

**Leistungsfallmeldung Arbeitslosigkeit**  
(für Nichtselbständige / Angestellte)

- VA 6360 -



neue leben Unfallversicherung AG  
Leistungsbearbeitung  
Sachsenstraße 8  
20097 Hamburg

Produktname: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

**Versicherungsnehmer (VN)**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Titel

**Versicherte Person**

(falls nicht VN)

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Titel

**Angaben zur Leistungsprüfung**

**Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig:**

Beginn der Arbeitslosigkeit: \_\_\_\_\_

Üben Sie während Ihrer Arbeitslosigkeit eine entgeltliche Tätigkeit aus? ja nein

Sind Sie zur Zeit arbeitsunfähig? ja nein

Telefonnummer bei Rückfragen: \_\_\_\_\_

**Folgende Unterlagen werden zur Leistungsprüfung benötigt (beigefügte Unterlagen bitte ankreuzen):**

- Die Kopie des Arbeitsvertrages, der bei Versicherungsvertragsabschluss gültig war.
- Die Kopie des Arbeitsvertrages, der zum Kündigungszeitpunkt gültig war
- Die Kopie des Kündigungsschreibens bzw. des Aufhebungsvertrages.
- Die Kopie des Urteils bzw. des Vergleichs bei einem Arbeitsgerichtsverfahren.
- Die Kopien der Kontoauszüge, die lückenlos den Empfang von Arbeitslosengeld dokumentieren.
- Die Kopie des Bewilligungsbescheides des Arbeitslosengeldes.

**Nach Eingang der notwendigen Unterlagen wird über Ihren Leistungsanspruch entschieden und Sie erhalten eine Information von der neue leben Unfallversicherung AG.**

**Die Karenzzeit für diesen Vertrag beträgt 3 Monate: erst ab dem 4. Monat fängt der mögliche Leistungsbeginn an.**

**Hinweise**

**Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall**

**Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten, Vorlage von Belegen:**

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass Sie uns wahrheitsgemäß und fristgerecht jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist, und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie alles Ihnen zur Sachverhaltsaufklärung Zumutbare unternehmen. Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns fristgerecht Belege vorlegen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

**Leistungsfreiheit:**

Verstoßen Sie vorsätzlich gegen die Obliegenheit zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, können wir unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens – ggf. bis zum vollständigen Anspruchsverlust – kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage 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, Aufklärung oder Vorlage von Belegen arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

**Weiterer Hinweis:**

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

**Unterschrift**

**Ich bestätige, dass die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet wurden und ich nichts verschwiegen habe. Über die Folgen von Obliegenheitsverletzungen wurde ich durch die o.g. Hinweise informiert.**

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherungsnehmers

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Versicherten Person  
(falls nicht Versicherungsnehmer)

**Berater**

\_\_\_\_\_  
Abt./Geschäftsstelle/Filiale

\_\_\_\_\_  
AV-Nr.

\_\_\_\_\_  
AV-Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
AV-Telefon

**neue leben Unfallversicherung AG**

Postfach 10 47 07, 20032 Hamburg

Telefon (040) 2 38 91 - 200  
Telefax (040) 2 38 91 - 333  
www.neueleben.de  
info@neueleben.de