

LEISTUNGSFALLMELDUNG ARBEITSLOSIGKEIT

Konto-/Karten-/Vertragsnummer: Bitte unbedingt angeben!

Société Générale Insurance
Abteilung Leistungsservice
Bramfelder Chaussee 101
22177 Hamburg

Einzureichende Unterlagen

Bitte fügen Sie folgende Dokumente bei:

- Kündigungsschreiben
- Arbeitsverträge der letzten 12 Monate vor Beginn der Arbeitslosigkeit
- Bewilligungsbescheid der Bundesagentur für Arbeit
- Aktueller Nachweis über gezahltes Arbeitslosengeld

Sofern Ihnen der Arbeitsvertrag nicht mehr vorliegt, reichen Sie uns bitte das Formular „Arbeitgeberbescheinigung“ von Ihrem letzten Arbeitgeber ausgefüllt ein.

Wichtiger Hinweis

Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß. Bei einer vorsätzlichen Verletzung Ihrer Auskunfts- und Aufklärungs-obliegenheit ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Anspruchsteller.

1. Angaben zur versicherten/mitversicherten Person

Herr Frau

Name, Vorname,
Geburtsname:

Beruf:

Geburtsdatum:

Straße, Nr.:

Telefon (privat/mobil):

PLZ, Ort:

E-Mail-Adresse:

2. Ihre Tätigkeit(en)

Beginn der
Arbeitslosigkeit:

Bitte geben Sie alle Beschäftigungsverhältnisse
der letzten 2 Jahre vor Eintritt des Arbeitslosigkeit an:

Falls nötig, bitte auf separatem Blatt fortsetzen.

Name des Arbeitgebers:

Adresse/ Telefon:

Beginn der
Beschäftigung:

Ende der
Beschäftigung:

Vereinbarte Wochen-
arbeitsstunden:

Befristeter
Arbeitsvertrag:

ja nein

Mini-Job

ja nein

Mini-Job

ja nein

Mini-Job

Suchen Sie aktiv nach einer neuen Beschäftigung
zur Beendigung Ihrer Arbeitslosigkeit?

ja nein

Falls nein, warum nicht?

Sind Sie wieder berufstätig?

ja nein

Wenn ja, ab wann?

3. Einwilligung und Erklärungen

Datenschutzrecht- liche Einwilligung

Ich willige – jederzeit widerrufbar – ein, dass die Société Générale Insurance die von mir mitgeteilten personenbezogenen Daten – inkl. etwaiger Gesundheitsdaten – erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Prüfung des Leistungsanspruchs erforderlich ist. Von den mir ausgehändigten Informationen habe ich Kenntnis genommen und stimme einer Verarbeitung meiner Daten zur Abwicklung dieses Leistungsfalles zu.

Entbindung von der Schweige- pflicht

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 Höhe meines Arbeitslosengeldes I oder Arbeitslosengeldes II, und meine unternommenen Bemühungen, eine neue Anstellung zu finden, entsprechende Daten erhebt und für diesen Zweck verarbeitet. Bitte beachten Sie, dass es Ihnen frei steht, die Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit ganz oder teilweise zu widerrufen. Einen möglichen Widerruf richten Sie bitte an: Société Générale Insurance, Bramfelder Chaussee 101, 22177 Hamburg, E-Mail-Adresse: datenschutz@societegenerale-insurance.de

Abschließende Erklärung

Ich bin arbeitslos geworden und beantrage eine Leistung gemäß den Versicherungsbedingungen. Ich erkläre hiermit, dass ich alle Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet habe. Mir ist bekannt, dass ich sämtliche erhaltenen Leistungen zurückzahlen muss und alle meine Rechte gemäß den Versicherungsbedingungen verlieren werde, wenn ich bewusst falsche Informationen angebe. In diesem Falle behält sich die Société Générale Insurance das Recht vor, gerichtliche Ansprüche gegen mich geltend zu machen. Ich bin gegenüber der Société Générale Insurance beweispflichtig und muss meinen entstandenen Leistungsfall nachweisen. Ich weiß, dass ich dem Finanzamt alle notwendigen Informationen zukommen lassen muss und die gegebenenfalls aus den Leistungen resultierenden Steuern abzuführen habe.

Bitte ankreuzen: Ich bin damit einverstanden, dass mich die Société Générale Insurance nach Abschluss des Leistungsfalles per E-Mail und/oder Telefon zu Abwicklung, Service oder Qualität befragt. Dazu dürfen meine Vertragsdaten aus dem zugrunde liegenden Versicherungsverhältnis bis zu zwei Jahre nach Ende des Leistungsfalles verwendet werden. Mein Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift

ARBEITGEBERBESCHEINIGUNG

vom letzten Arbeitgeber auszufüllen

Konto-/Karten-/Vertragsnummer: Bitte unbedingt angeben!

Société Générale Insurance
Abteilung Leistungsservice
Bramfelder Chaussee 101
22177 Hamburg

1. Angaben zur versicherten/mitversicherten Person

Herr Frau

Name, Vorname,
Geburtsname: _____

Straße, Nr.: _____

Beschäftigt als: _____

PLZ, Ort: _____

2. Angaben zum Beschäftigungsverhältnis

Wann begann das Beschäftigungsverhältnis? _____

Was war die vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit? _____ Stunden

War das Beschäftigungsverhältnis befristet? ja nein

Wenn ja, über welchen Zeitraum? _____

Handelte es sich um eine Beschäftigung auf Mini-Job-Basis (§ 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV)? ja nein

Wann haben Sie Ihrem Arbeitnehmer gekündigt? _____

Wann wurde der Arbeitnehmer erstmalig über die bevorstehende Kündigung informiert? _____

Zu wann erfolgte die Kündigung? _____

Was war der Kündigungsgrund? _____

Ist die Kündigung auf ein Fehlverhalten des Arbeitnehmers zurückzuführen? ja nein

Wenn ja, bitte nähere Angaben: _____

War der Arbeitnehmer bereits früher bei Ihnen beschäftigt? ja nein

Wenn ja, über welchen Zeitraum? _____

Was war der Grund der Beendigung des vorangegangenen Beschäftigungsverhältnisses? _____

3. Weitere relevante Angaben

4. Angaben zum Arbeitgeber

Name(n) des/der Bevollmächtigten: _____

Rechtliche Position des/der Bevollmächtigten: _____

Name und Anschrift des Arbeitgebers: _____

4. Unterschrift

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift