## Formular de împuternicire Flexpolis de la HollandZorg (HollandZorg Asigurare de bază și asigurare suplimentară No Risk I și II)

Subsemnatul, angajatul/angajata
[Inițiale]

[Nume de familie]

[Data nașterii]

* prin prezenta împuternicesc pe ……………………………..…. «Handelsnaam» din ……………………………..…. «Vestigingsplaats», ca în numele meu:

	+ să încheie la HollandZorg asigurarea de sănătate de bază pentru mine în calitate de beneficiar al asigurării și de asigurat, din momentul în care îmi încep activitatea la ……………………………..…. «Handelsnaam»;
	+ să încheie o asigurare suplimentară No Risk (I și II) de la HollandZorg pentru mine în calitate de beneficiar al asigurării și asigurat, de la data la care se aplică asigurarea de bază HollandZorg;
	+ să modifice, să rezilieze asigurarea de bază HollandZorg sau să o anuleze de la data la care mi-am încetat activitatea la ……………………………..…. «Handelsnaam», dacă nu continuă obligația mea de asigurare;
	+ să modifice asigurarea suplimentară, să rezilieze asigurarea suplimentară No Risk (I și II) sau să o anuleze de la data la care mi-am încetat activitatea la ……………………………..…. «Handelsnaam».
	+ să furnizeze HollandZorg datele mele cu caracter personal, printre care CNP-ul, adresa de e-mail și IBAN-ul, care sunt necesare pentru încheierea și rezilierea/anularea asigurării/asigurărilor menționate mai sus și să transmită modificările acestor date cu caracter personal asigurătorului HollandZorg;
	+ să achite la timp la HollandZorg contribuția datorată de mine pentru asigurarea de bază HollandZorg și pentru asigurarea suplimentară No Risk.
	+ să încaseze beneficiile de la HollandZorg în legătură cu asigurarea/asigurările menționate mai sus și ulterior să mi le plătească mie, în măsura în care HollandZorg nu îmi achită direct mie aceste sume, ci le achită către ……………………………..…. «Handelsnaam»;
	+ să primească notificări de la HollandZorg despre asigurarea de bază și asigurarea No Risk, printre care și polița. ……………………………..…. «Handelsnaam» este obligată să mă informeze în cel mai scurt cu privire la aceste notificări (conținutul lor).
* îmi exprim prin prezenta ……………………………..…. «Handelsnaam» acordul ca:

	+ să rețină la sursă prima datorată de mine pentru asigurarea de bază HollandZorg și pentru asigurarea No Risk sau să le compenseze cu sumele care îmi revin și cu salariul și în acest scop să păstreze polița mea de asigurare (o copie a acesteia).

	La încheierea contractelor de asigurare, prima datorată este de:

Primă asigurare de bază HollandZorg € ……….

Primă asigurare suplimentară No Risk I € ……….

Primă asigurare suplimentară No Risk II € ...0,00

Primă totală de plată pe lună € ………..

Cunosc faptul că valoarea acestor contribuții se poate modifica pe parcursul perioadei asigurate.

În cazul în care reținerea la sursă sau compensarea nu sunt posibile în baza legii, prin prezenta îmi dau acordul ……………………………..…. «Handelsnaam» ca primele de asigurare să se colecteze din contul meu IBAN prin mandat de debit direct.

* + da / nu (tăiați ce nu se aplică) să le permit angajaților desemnați de ……………………………..…. «Handelsnaam» să mă sprijine în ceea ce privește administrarea asigurărilor și să aibă acces la toate datele necesare, inclusiv la informaţii despre sănătatea mea, în măsura în care acest lucru este necesar în vederea administrației. Sprijinul poate presupune depunerea facturilor și ținerea legăturii cu Hollandzorg pentru explicații legate de asigurare și intermedierea în serviciile medicale.
* îmi exprim prin prezenta acordul ca HollandZorg să:
	+ factureze contribuția datorată de mine pentru asigurarea de bază HollandZorg Basisverzekering și pentru asigurarea No Risk I și II societății ……………………………..…. «Handelsnaam»;
	+ transmită polița și alte notificări legate de asigurările menționate mai sus pe cale electronică;
	+ trimită polița și alte notificări legate de asigurările menționate mai sus la ……………………………..…. «Handelsnaam».

Această împuternicire și declarație de consimțământ își pierd efectele:

* la data la care asigurarea de bază HollandZorg Basisverzekering și asigurarea suplimentară No Risk I și II încetează și administrarea perioadei asigurate este finalizată; sau
* la data la care am anulat această împuternicire și declarație de consimțământ.

Data: Localitatea:

Semnătura (angajatului)