**Доверенность и заявление**

**HollandZorg Flexpolis  
(государственное медицинское страхование и дополнительное страхование «без риска» I и II HollandZorg)**

**Содержание**

Настоящая доверенность и заявление касаются:

1. Оформление и прекращение (дополнительного) медицинского страхования и уплата страхового взноса
2. Заявление на пособие по уходу.

Я, нижеподписавшийся (-аяся), работаю в:

|  |
| --- |
| «Handelsnaam» в «Vestigingsplaats» |

1. **Уполномочивание и разрешение на (дополнительные) полисы медицинского страхования**

Я, сотрудник,

* настоящим уполномочиваю «Handelsnaam» в «Vestigingsplaats», от моего имени:  
  + оформить полис государственного медицинского страхования HollandZorg в компании HollandZorg на меня как на страхователя и застрахованное лицо с даты начала моего трудоустройства в «Handelsnaam»;
  + оформить полис дополнительного страхования «без риска» (I и II) в компании HollandZorg на меня как страхователя и застрахованное лицо с той же датой начала действия, что и полис государственного медицинского страхования HollandZorg;
  + вносить поправки в полис государственного медицинского страхования HollandZorg или оформить его отмену с даты окончания моего трудоустройства в «Handelsnaam», если мое обязательство иметь оформленный полис медицинского страхования прекратит свое действие;
  + вносить поправки в полис дополнительного страхования «без риска» (I и II), отменить полис дополнительного страхования «без риска» (I и II) или оформить его отмену с даты окончания моего трудоустройства в «Handelsnaam»;
  + предоставить компании HollandZorg мои персональные данные, в частности номер в системе социального обслуживания (BSN), адрес электронной почты и номер банковского счета, необходимые для подачи заявления и расторжения упомянутого выше договора или договоров страхования;
  + вовремя уведомлять компанию HollandZorg обо всех изменениях этих персональных данных;
  + своевременно уплачивать компании HollandZorg все необходимые страховые взносы по полису государственного медицинского страхования HollandZorg и дополнительного страхования «без риска»;
  + получать выплаты от компании HollandZorg по упомянутому выше договору или договорам страхования от моего имени и перечислять их мне, если компания HollandZorg будет выплачивать эти суммы не мне напрямую, а в «Handelsnaam»;
  + получать уведомления от компании HollandZorg о государственном медицинском страховании HollandZorg и дополнительном страховании «без риска», в т. ч. полис. «Handelsnaam» обязуется немедленно информировать меня о содержании этих уведомлений.
* настоящим уполномочиваю «Handelsnaam» на следующие действия:  
  + вычитать из моей зарплаты страховые взносы, подлежащие уплате мною, за полис государственного медицинского страхования HollandZorg и полис дополнительного страхования «без риска» или выполнять зачет этих сумм за любые причитающиеся мне выплаты и с этой целью хранить мой полис (его копию).
  + Согласно договорам страхования размер страховых взносов составляет указанные ниже суммы:

Взнос по полису государственного медицинского страхования HollandZorg: ……… евро

Взнос по полису дополнительного страхования «без риска» I: ……… евро

Взнос по полису дополнительного страхования «без риска» II: …0,00 евро

Совокупный ежемесячный страховой взнос: ……... евро  
  
Я понимаю, что в течение страхового периода указанные выше суммы могут меняться.  
  
Если вычет или зачет будет противоречить закону, я настоящим уполномочиваю «Handelsnaam» осуществить списание суммы страхового взноса с моего банковского счета.

