**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: solicitud de una ayuda asistencial.

El abajo firmante es empleado de:

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

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 |
|  |  |  |