

Erklärung der oder des Versorgungsberechtigten gem. § 150 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

-zwingend von jeder versorgungsberechtigten Person zu unterschreiben und beizufügen –

Zustimmungserfordernis

Es soll sichergestellt sein, dass der oder die Versorgungsberechtigte Kenntnis von den Regelungen zur betrieblichen Altersversorgung genommen hat. Dies soll regelmäßig erfolgen durch

- Kenntnis der Regelungen des Leistungsplanes
- Kenntnis des Antrages zur Einrichtung einer Versorgung über die Unterstützungskasse

Weiterhin erfordern die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) die Zustimmung der versicherten Person, wenn der Versicherungsvertrag durch andere juristische oder natürliche Personen abgeschlossen wird (Vertrag zugunsten Dritter).

Zur Finanzierung dieser Leistungen werden von der Unterstützungskasse Rückdeckungsversicherungen abgeschlossen, die Höhe der Versorgungsleistungen ist abhängig von der Höhe der Zuwendung (Versorgungsbeitrag) an die Unterstützungskasse, dem Alter der versorgungsberechtigten Person bei Aufnahme und der bei der Aufnahme maßgeblichen versicherungstechnischen Grundlagen des jeweiligen Rückdeckungsversicherungsvertrages, bezogen auf die jeweilige Zuwendung (Versorgungsbeitrag) an die Unterstützungskasse.

Durch die Nutzung von Rückdeckungsversicherungen wird die Unterstützungskasse persönliche Daten des Versorgungsberechtigten weitergeben. Zusätzlich ist in seltenen Fällen die Weitergabe von Daten an versicherungsmathematische Gutachter notwendig, wenn die Belange des Arbeitgebers eine Gutachtenerstellung – bspw. für die internationale Bilanzierung oder die Erstellung der Handelsbilanz – erforderlich machen.

In diesem Zusammenhang werden die benötigten Daten gespeichert und verarbeitet. Die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) bei der notwendigen Datenverarbeitung werden beachtet.

Einverständniserklärung

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich gem. § 150 Abs. 2 VVG damit einverstanden, dass die Unterstützungskasse zur Rückdeckung der vorgesehenen Versorgungsleistungen auf Ihr Leben einen oder mehrere wertgleiche Lebens- und/oder Rentenversicherungsvertrag/-verträge bei einer in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsgesellschaft abschließt.

Sie erklären sich bereit, alle Angaben zu machen, die für den Abschluss der Versicherung(en) erforderlich sein werden. Insbesondere bei Versorgungszusagen, die eine Invaliditäts- und/oder eine Hinterbliebenenversorgung beinhalten sollen, sind i. d. R. sogenannte Wissensklärungen über den Gesundheitszustand und ggf. ärztliche Untersuchungen notwendig.

Ist eine Versicherung nicht oder nicht zu regulären Bedingungen zu erhalten, behalten sich der Arbeitgeber und die Unterstützungskasse eine besondere Regelung zur vorgesehenen Versorgung vor. Alternativ wird eine alternative, wertgleiche Versorgungszusage vereinbart.

Name der Versorgungsberechtigten Person:

X

geboren am:

X

X

Ort und Datum

X

Unterschrift der bzw. des Versorgungsberechtigten