* + Уполномочиваю / не уполномочиваю (ненужное удалить) сотрудникам, назначенным «Handelsnaam» помогать мне с ведением полиса и с этой целью иметь доступ ко всей соответствующей информации, в частности к сведениям о моем здоровье, в необходимом объеме. Эта помощь может включать в себя подачу счетов-фактур и обращение в компанию HollandZorg за уточнением условий страховки, а также посредничество в связи с медицинским обслуживанием.
* настоящим уполномочиваю компанию HollandZorg:
  + вычитать «Handelsnaam» страховые взносы, подлежащие уплате мною, за полис государственного медицинского страхования HollandZorg и полис дополнительного страхования «без риска» I и II;
  + направлять полис и другие сообщения об упомянутом выше договоре или договорах страхования на электронную почту;
  + направлять полис и другие сообщения об упомянутом выше договоре или договорах страхования в «Handelsnaam», если у HollandZorg нет моего актуального адреса электронной почты.

1. **Заявление на пособие по уходу**

Я, сотрудник:

* заявляю, что:
  + в настоящее время не получаю пособие по уходу;
  + не подавал заявление на получение пособия по уходу через другое агентство по трудоустройству в течение периода, когда я работаю в агентстве по трудоустройству, указанному в этой форме.
* настоящим уполномочиваю компанию HollandZorg:
  + подавать заявление на пособие по уходу от моего имени до письменного уведомления о прекращении действия разрешения или до окончания моего трудоустройства.
  + передать данные, которые я ввел в эту форму, и любые изменения к ним в Налоговое и таможенное управление / Управление по начислению пособий при подаче заявления на пособие по уходу.
* осознаю, что:
  + Налоговое и таможенное управление / Управление по начислению пособий определяют, имею ли я право на получение пособия по уходу, а также размер моего пособия по уходу;
  + сумма, которую я получу, будет переводиться только на мой личный счет. Иными словами, это пособие по уходу не зачисляется на счет агентства по трудоустройству;
  + если я младше 18 лет, я не плачу взносы за медицинское страхование и не имею права на пособие по уходу;
  + HollandZorg не несет ответственности за выплату пособия по уходу;
  + HollandZorg не несет никакой ответственности за любой ущерб, возникший в результате подачи заявления на пособие по уходу со стороны HollandZorg. HollandZorg только оказывает содействие в отправке данных в Налоговое и таможенное управление / Управление по начислению пособий. Неверные или неполные данные могут привести к отказу в выплате пособия по уходу или к требованию возврата излишне выплаченного пособия по уходу. Налоговое и таможенное управление / Управление по начислению пособий оценивает и сверяет поданные данные с содержащимися у них данными и самостоятельно принимает решение о начислении пособия по уходу на основе этих данных. Возражения против решения Налогового и таможенного управления / Управления по начислению пособий можно подавать только в Налоговое и таможенное управление / Управление по начислению пособий.

1. **Завершение уполномочивания и заявления**

Действие этого уполномочивания и заявления завершается:

* в дату прекращения действия полиса государственного медицинского страхования HollandZorg и полиса дополнительного страхования «без риска» I и II, а также завершения периода ведения страхования или
* в дату аннулирования этого уполномочивания и заявления мною в письменной форме.

1. **Данные**

Я:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Имя полностью: |  | | | | |
| Фамилия: |  | | Пол (муж./жен.): |  |
| Номер в системе социального обслуживания (BSN): |  | | Дата рождения: |  |
| Номер личного банковского счета в Нидерландах (IBAN): | |  | | | |
| Номер лицевого счета в иностранном банке с IBAN и BIC: | |  | | | |
| От имени: |  | | | | |
| Адрес владельца счета | | | | | |
| Улица и номер дома: |  | | | | |
| Почтовый индекс: |  | | | | |
| Муниципалитет: |  | | | | |
| Страна: |  | | | | |

Мой совокупный предполагаемый годовой доход (включая годовой доход, не полученный в Нидерландах) составляет:

|  |
| --- |
| евро |

1. **Подписи**

Я заявляю:

* + что я заполнил (-а) эту форму точно, полностью и достоверно, а также подписал (-а) ее;
  + что я обязуюсь уведомлять HollandZorg об изменениях моих данных без промедления; и
  + что я прочитал (-а) форму целиком и понимаю ее содержание.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Город | Дата | Подпись сотрудника |
|  |  |  |