**Procuração e declaração de consentimento**

**HollandZorg Flexpolis
(Seguro Público de Saúde HollandZorg e seguro complementar No Risk I e II)**

**Conteúdo**

Esta procuração e declaração de consentimento dizem respeito a: pedido de subsídio de assistência.

Eu, abaixo assinado, funcionário da:

|  |
| --- |
|  «Handelsnaam» em «Vestigingsplaats» |

1. **Pedido de subsídio de assistência**

Eu, o funcionário,

* declaro:
	+ não estar a receber nenhum subsídio de assistência de momento;
	+ não solicitar o subsídio de assistência através de outra agência de emprego durante o período em que trabalho para a agência de emprego mencionada neste formulário.
* autorizo a HollandZorg a:
	+ gerir o pedido de subsídio de assistência em meu nome até ao aviso por escrito da rescisão da autorização ou até ao termo do meu contrato de trabalho.
	+ transmitir os dados que inseri neste formulário e quaisquer alterações aos mesmos à Administração Fiscal e Aduaneira/Subsídios para efeitos de pedido do subsídio de assistência.
* estou ciente de que:
	+ a Administração Fiscal e Aduaneira/Subsídios determinará se tenho direito a um subsídio de assistência e determinará o valor desse subsídio de assistência;
	+ o valor que recebo será transferido apenas para a minha conta pessoal. Ou seja, este subsídio de assistência não é depositado na conta da agência de emprego;
	+ se for menor de 18 anos, não pago o prémio do seguro de saúde e não tenho direito a subsídio de assistência;
	+ a HollandZorg não é responsável pela atribuição do subsídio de assistência;
	+ a HollandZorg não é, de forma alguma, responsável por quaisquer danos resultantes do pedido de subsídio de assistência da HollandZorg. a HollandZorg apenas facilita o envio dos dados à Administração Fiscal e Aduaneira/Subsídios. Dados incorretos ou incompletos podem resultar na recusa do subsídio de assistência ou na obrigação de ter de devolver qualquer subsídio de assistência que tenha sido pago em excesso. A Administração Fiscal e Aduaneira/Subsídios avaliará e verificará os detalhes em comparação com os dados que constam nos seus próprios registos e decidirá de forma independente se concederá o subsídio de assistência com base nesses dados. As objeções à decisão da Administração Fiscal e Aduaneira/Subsídios só podem ser apresentadas à Administração Fiscal e Aduaneira/Subsídios.
1. **Fim da autorização e consentimento**

Esta autorização e declaração de consentimento termina:

* no dia em que o Seguro Público de Saúde HollandZorg e o seguro complementar No Risk I e II forem rescindidos e a administração do período segurado for concluída; ou
* com efeitos a partir do dia em que cancelei esta autorização e consentimento por escrito.
1. **Detalhes**

Eu:

|  |  |
| --- | --- |
| Nome próprio completo: |  |
| Apelido: |  | Género (m/f): |  |
| BSN: |  | Data de nascimento: |  |
| Número da conta bancária pessoal holandesa (IBAN): |  |
| Número da conta bancária pessoal estrangeira com IBAN e BIC: |  |
| Em nome de: |  |
| Morada do titular da conta |
| Rua e número da porta: |  |
| Código postal: |  |
| Município: |  |
| País: |  |

Tenho um rendimento anual total estimado (incluindo o rendimento anual não recebido nos Países Baixos) de:

|  |
| --- |
| €  |

1. **Assinaturas**

Declaro:

* + ter preenchido e assinado este formulário de forma precisa, completa e verdadeira;
	+ notificar imediatamente a HollandZorg em caso de alterações nos meus dados pessoais; e
	+ ter lido todo o formulário e ter compreendido o que consta nele.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cidade | Data | Assinatura do Funcionário |
|  |  |  |