

Antragsformular im Fall von Arbeitslosigkeit

Bitte lesen Sie die folgenden Hinweise, bevor Sie das Antragsformular ausfüllen:

- Beantworten Sie alle möglichen Punkte und reichen Sie das Formular so schnell wie möglich ein, spätestens innerhalb von 3 Monaten nach Eintritt der Arbeitslosigkeit.
- Wenn Sie das Formular nicht vollständig ausfüllen, kann der Antrag nicht bearbeitet werden und wir werden Sie um Ergänzung bitten.

Versicherungsnehmer:	Geburtsdatum:
Straße und Hausnummer:	Postleitzahl und Ort:
Telefon:	E-Mail:

Informationen zur Beschäftigung

Name des letzten Arbeitgebers:	
Datum der Einstellung:	
Art der Einstellung:	
<input type="checkbox"/> Befristet (Zeitraum):	<input type="checkbox"/> Unbefristet
Datum Bekanntgabe der Kündigung/Aufhebung/etc.:	Datum des letzten Arbeitstages:
Grund für die Kündigung/Aufhebung/etc.:	
Haben Sie selbst gekündigt?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie bei der Bundesagentur für Arbeit als arbeitslos gemeldet und erhalten Arbeitslosengeld?	
<input type="checkbox"/> Ja, seit (Datum):	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie noch arbeitslos?	
<input type="checkbox"/> Ja, bis (Datum):	<input type="checkbox"/> Nein

Zusätzliche Informationen (falls vorhanden)

--

☐

Ich bestätige, dass die oben genannten Informationen korrekt sind und dass ich keine Informationen zurückhalte, die für die Beurteilung des Anspruchs relevant sind.

Unterschrift:

Datum und Ort:

Anlagen zum Antragsformular: (bitte beachten Sie, dass alle Papierunterlagen nach der Schadenregulierung vernichtet werden, bitte fügen Sie ausschließlich Kopien bei)

- Arbeitsvertrag für das Arbeitsverhältnis
- Entscheidung der Bundesagentur für Arbeit, dass Sie Arbeitslosengeld erhalten haben
- Bescheinigung der Bundesagentur für Arbeit, in der angegeben ist, dass Sie arbeitslos gemeldet sind und Arbeitslosengeld erhalten (mindestens 30 aufeinander folgende Tage) bestätigt.
- Entlassungs- oder Kündigungsschreiben Ihres Arbeitgebers mit Angabe des Grundes für Ihre Arbeitslosigkeit

ACHTUNG! Für die Dauer der Arbeitslosigkeit ist uns jeden Monat eine Kopie der Arbeitslosenbescheinigung von der Bundesagentur für Arbeit vorzulegen.

Das Antragsformular einschließlich Anlagen ist an folgende Adresse zurückzusenden:

per E-Mail an restschuldversicherung@tfbank.de (bevorzugt) oder postalisch an TF Bank AB, Restschuldversicherung, Postfach 110228, 10832 Berlin.

AmTrust International Underwriters DAC („AIU“) ist der Datenverantwortliche gemäß der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) für die personenbezogenen Daten, die Sie im Zusammenhang mit dem Anspruch bereitstellen. TF Bank AB – Restschuldversicherung – („TF Bank-RSV“) führt die Schadenregulierung im Namen der AIU durch. Als Schadensregulierer verarbeitet TF Bank-RSV Ihre personenbezogenen Daten in seiner Eigenschaft als Datenverarbeiter für AIU. Die AIU und TF Bank-RSV werden im Folgenden gemeinsam als „uns“ oder „wir“ bezeichnet.

Zur Erfüllung unserer vertraglichen Pflichten ist es erforderlich, dass wir Ihre personenbezogenen Daten verarbeiten. Wenn sich Ihr Anspruch auf eine Personenversicherung bezieht, müssen wir auch Informationen über Ihre Gesundheit verarbeiten, sogenannte sensible personenbezogene Daten. Soweit sogenannte sensible personenbezogene Daten verarbeitet werden, erfolgt eine solche Verarbeitung, wenn sie zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung eines Rechtsanspruchs erforderlich ist, d. h. zur Begründung Ihres Rechts auf Versicherungsentschädigung.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten das genannte Angebot bei der Leistungsbearbeitung in der Regel nicht genutzt werden kann.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die AmTrust International Underwriters DAC (AmTrust)

Ich willige ein, dass die AmTrust die im Rahmen dieses Leistungsfallles mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Beurteilung ihrer Leistungspflicht erforderlich ist.

2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der AmTrust

Die AmTrust verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit:

2.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die AmTrust benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die AmTrust meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die AmTrust zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die AmTrust tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

2.2 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

AmTrust führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt AmTrust Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Ich willige ein, dass AmTrust meine Gesundheitsdaten an Dienstleister übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie AmTrust dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter von AmTrust und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

Detailliertere Informationen über die Verarbeitung personenbezogener Daten durch AmTrust finden Sie in unserer vollständigen Datenschutzerklärung auf der Homepage von AmTrust: www.amtrustnordic.com/privacy-policy.

Unterschrift versicherte Person:	Datum und Ort:
----------------------------------	----------------

TF Bank AB
Restschuldversicherung
Postfach 110228
10832 Berlin