**Довіреність та заява**

**HollandZorg Flexpolis  
(державне медичне страхування та додаткове страхування «без ризику» I і II HollandZorg)**

Я, нижчепідписаний, працюю в:

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

Я, співробітник,

* цим уповноважую «Handelsnaam» у «Vestigingsplaats», від мого імені:  
  + оформити поліс державного медичного страхування HollandZorg у компанії HollandZorg на мене як на страхувальника та застраховану особу з дати початку мого працевлаштування «Handelsnaam»;
  + оформити поліс додаткового страхування «без ризику» (I і II) у компанії HollandZorg на мене як страхувальника та застраховану особу з тією ж датою початку дії, що й поліс державного медичного страхування HollandZorg;
  + уносити поправки до поліса державного медичного страхування HollandZorg або оформити його скасування з дати закінчення мого працевлаштування в «Handelsnaam», якщо моє зобов’язання щодо наявності оформленого полісу медичного страхування припинить свою дію;
  + уносити поправки до поліса додаткового страхування «без ризику» (I і II), скасувати поліс додаткового страхування «без ризику» (I і II) або оформити його скасування з дати закінчення мого працевлаштування в «Handelsnaam»;
  + надавати компанії HollandZorg мої персональні дані, зокрема номер у системі соціального обслуговування (BSN), адресу електронної пошти й номер банківського рахунку, необхідні для подання заяви та розірвання згаданого вище договору або договорів страхування;
  + вчасно повідомляти компанію HollandZorg про всі зміни цих персональних даних;
  + своєчасно сплачувати компанії HollandZorg усі необхідні страхові внески щодо поліса державного медичного страхування HollandZorg та додаткового страхування «без ризику»;
  + отримувати виплати від компанії HollandZorg за згаданим вище договором або договорами страхування від мого імені та перераховувати їх мені, якщо компанія HollandZorg виплачуватиме ці суми не мені безпосередньо «Handelsnaam»;
  + отримувати повідомлення від компанії HollandZorg про державне медичне страхування HollandZorg та додаткове страхування «без ризику», зокрема поліс. «Handelsnaam» зобов’язується негайно інформувати мене про зміст цих повідомлень.
* цим уповноважую «Handelsnaam» на виконання таких дій:  
  + відраховувати з моєї зарплати страхові внески, що підлягають сплаті мною, за поліс державного медичного страхування HollandZorg і поліс додаткового страхування «без ризику» або виконувати залік цих сум за будь-які виплати, що мають бути мені сплачені, і з цією метою зберігати мій поліс (його копію).
  + Згідно з договорами страхування розмір страхових внесків становить зазначені нижче суми:

Внесок за полісом державного медичного страхування HollandZorg: ……… євро

Внесок за полісом додаткового страхування «без ризику» I: ……… євро

Внесок за полісом додаткового страхування «без ризику» ІІ: …0,00 євро

Сукупний щомісячний страховий внесок: ……... євро  
  
Я розумію, що зазначені вище суми можуть змінюватися протягом страхового періоду.  
  
Якщо відрахування або залік суперечитиме закону, я цим уповноважую «Handelsnaam» здійснювати списання суми страхового внеску з мого банківського рахунку.

* + Уповноважую / не уповноважую (непотрібне видалити) співробітників, призначених «Handelsnaam» допомагати мені з веденням поліса та із цією метою мати доступ до всієї відповідної інформації, зокрема до даних про моє здоров’я, у необхідному обсязі. Ця допомога може включати в себе подання рахунків-фактур і звернення до компанії HollandZorg за уточненням умов страхування, а також посередництво у зв’язку з медичним обслуговуванням.
* Цим уповноважую компанію HollandZorg:
  + стягувати «Handelsnaam» страхові внески, що підлягають сплаті мною, за поліс державного медичного страхування HollandZorg і поліс додаткового страхування «без ризику» І і ІІ;
  + направляти поліс та інші повідомлення про згаданий вище договір або договори страхування на електронну пошту;
  + направляти поліс та інші повідомлення про згаданий вище договір або договори страхування на адресу «Handelsnaam», якщо HollandZorg не має моєї актуальної адреси електронної пошти.

Дія цього уповноваження та заяви завершується:

* у дату припинення дії поліса державного медичного страхування HollandZorg і поліса додаткового страхування «без ризику» I і II, а також завершення періоду ведення страхування або
* в дату анулювання цього уповноваження та заяви мною в письмовій формі.

Я:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ім’я повністю: |  | |
| Прізвище: |  |
| Дата народження: |  |

Я заявляю:

* + що я заповнив (-ла) цю форму точно, повністю й достовірно, а також підписав (-ла) її;
  + що я зобов’язуюся повідомляти HollandZorg про зміни моїх даних одразу; і
  + що я прочитав (-ла) всю форму я розумію її вміст.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Місто | Дата | Підпис співробітника |
|  |  |  |