



Formular bitte per Post, Fax oder E-Mail zurück senden

Leistungsfallmeldung bei Arbeitslosigkeit

Wichtige Hinweise

Mit diesem Formular melden Sie uns Ihren Leistungsfall, wenn Sie bei einer der folgenden Gesellschaften der AXA-Gruppe versichert sind:

- AXA France IARD S.A., Hauptniederlassung Frankreich
Sitz (zugleich ladungsfähige Anschrift): 313 Terrasses de l'Arche, 92727 Nanterre Cedex, Frankreich.
- AXA France IARD S.A., Zweigniederlassung Deutschland
Sitz (zugleich ladungsfähige Anschrift): Martin-Behaim-Straße 22, 63263 Neu-Isenburg.

Die o.g. Versicherungsgesellschaften haben die AXA Partners S.A.S., Zweigniederlassung Deutschland, mit der Bearbeitung Ihrer Leistungsfallmeldung beauftragt. Die o.g. Versicherungsgesellschaften und die AXA Partners S.A.S., Zweigniederlassung Deutschland, werden in dieser Leistungsfallmeldung zusammen kurz als „**AXA**“ bezeichnet. AXA ist gemäß Artikel 6 Abs. 1 b) der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) berechtigt, Ihre personenbezogenen Daten zu verarbeiten, soweit dies zur Durchführung Ihres Versicherungsschutzes und zur Prüfung und Abwicklung dieser Leistungsfallmeldung notwendig ist. Unsere Datenschutzinformationen finden Sie im Internet unter <https://de.clp.partners.axa/datenschutz>. Auf Wunsch senden wir Ihnen die Datenschutzinformationen auch gerne per Post zu.

Bitte prüfen Sie vor der Abgabe Ihrer Leistungsfallmeldung

- **Ist Ihre Arbeitslosigkeit Folge einer fristlosen Kündigung Ihres Arbeitgebers, eigener Kündigung oder einer vorsätzlichen Verletzung wesentlicher Pflichten des Arbeitsvertrages?**
In diesem Fall erfolgt keine Leistung. Sollte die fristlose Kündigung Ihres Arbeitgebers zu einem späteren Zeitpunkt in eine fristgerechte umgewandelt werden, werden wir Ihren Leistungsanspruch prüfen.
- **War Ihr Arbeitsverhältnis befristet?**
Ein befristetes Arbeitsverhältnis, das planmäßig endet, ist vom Versicherungsschutz ausgenommen. Es besteht in diesen Fällen kein Leistungsanspruch.
- **Erfolgte die Kündigung innerhalb der Wartezeit?**
In der Wartezeit – zu Beginn des Versicherungsschutzes – besteht kein Leistungsanspruch. Details dazu finden Sie in Ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Bitte korrespondieren Sie zu Ihrem Versicherungsfall stets mit:
AXA Partners S.A.S., Zweigniederlassung Deutschland, Martin-Behaim-Straße 22, 63263 Neu-Isenburg.

Anleitung zur Geltendmachung von Leistungsansprüchen

- Schritt 1** Sie haben die Möglichkeit, uns den Leistungsfall über unseren Online-Kundenservice zu melden (<http://clp.partners.axa/de/leistungsfall>).
Alternativ füllen Sie bitte die Leistungsfallmeldung vollständig aus und unterschreiben Sie diese auf Seite 3. Ohne Unterschrift können wir Ihren Antrag nicht bearbeiten.
- Schritt 2** Bitte fügen Sie die unter Punkt 6 aufgeführten Unterlagen bei und senden uns diese zusammen mit der ausgefüllten Leistungsfallmeldung per Post, Fax oder E-Mail. Sollten Sie unseren Online-Kundenservice genutzt haben, können Sie die Unterlagen dort hochladen.
- Schritt 3** Zu Beginn der Bearbeitung Ihrer Leistungsfallmeldung legen wir eine Leistungsnummer fest. Diese teilen wir Ihnen schriftlich mit und werden sie auf allen Schreiben an Sie vermerken. Bitte verwenden Sie bei jeglichem Schriftwechsel mit uns generell diese Leistungsnummer, damit wir Unterlagen bzw. Dokumente entsprechend zuordnen können.
- Schritt 4** Nach Eingang aller erforderlichen Unterlagen werden wir diese unter Berücksichtigung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen prüfen und Sie innerhalb von 10 Kalendertagen über unsere Entscheidung schriftlich informieren, bzw. Ihnen ein Zwischenbescheid erteilen, falls wir weitere Unterlagen oder Dokumente von Ihnen benötigen.

Wenn wir Ihren Leistungsfall anerkennen, erhalten Sie schriftlich Informationen über die Höhe sowie über den Empfänger der Versicherungsleistung und die Zahlungszeiträume. Zusätzlich werden wir Sie darüber informiert, was Sie tun müssen, um weitere Leistungszahlungen zu erhalten. Wenn wir Ihren Leistungsanspruch nicht anerkennen, werden wir Ihnen die Ablehnung ebenfalls in Schriftform begründen. Bitte beachten Sie, dass wir einen Anspruch auf Versicherungsleistung nur prüfen können, wenn Sie uns **alle** Unterlagen und Dokumente zukommen lassen. Liegen uns diese nicht vor, führt dies zu einer verzögerten Bearbeitung, möglicherweise zu einer verspäteten Auszahlung der Versicherungsleistung oder gar zur Ablehnung. Wir werden fehlende Unterlagen bzw. Dokumente schriftlich bei Ihnen anfordern.

1. Angaben zur Person

Frau Herr

Vorname

Geburtsdatum

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Name

Beruf

Straße/Nr.

Telefon



PLZ/Ort

Email

2. Angaben zu Ihrem Versicherungsvertrag

Haben Sie Ihre Versicherung im Zusammenhang mit einem **Kredit, Darlehen** oder einer **Finanzierung** abgeschlossen? Ja Nein
 Falls JA, ergänzen Sie bitte Ihre Angaben unter Punkt 2A.

Oder handelt es sich um eine private Absicherung wie z. B. **Gehaltsschutzbrief** oder **Einkommenschutz**? Ja Nein
 Falls JA, ergänzen Sie bitte Ihre Angaben unter Punkt 2B.

2A. Angaben zu Ihrem Finanzierungsvertrag (sofern vorhanden)

Kreditgebende Bank

Kontonummer / Vertragsnummer / Versicherungsnummer
 Kreditkartennummer, sofern es sich um eine Kreditkartenversicherung handelt

Vertragsbeginn

Sofern wir Ihren Leistungsfall anerkennen, erfolgt die Auszahlung der Versicherungsleistung gemäß den Allgemeinen Versicherungsbedingungen an Ihre Kreditgebende Bank zur Abdeckung Ihrer **Zahlungsverpflichtungen aus dem Kreditvertrag**.
 Verfügen Sie über weitere Verträge bei AXA? Wenn ja, listen Sie diese bitte hier auf, damit wir Ihren Leistungsanspruch auch bei diesen Verträgen prüfen können.

Kreditgebende Bank(en)

Kontonummer(n) / Vertragsnummer(n)

Vertragsbeginn

2B. Auszahlung der Versicherungsleistung

Wenn sie eine private Absicherung gegen Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit (z. B. **Gehaltsschutzbrief, Einkommenschutz**) abgeschlossen haben, werden wir die versicherte Leistung auf ein von Ihnen zu bestimmendes Konto überweisen. Bitte füllen Sie deshalb folgende Felder gut lesbar aus.

Versicherungsvertragsnummer

Kontoinhaber

Name der Bank

BIC

IBAN

3. Angaben zu Ihrer letzten Tätigkeit

a) Wer war Ihr **letzter Arbeitgeber**? Name

Straße/Nr.

