



ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ PŘÍSPĚVKU ZAMĚSTNAVATELE NA PENZIJNÍ PŘIPOJIŠTĚNÍ NA SOUKROMÉ ŽIVOTNÍ POJIŠTĚNÍ

ZAMĚSTNANEC

OSOBNÍ ČÍSLO

TRVALÉ BYDLIŠTĚ

PRACOVIŠTĚ

ÚVAZEK

DATUM VZNIKU
PRACOVNÍHO
POMĚRU

DATUM
POSLEDNÍ
ZMĚNY ÚVAZKU

NÁZEV PENZIJNÍ SPOLEČNOSTI / POJIŠŤOVNY

ADRESA PENZIJNÍ SPOLEČNOSTI / POJIŠŤOVNY

ČÍSLO SMLOUVY ZAMĚSTNANCE

MĚSÍČNÍ ČÁSTKA
HRAZENÁ
ZAMĚSTNANCEM

Kč

BANKOVNÍ SPOJENÍ, NA KTERÉ MÁ ZAMĚSTNAVATEL ZASÍLAT PŘÍSPĚVEK

 - /

KONSTANTNÍ
SYMBOL

VARIABILNÍ SYMBOL

SPECIFICKÝ SYMBOL

Podpisem této žádosti prohlašuji, že souhlasím s tím, aby zaměstnavatel shromažďoval mé osobní údaje k účelům přiznání a poskytnutí příspěvku k penzijnímu připojištění nebo soukromého životního pojištění a nakládal s nimi či je jinak zpracovával k týmž účelům v souladu se zákonem č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů v platném znění. Prohlašuji, že výše uvedené údaje jsou úplné a pravdivé a o všech změnách a dodatcích budu zaměstnavatele neprodleně informovat.

PODPIS ZAMĚSTNANCE

DATUM

VYJÁDRĚNÍ OSOBNÍHO A MZDOVÉHO ODDĚLENÍ

splňuje od

nesplňuje

DATUM

ZA OSOBNÍ A MZDOVÉ ODDĚLENÍ

