**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:

1. Colectarea și încetarea asigurării de sănătate (suplimentară) și plata primei
2. Solicitarea unei indemnizații de îngrijire.

Subsemnatul, sunt angajat de:

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

1. **Autorizație și permisiune pentru polițele de asigurare de sănătate (suplimentare)**

Subsemnatul, angajat,

* autorizez prin prezenta «Handelsnaam» în «Vestigingsplaats», în numele meu:  
  + să colecteze asigurarea de sănătate publică HollandZorg încheiată cu HollandZorg, pentru mine, în calitate de titular poliță și asigurat, în vigoare din activitatea mea pentru «Handelsnaam»;
  + să colecteze asigurarea suplimentară No Risk (I și II) încheiată cu HollandZorg pentru mine, în calitate de titular de poliță și asigurat, cu aceeași dată de începere ca Asigurarea de sănătate publică HollandZorg;
  + să modifice Asigurarea de sănătate publică HollandZorg sau să organizeze anularea acesteia, cu efect de la data la care se încheie activitatea «Handelsnaam» mea, cu excepția cazului în care obligația mea de a menține asigurarea de sănătate continuă;
  + să modifice asigurarea suplimentară, să anuleze asigurarea suplimentară No Risk (I și II) sau să aranjeze anularea acesteia, cu efect de la data la care se încheie activitatea mea pentru «Handelsnaam»;
  + să furnizeze HollandZorg datele mele cu caracter personal, inclusiv numărul de serviciu cetățean (BSN), adresa mea de e-mail și IBANul, necesare pentru solicitarea și anularea contractului sau a contractelor de asigurare menționat(e) mai sus;
  + să notifice din timp HollandZorg cu privire la orice modificări ale acestor date cu caracter personal;
  + să plătească la timp către HollandZorg primele plătibile de către mine cu privire la Asigurarea de sănătate publică HollandZorg și asigurarea suplimentară No Risk;
  + să primească plăți ce vor fi efectuate de către HollandZorg în legătură cu contractul de asigurare menționat mai sus, în numele meu, și mi le plătească ulterior, în măsura în care HollandZorg nu plătește aceste sume direct către mine ci către «Handelsnaam»;
  + să primească notificări din partea HollandZorg cu privire la asigurarea de sănătate publică HollandZorg și asigurarea suplimentară No Risk, inclusiv polița. «Handelsnaam» este obligată să mă notifice imediat cu privire la (conținutul) acestor notificări.
* prin prezenta autorizez «Handelsnaam»:  
  + să deducă prima plătibilă de către mine cu privire la Asigurarea de sănătate publică HollandZorg și asigurarea suplimentară No Risk din salariul meu sau să deconteze aceste sume plătibile mie și să păstreze (o copie a) poliței mele în acest scop.
  + În situația în care se solicită plata pentru contractele de asigurare, prima plătibilă este în valoare de:

Primă asigurare socială de sănătate HollandZorg ………€

Primă asigurare suplimentară No Risk I ………€

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

Total primă lunară datorată .……...€  
  
Am luat la cunoștință faptul că sumele de mai sus se pot modifica în perioada de asigurare.  
  
În cazul în care deducerea sau compensarea nu sunt permise de lege, autorizez prin prezenta pe «Handelsnaam» să debiteze prima din IBANul meu.

* + autorizez/nu autorizez (ștergeți după caz) angajații desemnați de «Handelsnaam» să mă ajute cu administrarea poliței și să verifice toate detaliile necesare, inclusiv detaliile cu privire la starea mea de sănătate, dacă și în măsura necesară în scopul administrării. Acest ajutor poate include trimiterea de facturi și contactarea HollandZorg pentru a solicita o explicație privind asigurarea și pentru mediere în caz de îngrijire.
* prin prezenta autorizez HollandZorg:
  + să încaseze «Handelsnaam» primele plătibile de către mine cu privire la Asigurarea de sănătate publică HollandZorg și No Risk I și II;
  + să trimită polița și alte notificări cu privire la contractul sau contractele de asigurare menționat(e) mai sus pe e-mail.
  + să trimită polița și alte notificări cu privire la contractele de asigurare menționate mai sus către «Handelsnaam», atât timp cât HollandZorg nu are înregistrată adresa mea de e-mail.

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 |
|  |  |  |