**Procuração e declaração de consentimento**

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

Eu, abaixo assinado, funcionário da:

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

Eu, o funcionário,

* autorizo a «Handelsnaam» em «Vestigingsplaats», em meu nome, a:  
  + contratar o Seguro Público de Saúde HollandZorg com a HollandZorg para mim como tomador do seguro e segurado com efeitos a partir da minha contratação pela «Handelsnaam»;
  + contratar o seguro complementar No Risk (I e II) com a HollandZorg para mim como tomador do seguro e segurado com a mesma data de início do Seguro Público de Saúde HollandZorg;
  + alterar o Seguro Público de Saúde HollandZorg ou providenciar o seu cancelamento a partir da data em que o meu contrato de trabalho com a «Handelsnaam» tenha terminado, a menos que a minha obrigação de contratar o seguro de saúde continue;
  + alterar o seguro complementar No Risk (I e II), cancelar o seguro complementar No Risk (I e II) ou providenciar o seu cancelamento a partir da data em que o meu contrato de trabalho com a «Handelsnaam» tenha terminado;
  + fornecer à HollandZorg os dados pessoais, incluindo o meu número de conta de cidadão (BSN), endereço de e-mail e IBAN, necessários para o pedido e cancelamento do(s) contrato(s) de seguro acima referido(s);
  + notificar atempadamente a HollandZorg sobre eventuais alterações nestes dados pessoais;
  + pagar pontualmente à HollandZorg os prémios devidos por mim em relação ao Seguro Público de Saúde HollandZorg e ao seguro complementar No Risk;
  + receber os pagamentos a realizar pela HollandZorg em relação ao contrato ou contratos de seguro acima mencionados em meu nome e pagá-los posteriormente, desde que a HollandZorg não pague estes valores diretamente a mim, mas sim à «Handelsnaam»;
  + receber notificações da HollandZorg sobre o Seguro Público de Saúde HollandZorg e o seguro complementar No Risk; incluindo a apólice. a «Handelsnaam» é obrigada a avisar-me imediatamente sobre (o conteúdo) de tais notificações.
* autorizo a «Handelsnaam» a:  
  + deduzir o prémio pago por mim em relação ao Seguro Público de Saúde HollandZorg e ao seguro complementar No Risk do meu salário ou compensar esses valores com quaisquer valores que me sejam devidos e manter (uma cópia da) a minha apólice para essa finalidade.
  + Aquando da contratação dos seguros, o prémio a pagar ascende a:

Prémio Seguro Público de Saúde HollandZorg €………

Prémio seguro complementar No Risk I €………

Prémio seguro complementar No Risk II €… 0,00

Prémio mensal total devido €……...  
  
Estou ciente de que os valores acima podem mudar durante o período segurado.  
  
Se a dedução ou compensação não for permitida por lei, autorizo a «Handelsnaam» a debitar o prémio do meu IBAN.

* + autorizo/não autorizo (riscar o que não interessa) os funcionários nomeados pela «Handelsnaam» a ajudar na gestão da apólice e a consultar todos os detalhes necessários, incluindo dados sobre a minha saúde, se e na medida em que for necessário para efeitos de gestão do seguro. Esta ajuda pode incluir o envio de faturas e contactar a HollandZorg para obter uma explicação sobre o seguro e mediação do seguro.
* autorizo a HollandZorg a:
  + cobrar à «Handelsnaam» os prémios devidos por mim em relação ao Seguro Público de Saúde HollandZorg e ao seguro complementar No Risk I e II;
  + enviar a apólice e restantes notificações sobre o(s) referido(s) contrato(s) de seguro por e-mail;
  + enviar a apólice e restantes notificações sobre o(s) referido(s) contrato(s) de seguro para a «Handelsnaam», sempre que a HollandZorg não tenha acesso ao meu e-mail atual.

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.

Eu:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome próprio completo: |  | |
| Apelido: |  |
| Data de nascimento: |  |

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 |
|  |  |  |