3

Bundesagentur für Arbeit

Bescheinigung

zur Übernahme von Beiträgen nach § 174 SGB III
- Kranken-/Pflegeversicherung -

- vom Leistungsträger bzw. Versicherungsunternehmen auszufüllen -

Bitte Zutreffendes ankreuzen oder ausfüllen.

Kundennummer der Agentur für Arbeit	
Leistungsbezieher/in	
Anschrift	
Geburtsdatum	
Beginn des Leistungsbezuges	

Bei unserem Versicherungsunternehmen besteht ein vertraglicher **Krankenversicherungsschutz**, dessen Leistung nach Art und Umfang denen der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem SGB V entsprechen, für

☐ den/die o. a. Leistungsbezieher/in ☐ die Familienangehörigen des/der o. a. Leistungsbeziehers/in

Bitte geben Sie die **Versicherungsnummer** an:

Bitte geben Sie den **Beitrag** an, der ab Beginn des Leistungsbezuges (siehe oben) für den/die Leistungsbezieher/in sowie ggf. seine/ihre Familienangehörigen zu zahlen ist:

Krankenversicherungsschutz für	Name [1], Vorname	Euro/Monat
Leistungsbezieher/in		
Ehegatten/in:		
1. Kind [2]:		
2. Kind [2]:		
3. Kind [2]:		
		Gesamtbetrag:

☐ Das Versicherungsverhältnis ist gekündigt zum:

Bei unserem Versicherungsunternehmen besteht ein vertraglicher **Pflegeversicherungsschutz**, dessen Leistung nach Art und Umfang denen der sozialen Pflegeversicherung nach dem SGB XI entsprechen, für

☐ den/die o. a. Leistungsbezieher/in ☐ die Familienangehörigen des/der o. a. Leistungsbeziehers/in

Bitte geben Sie die **Versicherungsnummer** an:

Bitte geben Sie den **Beitrag** an, der ab Beginn des Leistungsbezuges (siehe oben) für den/die Leistungsbezieher/in sowie ggf. seine/ihre Familienangehörigen zu zahlen ist:

Pflegeversicherungsschutz für	Name [1], Vorname	Euro/Monat
Leistungsbezieher/in		
Ehegatten/in:		
1. Kind [2]:		
2. Kind [2]:		
3. Kind [2]:		
		Gesamtbetrag:

☐ Das Versicherungsverhältnis ist gekündigt zum:

[1] Bitte angeben, wenn abweichend zum Namen des/der Leistungsbeziehers/in. [2] Bei Kindern, die beitragsfrei versichert sind, als Versicherungsbeitrag "0,00" eintragen.

Für die Überweisung der Beiträge ist unter Angabe der Versicherungsnummer und des Namens des Versicherten die folgende **Bankverbindung** zu nutzen:

Geldinstitut:

BIC:

IBAN:

Ort, Datum

Versicherungsunternehmen
(Stempel und Unterschrift)

Formular drucken Formular zurücksetzen