Healthcare Insurance” egészségbiztosításéval azonos szerződéskötési időponttal;
	+ módosítsa a „HollandZorg Public Healthcare Insurance” egészségbiztosítást vagy intézkedjen annak felmondásáról attól a naptól, amelyen a(z) «Handelsnaam» cégnél történő alkalmazásom megszűnik, kivéve, ha egészségbiztosítási kötelezettségem továbbra is fennáll;
	+ módosítsa, illetve mondja fel a kiegészítő „No Risk” (I és II) biztosítást, vagy intézkedjen annak felmondásáról attól a naptól, amelyen a(z) «Handelsnaam» cégnél történő alkalmazásom megszűnik;
	+ adja meg a HollandZorg biztosítónak azokat a személyes adataimat – köztük a hollandiai állampolgári szolgáltatási számomat (BSN), e-mail címemet és IBAN számomat –, amelyek a fent említett biztosítási szerződés, illetve szerződések igényléséhez és felmondásához szükségesek;
	+ időben értesítse a HollandZorg biztosítót a személyes adataimban esetleg bekövetkező változásokról;
	+ haladéktalanul fizesse meg a HollandZorg biztosító részére a „HollandZorg Public Healthcare Insurance” egészségbiztosítás és a kiegészítő „No Risk” biztosítás alapján engem terhelő biztosítási díjakat;
	+ fogadja a HollandZorg biztosító által a fent említett biztosítási szerződés, illetve szerződések alapján részemre teljesítendő folyósításokat, majd azok összegét fizesse ki nekem, amennyiben a HollandZorg ezeket az összegeket nem közvetlenül nekem, hanem a(z) «Handelsnaam» cégnek folyósítja;
	+ fogadja a „HollandZorg Public Healthcare Insurance” egészségbiztosítás és a kiegészítő „No Risk” biztosítás, illetve ezen belül a biztosítási kötvény kapcsán a HollandZorg biztosítótól kapott értesítéseket. A(z) «Handelsnaam» cég köteles haladéktalanul értesíteni engem ezekről az üzenetekről (azok tartalmáról).
* meghatalmazást adok a(z) «Handelsnaam» cégnek arra, hogy:

	+ levonja a fizetésemből a „HollandZorg Public Healthcare Insurance” egészségbiztosítás és a kiegészítő „No Risk” biztosítás kapcsán általam fizetendő biztosítási díjösszegeket, vagy beszámítsa ezeket az összegeket a részemre folyósítandó összegekbe, és e célból megőrizze biztosítási kötvényemet (annak egy példányát).
	+ A fenti biztosítási szerződések megkötése nyomán az általam fizetendő biztosítási díj összege az alábbi díjelemekből áll:

„HollandZorg Public Healthcare Insurance” egészségbiztosítási díj ……… euró

„No Risk I” kiegészítő biztosítási díj ……… euró

„No Risk II” kiegészítő biztosítási díj ....0,00 euró

Az esedékes havi biztosítási díj teljes összege ……... euró

Tisztában vagyok azzal, hogy a fenti díjelemek összege a biztosítási idő alatt megváltozhat.

Amennyiben a fenti összegek levonását vagy beszámítását a jog nem teszi lehetővé, úgy meghatalmazást adok a(z) «Handelsnaam» cégnek arra, hogy azokat IBAN számlámról emelje le.

* + Felhatalmazom/nem hatalmazom fel (a nem kívánt rész törlendő) a(z) «Handelsnaam» cég által kijelölt munkavállalókat arra, hogy nyújtsanak segítséget a biztosítási kötvény adminisztrációjában és konzultáljanak velem minden fontos adatról, az egészségi állapotomra vonatkozó információkat is beleértve, ha és amennyiben ez adminisztrációs szempontból szükséges. Az ilyen irányú segítség számlák benyújtását és a HollandZorg biztosítóval való kapcsolatfelvételt foglalhatja magában, ha a biztosítások magyarázatot igényelnek, és ha egészségügyi közvetítői eljárás válik szükségessé.
* meghatalmazást adok a HollandZorg biztosítónak arra, hogy:
	+ felszámítsa a(z) «Handelsnaam» cégnek a „HollandZorg Public Healthcare Insurance” egészségbiztosítás és a kiegészítő „No Risk” I és II biztosítás kapcsán általam fizetendő biztosítási díjösszegeket;
	+ a fent említett biztosítási szerződéshez, illetve szerződésekhez tartozó biztosítási kötvényt, valamint a vonatkozó egyéb értesítéseket e-mailben elküldje nekem, és
	+ a fent említett biztosítási szerződésekhez tartozó biztosítási kötvényt, valamint a vonatkozó egyéb értesítéseket a HollandZorg biztosító mindaddig a(z) «Handelsnaam» cégnek küldje el, amíg hivatalos nyilvántartásában nincs meg jelenlegi e-mail címem.
1. **Gondozási támogatás igénylése**

