**Procură și declarație de consimțământ**

**HollandZorg Flexpolis  
(Asigurare de sănătate publică HollandZorg și asigurare suplimentară No Risk I și II)**

Subsemnatul, sunt angajat de:

|  |
| --- |
| «Handelsnaam» la «Locul de activitate» |

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.

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.

Sunt:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Prenume complet: |  | |
| Nume: |  |
| Data nașterii: |  |

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 |
|  |  |  |