

FOLGEBESCHEINIGUNG ARBEITSLOSIGKEIT

Société Générale Insurance
Abteilung Leistungsservice
Bramfelder Chaussee 101
22177 Hamburg

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

Einzureichende Unterlagen

Bitte legen Sie als Nachweis Ihrer andauernden Arbeitslosigkeit einmal im Monat folgenden Nachweis vor:

- Kopie des Kontoauszuges aus dem die Zahlung des Arbeitslosengeldes hervor geht mit vollständigem Verwendungszweck (Beträge können (geschwärzt werden) oder
- Nachfolgende von der Agentur für Arbeit oder vom Jobcenter vollständig ausgefüllte Bescheinigung (zu 3.)

Wichtiger Hinweis

Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß. Bei einer vorsätzlichen Verletzung Ihrer Auskunft- 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

Beruf: _____

Name, Vorname,
Geburtsname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Nr.: _____

Telefon (privat/mobil): _____

PLZ, Ort: _____

E-Mail-Adresse: _____

2. Eigene Angaben

Haben Sie bereits eine neue Beschäftigung angenommen? ja nein Wenn ja, ab wann? _____

Suchen Sie weiterhin aktiv nach einer neuen Beschäftigung zur Beendigung Ihrer Arbeitslosigkeit? ja nein Falls nein, warum nicht? _____

Ich bin weiterhin arbeitslos und habe bisher keine weitere Arbeit aufgenommen. Ich stehe dem Arbeitsmarkt zur Verfügung und suche aktiv nach einem neuen Arbeitsplatz. Ich bin damit einverstanden, dass die Arbeitsagentur/ das Jobcenter einmal monatlich meine andauernde Arbeitslosigkeit bestätigt. Mir ist bewusst, dass falsche Angaben zum Verlust meines Versicherungsschutzes führen können.

3. Einwilligung und Erklärungen

Datenschutzrechtliche 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 Schweigepflicht 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: datenschutzversicherung@socgen.com

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 _____

BESCHEINIGUNG ÜBER ANDAUERNDE ARBEITSLOSIGKEIT

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

von der Agentur für Arbeit oder vom Jobcenter auszufüllen

Société Générale Insurance
Abteilung Leistungsservice
Bramfelder Chaussee 101
22177 Hamburg

1. Angaben zur versicherten/mitversicherten Person

Herr Frau

Beruf: _____

Name, Vorname,
Geburtsname: _____

2. Bescheinigung über andauernde Arbeitslosigkeit

Datum des Beginns der Arbeitslosigkeit: _____

Die versicherte Person hat Anspruch auf ALG I ALG II Gezahlt bis: _____

Aus welchen Gründen besteht kein
Anspruch auf Arbeitslosengeld? _____

Gibt es Gründe für eine Sperrfrist? ja nein Wenn ja, welche? _____

Liegen Besonderheiten vor (z. B. gesund-
heitliche Gründe, Beendigung der Kranken-
geldzahlung durch die Krankenkasse)? ja nein Wenn ja, welche? _____

Die versicherte Person ist weiterhin über das Datum dieser Bescheinigung hinaus arbeitslos in dieser Dienststelle gemeldet

ja nein

3. Unterschrift

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift