**Пълномощно и декларация за съгласие**

**HollandZorg Flexpolis (обществена здравна застраховка HollandZorg и допълнителна застраховка “Без риск” I и II)**

**Съдържание**

Настоящото пълномощно и декларация за съгласие се отнасят за: Подаване на заявление за добавка за здравни грижи.

Аз, долуподписаният, съм нает от:

|  |
| --- |
|  «Handelsnaam» в «Vestigingsplaats» |

1. **Заявление за добавка за здравни грижи**

Аз, служителят,

* декларирам:
	+ Не получавам добавка за здравни грижи в момента;
	+ Няма да подам заявление за добавка за здравни грижи чрез друга трудова агенция в периода, в който работя за трудовата агенция, посочена в този формуляр.
* с настоящото упълномощавам HollandZorg:
	+ Да се грижи за заявлението за добавка за здравни грижи от мое име до получаването на писмено уведомление за прекратяване на упълномощаването или до края на моето трудово правоотношение.
	+ Да предостави данните, които съм посочил в този формуляр и всички промени в него на Данъчната и митническата администрация/ добавки за заявлението за добавка за здравни грижи.
* Уведомен съм, че:
	+ Данъчната и митническа администрация/ добавки ще определи дали имам право на добавка за здравни грижи и тя определя размера на моята добавка за здравни грижи;
	+ Сумата, която ще получа ще бъде преведена само по моята лична сметка. С други думи, тази добавка за здравни грижи не се плаща по сметката на трудовата агенция;
	+ Ако съм на възраст под 18 години, аз не плащам премия за здравната застраховка и нямам право на добавка за здравна грижа;
	+ HollandZorg не отговаря за разпределението на добавката за здравни грижи;
	+ HollandZorg не отговаря за никакви вреди, произтичащи от заявлението за добавка за здравни грижи от HollandZorg по никакъв начин. HollandZorg единствено подпомага представянето на данни пред Данъчната и митническа администрация/ добавки. Неточните или непълни данни може да доведат до отказ от изплащането на добавка за здравни грижи или до иск за връщане на всяка добавка за здравни грижи, платена в повече. Данъчната и митническа администрация/ добавки ще оцени и провери данните спрямо данните в нейните регистри и независимо ще реши дали ще предостави добавка за здравни грижи въз основа на тези данни. Възражения срещу решението на Данъчната и митническа администрация/ добавки може да се подават само към Данъчната и митническа администрация/ добавки.
1. **Край на упълномощаването и съгласие**

Това упълномощаване и декларация за съгласие приключват:

* В деня, в който обществената здравна застраховка HollandZorg и допълнителната застраховка “Без риск” I и II се прекратят и администрирането на застрахователния период приключи; или
* Считано от деня, в който анулирам това упълномощаване и съгласие в писмен вид.
1. **Детайли:**

Аз съм:

|  |  |
| --- | --- |
| Пълно собствено име: |  |
| Фамилно име: |  | Пол (м/ж): |  |
| BSN: |  | Дата на раждане: |  |
| Номер на лична банкова сметка в Нидерландия (IBAN): |  |
| Номер на лична банкова сметка в чужбина с IBAN и BIC: |  |
| На името на: |  |
| Адрес на притежателя на сметка: |
| Улица и номер: |  |
| Пощенски код: |  |
| Община: |  |
| Държава: |  |

Имам общ разчетен годишен доход (включително годишен доход, който не е получен в Нидерландия) в размер на:

|  |
| --- |
| €  |

1. **Подписи**

Декларирам:

* + Попълних и подписах този формуляр точно, пълно и вярно;
	+ Незабавно ще уведомявам HollandZorg за промени на моите данни; и
	+ Прочетох целия формуляр и разбирам неговия смисъл.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Град | Дата | Подпис на служителя |
|  |  |  |