**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: gondozási támogatás igénylése.

Alulírott kijelentem, hogy a(z)

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

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 |
|  |  |  |