

DOHODA O PŘISTOUPENÍ K POJIŠTĚNÍ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI COLONNADE OD OSPEA

Já,, r.č....., zaměstnán jako, uzavírám dohodu na přistoupení k pojištění pracovní neschopnosti počínaje dnem

Zavazuji se zasílat měsíčně částku stanovenou smlouvou o skupinovém úrazovém pojištění, a to nejpozději 15. den v měsíci předcházejícímu pojištěnému měsíci (platba tedy musí přijít předem) na účet OSPEA **184785630/0300**, jako variabilní symbol je nutno dát rodné číslo pro identifikaci platby.

Souhlasím, že pokud neuhradím stanovenou částku včas ani po urgenci ze strany vedení OSPEA, bude pojištění ukončeno mé osobě i rodinným příslušníkům a nové uzavření pojištění bude možné až 12 měsíců po ukončení pojištění.

Dále beru na vědomí, že dle smlouvy o skupinovém pojištění: **“Pojistit je možné plnoleté členy pojistníka, včetně jejich plnoletých, výdělečně činných dětí a životních partnerů, OSVČ, pokud ještě nedosáhli 70. roku života.**

Karenční doba pro plnění z pracovní neschopnosti je 10 dní.

Podrobnosti týkající se pojistných nebezpečí a přesného vymezení pojistné události jsou uvedeny v pojistných podmínkách – bod 3. OBECNÉ VÝLUKY.

Veškeré informace k pojištění, pomoc s formuláři a řešením plnění v rámci pojistky:

**kontaktujte mailem Ing Karla POLÁCHA polach.karel@insia.com
do předmětu pište OSPEA. Urgentní případy na telefonu 777 344 420**

Hlášení pojistné události do pojišťovny včetně zaslání potřebných formulářů bude až po ukončení léčby a vzhledem ke stávajícím opatřením se budou dokumenty posílat elektronicky mailem.

Potvrzuji, že jsem tuto dohodu četl bez časové tísně, obsahu jsem porozuměl a souhlasím s podmínkami, které jsou obsaženy v této dohodě.

V Praze dne

podpis