

Die Altersversorgung unserer Mitarbeiter liegt uns am Herzen.

Fast geschafft! Sichern Sie sich Ihre *hogarenteplus* in nur einem Schritt.

Liebe Mitarbeiterinnen, liebe Mitarbeiter,

im Rahmen der Branchenlösung *hogarenteplus* haben Sie Anspruch auf einen Arbeitgeberbeitrag zum Aufbau einer betrieblichen Altersversorgung.

Wie Sie bereits wissen, wird der Vertrag über unseren Betrieb vereinbart. Das heißt, wir stellen für Ihre Altersversorgung einen Antrag für eine Direktversicherung bei der SIGNAL IDUNA. Damit wir den Antrag stellen können, benötigen wir Ihre Einwilligung. Denn um den Antrag bearbeiten und den Versorgungsvertrag durchführen zu können, wird die SIGNAL IDUNA schutzwürdige Daten von Ihnen verarbeiten (wie zum Beispiel die Information, ob schon eine betriebliche Altersversorgung besteht). Diese Angaben werden unter anderem an Stellen wie dem IT-Dienstleister weitergegeben.

Die Erklärung „Auftrag zur Abgabe der Schweigepflichtentbindung“ nach § 203 StGB dient dazu, dass wir als Ihr Arbeitgeber die Einwilligung abgeben können. Bitte bestätigen Sie uns dies durch Ihre Unterschrift auf der beigefügten Erklärung, per E-Mail oder mündlich. Den Rest übernehmen wir!

Selbstverständlich ist die Einwilligung zur Schweigepflichtentbindung freiwillig und kann jederzeit von Ihnen widerrufen werden. Gestatten Sie uns den Hinweis, dass in solch einem Fall der Abschluss und die Durchführung der betrieblichen Altersversorgung in der Regel nicht möglich sein werden.

Die Erklärung werden wir in unseren Personalunterlagen aufbewahren. Sie haben jederzeit Zugriff darauf.

Nutzen Sie die Möglichkeit, die wir Ihnen mit der SIGNAL IDUNA Gruppe bieten. Und sollte es im Leben nicht nach Plan laufen, kein Grund zur Sorge: Unverfallbare Anwartschaften aus dem Vertrag, bleiben Ihnen bis zum Rentenalter erhalten. Der Vertrag dient Ihrem Wohl und kann bei Erfüllung bestimmter Ereignisse auf Sie übertragen werden.

Sollten Sie Fragen haben, stehen Ihnen gerne die persönlichen Ansprechpartner der SIGNAL IDUNA zur Seite.

Ihre Geschäftsleitung.

Haben Sie Fragen
zur *hogarenteplus*?
Wir helfen Ihnen gerne!

SIGNAL IDUNA Gruppe

Hauptverwaltung Dortmund
Joseph-Scherer-Straße 3
44139 Dortmund
Telefon 0231 135-7310

Hauptverwaltung Hamburg
Neue Rabenstraße 15-19
20354 Hamburg
Telefon 0231 135-7310

hogarenteplus@signal-iduna.de
www.hogarenteplus.de

Auftrag des Arbeitnehmers an den Arbeitgeber zur Abgabe der Schweigepflichtentbindung (Erklärung nach § 203 StGB)

Auftraggeber: (= Arbeitnehmer)

Auftragnehmer: (=Arbeitgeber)

Präambel:

Für den Auftraggeber/Arbeitnehmer wird ein Antrag für eine betriebliche Altersversorgung durch den Arbeitgeber gestellt. Der Versorgungsträger muss zur Bearbeitung des Antrages und zur Durchführung des Versorgungsvertrages besonders schutzwürdige Daten verarbeiten. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigt der Versorgungsträger die Schweigepflichtentbindung, um nach § 203 StGB geschützte Daten (wie zum Beispiel die Tatsache, ob bereits eine betriebliche Altersversorgung besteht) an andere Stellen wie beispielsweise dem IT-Dienstleister, weitergeben zu dürfen.

Es steht dem Arbeitnehmer frei, den folgenden Auftrag zur Erteilung einer Schweigepflichtentbindungserklärung nicht gegenüber dem Versorgungsträger abzugeben oder jederzeit mit Wirkung für die Zukunft, zu widerrufen. Zum Empfang der Willenserklärung nutzen Sie bitte die Kontaktdaten der SIGNAL IDUNA Gruppe: Hauptverwaltung Dortmund, Joseph-Scherer-Str. 3, 44139 Dortmund, Telefon 0231 135-7310, oder Hauptverwaltung Hamburg, Neue Rabenstraße 15-19, 20354 Hamburg, Telefon 0231 135-7310. Für den Versorgungsträger wird aber darauf hingewiesen, dass ohne die Verarbeitung der Daten des Arbeitnehmers der Abschluss oder die Durchführung der betrieblichen Altersversorgung in der Regel nicht möglich sein wird.

