**Pełnomocnictwo i deklaracja zgody**

**HollandZorg Flexpolis  
(publiczne ubezpieczenie zdrowotne HollandZorg i ubezpieczenie dodatkowe No Risk I i II)**

**Treść**

Niniejsze pełnomocnictwo i deklaracja zgody dotyczą:

1. wykupienia i wypowiedzenia (dodatkowego) ubezpieczenia zdrowotnego i opłacania składek;
2. ubiegania się o zasiłek opiekuńczy.

Ja, niżej podpisany(-a), jestem zatrudniony(-a) przez:

|  |
| --- |
| «Handelsnaam» w «Vestigingsplaats» |

1. **Upoważnienie i pozwolenie na (dodatkowe) polisy ubezpieczenia zdrowotnego**

Ja, pracownik,

* niniejszym upoważniam «Handelsnaam» w «Vestigingsplaats», w moim imieniu do:  
  + wykupienia od HollandZorg publicznego ubezpieczenia zdrowotnego HollandZorg na moją rzecz jako ubezpieczonego i strony ubezpieczonej od momentu zatrudnienia w «Handelsnaam»;
  + wykupienia dodatkowej polisy ubezpieczenia No Risk (I i II) od HollandZorg dla mnie jako ubezpieczonego i strony ubezpieczonej z tą samą datą wejścia w życie co w przypadku publicznego ubezpieczenia zdrowotnego HollandZorg;
  + wprowadzania zmian w odniesieniu do publicznego ubezpieczenia zdrowotnego HollandZorg lub jego anulowania z chwilą zakończenia stosunku pracy z «Handelsnaam», chyba że nadal będę zobowiązany(-a) do posiadania ubezpieczenia zdrowotnego;
  + wprowadzania zmian do ubezpieczenia dodatkowego No Risk (I i II), jego odwołania zaplanowania jego odwołania z chwilą zakończenia stosunku pracy z «Handelsnaam»;
  + przekazywania HollandZorg danych osobowych, włączając mój osobisty numer identyfikacyjny (BSN), adres e-mail oraz numer IBAN, do celów ubiegania się i odwołania ww. umowy/umów ubezpieczenia;
  + powiadamiania HollandZorg o wszelkich zmianach tych danych bez zbędnej zwłoki;
  + niezwłocznego uiszczenia na rzecz HollandZorg należnych ode mnie składek w odniesieniu do publicznego ubezpieczenia zdrowotnego HollandZorg i dodatkowego ubezpieczenia No Risk;
  + otrzymywania w moim imieniu płatności od HollandZorg w związku z ww. umową/umowami ubezpieczenia oraz następnie wypłacania ich na moją rzecz, o ile HollandZorg nie wypłaci tych kwot bezpośrednio na moją rzecz, a do «Handelsnaam»;
  + otrzymywania powiadomień od HollandZorg na temat publicznego ubezpieczenia zdrowotnego HollandZorg i dodatkowego ubezpieczenia No Risk, włączając polisę. «Handelsnaam» ma obowiązek niezwłocznie powiadomić mnie o (treści) takich powiadomień.
* Niniejszym upoważniam «Handelsnaam» do:  
  + potrącania składki należnej ode mnie z tytułu publicznego ubezpieczenia zdrowotnego HollandZorg i dodatkowego ubezpieczenia No Risk z mojego wynagrodzenia lub odliczania tych składek od wszelkich należnych mi kwot i przechowywania w tym celu (kopii) mojej polisy.
  + W momencie wykupienia ubezpieczenia należna składka wynosi:

Składka z tytułu publicznego ubezpieczenia zdrowotnego HollandZorg ……… EUR

Składka z tytułu dodatkowego ubezpieczenia No Risk I ……… EUR

Składka z tytułu dodatkowego ubezpieczenia No Risk II …0,00 EUR

Całkowita należna miesięczna składka ……... EUR  
  
Mam świadomość faktu, że zakres powyższych kwot może ulec zmianie w ciągu okresu ubezpieczenia.  
  
Jeśli potrącenie lub odliczenie nie jest dozwolone przez prawo, niniejszym upoważniam «Handelsnaam» do pobierania składek z mojego konta IBAN.

