

Česká pojišťovna a.s., Spálená 75/16, Nové Město, 110 00 Praha 1, Česká republika, IČO: 45272956, DIČ: CZ699001273, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, spisová značka B 1464 (dále jen „ČP“)

a  
Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s., Na Pankráci 1720/123, 140 00 Praha 4, Česká republika, IČO: 49240749, DIČ: CZ699001273, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, spisová značka B 2044 (dále jen „ČPZ“)

## Příhláška do pojištění k Rámcové pojistné smlouvě o skupinovém pojištění osob číslo 5711516316

### ► Pojistník

Nezávislý odborový svaz Policie České republiky, Bartolomějská 306/7, Staré město, 110 00 Praha (dále také „NOS“)

### ► Zájemce o pojištění (pojištěný)

Jméno, příjmení, titul \_\_\_\_\_

Adresa \_\_\_\_\_

Rodné číslo \_\_\_\_\_

Datum vzniku členství v NOS \_\_\_\_\_

Jsem ve služebním poměru  ANO

Jsem v pracovním poměru  ANO

### ► Určení obmyšlené osoby, která má právo na pojistné plnění v případě smrti pojištěného

Jméno, příjmení, titul	Adresa (u cizinců včetně uvedení státu)	Datum a místo narození	Podíl (v %)

Jméno, příjmení, titul	Adresa (u cizinců včetně uvedení státu)	Datum a místo narození	Podíl (v %)

Pokud nebude obmyšlená osoba určena, nabývají právo na pojistné plnění v případě smrti pojištěného osoby určené podle ustanovení § 2831 občanského zákoníku.

**Mám zájem o sjednání pojištění a souhlasím s přihlášením do pojištění podle Rámcové pojistné smlouvy o skupinovém pojištění osob dle mého způsobu výkonu závislé činnosti (služební nebo pracovní poměr) v uvedeném rozsahu.**

	Pojistná částka
Pojištění pro případ smrti z jakýchkoli příčin	50 000 Kč
Pojištění pro případ smrti následkem úrazu	300 000 Kč
Pojištění trvalých následků úrazu s progresivním plněním od 0,01 %	400 000 Kč
Pojištění trvalé invalidity následkem úrazu	250 000 Kč
Pojištění pracovní neschopnosti v důsledku nemoci nebo úrazu	
– osoby ve služebním poměru, plnění od 29. dne	250 Kč
– osoby v pracovním poměru, plnění od 15. dne	
Pojištění pracovní neschopnosti v důsledku úrazu při dopravní nehodě	
– osoby ve služebním poměru, plnění od 29. dne	200 Kč
– osoby v pracovním poměru, plnění od 15. dne	

**► Prohlášení pojištěného****1. Potvrzuji, že jsem byl/a seznámen/a a souhlasím s tím, být vázán/a obsahem těchto dokumentů:**

- a) Rámcová pojistná smlouva o skupinovém pojištění osob,
- b) Doplnkové pojistné podmínky pro pojištění sjednávaná s Českou pojišťovnou a.s.,
- c) Pojistné podmínky pro pojištění sjednávané s Českou pojišťovnou ZDRAVÍ a.s.,
  - i. Všeobecné pojistné podmínky ČP ZDRAVÍ 04/2016 (VPP-ČPZ),
  - ii. Zvláštní pojistné podmínky pojištění pracovní neschopnosti 06/2018 (ZPP-PN),
- d) Informace pro pojištěného ke skupinovému pojištění osob,
- e) Informační dokument o pojistném produktu (IPID),
- f) Obecná informace o zpracování osobních údajů.

**2. Souhlasím** s tím, aby pojistitel zjišťoval a přezkoumával můj zdravotní stav nebo příčinu smrti u lékařů, zdravotnických zařízení, záchranné služby a zařízení poskytujících zdravotní péči (dále společně jen „lékaři“), u kterých jsem se dosud léčil, event. se budu léčit, a u zdravotních pojišťoven. Tento souhlas uděluji zejména pro šetření pojistných událostí, a to i v době po mé smrti. Zmocňuji lékaře k vyhotovení lékařských zpráv, výpisu ze zdravotnické dokumentace či k jejich zapůjčení a zároveň je zprošťuji povinnosti zachovávat mlčenlivost, pokud by byli pojistitelem požádáni o informace týkající se mého zdravotního stavu.

**3. Zmocňuji pojistitele**, resp. jím pověřenou osobu, k nahlédnutí do podkladů jiných pojišťoven v souvislosti s šetřením škodních událostí a s výplatou pojistných plnění. Zavazuji se bez zbytečného odkladu zajistit na výzvu pojistitele veškeré informace o zdravotní péči, která mi byla poskytnuta lékaři a zdravotnickými zařízeními.

**4. Zprošťuji** za účelem zjišťování zdravotního stavu při změně pojištění a pro případ šetření škodní události státní zastupitelství, policii a další orgány činné v trestním řízení, hasičský záchranný sbor a orgány správy sociálního zabezpečení povinnosti mlčenlivosti.

**Uděluji Nezávislému odborovému svazu Policie České republiky souhlas ke sjednání pojištění týkajícího se mé osoby.**

---

Místo a datum podpisu

---

Podpis zájemce o pojištění (pojištěného)