Auftrag des Arbeitnehmers:

Hiermit beauftrage ich meinen oben genannten Arbeitgeber, für mich und in meinem Namen gegenüber dem Versorgungsträger der betrieblichen Altersversorgung, welche der Auftragnehmer für mich abschließen wird, die folgende Erklärung abzugeben. Der Auftrag gilt auch für die von mir gesetzlich vertretenen Personen wie meine Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können:

Weitergabe meiner nach § 203 StGB geschützten Daten an Stellen außerhalb des Versorgungsträgers

Der Versorgungsträger verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

1. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Der Versorgungsträger führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung meiner personenbezogenen Daten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der SIGNAL IDUNA Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei meine nach § 203 StGB geschützte Daten weitergegeben, benötigt der Versorgungsträger meine Schweigepflichtentbindungserklärung für die SIGNAL IDUNA Gruppe und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Der Versorgungsträger führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß personenbezogene Daten für ihn erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist dem Auftrag zur Einwilligungserklärung als Anlage angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.signal-iduna.de/Kontakt/Datenschutz/index.php#Dienstleisterliste eingesehen oder bei dem zentralen Kundenservice unter SIGNAL IDUNA Gruppe, 44121 Dortmund oder der Mailadresse info@signal-iduna.de angefordert werden. Für die Weitergabe meiner nach § 203 StGB geschützten Daten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt der Versorgungsträger meine Schweigepflichtentbindungserklärung.

Ich beauftrage meinen Arbeitgeber folgende Erklärung abzugeben:

Ich willige ein, dass der Versorgungsträger meine nach § 203 StGB geschützten Daten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen weitergibt und entbinde die Mitarbeiter des Versorgungsträgers insoweit von ihrer Schweigepflicht.

2. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung meiner Ansprüche abzusichern, kann der Versorgungsträger Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls meine Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass der Versorgungsträger meinen Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung den Versorgungsträger aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob der Versorgungsträger das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über meine bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Angaben verwendet.

Meine personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten an Rückversicherungen werde ich durch den Versorgungsträger unterrichtet.

Ich beauftrage meinen Arbeitgeber zu folgender Erklärung:

Ich willige ein, dass der Versorgungsträger meine nach § 203 StGB geschützten Daten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dass diese dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Insoweit entbinde ich die für den Versorgungsträger tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

3. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Es kann in den folgenden Fällen dazu kommen, dass gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über meinen Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der mich betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen mein Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der meinen Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde.

Bei einem Wechsel des mich betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten an den neuen Vermittler kommen. Ich werde bei einem Wechsel des mich betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von nach § 203 StGB geschützten Daten informiert sowie auf meine Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich beauftrage meinen Arbeitgeber zu folgender Erklärung:

Ich willige ein, dass der Versorgungsträger meine nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und entbinde die Mitarbeiter des Versorgungsträgers insoweit von ihrer Schweigepflicht.

4. Übertragung der Versicherungsnehmereigenschaft bei Ausscheiden der versicherten Person (Mitgabe der Versicherung)

Scheidet die versicherte Person aus den Diensten des Arbeitgebers aus und hat sie eine gesetzliche oder vertragliche unverfallbare Anwartschaft erworben, so hat der Arbeitgeber im zu Grunde liegenden Firmenantrag bereits erklärt, dass er der versicherten Person die Rechtsstellung des Versicherungsnehmers überlasse. Damit erwirbt die versicherte Person das Recht zur Fortführung des (Teil-)Vertrags mit eigenen Beiträgen. Die versicherte Person beauftragt den Arbeitgeber hiermit, der Übertragung bereits jetzt in ihrem Namen gegenüber dem Versicherer zuzustimmen.

Hinweis: eine Übertragung der Zusage im Wege der versicherungsförmigen Lösung nach § 2 Abs. 2 BetrAVG ist hiermit nicht verbunden. Dazu bedarf es einer gesonderten Erklärung bei Ausscheiden des Arbeitnehmers.

.....
Datum

.....
Name, Vorname Arbeitnehmer