**Pełnomocnictwo i deklaracja zgody**

**HollandZorg Flexpolis  
(publiczne ubezpieczenie zdrowotne HollandZorg i ubezpieczenie dodatkowe No Risk I i II)**

**Treść**

Niniejsze pełnomocnictwo i deklaracja zgody dotyczą: ubiegania się o zasiłek opiekuńczy.

Ja, niżej podpisany(-a), jestem zatrudniony(-a) przez:

|  |
| --- |
| «Handelsnaam» w «Vestigingsplaats» |

1. **Wniosek o zasiłek opiekuńczy**

Ja, pracownik:

* deklaruję, że:
  + aktualnie nie otrzymuję zasiłku opiekuńczego;
  + nie ubiegam się o przyznanie zasiłku opiekuńczego za pośrednictwem innej agencji zatrudnienia w okresie świadczenia pracy dla agencji zatrudnienia, o której mowa w niniejszym formularzu.
* Niniejszym upoważniam HollandZorg do:
  + ubiegania się o przyznanie zasiłku opiekuńczego w moim imieniu do momentu pisemnego wypowiedzenia tego upoważnienia lub zakończenia mojego stosunku pracy;
  + przekazywania danych zawartych w niniejszym formularzu oraz wszelkich zmian do nich administracji podatkowej i celnej / oddziałowi ds. zasiłków do celów ubiegania się o zasiłek opiekuńczy.
* Mam świadomość, że:
  + administracja podatkowa i celna / oddział ds. zasiłków ustali, czy jestem upoważniony(-a) do zasiłku opiekuńczego oraz ustali kwotę ewentualnego zasiłku;
  + przyznana kwota będzie przelewana wyłącznie na moje konto osobiste. Innymi słowy, zasiłek opiekuńczy nie będzie wypłacany na konto agencji zatrudnienia;
  + jeśli nie ukończyłem(-am) 18. roku życia, nie płacę składki z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego i nie jestem uprawniony(-a) do pobierania zasiłku opiekuńczego;
  + HollandZorg nie ponosi odpowiedzialności za przyznanie zasiłku opiekuńczego;
  + HollandZorg nie ponosi odpowiedzialności za żadne szkody wynikające z ubiegania się o zasiłek opiekuńczy przez HollandZorg. HollandZorg pośredniczy jedynie w przekazaniu danych administracji podatkowej i celnej / oddziałowi ds. zasiłków. Podanie niepoprawnych lub nieprawdziwych danych może spowodować odrzucenie wniosku o zasiłek opiekuńczy lub konieczność zwrócenia nadpłaconego zasiłku. Administracja podatkowa i celna / oddział ds. zasiłków uzyska dostęp do danych i porówna je z własnymi danymi i na tej podstawie niezależnie zdecyduje o przyznaniu zasiłku opiekuńczego. Odwołanie od decyzji administracji podatkowej i celnej / oddziału ds. zasiłków można składać wyłącznie do administracji podatkowej i celnej / oddziału ds. zasiłków.

1. **Wypowiedzenie upoważnienia i zgody**

Niniejsze upoważnienie i deklaracja zgody wygaśnie:

* w dniu zakończenia publicznego ubezpieczenia zdrowotnego HollandZorg i dodatkowego ubezpieczenia No Risk I i II oraz wygaśnięcia okresu ubezpieczenia; lub
* w dniu pisemnego odwołania niniejszego upoważnienia i zgody.

1. **Dane**

Moje dane:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Imiona: |  | | | | |
| Nazwisko: |  | | Płeć (M/K): |  |
| Numer BSN: |  | | Data urodzenia: |  |
| Numer holenderskiego konta osobistego (IBAN): | |  | | | |
| Numer zagranicznego konta osobistego IBAN i kod BIC: | |  | | | |
| W imieniu: |  | | | | |
| Adres posiadacza konta | | | | | |
| Ulica i numer domu: |  | | | | |
| Kod pocztowy: |  | | | | |
| Gmina: |  | | | | |
| Kraj: |  | | | | |

Mój łączny szacowany dochód roczny (w tym roczny dochód uzyskany poza Holandią) wynosi:

|  |
| --- |
| …………….. EUR |

1. **Podpisy**

Deklaruję, że:

* + niniejszy formularz został wypełniony i podpisany w sposób poprawny, pełny i zgodny ze stanem faktycznym;
  + niezwłocznie powiadomię HollandZorg o zmianie moich danych; oraz
  + zapoznałem(-am) się z formularzem i rozumiem jego treść.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Miejscowość | Data | Podpis pracownika |
|  |  |  |