

Sie können dieses Formular online ausfüllen.

Bitte vergessen Sie nicht, das Formular zu unterschreiben, bevor Sie es an uns senden.



AXA Partners
Berliner Str.300
63067 Offenbach
Fax: 069 380 799 68
<http://clp.partners.axa.de/leistungsfall>
email: clp.de.leistungsservice@partners.axa

Formular bitte per Post, Fax oder E-Mail zurücksenden

Folgebescheinigung – von der versicherten Person und der Agentur für Arbeit/Jobcenter auszufüllen

Angaben des/der versicherten Person (Bitte ergänzen und unterschreiben)

Vor-/Nachname																				
Straße/Nr. - PLZ/Wohnort																				
Vertrags- oder Leistungsfallnummer																				
Haben Sie Ihre Arbeit wieder aufgenommen?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>																
Datum der Wiederaufnahme der Arbeit	<table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td></tr></table>		T	T	<table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>		M	M	<table border="1"><tr><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>				J	J	J	J				
T	T																			
M	M																			
J	J	J	J																	
Ich bin weiterhin arbeitslos und habe bisher keine Arbeit aufgenommen. Ich stehe dem Arbeitsmarkt zur Verfügung und suche aktiv nach einem neuen Arbeitsplatz. Weiterhin stimme ich zu, dass die Agentur für Arbeit durch Ausfüllen der unten stehenden Bescheinigung meine fortbestehende Arbeitslosigkeit jeden Monat bescheinigt. 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 Fall behält sich AXA das Recht vor, gerichtliche Ansprüche gegen mich geltend zu machen. Ich bin gegenüber AXA beweispflichtig und muss meinen entstandenen Leistungsfall nachweisen.																				
Ort, Datum						Unterschrift des/der versicherten Person														

Bescheinigung der Agentur für Arbeit – Fortlaufende Arbeitslosigkeit (Ersatzweise reichen Sie bitte eine Kopie Ihres Kontauszuges ein, aus dem die Zahlung des Arbeitslosengeldes für den beantragten Zeitraum hervorgeht)

1. Datum der ersten Meldung der Arbeitslosigkeit durch den Antragsteller/die Antragstellerin	<table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td></tr></table>		T	T	<table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>		M	M	<table border="1"><tr><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>				J	J	J	J
T	T															
M	M															
J	J	J	J													
2. Datum, zu dem erstmals Arbeitslosengeld gezahlt wurde	<table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td></tr></table>		T	T	<table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>		M	M	<table border="1"><tr><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>				J	J	J	J
T	T															
M	M															
J	J	J	J													
3. Ist der Antragsteller /die Antragstellerin weiterhin arbeitslos?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>												
4. Falls nein, wann wurde eine Vollzeitbeschäftigung aufgenommen?	<table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td></tr></table>		T	T	<table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>		M	M	<table border="1"><tr><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>				J	J	J	J
T	T															
M	M															
J	J	J	J													
5. Hat der Antragsteller/ die Antragstellerin eine Teilzeitbeschäftigung aufgenommen?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>												
Wochenstunden	<input type="text"/>															
6. Erhält der Antragsteller/die Antragstellerin fortlaufend Arbeitslosengeld?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>												
7. Falls nein, warum nicht?	<input type="text"/>															
8. Weitere Informationen	<input type="text"/>															

Wir bestätigen, dass die oben gemachten Angaben nach unserem Wissen korrekt sind.

Ort, Datum						Stempel der Agentur für Arbeit					
------------	--	--	--	--	--	--------------------------------	--	--	--	--	--