



NEZÁVISLÝ ODBOROVÝ SVAZ POLICIE ČESKÉ REPUBLIKY

Bartolomějská 306/7, Staré Město, 110 00 Praha 1, IČ: 49629034 (NOS PČR)

Více info: www.nospcr.cz, e-mail: veterani@nospcr.cz, telefon: 974 823 949



Příhláška do pojištění - veterán **2024**

Já,

Titul	Jméno	Příjmení	Titul	Datum narození	Bývalé OeČ
E-mailová adresa		Telefonní kontakt	Jiný kontaktní údaj		
Bydliště: Obec		Ulice / část obce	Č. popisné	PSC	

žádám o pojištění u pojišťovny Allianz

* POJIŠTĚNÍ ODPOVĚDNOSTI ZAMĚSTNANCŮ ZA ŠKODY ZPŮSOBENÉ ZAMĚSTNAVATELI

v roční výši pojistného za osobu - **704 Kč**

– limit pojistného plnění na jednoho zaměstnance	300 000 Kč
– ztráta svěřených věcí	30 000 Kč
– spoluúčast	1 000 Kč

* ŽIVOTNÍ POJIŠTĚNÍ

v roční výši pojistného za osobu - **1016 Kč**

– pro případ smrti	50 000 Kč
– pro případ smrti následkem úrazu	400 000 Kč
– pro případ trvalých následků	400 000 Kč
– pro případ invalidity z důvodu úrazu	250 000 Kč
– pro případ pracovní neschopnosti z důvodu nemoci (od 15. dne)	250 Kč/den
– pro případ pracovní neschopnosti z důvodu úrazu (od 15. dne)	250 Kč/den
– pro případ pracovní neschopnosti z důvodu úrazu při dopravní nehodě (od 15. dne)	200 Kč/den

* CESTOVNÍ POJIŠTĚNÍ

roční výši pojistného za osobu **110 Kč**

Upozornění

Zvolená pojištění (při vyplňování formuláře v elektronické podobě) jsou v celkové ceně Kč,

kteřá je pouze orientační a nelze se jí při platbě dovolávat. Vždy přepočítejte a platte správnou částku
Platba pojištění je za celý kalendářní rok a v případě doručení přihlášky v průběhu roku se cena za pojištění nekrátí.

Prohlášení:

Beru na vědomí, že zaškrtnutím políčka závazně žádám o sjednání příslušného pojištění na kalendářní rok a zavazuji se uhradit celkovou cenu vybraných pojištění na účet č. **1581581599/5500**, nejpozději do 10. dne od doručení přihlášky, jako **variabilní symbol** uvedu své bývalé **osobní číslo**.
Pojištění odpovědnosti a životní pojištění se vztahuje na osoby do 69 let, cestovní pojištění do 70 let.

Podpis žadatele / žadatelky

Dne _____

Datum vyplnění přihlášky

Vyplní kancelář NOS PČR

Došlo dne	Žádost přijal(a)	Funkce příjemce	Poznámka / číslo jednací
Poznámka		Razítko a podpis příjemce	

* Zaškrtnout v případě zájmu o sjednání uvedeného pojištění

Verze20240201

Vyplněný formulář se doručuje na adresu uvedenou v záhlaví, kde jsou i kontaktní údaje pro získání více informací nebo zodpovězení případných dotazů.