

Absender/Stempel

An die  
Agentur für Arbeit  
Postfach

.....

**Übernahme von Beiträgen bei privater Kranken- und Pflegeversicherung  
nach §§ 207a/421a SGB III durch die Bundesagentur für Arbeit**

Von der Agentur für Arbeit auszufüllen	Kundennummer der Agentur für Arbeit .....
	Leistungsbezieher ..... (Name, Vorname)
	Anschrift ..... (Straße, Haus-Nr., Postleitzahl, Wohnort)
	Geburtsdatum .....
	Beginn des Leistungsbezuges .....

# Bescheinigung

Bei unserem Versicherungsunternehmen besteht für

- den/die umseitig genannten Leistungsbezieher/in
- die nachstehend genannten Familienangehörigen des/der umseitig genannten Leistungsbezieher/s/in

unter der **Versicherungsnummer** .....  
 ein vertraglicher **Krankenversicherungsschutz**, dessen Leistungen nach Art und Umfang denen der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch entsprechen; der für diese vertraglichen Krankenversicherungsleistungen zu zahlende Versicherungsbeitrag beträgt

**monatlich** seit/ab ..... für

1	den/die Leistungsbezieher/in selbst		Euro
		Name (falls abweichend von 1), Vorname	
2	den Ehegatten		Euro
3	das Kind		Euro
4	das Kind		Euro
5	das Kind		Euro
6	das Kind		Euro
Gesamt			Euro

unter der **Versicherungsnummer** ..... (nur anzugeben, wenn abweichend von PKV)  
 ein vertraglicher **Pflegeversicherungsschutz**, dessen Leistungen nach Art und Umfang denen der sozialen Pflegeversicherung nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch entsprechen; der für diese vertraglichen Pflegeversicherungsleistungen zu zahlende Versicherungsbeitrag beträgt

**monatlich** seit/ab ..... für

1	den/die Leistungsbezieher/in selbst		Euro
		Name (falls abweichend von 1), Vorname	
2	den Ehegatten		Euro
3	das Kind *		Euro
4	das Kind *		Euro
5	das Kind *		Euro
6	das Kind *		Euro
Gesamt			Euro

Das bezeichnete Versicherungsverhältnis ist gekündigt mit Wirkung zum .....

\*) Bei Kindern, die beitragsfrei versichert sind, als Versicherungsbeitrag „0,00“ eintragen.

Wir bitten um baldige Bestätigung, dass und in welcher Höhe Sie die bescheinigten Beiträge übernehmen. Soweit Beiträge direkt an unser Versicherungsunternehmen ausgezahlt werden, bitten wir die Überweisung unter Angabe der Versicherungsnummer und des Namens des Versicherten vorzunehmen auf das Konto

Konto-Nr.	Geldinstitut (Bezeichnung und Ort)	Bankleitzahl
-----------	------------------------------------	--------------

Ort, Datum	Versicherungsunternehmen (Stempel und Unterschrift)
------------	--