

Informationsnachweis zur freiwilligen Betriebsrente bei der Kliniken Südostbayern AG

Als Nachweis darüber, dass Sie das Informationsschreiben zur betrieblichen Vorsorge erhalten haben, ist die Rückgabe dieses Informationsnachweises und der nachfolgenden Erklärung notwendig. Bitte geben Sie diesen Informationsnachweis ausgefüllt und unterschrieben innerhalb der nächsten zehn Tage an die Personalabteilung zurück.

Postalisch:

Kliniken Südostbayern AG
Cuno-Niggel-Straße 3
83278 Traunstein

Dieser Nachweis ist Bestandteil Ihrer Personalunterlagen, auch wenn Sie derzeit nicht an der betrieblichen Vorsorge teilnehmen wollen.

Mit der Umsetzung der Entgeltumwandlung und mit der Beratung unserer Mitarbeiter:innen wurde die PS-Pension Solutions GmbH beauftragt. Die PS-Pension Solutions GmbH ist verpflichtet, absolute Vertraulichkeit im Umgang mit sämtlichen von Ihnen zur Verfügung gestellten Daten und Informationen, die im Rahmen der beauftragten Tätigkeit bekannt und zu Zwecken der Angebotserstellung übermittelt werden, zu wahren. Diese Verpflichtung gilt auch für die Zeit nach Beendigung der Beauftragung.

Erklärung Mitarbeiter:in (bitte in Druckschrift ausfüllen)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frau	Herr	Divers	Titel Vorname Name	Geburtsdatum

Welcher Tarifvertrag findet Anwendung: Med. Fachangestellte TVöD TV-Ärzte keiner davon

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon dienstlich	Telefon privat	- beste Erreichbarkeit -

<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail	Name Arbeitgeber, Einrichtung, Standort

Mir wurde das Informationsschreiben des Arbeitgebers ausgehändigt. Ich habe es zur Kenntnis genommen und erkläre:

- Ich möchte eine auf meine persönlichen Bedingungen abgestellte Information.**
Bitte vereinbaren Sie telefonisch oder per E-Mail einen Beratungstermin mit mir.
Mit der Weitergabe dieses Informationsnachweises durch die Personalabteilung an die PS-Pension Solutions GmbH zum Zweck der Verabredung eines Beratungstermins mit mir bin ich einverstanden.
- Ich wünsche keine weitere Information.**
Ich erkläre durch meine nachstehende Unterschrift, dass ich mich entschieden habe, an der angebotenen betrieblichen Versorgung durch Entgeltumwandlung vorerst nicht teilzunehmen. Ich bin darüber informiert, dass eine spätere Teilnahme möglich ist. Eine rückwirkende Teilnahme und Inanspruchnahme der finanziellen Vorteile ist nicht möglich.

Einwilligungserklärung zur Datenweitergabe:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass oben genannte Daten von meinem Arbeitgeber an die PS-Pension Solutions GmbH übermittelt werden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit und ohne Angaben von Gründen widerrufen kann. Die Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung ist geregelt in Artikel 6 Abs. 1 Buchstabe b der DS-GVO.

Ort, Datum

Unterschrift Mitarbeiter:in