***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 25 dní. Plnění lze uplatnit pokud je osoba v pojištění více jak 1 měsíc.***

***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*