

# Einwilligungserklärung

---

Name, Adresse

## Datenerfassung

Ich stimme zu, dass die/der Mitarbeitende des Versicherungsamtes Schwabach, die von mir im Rahmen dieser Beratung und künftig mitgeteilt, für die Beratung erforderlichen Daten erhebt und speichert. Diese Daten werden ausschließlich vom Versicherungsamt verwendet. Die Mitarbeitenden des Versicherungsamtes stehen unter Schweigepflicht und unterliegen den geltenden Datenschutzgesetzen.

- ich stimme als Klient zu  ich stimme als Klient nicht zu
- als Angehöriger/Betreuer/Bevollmächtigter bestätige ich hiermit, dass mein Angehöriger/Betreuer/Vollmachtgeber über die Kontaktaufnahme zum Versicherungsamt Schwabach informiert und mit der Weitergabe seiner persönlichen Daten einverstanden ist
- ich stimme zu als Angehörige/Betreuer/Bevollmächtigter und belege dies mit einer Original-Vollmacht oder entsprechendem richterlichen Beschluss

## Erlaubnis zur Datenweitergabe

Die Mitarbeitenden des Versicherungsamtes nimmt durch die Versicherungsberatung eine aktive Rolle ein und unterstützt Sie, um eine voraus abschätzende Berechnung Ihrer Rentenansprüche (Rentenart, - höhe, -beginn, Höhe der Abschläge/Zuschläge etc.) durchführen zu können. Hierzu kann es notwendig sein, die von uns erhobenen Daten Dritten mitzuteilen. Dies kann im Rahmen unserer Unterstützung bei der Beantragung von (weiteren) Sozialleistungen der Fall sein oder Absprachen mit Rentenversicherungsträgern sowie Berufsgenossenschaften oder Krankenkasse betreffen. Bei der Übermittlung der Daten wird darauf geachtet, nur die tatsächlich für den Zweck erforderlichen Daten zu übermitteln.

Ich bin damit einverstanden, dass meine im Versicherungsamt Schwabach erhobenen Daten zur Prüfung und Berechnung meiner Rentenansprüche weitergegeben werden dürfen.

Bitte kreuzen Sie an, an welche Stellen wir Ihre Daten weitergeben dürfen:

**ALLE** Stellen oder **Intern:**  Jobcenter  Sozialhilfe  Jugendamt

**Extern:**  Ihre Berufsgenossenschaft  Ihr Rentenversicherungsträger

Ihr Ausländischer Rentenversicherungsträger

Ihre Kranken- oder Pflegekasse

Sonstige: \_\_\_\_\_

# Einwilligungserklärung

Diese Erklärung beruht auf meiner freien Entscheidung und kann von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden.

Den Datenschutzhinweis der Stadt Schwabach habe ich erhalten.

Schwabach, den

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Klient/Betreuer/Bevollmächtigter)