***DOHODA O PŘISTOUPENÍ K POJIŠTĚNÍ***

***OD OSPEA& ODPP***

***Tuto vyplněnou dohodu, zašlete prosím, na mailovou adresu:***

***pracovnineschopnostospea@seznam.cz***

a ***info@odpp.cz***

***Po přijetí a zpracování přijde potvrzující zpráva.***

***Žádost o ukončení pojištění pište též na výše uvedený mail.***

 ***Platba čtvrtletně( 360,-Kč)***

 ***Platba pololetně( 720,-Kč)***

 ***Platba ročně(1440,- Kč)***

*Já, ……………………………..……….…., r.č.……………………..…, jsem členem OO ……………., uzavírám dohodu na přistoupení k pojištění DAS počínajeměsícem……..*

*Zavazuji se zasílat částku stanovenou smlouvou o skupinovém pojištění DAS, 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, jako specifický symbol uveďte* ***123456****.*

*Souhlasím, že pokud neuhradím stanovenou částku včas ani po urgenci ze strany OSPEA či ODPP, 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 OSVČ,***

***Veškeré informace k pojištění, pomoc s formuláři v rámci pojistky:***

***kontaktujte paní Moniku Sládkovou formou sms nebo telefonicky***

 ***na telefonu 778 733 111***

***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*