

Ja, pracownik : _____

Inicjały: _____

Nazwisko: _____

Data urodzenia: _____

Numer ubezpieczenia społecznego (BSN): _____

niniejszym upoważniam (nazwa pracodawcy) _____

z siedzibą w (miejsowość) _____

**Do przeprowadzania niżej wymienionych czynności w moim imieniu do czasu odwołania
niniejszego upoważnienia:**

- objęcia mojej osoby ubezpieczeniem zdrowotnym i ewentualnie także ubezpieczeniem dodatkowym w Zorg en Zekerheid jako ubezpieczającego (i zarazem jedyne ubezpieczonego), począwszy od dnia rozpoczęcia mojego zatrudnienia;
- przekazania mojego numeru ubezpieczenia społecznego BSN i innych wymaganych danych firmie Zorg en Zekerheid w celach rejestracyjnych/anulowania mojej polisy;
- wypowiedzenia polisy ubezpieczenia zdrowotnego i ewentualnej polisy ubezpieczenia dodatkowego z dniem zakończenia zatrudnienia, chyba że obowiązek ubezpieczenia pozostanie w mocy;
- terminowego opłacania w moim imieniu składek ubezpieczeniowych w ramach wyżej wymienionego ubezpieczenia zdrowotnego i ewentualnego ubezpieczenia dodatkowego na rzecz Zorg en Zekerheid;
- potrącania w razie konieczności z mojego wynagrodzenia opłat odnoszących się do powyższego na rzecz Zorg en Zekerheid;
- składania deklaracji, na podstawie których wypłacone ma być odszkodowanie/refundacja, mojemu pracodawcy / agencji pracy tymczasowej lub bezpośrednio świadczeniodawcy;
- przekazania jako mojego adresu korespondencyjnego adresu siedziby głównej firmy _____
Adres ten pozostanie moim adresem korespondencyjnym do czasu zgłoszenia przeze mnie innego adresu (korespondencyjnego);
- uzyskania wglądu w kwoty zużyte przeze mnie na zapłatę udziału własnego w pokryciu kosztów leczenia.

Niniejszym udzielam / nie udzielam (niepotrzebne skreślić) mojej wyraźnej zgody firmie (nazwa pracodawcy) _____ oraz jej wyznaczonym pracownikom na zapewnienie mi pomocy w zakresie administracyjnych kwestii związanych z moim(i) ubezpieczeniem(-ami) lub jego/ich realizacji w moim imieniu i w związku z tym do uzyskania dostępu tych osób do wszystkich wymaganych informacji (także medycznych, o ile zajdzie taka konieczność). Wszystko to przy uwzględnieniu holenderskiej ustawy o ochronie danych osobowych (Wet bescherming persoonsgegevens).

Data: _____ Miejscowość: _____

Imię i nazwisko oraz podpis pracownika: _____