

Entbindung von der Schweigepflicht

Société Générale Insurance
Abteilung Leistungsservice
Fuhlsbüttler Str. 437
22309 Hamburg

1. Angaben zur versicherten/mitversicherten Person

Herr Frau

Name, Vorname,
Geburtsname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

2. Einwilligung

Ich willige – jederzeit widerrufbar – ein, dass die Société Générale Insurance meine personenbezogenen Daten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Prüfung des Leistungsanspruchs erforderlich ist. Die Erstinformationen zur Datenverarbeitung habe ich zur Kenntnis genommen und stimme einer Verarbeitung meiner Daten zur Abwicklung dieses Leistungsfalles zu (<https://www.societegenerale-insurance.de/datenschutzerklaerung>).

Ich willige ein, dass die Société Générale Insurance zur Prüfung meines Anspruchs aus der Versicherung bei allen meinen früheren, derzeitigen und künftigen Arbeitgebern sowie allen Behörden (z. B. Agentur für Arbeit) über meine Beschäftigungsverhältnisse, die Gründe meiner Arbeitslosigkeit, die Dauer des gezahlten Arbeitslosengeldes und meine Bemühungen, eine Anstellung zu finden, entsprechende Daten erhebt und für diesen Zweck verarbeitet.

Bitte beachten Sie, dass es Ihnen freisteht, die Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit ganz oder teilweise zu widerrufen. Einen möglichen Widerruf richten Sie bitte an: Société Générale Insurance, Fuhlsbüttler Str. 437, 22309 Hamburg, E-Mail-Adresse: leistungsservice@socgen.com.

4. Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift