



Versicherungen

1. Bitte drucken Sie das anliegende Formular aus und schicken es befüllt und unterschrieben mit den angeforderten Belegen zurück an:

**ACM Versicherungen
Schutz Leistungsservice
Postfach 17 11
77607 Offenburg**

Zur Leistungsprüfung reichen Sie uns bitte folgende Unterlagen in Kopie ein:

- beigefügte Fragebogen Arbeitslosigkeit (Selbstauskunft)
- Kopie des Bewilligungsbescheides der Arbeitsagentur
- Kopie der Arbeitsbescheinigung der Arbeitsagentur (wird von der Arbeitsagentur auf Nachfrage ausgehändigt)
- Kopie des letzten Arbeitsvertrags
- Sofern Sie während der Dauer der Versicherung Ihren Arbeitgeber gewechselt haben: Einen Nachweis über Ihr Beschäftigungsverhältnis zum Zeitpunkt des Versicherungsbeginns.
(z. B. Arbeitsvertrag zum Zeitpunkt des Abschlusses des Versicherungsvertrages)
- Kopie des Kündigungsschreibens
- Kopie der Kontoauszüge über den Erhalt von Arbeitslosengeld ab Beginn des Anspruches

2. Nach erfolgter Prüfung werden wir Sie informieren.

FRAGEBOGEN ARBEITSLOSIGKEIT (SELBSTAUSKUNFT)

Name des Versicherungsnehmers: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____
Kontakt E-Mail oder Tel.: _____
Produktname: _____
Versicherungsscheinnummer: _____

1. Angaben zum Arbeitsverhältnis:

Datum der Kündigungserklärung durch den Arbeitgeber: ____ . ____ .20 ____
Wirksamkeit der Kündigung: ____ . ____ .20 ____
Datum der Anmeldung beim Arbeitsamt: ____ . ____ .20 ____

2. Zusätzliche Informationen zur Kündigung:

Wurde im Rahmen der Kündigung eine Kündigungsschutzklage eingereicht?

- Ja *Bitte fügen Sie eine Kopie des damaligen Arbeitsvertrages bei.*
 Nein Hinweis: _____

Liegt eine Arbeitsunfähigkeit vor und waren Sie bereits vor Beginn der Arbeitslosigkeit arbeitsunfähig?

- Ja
 Nein Hinweis: _____

Waren Sie zum Zeitpunkt des Abschlusses der Versicherung bei einem oder mehreren anderen Arbeitgebern beschäftigt?

- Ja *Bitte fügen Sie eine Kopie des damaligen Arbeitsvertrages bei.*
 Nein Hinweis: _____

Ich bestätige, dass ich die Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass bewusst unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Anspruchs auf Versicherungsleistungen führen bzw. ich bereits erhaltene Versicherungsleistungen zurückzahlen muss.

(Ort, Datum)

Unterschrift der versicherten oder
bevollmächtigten Person