

**NEZÁVISLÝ ODBOROVÝ SVAZ POLICIE ČESKÉ REPUBLIKY**

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

Více info: [www.nospcr.cz](http://www.nospcr.cz), e-mail: [veterani@nosp.cz](mailto:veterani@nosp.cz), telefon: 974 823 949**Příhláška do pojištění - veterán 2025****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 ZAMĚSTNAVATELI** v roční výši pojistného za osobu - **810 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 - **1174 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

Verze20241128

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