

## FOLGEBESCHEINIGUNG ARBEITSLOSIGKEIT

Société Générale Insurance  
Abteilung Leistungsservice  
Fuhlsbüttler Str. 437  
22309 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, Fuhlsbüttler Str. 437, 22309 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  
Fuhlsbüttler Str. 437  
**22309 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