**Poder y declaración de consentimiento**

**HollandZorg Flexpolis (seguro de enfermedad público HollandZorg y seguro complementario Sin riesgo I y II)**

**Índice**

El presente poder y declaración de consentimiento se refieren a:

1. Contratación y rescisión del seguro de enfermedad (adicional) y pago de la prima
2. Solicitud de una ayuda asistencial.

El abajo firmante es empleado de:

|  |
| --- |
| «Handelsnaam» en el «Vestigingsplaats» |

1. **Autorización y permiso para las pólizas (adicionales) de seguro de asistencia sanitaria**

Yo, el empleado

* Autorizo a «Handelsnaam» en «Vestigingsplaats», en mi nombre, a  
  + contratar el Seguro de Enfermedad Público HollandZorg con HollandZorg para mí como tomador del seguro y asegurado con efecto a partir del comienzo de mi relación laboral con «Handelsnaam»;
  + contratar un seguro complementario Sin Riesgo (I y II) con HollandZorg para mí como tomador del seguro y asegurado con la misma fecha de inicio que el Seguro de Asistencia Sanitaria Pública HollandZorg;
  + modificar el Seguro Público de Enfermedad HollandZorg o disponer su cancelación con efectos a partir de la fecha en que haya finalizado mi trabajo para «Handelsnaam» salvo que continúe mi obligación de suscribir un seguro de asistencia sanitaria;
  + modificar el seguro complementario Sin Riesgo (I y II), cancelar el seguro complementario Sin Riesgo (I y II) o disponer su cancelación con efecto a partir de la fecha en que mi trabajo para «Handelsnaam» haya finalizado;
  + facilitar a HollandZorg los datos personales, incluidos mi número de atención al ciudadano (BSN), dirección de correo electrónico e IBAN, necesarios para la solicitud y cancelación del contrato o contratos de seguro mencionados;
  + notificar oportunamente a HollandZorg cualquier modificación de estos datos personales;
  + pagar con puntualidad a HollandZorg las primas pagaderas por mí en relación con el Seguro de Asistencia Sanitaria Pública HollandZorg y el seguro complementario Sin Riesgo;
  + recibir en mi nombre los pagos que HollandZorg deba efectuar en relación con el contrato o contratos de seguro antes mencionados y abonármelos posteriormente, en la medida en que HollandZorg no me abone directamente a mí dichas cantidades, sino a «Handelsnaam»;
  + recibir notificaciones de HollandZorg sobre el seguro sanitario público HollandZorg y el seguro complementario Sin Riesgo, incluida la póliza. «Handelsnaam» está obligado a notificarme inmediatamente (el contenido) de dichas notificaciones.
* autorizo, por medio del presente documento, «Handelsnaam» a:  
  + deducir de mi salario la prima que debo pagar en relación con el Seguro de Asistencia Sanitaria Pública HollandZorg y el Seguro Sin Riesgo o deducir estos importes de cualquier cantidad que se me deba pagar y conservar (una copia de) mi póliza a tal efecto.
  + Cuando se suscriben los contratos de seguro, la prima a pagar asciende a:

Prima del Seguro de Asistencia Sanitaria Pública HollandZorg ........€

Prima del Seguro complementario Sin Riesgo I ........€

Prima del Seguro complementario Sin Riesgo II ... 0,00 €

Prima mensual total adeudada ........€.  
  
Soy consciente de que la cuantía de los importes arriba indicados puede variar durante el periodo asegurado.  
  
Si la deducción o compensación no está permitida por la ley, por la presente autorizo a «Handelsnaam» a cargar la prima en mi IBAN.

