**Pełnomocnictwo i deklaracja zgody**

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

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

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

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.

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.

Moje dane:

|  |  |
| --- | --- |
| Imiona: |  |
| Nazwisko: |  |
| Data urodzenia: |  |

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 |
|  |  |  |