**Poder y declaración de consentimiento**

**HollandZorg Flexpolis (seguro de enfermedad público HollandZorg y seguro complementario Sin riesgo I y II)**

El abajo firmante es empleado de:

|  |
| --- |
|  «Handelsnaam» en el «Vestigingsplaats» |

Yo, el empleado

* Autorizo a «Handelsnaam» en «Vestigingsplaats», en mi nombre, a

	+ contratar el Seguro de Enfermedad Público HollandZorg con HollandZorg para mí como tomador del seguro y asegurado con efecto a partir del comienzo de mi relación laboral con «Handelsnaam»;
	+ contratar un seguro complementario Sin Riesgo (I y II) con HollandZorg para mí como tomador del seguro y asegurado con la misma fecha de inicio que el Seguro de Asistencia Sanitaria Pública HollandZorg;
	+ modificar el Seguro Público de Enfermedad HollandZorg o disponer su cancelación con efectos a partir de la fecha en que haya finalizado mi trabajo para «Handelsnaam» salvo que continúe mi obligación de suscribir un seguro de asistencia sanitaria;
	+ modificar el seguro complementario Sin Riesgo (I y II), cancelar el seguro complementario Sin Riesgo (I y II) o disponer su cancelación con efecto a partir de la fecha en que mi trabajo para «Handelsnaam» haya finalizado;
	+ facilitar a HollandZorg los datos personales, incluidos mi número de atención al ciudadano (BSN), dirección de correo electrónico e IBAN, necesarios para la solicitud y cancelación del contrato o contratos de seguro mencionados;
	+ notificar oportunamente a HollandZorg cualquier modificación de estos datos personales;
	+ pagar con puntualidad a HollandZorg las primas pagaderas por mí en relación con el Seguro de Asistencia Sanitaria Pública HollandZorg y el seguro complementario Sin Riesgo;
	+ recibir en mi nombre los pagos que HollandZorg deba efectuar en relación con el contrato o contratos de seguro antes mencionados y abonármelos posteriormente, en la medida en que HollandZorg no me abone directamente a mí dichas cantidades, sino a «Handelsnaam»;
	+ recibir notificaciones de HollandZorg sobre el seguro sanitario público HollandZorg y el seguro complementario Sin Riesgo, incluida la póliza. «Handelsnaam» está obligado a notificarme inmediatamente (el contenido) de dichas notificaciones.
* autorizo, por medio del presente documento, «Handelsnaam» a:

	+ deducir de mi salario la prima que debo pagar en relación con el Seguro de Asistencia Sanitaria Pública HollandZorg y el Seguro Sin Riesgo o deducir estos importes de cualquier cantidad que se me deba pagar y conservar (una copia de) mi póliza a tal efecto.
	+ Cuando se suscriben los contratos de seguro, la prima a pagar asciende a:

Prima del Seguro de Asistencia Sanitaria Pública HollandZorg ........€

Prima del Seguro complementario Sin Riesgo I ........€

Prima del Seguro complementario Sin Riesgo II ... 0,00 €

Prima mensual total adeudada ........€.

Soy consciente de que la cuantía de los importes arriba indicados puede variar durante el periodo asegurado.

Si la deducción o compensación no está permitida por la ley, por la presente autorizo a «Handelsnaam» a cargar la prima en mi IBAN.

* + autorizo/no autorizo (táchese lo que no proceda) a los empleados designados por «Handelsnaam» a ayudarme en la administración de la póliza y a consultar todos los datos necesarios, incluidos los relativos a mi salud, siempre y cuando sea necesario a efectos administrativos. Esta ayuda puede incluir la presentación de facturas y el contacto con HollandZorg para obtener una explicación sobre el seguro y la mediación asistencial.
* por la presente autorizo a HollandZorg a:
	+ cargar «Handelsnaam» las primas pagaderas por mí en relación con el Seguro de Asistencia Sanitaria Pública HollandZorg y los Seguros Sin Riesgo I y II;
	+ enviar por correo electrónico la póliza y otras notificaciones sobre el contrato o contratos de seguro mencionados;
	+ enviar la póliza y otras notificaciones sobre los contratos de seguro mencionados a «Handelsnaam»siempre que HollandZorg no tenga registrada mi dirección de correo electrónico actual.

La presente autorización y declaración de consentimiento finalizan:

* el día en que se extinga el Seguro de Asistencia Sanitaria Pública HollandZorg y los seguros complementarios Sin Riesgo I y II y finalice la administración del periodo asegurado; o bien
* con efectos a partir del día en que haya cancelado por escrito la presente autorización y consentimiento.

Soy:

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo: |  |
| Apellido: |  |
| Fecha de nacimiento: |  |

Declaro:

* + haber rellenado y firmado este formulario de forma exacta, completa y veraz;
	+ que notificaré inmediatamente a HollandZorg cualquier cambio en mis datos; y
	+ que he leído todo el formulario y he comprendido su contenido.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ciudad | Fecha | Firma del empleado |
|  |  |  |