**Procură și declarație de consimțământ**

**HollandZorg Flexpolis  
(Asigurare de sănătate publică HollandZorg și asigurare suplimentară No Risk I și II)**

**Cuprins**

Prezenta procură și declarație de consimțământ privesc: solicitarea unei indemnizații de îngrijire.

Subsemnatul, sunt angajat de:

|  |
| --- |
| «Handelsnaam» la «Vestigingsplaats» |

1. **Solicitare privind indemnizația de îngrijire**

Subsemnatul, angajat:

* declar:
  + că nu primesc indemnizație de îngrijire în prezent;
  + că nu solicit indemnizație de îngrijire printr-o altă agenție de ocupare a forței de muncă în perioada în care lucrez pentru agenția de ocupare a forței de muncă menționată în acest formular.
* prin prezenta autorizez HollandZorg:
  + să se ocupe de solicitarea de indemnizație de îngrijire în numele meu până la primirea unei notificări scrise de încetare a autorizației sau până la finalul relației mele de muncă.
  + să trimită detaliile pe care le-am introdus în acest formular și orice modificări ale acestora la Administrația fiscală și vamală/Indemnizații pentru solicitarea unei indemnizații de îngrijire.
* să realizeze faptul că:
  + Administrația fiscală și vamală/Indemnizații va stabili dacă am dreptul la o indemnizație de îngrijire și determină suma indemnizației mele de îngrijire;
  + suma pe care o primesc va fi transferată doar în contul meu personal. Cu alte cuvinte, această indemnizație de îngrijire nu este plătită în contul agenției de ocupare a forței de muncă;
  + în cazul în care am vârsta sub 18 ani, nu plătesc o primă pentru asigurarea de sănătate și nu am dreptul la indemnizație de îngrijire;
  + HollandZorg nu este responsabilă pentru alocarea unei indemnizații de îngrijire;
  + HollandZorg nu răspunde pentru nicio daună ce rezultă din solicitarea indemnizației de îngrijire de către HollandZorg, în niciun fel. HollandZorg doar facilitează trimiterea de date către Administrația fiscală și vamală/Indemnizații. Datele incorecte sau incomplete pot duce la refuzarea indemnizației de îngrijire sau la solicitarea returnării oricărei indemnizații de îngrijire plătite în exces. Administrația fiscală și vamală/Indemnizații va evalua și verifica datele comparativ cu datele deținute în propriile arhive și va decide, în mod independent, dacă va acorda indemnizația de îngrijire în baza acestor date. Obiecțiile față de decizia Administrației fiscale și vamale/Indemnizații pot fi trimise doar către Administrația fiscală și vamală/Indemnizații.

1. **Încetarea autorizării și consimțământului**

Prezenta autorizație și declarație de consimțământ se încheie:

* la data la care încetează Asigurarea de sănătate publică HollandZorg și asigurarea suplimentară No Risk I și II și administrarea perioadei asigurate este finalizată; sau
* cu efect de la data la care am anulat această autorizație și acest consimțământ în scris.

1. **Date**

Sunt:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Prenume complet: |  | | | | |
| Nume: |  | | Sex (m/f): |  |
| BSN: |  | | Data nașterii: |  |
| Număr cont bancar personal olandez (IBAN): | |  | | | |
| Număr cont bancar personal străin cu IBAN și BIC: | |  | | | |
| În numele: |  | | | | |
| Adresa titularului de cont | | | | | |
| Strada și numărul casei: |  | | | | |
| Cod poștal: |  | | | | |
| Municipalitate: |  | | | | |
| Țara: |  | | | | |

Am un venit total anual estimat (inclusiv venitul anual care nu este primit din Regatul Țărilor de Jos) de:

|  |
| --- |
| € |

1. **Semnături**

Declar:

* + că am completat și semnat acest formular corect, complet și cu informații reale;
  + că voi informa imediat HollandZorg despre orice modificări ale datelor mele; și
  + că am citit întregul formular și înțeleg ce spune acesta.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Oraș | Data | Semnătura angajatului |
|  |  |  |