

Ich, der/die Mitarbeiter(in): _____

Anfangsbuchstaben der Vornamen : _____

Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Sozialversicherungsnummer: _____

Voorletters Ermächtigte hiermit (Name des Arbeitgebers)

in (Ort) _____

In meinem Namen bis auf Widerruf dieser Ermächtigung:

- bei meinem Dienstantritt eine Krankenversicherung und eventuell eine Zusatzversicherung bei Zorg en Zekerheid für mich als Versicherungsnehmer(in) (der/die ich auch der/die einzige Versicherte bin) abzuschließen;
- für die An-/Abmeldung meine BSN-/Sozialversicherungsnummer und andere erforderliche Daten an Zorg en Zekerheid weiterzugeben;
- die Krankenversicherung und die eventuelle Zusatzversicherung am Tag meines Ausscheidens zu kündigen, sofern nicht die Krankenversicherungspflicht weiterbesteht;
- die Prämie für die obige Krankenversicherung und die eventuelle Zusatzversicherung rechtzeitig in meinem Namen an Zorg en Zekerheid zu entrichten;
- falls nötig, die oben genannten an Zorg en Zekerheid fälligen Beträge von meinem Gehalt abzuziehen;
- Kostenaufstellungen einzureichen, wobei die Erstattung an meinen Arbeitgeber/mein Zeitarbeitsunternehmen oder direkt an den Leistungserbringer erfolgt;
- meine Adresse als die Adresse des Hauptsitzes von _____ weiterzugeben _____

Diese Adresse gilt als Postanschrift, bis ich eine andere (Post-)Anschrift angebe;

- Einsicht in meinen Eigenanteilsverbrauch zu nehmen bzw. diese Abrechnungen für mich zu bezahlen oder von meinem Gehalt abzuziehen.

Ich erteile hiermit/erteile hiermit nicht (Nichtzutreffendes streichen)

(Name des Arbeitgebers) _____

und den hierfür eingesetzten Mitarbeitern die ausdrückliche Genehmigung, mich bei der Führung der Versicherung zu unterstützen oder diese in meinem Namen zu führen und hierzu Einsicht in alle (medizinisch) erforderlichen Daten zu nehmen. Das Datenschutzgesetz findet hierbei Anwendung.

Datum: _____

Ort: _____

Name und Unterschrift des Mitarbeiters/der Mitarbeiterin: _____