## Formularze upoważnienia do ubezpieczenia Flexpolis HollandZorg (Ubezpieczenie podstawowe HollandZorg i ubezpieczenie dodatkowe No Risk I oraz II)

Ja, pracownik,  
[inicjały imion]

[nazwisko]

[data urodzenia]

* upoważniam niniejszym ……………………………..…. «Handelsnaam» z ……………………………..…. «Vestigingsplaats» do:  
  + zawarcia w moim imieniu jako ubezpieczającego i ubezpieczonego umowy Ubezpieczenia podstawowego HollandZorg w HollandZorg wraz z dniem podjęcia przeze mnie pracy dla ……………………………..…. «Handelsnaam»;
  + zawarcia w moim imieniu jako ubezpieczającego i ubezpieczonego umowy ubezpieczenia dodatkowego No Risk (I oraz II) w HollandZorg wraz z dniem zawarcia umowy Ubezpieczenia podstawowego HollandZorg;
  + zmiany lub wypowiedzenia umowy Ubezpieczenia podstawowego HollandZorg lub dostarczenia wyrejestrowania z dniem zakończenia przeze mnie pracy dla ……………………………..…. «Handelsnaam», chyba że w dalszym ciągu będzie mnie obowiązywał obowiązek posiadania ubezpieczenia zdrowotnego;
  + zmiany umowy ubezpieczenia dodatkowego, wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego No Risk (I oraz II) lub dostarczenia wyrejestrowania z dniem zakończenia przeze mnie pracy dla ……………………………..…. «Handelsnaam»;
  + przekazania HollandZorg moich danych osobowych, w tym numeru identyfikacyjnego BSN, adresu e-mail i IBAN, koniecznych do zgłoszenia i wypowiedzenia/wyrejestrowania, związanych z wyżej wymienionymi ubezpieczeniami, a także do przekazania HollandZorg zmian we wspomnianych danych osobowych;
  + terminowej zapłaty HollandZorg składek należnych z tytułu Ubezpieczenia podstawowego HollandZorg oraz ubezpieczenia dodatkowego No Risk;
  + przyjmowania w moim imieniu kwot wypłacanych przez HollandZorg, mających związek z wyżej wymienionymi ubezpieczeniami, a następnie wypłacania ich mi, o ile HollandZorg nie wypłaca mi wspomnianych kwot bezpośrednio, a robi to za pośrednictwem ……………………………..…. «Handelsnaam»;
  + przyjmowania komunikatów od HollandZorg, dotyczących Ubezpieczenia podstawowego HollandZorg i ubezpieczenia dodatkowego No Risk, w tym polisy. ……………………………..…. «Handelsnaam» ma obowiązek niezwłocznego poinformowania mnie o tych komunikatach (i o ich treści).
* Udzielam ……………………………..…. «Handelsnaam» pozwolenia na:  
  + potrącanie lub rozliczanie kwot składek należnych z tytułu Ubezpieczenia podstawowego HollandZorg oraz No Risk z wypłacanymi mi kwotami i wynagrodzeniami oraz przechowywanie w tym celu (kopii) mojej polisy.   
      
    W chwili zawierania umowy ubezpieczenia należna składka wynosi:

Składka na Ubezpieczenie podstawowe HollandZorg ……….EUR

Składka na ubezpieczenie dodatkowe No Risk I ……….EUR

Składka na ubezpieczenie dodatkowe No Risk II ...0,00 EUR

Łączna miesięczna kwota należnej składki ……….EUR.  
  
Jestem świadom(a), że wysokość wyżej wymienionych kwot może ulec zmianie w czasie okresu ubezpieczenia.  
  
Jeśli prawo nie zezwala na potrącanie lub rozliczanie kwot, udzielam niniejszym upoważnienia ……………………………..…. «Handelsnaam» do automatycznego pobrania składki z mojego rachunku IBAN.

* + pozwalam/nie pozwalam (niepotrzebne skreślić) na udzielanie mi pomocy przez pracowników wskazanych przez ……………………………..…. «Handelsnaam» w sprawach administracyjnych związanych z ubezpieczeniami oraz wgląd we wszystkie konieczne do tego dane, wraz z informacjami o moim zdrowiu, jeżeli jest to konieczne do prowadzenia administracji. Pomoc ta może polegać na składaniu rachunków i kontaktowaniu się z HollandZorg w sprawie wyjaśnień dotyczących ubezpieczenia lub pośredniczenia w uzyskaniu opieki.
* Udzielam HollandZorg pozwolenia na:
  + pobieranie od ……………………………..…. «Handelsnaam» składek należnych za Ubezpieczenie podstawowe HollandZorg oraz ubezpieczenia No Risk I oraz II;
  + wysyłanie polisy oraz innych komunikatów dotyczących wyżej wymienionych ubezpieczeń drogą elektroniczną;
  + wysyłanie polisy oraz innych komunikatów dotyczących wyżej wymienionych ubezpieczeń do ……………………………..…. «Handelsnaam».

Niniejsze upoważnienie i oświadczenie o wyrażeniu zgody wygasają:

* w dniu zakończenia Ubezpieczenia podstawowego HollandZorg oraz ubezpieczenia dodatkowego No Risk I oraz II, a także zamknięcia spraw administracyjnych powiązanych z okresem ubezpieczenia; lub
* z dniem cofnięcia przeze mnie na piśmie danego upoważnienia i pozwolenia.

Data: Miejscowość:

Podpis (pracownika)