Én, az alább megnevezett munkavállaló

* kijelentem, hogy:
	+ jelenleg nem részesülök gondozási támogatásban, továbbá, hogy
	+ a jelen nyomtatványon megjelölt munkaerő-közvetítő cégnél történő munkavégzésem ideje alatt más munkaerő-közvetítő cégen keresztül nem igényelek gondozási támogatást.
* meghatalmazást adok a HollandZorg biztosítónak arra, hogy:
	+ szükség esetén a meghatalmazás megszűnéséről szóló írásbeli értesítés kézhezvételének, illetve a munkaviszonyom megszűnésének időpontjáig a nevemben gondozási támogatás iránti igénylést nyújtson be, továbbá, hogy
	+ gondozási támogatás igénylése céljából továbbítsa az Adó- és Vámhivatal Támogatási Osztályához a jelen nyomtatványon megadott adataimat, illetve azok esetleges későbbi változásait.
* tudomásul veszem, hogy:
	+ az Adó- és Vámhivatal Támogatási Osztálya fogja meghatározni, hogy jogosult vagyok-e gondozási támogatásra, és ha igen, mekkora lesz annak összege;
	+ a részemre megítélt összeg kizárólag a magánszámlámra utalható át. Ez azt jelenti tehát, hogy a gondozási támogatás összege nem a munkaerő-közvetítő cég számláján kerül jóváírásra;
	+ ha 18 év alatti személy vagyok, akkor nem fizetek egészségbiztosítási díjat és nem vagyok jogosult gondozási támogatásra;
	+ a HollandZorg biztosítót semmiféle felelősség nem terheli a gondozási támogatás folyósítása kapcsán;
	+ a HollandZorg biztosító nem vállal anyagi felelősséget a gondozási támogatás iránt általa benyújtott igénylésből eredő károkért. A HollandZorg csak az adatoknak az Adó- és Vámhivatal Támogatási Osztályához történő benyújtásában nyújt segítséget. Pontatlan vagy hiányos adatszolgáltatás esetén előfordulhat, hogy a hatóság megtagadja a gondozási támogatás folyósítását, illetve utólag visszaigényelheti a támogatási összeg túlfizetett részét. Az Adó- és Vámhivatal Támogatási Osztálya értékeli és összeveti az adatokat a saját nyilvántartásában szereplő adatokkal, majd jogkörében önállóan eljárva dönt arról, hogy a rendelkezésére álló adatok alapján megítéli-e a gondozási támogatás folyósítását, vagy sem. Az Adó- és Vámhivatal Támogatási Osztályának határozata ellen kifogást csak az Adó- és Vámhivatal Támogatási Osztályán lehet benyújtani.
1. **A meghatalmazás és engedély megszűnése**

A jelen meghatalmazás és beleegyező nyilatkozat azon a napon veszti érvényét:

* amelyen a „HollandZorg Public Healthcare Insurance” egészségbiztosítás és a kiegészítő „No Risk” I és II biztosítás megszűnik és a biztosítási időszak adminisztrációja lezárul; vagy
* amelyen a jelen meghatalmazást és hozzájárulást írásban visszavonom.
1. **Adatok**

Személyes adataim:

|  |  |
| --- | --- |
| Teljes utónév (utónevek): |  |
| Vezetéknév: |  | Nem (férfi/nő): |  |
| BSN: |  | Születési dátum: |  |
| Hollandiai magánbankszámla száma (IBAN): |  |
| Nemzetközi magánbankszámla száma IBAN és BIC formátumban: |  |
| Ennek a személynek a nevében: |  |
| Számlatulajdonos címe: |
| Utcanév és házszám: |  |
| Irányítószám: |  |
| Település: |  |
| Ország: |  |

Teljes évi jövedelmem becsült összege (a nem Hollandiában kapott éves jövedelem összegét is beleértve)

|  |
| --- |
| euróban:  |

1. **Aláírás**

Kijelentem, hogy:

* + az űrlapot pontosan, hiánytalanul és a valóságnak megfelelően töltöttem ki, és írtam alá;
	+ személyes adataim változásairól haladéktalanul értesítem a HollandZorg biztosítót, továbbá, hogy
	+ az űrlapot végigolvastam és az abban foglaltakat megértettem.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Város | Dátum | A munkavállaló aláírása |
|  |  |  |