

Leistungsfallmeldung Arbeitslosigkeit

Bitte senden an:

Genworth Financial
Abteilung Leistungsservice
Martin-Behaim-Strasse 22
63263 Neu-Isenburg

Bitte **unbedingt** ausfüllen:

Konto- bzw. Vertragsnummer _____

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig („Auskunftspflicht“ § 31 Abs. 1 und 2 Versicherungsvertrags-gesetz). Vorsätzlich unwahre, lückenhafte oder unvollständige Angaben können nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes auch dann zum Verlust des Versicherungsanspruchs führen, wenn dem Versicherer dadurch kein Nachteil entsteht.

1. Angaben zur Person

Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/>	Beruf: _____
Name, Vorname, Geburtsname _____	Geburtsdatum _____
Strasse, Nr. _____	Telefon (privat): _____
PLZ, Ort _____	Telefon (tagsüber): _____
E-Mailadresse _____	Telefon (mobil): _____

Ja, ich möchte über den Eingang meiner Unterlagen per EMail informiert werden. _____ (E-Mailadresse)

Ja, ich möchte über den Eingang meiner Unterlagen per SMS informiert werden. _____ (Mobilnummer)

2. Ihre Tätigkeit(en)

Bitte geben Sie alle Beschäftigungsverhältnisse der letzten 12 Monate vor Versicherungsbeginn an (Falls nötig, bitte auf separatem Blatt fortsetzen):

Name des Arbeitgebers	Anschrift	Beginn und Ende der Beschäftigung	Ansprechpartner/Telefonnummer
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Haben Sie bereits eine neue Beschäftigung aufgenommen? Ja Nein Wenn ja, wann begann bzw. beginnt das Beschäftigungsverhältnis? _____

3. Einzuzureichende Unterlagen

Bitte fügen Sie für alle Beschäftigungsverhältnisse gemäß Punkt 2 (das letzte Beschäftigungsverhältnis) folgende Unterlagen in Kopie bei:

- Arbeitsvertrag
- Bewilligungsbescheid des Arbeitsamtes
- Kündigungsschreiben
- Aktueller Nachweis über den Bezug von Arbeitslosengeld/-hilfe

Sofern Ihnen diese Unterlagen nicht mehr vorliegen, reichen Sie uns bitte das Formular „Bescheinigung des Arbeitgebers“ von Ihrem letzten Arbeitgeber ausgefüllt ein.

4. Einwilligungen und Erklärungen

Entbindung von der Schweigepflicht

Zur Bewertung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir Ihre Angaben prüfen, die Sie im Rahmen Ihres Antrags auf Leistung gemacht haben. Hierzu sind wir regelmäßig nicht nur auf Ihre eigenen Angaben, sondern zusätzlich auch auf weitere Auskünfte, z.B. von Behörden und anderen Versicherern angewiesen. Um diese Auskünfte einholen zu können, benötigen wir Ihre Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht.

Bitte entscheiden Sie sich durch Ankreuzen für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

- Im Versicherungsfall „Arbeitslosigkeit“ befreie ich alle Behörden (unter anderem die Agentur für Arbeit), auf Verlangen Auskunft zu erteilen, sofern dies zur Überprüfung der Leistungspflicht erforderlich ist. Die Gesellschaft wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann. Dies gilt nicht für die von mir im Rahmen meines Leistungsantrags namentlich angegebenen Personen und Behörden, die zeitnah zu meinem Leistungsantrag befragt werden. Insoweit erkläre ich bereits jetzt mit einer Datenerhebung einverstanden und es bedarf keiner gesonderten Unterrichtung.
- Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich die Gesellschaft bei jeder beabsichtigten Anfrage informiert, von welchen Personen und Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht schriftlich entbinde. **Mir ist bewusst, dass die Entscheidung für diese Alternative zur Verzögerung der Leistungsprüfung, Leistungskürzung oder gar zu Leistungsfreiheit der Gesellschaft führen kann, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt.**

Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

Ich willige ein, dass meine Daten von Genworth Financial elektronisch gespeichert und verarbeitet werden. Für die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen wird Genworth Financial Sorge tragen. Ich willige ferner ein, dass Genworth Financial diese Leistungsfallmeldung sowie die gesamte sich hieran ggf. anschließende Korrespondenz, bis zur abschließenden Leistungsentscheidung, an den Kreditgeber, der zugleich bezugsberechtigter Versicherungsnehmer ist, weiterleitet.

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 Angaben mache. In diesem Falle behält sich Genworth Financial das Recht vor, gerichtliche Ansprüche gegen mich geltend zu machen. Ich bin gegenüber **Genworth Financial** beweispflichtig und muss meinen entstandenen Leistungsfall nachweisen.

Ort, Datum _____ Unterschrift des Versicherungsnehmers/ des Versicherten _____

Bescheinigung des Arbeitgebers

NUR VOM ARBEITGEBER AUSZUFÜLLEN

Bitte senden an:

Genworth Financial
Abteilung Leistungsservice
Martin-Behaim-Strasse 22
63263 Neu-Isenburg

Bitte unbedingt ausfüllen:

Vertragsnummer | _____ |

1. Angaben zum Arbeitnehmer	
Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/>	Beruf: _____
Name, Vorname, Geburtsname _____	
Strasse, Nr. _____	
PLZ, Ort _____	
2. Angaben zum Beschäftigungsverhältnis	
Wann begann das Beschäftigungsverhältnis? _____	Was war die vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit? _____
War das Beschäftigungsverhältnis befristet? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, über welchen Zeitraum? _____
Wann wurde der Arbeitnehmer das erste Mal über die bevorstehende Kündigung informiert? _____	
Was war der Kündigungsgrund? _____	
Ist die Kündigung auf ein Fehlverhalten des Arbeitnehmers zurückzuführen? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, warum? _____
War der Arbeitnehmer bereits früher bei Ihnen beschäftigt? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	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: _____	
Ort, Datum _____	Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers _____

Leistungsmeldung AL – Februar 2009 - EK