* + Upoważniam / nie upoważniam (skreślić odpowiednie) pracowników wyznaczonych przez «Handelsnaam» do udzielania mi wsparcia w zakresie zarządzania polisą oraz konsultowania wszelkich niezbędnych informacji, włączając informacje o moim stanie zdrowia, jeśli i w zakresie, w jakim jest to konieczne do celów zarządzania. To wsparcie może obejmować przekazywanie faktur i kontaktowanie się z HollandZorg w celu uzyskania wyjaśnień w zakresie ubezpieczenia oraz pośrednictwa w zakresie opieki.
* Niniejszym upoważniam HollandZorg do:
  + pobierania od «Handelsnaam» składek należnych ode mnie z tytułu publicznego ubezpieczenia zdrowotnego HollandZorg i ubezpieczenia No Risk I i II;
  + przesyłania polis i innych powiadomień dotyczących ww. umowy/umów ubezpieczenia drogą elektroniczną;
  + przesyłania polis i innych powiadomień dotyczących ww. umowy/umów ubezpieczenia do «Handelsnaam», o ile HollandZorg nie posiada mojego aktualnego adresu e-mail.

1. **Wniosek o zasiłek opiekuńczy**

Ja, pracownik:

* deklaruję, że:
  + aktualnie nie otrzymuję zasiłku opiekuńczego;
  + nie ubiegam się o przyznanie zasiłku opiekuńczego za pośrednictwem innej agencji zatrudnienia w okresie świadczenia pracy dla agencji zatrudnienia, o której mowa w niniejszym formularzu.
* Niniejszym upoważniam HollandZorg do:
  + ubiegania się o przyznanie zasiłku opiekuńczego w moim imieniu do momentu pisemnego wypowiedzenia tego upoważnienia lub zakończenia mojego stosunku pracy;
  + przekazywania danych zawartych w niniejszym formularzu oraz wszelkich zmian do nich administracji podatkowej i celnej / oddziałowi ds. zasiłków do celów ubiegania się o zasiłek opiekuńczy.
* Mam świadomość, że:
  + administracja podatkowa i celna / oddział ds. zasiłków ustali, czy jestem upoważniony(-a) do zasiłku opiekuńczego oraz ustali kwotę ewentualnego zasiłku;
  + przyznana kwota będzie przelewana wyłącznie na moje konto osobiste. Innymi słowy, zasiłek opiekuńczy nie będzie wypłacany na konto agencji zatrudnienia;
  + jeśli nie ukończyłem(-am) 18. roku życia, nie płacę składki z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego i nie jestem uprawniony(-a) do pobierania zasiłku opiekuńczego;
  + HollandZorg nie ponosi odpowiedzialności za przyznanie zasiłku opiekuńczego;
  + HollandZorg nie ponosi odpowiedzialności za żadne szkody wynikające z ubiegania się o zasiłek opiekuńczy przez HollandZorg. HollandZorg pośredniczy jedynie w przekazaniu danych administracji podatkowej i celnej / oddziałowi ds. zasiłków. Podanie niepoprawnych lub nieprawdziwych danych może spowodować odrzucenie wniosku o zasiłek opiekuńczy lub konieczność zwrócenia nadpłaconego zasiłku. Administracja podatkowa i celna / oddział ds. zasiłków uzyska dostęp do danych i porówna je z własnymi danymi i na tej podstawie niezależnie zdecyduje o przyznaniu zasiłku opiekuńczego. Odwołanie od decyzji administracji podatkowej i celnej / oddziału ds. zasiłków można składać wyłącznie do administracji podatkowej i celnej / oddziału ds. zasiłków.

1. **Wypowiedzenie upoważnienia i zgody**

Niniejsze upoważnienie i deklaracja zgody wygaśnie:

* w dniu zakończenia publicznego ubezpieczenia zdrowotnego HollandZorg i dodatkowego ubezpieczenia No Risk I i II oraz wygaśnięcia okresu ubezpieczenia; lub
* w dniu pisemnego odwołania niniejszego upoważnienia i zgody.

1. **Dane**

Moje dane:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Imiona: |  | | | | |
| Nazwisko: |  | | Płeć (M/K): |  |
| Numer BSN: |  | | Data urodzenia: |  |
| Numer holenderskiego konta osobistego (IBAN): | |  | | | |
| Numer zagranicznego konta osobistego IBAN i kod BIC: | |  | | | |
| W imieniu: |  | | | | |
| Adres posiadacza konta | | | | | |
| Ulica i numer domu: |  | | | | |
| Kod pocztowy: |  | | | | |
| Gmina: |  | | | | |
| Kraj: |  | | | | |

Mój łączny szacowany dochód roczny (w tym roczny dochód uzyskany poza Holandią) wynosi:

|  |
| --- |
| …………….. EUR |

1. **Podpisy**

Deklaruję, że:

* + niniejszy formularz został wypełniony i podpisany w sposób poprawny, pełny i zgodny ze stanem faktycznym;
  + niezwłocznie powiadomię HollandZorg o zmianie moich danych; oraz
  + zapoznałem(-am) się z formularzem i rozumiem jego treść.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Miejscowość | Data | Podpis pracownika |
|  |  |  |