PLZ/Ort

b) In welchem Zeitraum waren Sie bei Ihrem letzten Arbeitgeber beschäftigt? von

bis

c) Handelte es sich um ein befristetes Arbeitsverhältnis? ja nein

4. Weitere Angaben zu Ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit

a) Haben Sie eine neue Beschäftigung aufgenommen? ja nein

Wenn ja, ab wann?

b) Waren Sie zuletzt für eine Personalvermittlungs- oder ein Zeitarbeitsunternehmen tätig? ja nein

IU-CLAIM-FORM 01_2019



5. Angaben über Ihre Kündigung

- a) Durch wen erfolgte die Kündigung des Arbeitsvertrages?
 b) Wann wurden Sie erstmalig über die Kündigung informiert?
 c) Erfolgte die Kündigung während der Probezeit?
 d) Was war der Grund für die Kündigung?

durch den Arbeitgeber durch Sie

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

ja nein

6. WICHTIG! Einzureichende Unterlagen

Bitte reichen Sie folgende Unterlagen zusammen mit der ausgefüllten und unterzeichneten Leistungsfallmeldung bei uns ein:

- ✓ Kopie des Bewilligungsbescheides der Agentur für Arbeit
- ✓ Kopie des Arbeitsvertrages, der zum Zeitpunkt des Versicherungsabschlusses bestand (mit Angaben über Art/Dauer des Arbeitsverhältnisses)
- ✓ Kopie des Arbeitsvertrages mit dem letzten Arbeitgeber (mit Angaben über Art und Dauer des Arbeitsverhältnisses) oder Kopie der Arbeitgeberbescheinigung, die Sie bei Ihrer Agentur für Arbeit erhalten.
- ✓ Kopie des Kündigungsschreibens bzw. eines entsprechenden Nachweises der Kündigung des letzten Arbeitgebers (AG Bescheinigung)
- ✓ Kopien Ihrer monatlichen Arbeitslosengeldbezüge (Kontoauszug)
- ✓ Wenn Sie während der Dauer der Arbeitslosigkeit arbeitsunfähig waren: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen Ihres Hausarztes.

7. Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG

Mitteilung nach § 28 Abs. 4 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, benötigen wir Ihre Hilfe, denn wir können den geltend gemachten Anspruch nur prüfen, wenn wir über wahrheitsgemäße und vollständige Informationen verfügen. Nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) sind wir verpflichtet, Sie auf Ihre Verpflichtungen (Obliegenheiten) im Versicherungsfall sowie auf die rechtlichen Folgen von Verletzungen dieser Obliegenheiten hinzuweisen. Lesen Sie hierzu bitte die nachfolgenden Informationen.

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten: Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit), und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie uns alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Tatbestands dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns Belege zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Leistungsfreiheit: Machen Sie entgegen der vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben, oder stellen Sie uns vorsätzlich die verlangten Belege nicht zur Verfügung, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstößen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, verlieren Sie Ihren Anspruch zwar nicht vollständig, aber wir können unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben. Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

Hinweis: Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, zur Aufklärung und zur Beschaffung von Belegen verpflichtet.

8. Schlusserklärungen

Ich bin arbeitslos geworden und beantrage die Versicherungsleistung gemäß den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB). Ich erkläre hiermit, dass ich alle Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet habe. Sollte ich vorsätzlich oder grob fahrlässig falsche Angaben gemacht haben, behält sich AXA vor, gezahlte Leistungen ganz oder teilweise zurückzufordern.

Ich willige ein, dass AXA diese Leistungsfallmeldung sowie die gesamte sich hieran ggf. anschließende Korrespondenz, bis zur abschließenden Leistungsentscheidung, an den Kredit- bzw. Leasinggeber weiterleitet, sofern dieser zugleich bezugsberechtigter Versicherungsnehmer ist.

Schweigepflichtentbindung

Zur Bewertung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir die Angaben prüfen, die Sie uns im Rahmen Ihrer Leistungsfallmeldung gemacht haben. Hierzu sind wir regelmäßig auch auf Auskünfte, z. B. von Behörden und anderen Versicherern angewiesen. Um diese Auskünfte einholen zu können, benötigen wir Ihre Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht. Es steht Ihnen frei, diese Schweigepflichtentbindung zu erteilen und jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft durch eine eindeutige Erklärung in Textform (z.B. per Brief oder E-Mail) gegenüber AXA zu widerrufen.

