

Sie können dieses Formular online ausfüllen.

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



AXA
Martin-Behaim-Straße 22
63263 Neu-Isenburg
Fax: 06102 / 2918 190
<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	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	T T		M M		J J J J							
2. Datum, zu dem erstmals Arbeitslosengeld gezahlt wurde	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?	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												
6. Erhält der Antragsteller/die Antragstellerin fortlaufend Arbeitslosengeld?	Ja <input type="checkbox"/>			Nein <input type="checkbox"/>								
7. Falls nein, warum nicht?												
8. Weitere Informationen												

Wir bestätigen, dass die oben gemachten Angaben nach unserem Wissen korrekt sind.												
Ort, Datum						Stempel der Agentur für Arbeit						