Kooperativa
VIENNA INSURANCE GROUP

0000000000Z2018

079

Potvrzení zaměstnavatele o výši příjmu zaměstnance
Bestätigung des Arbeitgebers über die Höhe des Einkommens des Arbeitnehmers

Číslo nabídky / pojistné smlouvy *Versicherungsantragsnummer /* *Versicherungsvertragsnummer*	Číslo nabídky / pojistné smlouvy *Versicherungsantragsnummer /* *Versicherungsvertragsnummer*	Číslo nabídky / pojistné smlouvy *Versicherungsantragsnummer /* *Versicherungsvertragsnummer*	Číslo nabídky / pojistné smlouvy *Versicherungsantragsnummer /* *Versicherungsvertragsnummer*

Potvrzujeme, že pan/paní
Wir bestätigen, dass Herr/Frau

Rodné číslo *Geburtsnummer*	Příjmení *Nachname*	Jméno *Vorname*	Titul *Titel*

Adresa trvalého pobytu/bydliště – Ulice (místo), číslo popisné/orientační ***Anschrift des Wohnsitzes*** *– Strase (Ort), Hausnummer*	Obec – dodací pošta *Gemeinde – Postfiliale*	PSČ *PLZ*

pracuje u zaměstnavatele
bei folgendem Arbeitgeber arbeitet

IČO *Identifikationsnummer*	Obchodní jméno *Firma*

Sídlo zaměstnavatele – Ulice (místo), číslo popisné/orientační ***Sitz des Arbeitgebers*** *– Strase (Ort), Hausnummer*	Obec – dodací pošta *Gemeinde – Postfiliale*	PSČ *PLZ*

v pracovním poměru
im Arbeitsverhältnis

☐ pracovní poměr *Arbeitsverhaltnis*	**Pracovní poměr je sjednán na dobu neurčitou** ☐ *Unbefristetes Arbeitsverhaltnis*	Od *Von*	**Pracovní poměr je sjednán na dobu určitou** ☐ *Befristetes Arbeitsverhältnis*	Od *Von*	Do *Bis*

Jako
Als

na základě dohody o pracovní činnosti
Aufgrund einer Vereinbarung über die Arbeitstätigkeit

☐ dohoda o pracovní činnosti *Vereinbarung uber die Arbeitstatigkeit*	**Dohoda o pracovní činnosti je sjednána** ***Vereinbarung über die Arbeitstätigkeit***	Od *Von*	Do *Bis*

Jako
Als

Průměrný čistý měsíční příjem za poslední 3 měsíce:
Durchschnittliches monatliches Nettoeinkommen für die letzten 3 Monate:

Kč
CZK

Zaměstnanec *Der Arbeitnehmer* je/není *) ve zkušební době. *ist/ist nicht*) in der Probezeit.*

Se zaměstnancem je/není *) vedeno jednání o skončení pracovního poměru.
*Mit dem Arbeitnehmer wird/wird nicht *) uber die Beendigung des Arbeitsverhaltnisses verhandelt.*

INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ
ANGABEN ZUR VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN

Zpracování osobních údajů bez Vašeho souhlasu – Zaměstnanec popř. zástupce zaměstnance a zaměstnavatele bere na vědomí, že jeho identifikační a kontaktní údaje zpracovává pojistitel pro nezbytné plnění smlouvy a na základě svých oprávněných zájmů a pro splnění své zákonné povinnosti vyplývající zejména ze zákona upravujícího distribuci pojištění a zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, a zákona č. 164/2013 Sb., o mezinárodní spolupráci při správě daní. Informace o zpracování Vašich osobních údajů, včetně způsobu odvolání souhlasu, možnosti podání námitky, právo na přístup a dalších práv, naleznete v dokumentu Informace o zpracování osobních údajů v pojištění osob, který je trvale dostupný na webové stránce www.koop.cz v sekci „O pojišťovně Kooperativa."
Verarbeitung personenbezogener Daten ohne Ihre Zustimmung *— Mit der Unterzeichnung dieses Formulars nehmen Sie zur Kenntnis, dass Ihre Identifikations- und Kontaktdaten von der Versicherungsgesellschaft für die notwendige Vertragserfüllung und auf der Grundlage der berechtigten Interessen und zur Erfüllung seiner gesetzlichen Verpflichtung, die insbesondere aus dem Gesetz über die Verteilung von Versicherungen und dem Gesetz Nr. 253/2008 Slg. über der Massnahmen gegen die Legalisierung von Erträgen aus Kriminalität und Terrorismusfinanzierung, sowie aus dem Gesetz Nr. 164/2013 Slg. über die internationale Zusammenarbeit in der Steuerverwaltung folgt, verarbeitet werden. Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, einschliesslich der Methode zum Widerruf der Einwilligung, der Möglichkeit der Einlegung eines Widerspruchs, des Zugangsrechts und anderer Rechte finden Sie im Dokument Informationen zur Verarbeitung personenbezogener Daten in der Personenversicherung, der dauerhaft auf der Website www.koop.cz im Abschnitt „O pojišťovně Kooperativa" verfügbar ist.*

Toto potvrzení platí 3 měsíce ode dne vystavení.
Diese Bestätigung ist 3 Monate ab dem Tag der Ausstellung gültig.

Dne
Am

Razítko a podpis zaměstnavatele
Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Potvrzení vystavil
Die Bestätigung wurde ausgestellt von

Příjmení *Nachname*	Jméno *Vorname*

E-mail *E-Mail*	Telefon *Telefon*

*) nehodíce se škrtněte *) unzutreffendes bitte streichen*

Kooperativa Kooperativa Kooperativa Kooperativa Kooperativa Kooperativa Kooperativa Kooperativa Kooperativa Kooperativa Kooperativa Kooperativa Kooperativa