Hinsichtlich meines Versicherungsfalles „Arbeitslosigkeit“ befreie ich hiermit meinen bisherigen Arbeitgeber und alle Behörden bzw. sonstige Stellen, die Auskunft zu meiner Arbeitslosigkeit geben können (u.a. die Agentur für Arbeit bzw. andere Versicherer), von ihrer Schweigepflicht und ermächtige diese, AXA Auskunft zu erteilen, soweit dies zur Überprüfung der Leistungspflicht erforderlich ist. AXA wird mich vor einer Datenerhebung bei den vorgenannten Stellen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann. Dies gilt nicht für die von mir im Rahmen dieser Leistungsfallmeldung namentlich angegebenen Personen und Behörden, die zeitnah zu meiner Leistungsfallmeldung befragt werden. Insoweit erkläre ich mich bereits jetzt mit einer Datenerhebung einverstanden und es bedarf keiner gesonderten Unterrichtung. *(Falls Sie Schweigepflichtentbindung nicht abgeben möchten, bitte diesen Absatz streichen. Die Prüfung Ihrer Leistungsfallmeldung kann sich in diesem Fall verzögern oder wird dann unter Umständen sogar unmöglich).*

Ort, Datum

X


Unterschrift der versicherten Person

X



Online Kundenservice

für Leistungsfälle bei Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit

Leistungsfälle melden	unkompliziert und sicher online http://clp.partners.axa.de/leistungsfall
Bearbeitung	Von der Meldung des Leistungsfalles bis zur Zahlung Ihrer Versicherungsleistung  <p>SIE REGISTRIEREN SICH IN IHREM PERSÖNLICHEN ONLINE-KONTO UND MELDEN IHREN LEISTUNGSFALL.</p> <p>LEISTUNGSANTRÄGE WERDEN INNERHALB VON 5 TAGEN NACH ERHALT ALLER UNTERLAGEN BEARBEITET.</p> <p>REICHEN SIE DIE MONATLICHEN NACHWEISE FÜR DAS FORTBESTEHEN IHRES LEISTUNGSFALLES EIN.</p> <p>REICHEN SIE ZUSÄTZLICHE UNTERLAGEN ZUR IHREM LEISTUNGSFALL EIN.</p> <p>WIR VERANLASSEN EINE LEISTUNGSZAHLUNG</p> <p>INFORMIEREN SIE UNS, WENN SIE WIEDER ARBEITSFÄHIG SIND ODER EINEN NEUEN ARBEITSPLATZ GEFUNDEN HABEN.</p>
Sie haben Fragen?	Wir haben eine Hilfefunktion für Sie eingerichtet http://clp.partners.axa.de/leistungsfall/help



AXA
 Martin-Behaim-Straße 22
 63263 Neu-Isenburg
 Fax: 06102 / 2918 190
 E-Mail: clp.leistungsservice@partners.axa
<http://clp.partners.axa/de>

Formular bitte per Post, Fax oder E-Mail zurücksenden

Bescheinigung des Arbeitgebers

1. Angaben zum Arbeitnehmer

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Beruf	<input type="text"/>
Vorname <input type="text"/>	Straße/Nr.	<input type="text"/>
Name <input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>

2. Angaben zum Beschäftigungsverhältnis

1) Beginn des Beschäftigungsverhältnisses	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2) Ende des Beschäftigungsverhältnisses	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3) War das Beschäftigungsverhältnis befristet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein					
Falls ja, Zeitraum der Befristung	von	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	bis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4) Datum, an dem der/die Arbeitnehmer/in über die bevorstehende Kündigung informiert wurde.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5) Angabe des Kündigungsgrundes	<input type="text"/>						
6) Liegt der Kündigung ein Fehlverhalten des/r Arbeitnehmers/in zu Grunde?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein					
Falls ja, Art des Fehlverhaltens	<input type="text"/>						
7) War der/die Arbeitnehmer/in bereits früher bei Ihnen beschäftigt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein					
Falls ja, Zeitraum der Befristung	von	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	bis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8) Warum wurde das frühere Beschäftigungsverhältnis beendet?	<input type="text"/>						

3. Weitere Angaben

4. Angaben zum Arbeitgeber

Arbeitgeber	<input type="text"/>	Name des/r Bevollmächtigten	<input type="text"/>
Straße/Nr.	<input type="text"/>	Position des/r Bevollmächtigten	<input type="text"/>
PLZ/Ort	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>

Ort, Datum	<input type="text"/>
Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers	<input type="text"/>

IU-CLAIM-FORM 01_2019