



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 OEC
E-mailová adresa		Telefonní kontakt		Jiný kontaktní údaj	
Bydliště: Obec		Ulice / část obce		Č. popisné	PSČ

žádám o pojištění u pojišťovny Allianz

* POJIŠTĚNÍ ODPOVĚDNOSTI ZAMĚSTNANCŮ ZA ŠKODY ZPŮSOBENÉ ZAMĚSTNAVATELÍ

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 do 69 let **110 Kč**

roční výši pojistného za osobu nad 70 let **220 Kč**

Upozornění

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

Dne

Datum vyplnění přihlášky

Podpis žadatele / žadatelky

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

Verze 20240201

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