**Пълномощно и декларация за съгласие**

**HollandZorg Flexpolis (обществена здравна застраховка HollandZorg и допълнителна застраховка “Без риск” I и II)**

**Съдържание**

Настоящото пълномощно и декларация за съгласие се отнасят за:

1. Сключване и прекратяване на (допълнителната) здравна застраховка и плащане на премията
2. Подаване на заявление за добавка за здравни грижи.

Аз, долуподписаният, съм нает от:

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

1. **Упълномощаване и разрешение за полици за (допълнителна) здравна застраховка**

Аз, служителят,

* с настоящото упълномощавам «Handelsnaam» в «Vestigingsplaats», от мое име да:  
  + сключи обществена здравна застраховка HollandZorg с HollandZorg за мен като притежател на полица и осигурено лице от момента на наемането ми на работа в «Handelsnaam»;
  + сключи допълнителна застраховка “Без риск” (I и II) с HollandZorg за мен като притежател на полица и осигурено лице със същата начална дата като обществената здравна застраховка HollandZorg;
  + променя обществената здравна застраховка HollandZorg или да уреди прекратяването ѝ, считано от датата, на която работата ми за «Handelsnaam» приключи, освен ако моето задължение да поддържам здравна застраховка продължава;
  + променя допълнителната застраховка “Без риск” (I и II), да прекрати допълнителната застраховка “Без риск” (I и II) или да уреди прекратяването ѝ, считано от датата, на която работата ми за «Handelsnaam» приключи;
  + предостави на HollandZorg личните данни, включително моя граждански номер (BSN), адрес на електронна поща и IBAN, необходими за заявяването и анулирането на посочения по-горе договор или договори за застраховка;
  + уведомява своевременно HollandZorg за всякакви промени в тези лични данни;
  + незабавно да плати премиите на HollandZorg, които дължа за обществената здравна застраховка HollandZorg и допълнителната застраховка “Без риск”;
  + получава плащанията, които следва да се извършат от HollandZorg във връзка с посочения по-горе застрахователен договор или договори от мое име, и впоследствие да ги плати на мен, ако HollandZorg не плаща тези суми директно на мен, а на «Handelsnaam»;
  + получава известия от HollandZorg за обществената здравна застраховка HollandZorg и допълнителната застраховка “Без риск”, включително полицата. «Handelsnaam» се задължава незабавно да ме уведоми за (съдържанието) на такива уведомления.
* с настоящото упълномощавам «Handelsnaam» да:  
  + Удържа премията, дължима от мен по отношение на обществената здравна застраховка HollandZorg и “Без риск” от моята заплата или да прихваща тези суми от суми, които ми се дължат и да съхранява (копие от) моята полица за тази цел.
  + При сключването на застрахователните договори, дължимата премия възлиза на:

Премия за обществена здравна застраховка HollandZorg €………

Премия за допълнителна застраховка “Без риск I” €………

Премия за Допълнителна застраховка “Без риск II” €… 0,00

Общо дължима месечна премия €……...  
  
Известен ми е фактът, че размерът на сумите по-горе може да се променя по време на застрахователния период.  
  
Ако удръжката или прихващането не се разрешава по закон, с настоящото упълномощавам «Handelsnaam» дa дебитира премията от моята IBAN-сметка.

* + Упълномощавам/ не упълномощавам (изтрийте както е подходящо) служителите, назначени от «Handelsnaam» да ми помагат с администрирането на полицата и да ме консултират относно всички необходими данни, включително данни за моето здраве, ако и доколкото е необходимо за целите на администрирането. Тази помощ може да включва представяне на фактури и осъществяване на контакти с HollandZorg за обяснение на застраховката и за посредничество при оказването на здравни грижи.
* с настоящото упълномощавам HollandZorg да:
  + задължава «Handelsnaam» премиите, дължими от мен за обществената здравна застраховка HollandZorg и допълнителната застраховка “Без риск” I и II;
  + Изпраща полицата и други уведомления за горепосочения застрахователен договор или договори по имейл:
  + Изпраща полицата и други уведомления за горепосочените застрахователни договори на «Handelsnaam»ако HollandZorg няма записан моя текущ имейл.

1. **Заявление за добавка за здравни грижи**

Аз, служителят,

* декларирам:
  + Не получавам добавка за здравни грижи в момента;
  + Няма да подам заявление за добавка за здравни грижи чрез друга трудова агенция в периода, в който работя за трудовата агенция, посочена в този формуляр.
* с настоящото упълномощавам HollandZorg:
  + Да се грижи за заявлението за добавка за здравни грижи от мое име до получаването на писмено уведомление за прекратяване на упълномощаването или до края на моето трудово правоотношение.
  + Да предостави данните, които съм посочил в този формуляр и всички промени в него на Данъчната и митническата администрация/ добавки за заявлението за добавка за здравни грижи.
* Уведомен съм, че:
  + Данъчната и митническа администрация/ добавки ще определи дали имам право на добавка за здравни грижи и тя определя размера на моята добавка за здравни грижи;
  + Сумата, която ще получа ще бъде преведена само по моята лична сметка. С други думи, тази добавка за здравни грижи не се плаща по сметката на трудовата агенция;
  + Ако съм на възраст под 18 години, аз не плащам премия за здравната застраховка и нямам право на добавка за здравна грижа;
  + HollandZorg не отговаря за разпределението на добавката за здравни грижи;
  + HollandZorg не отговаря за никакви вреди, произтичащи от заявлението за добавка за здравни грижи от HollandZorg по никакъв начин. HollandZorg единствено подпомага представянето на данни пред Данъчната и митническа администрация/ добавки. Неточните или непълни данни може да доведат до отказ от изплащането на добавка за здравни грижи или до иск за връщане на всяка добавка за здравни грижи, платена в повече. Данъчната и митническа администрация/ добавки ще оцени и провери данните спрямо данните в нейните регистри и независимо ще реши дали ще предостави добавка за здравни грижи въз основа на тези данни. Възражения срещу решението на Данъчната и митническа администрация/ добавки може да се подават само към Данъчната и митническа администрация/ добавки.

1. **Край на упълномощаването и съгласие**

Това упълномощаване и декларация за съгласие приключват:

* В деня, в който обществената здравна застраховка HollandZorg и допълнителната застраховка “Без риск” I и II се прекратят и администрирането на застрахователния период приключи; или
* Считано от деня, в който анулирам това упълномощаване и съгласие в писмен вид.

1. **Детайли:**

Аз съм:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Пълно собствено име: |  | | | | |
| Фамилно име: |  | | Пол (м/ж): |  |
| BSN: |  | | Дата на раждане: |  |
| Номер на лична банкова сметка в Нидерландия (IBAN): | |  | | | |
| Номер на лична банкова сметка в чужбина с IBAN и BIC: | |  | | | |
| На името на: |  | | | | |
| Адрес на притежателя на сметка: | | | | | |
| Улица и номер: |  | | | | |
| Пощенски код: |  | | | | |
| Община: |  | | | | |
| Държава: |  | | | | |

Имам общ разчетен годишен доход (включително годишен доход, който не е получен в Нидерландия) в размер на:

|  |
| --- |
| € |

1. **Подписи**

Декларирам:

* + Попълних и подписах този формуляр точно, пълно и вярно;
  + Незабавно ще уведомявам HollandZorg за промени на моите данни; и
  + Прочетох целия формуляр и разбирам неговия смисъл.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Град | Дата | Подпис на служителя |
|  |  |  |