**Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta Kateřinská 32, 121 08 Praha 2**

# Žádost o příspěvek zaměstnavatele na: 1) penzijní připojištění

* 1. ***doplňkové penzijní spoření***
	2. ***soukromé životní pojištění /*** ٭
1. ***Žádost o změnu výše příspěvku/*** ٭
2. ***Informace o změně údajů/*** ٭

Jméno a příjmení .......................................................................................................................

Datum narození: .........................................................................................................................

**Pracoviště** ....................................................................................................................................

**Datum začátku pracovního poměru na 1. LF ve smyslu čl. III odst. 3 písm. c) opatření:** .......................

Název penzijního fondu/ pojišťovny ..........................................................................................

**Kontaktní adresa penzijního fondu/ pojišťovny**.......................................................................

**Číslo smlouvy**................................................................................................................................

Bankovní spojení, na které má zaměstnavatel zasílat příspěvek:

(toto bankovní spojení Vám sdělí na pobočce penzijního fondu/ pojišťovny)

.................................................... ......................................................................................

## Podpisem této žádosti beru na vědomí, že zaměstnavatel jako správce osobních údajů zpracovává uvedené osobní údaje z důvodů plnění zákonných povinností, smlouvy o poskytnutí příspěvku na základě vnitřního předpisu a mé žádosti a z důvodu oprávněného zájmu správce. Jsem si též vědom/a, že neposkytnutí těchto údajů s sebou nese následky neposkytnutí příspěvku a dále, že u správce údajů nedochází k automatizovanému zpracování těchto údajů, vč. profilování.

Další informace o zpracování osobních údajů u správce jsou dostupné na internetové adrese https://cuni.cz/UK-9056.

Datum:

...............................................................

podpis

Důležitá upozornění:

Změnu jakéhokoli z údajů jste povinen/a oznámit zaměstnavateli nejpozději do 8 dnů.

Jste povinen/a oznámit penzijnímu fondu/pojišťovně, že Vám bude zaměstnavatel přispívat

k penzijnímu připojištění/ životnímu pojištění. K žádosti doložte:

Originál smlouvy (bude vrácena)

***Vyjádření personálního oddělení: splňuje od: ……………… ve výši Kč***

***- nesplňuje***

***Datum: Podpis:***

***/*** ٭ ***nehodící se škrtněte***