**Доверенность и заявление**

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

Я, нижеподписавшийся (-аяся), работаю в:

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

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.

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.

Я:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Имя полностью: |  | |
| Фамилия: |  |
| Дата рождения: |  |

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 |
|  |  |  |