* + autorizo/no autorizo (táchese lo que no proceda) a los empleados designados por «Handelsnaam» a ayudarme en la administración de la póliza y a consultar todos los datos necesarios, incluidos los relativos a mi salud, siempre y cuando sea necesario a efectos administrativos. Esta ayuda puede incluir la presentación de facturas y el contacto con HollandZorg para obtener una explicación sobre el seguro y la mediación asistencial.
* por la presente autorizo a HollandZorg a:
  + cargar «Handelsnaam» las primas pagaderas por mí en relación con el Seguro de Asistencia Sanitaria Pública HollandZorg y los Seguros Sin Riesgo I y II;
  + enviar por correo electrónico la póliza y otras notificaciones sobre el contrato o contratos de seguro mencionados;
  + enviar la póliza y otras notificaciones sobre los contratos de seguro mencionados a «Handelsnaam»siempre que HollandZorg no tenga registrada mi dirección de correo electrónico actual.

1. **Solicitud de prestación de asistencia**

Yo, el empleado,

* declaro lo siguiente:
  + no estar recibiendo ninguna prestación de asistencia en el momento;
  + no solicitar una prestación de asistencia a través de otra agencia de colocación durante el período en que trabaje para la agencia de colocación mencionada en el presente formulario.
* por la presente, autorizo a HollandZorg a:
  + encargarse de la solicitud de la prestación de asistencia en mi nombre hasta la rescisión por escrito de la autorización o hasta el cese de mi relación laboral.
  + comunicar los datos que he introducido en este formulario y cualquier modificación de los mismos a la Agencia Tributaria para la solicitud de la prestación de asistencia.
* Soy consciente de lo siguiente:
  + la Agencia Tributaria determinará si tengo derecho a una prestación de dependencia y determinará la cuantía de la misma;
  + el importe que reciba solamente se transferirá a mi cuenta personal. En otras palabras, esta prestación de asistencia no se abona en la cuenta de la agencia de colocación;
  + si soy menor de 18 años, no pago prima por el seguro de asistencia sanitaria y no tengo derecho a una asignación por asistencia;
  + HollandZorg no es responsable de la asignación de la prestación de asistencia;
  + HollandZorg no se responsabiliza en modo alguno de los daños derivados de la solicitud de la prestación de asistencia por parte de HollandZorg. HollandZorg únicamente facilita la presentación de datos a la Agencia Tributaria. Los datos incorrectos o incompletos pueden dar lugar a la denegación de la prestación de asistencia o a la devolución de la prestación de asistencia abonada en exceso. La Agencia Tributaria evaluará y cotejará los datos con los que constan en sus propios registros y decidirá de forma independiente si concede la prestación de dependencia en base a estos datos. Las objeciones a la decisión de la Agencia Tributaria pueden presentarse ante la Agencia Tributaria.

1. **Fin de la autorización y el consentimiento**

La presente autorización y declaración de consentimiento finalizan:

* el día en que se extinga el Seguro de Asistencia Sanitaria Pública HollandZorg y los seguros complementarios Sin Riesgo I y II y finalice la administración del periodo asegurado; o bien
* con efectos a partir del día en que haya cancelado por escrito la presente autorización y consentimiento.

1. **Detalles**

Soy:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre completo: |  | | | | |
| Apellido: |  | | Sexo (h/m): |  |
| BSN: |  | | Fecha de nacimiento: |  |
| Número holandés de cuenta bancaria personal (IBAN): | |  | | | |
| Número de cuenta bancaria personal extranjera con IBAN y BIC: | |  | | | |
| En nombre de: |  | | | | |
| Dirección del titular de la cuenta | | | | | |
| Calle y número de vivienda: |  | | | | |
| Código postal: |  | | | | |
| Municipio: |  | | | | |
| País: |  | | | | |

Tengo unos ingresos anuales totales estimados (incluidos los ingresos anuales no percibidos en los Países Bajos) de:

|  |
| --- |
| € |

1. **Firmas**

Declaro:

* + haber rellenado y firmado este formulario de forma exacta, completa y veraz;
  + que notificaré inmediatamente a HollandZorg cualquier cambio en mis datos; y
  + que he leído todo el formulario y he comprendido su contenido.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ciudad | Fecha | Firma del empleado |
|  |  |  |