

Absender:

Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau
- AK-Leistung -
34105 Kassel

Aktenzeichen

Bitte bei Zuschriften angeben

Bescheinigung des privaten Krankenversicherungsunternehmens

Bitte alle Fragen vollständig in Druckschrift beantworten; Zutreffendes bitte ankreuzen.

A. Angaben zur Person (Angaben bitte ggf. berichtigen und fehlende Angaben ergänzen.)

Name	Geburtsname
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Geburtsdatum

B. Bescheinigung über einen privaten Versicherungsvertrag

Wir bestätigen, dass für die oben genannte Person ein Versicherungsvertrag besteht, der die finanziellen Folgen von Krankheiten abdeckt. Dazu zählen z. B. Kosten für ambulante und stationäre Behandlungen, Medikamente, Heilmittel sowie zahnärztliche Leistungen.

Beginn der Versicherung _____ ggf. Ende _____
Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr

Höhe der Prämie/Beitrag _____ bis _____ €
(ohne Anspruch auf Krankengeld Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr monatlicher Gesamtbetrag
und ohne PV-Beitrag)
_____ bis _____ €
Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr monatlicher Gesamtbetrag
_____ bis _____ €
Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr monatlicher Gesamtbetrag
_____ bis _____ €
Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr monatlicher Gesamtbetrag

Beitrags- und leistungsfreies Ruhen der Versicherung _____ bis _____
Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr

Beitragsschuldner ist ☐ oben genannter Versicherter

☐

Name, Vorname

Höhe der Prämie oder des Beitrags ohne Anspruch auf Krankentagegeld für Familienangehörige für

☐ den Ehegatten _____ bis _____ €
Name, Vorname Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr monatlicher Beitrag

☐ das Kind _____ bis _____ €
Name, Vorname Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr monatlicher Beitrag

☐ das Kind _____ bis _____ €
Name, Vorname Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr monatlicher Beitrag

Es wird ausdrücklich bestätigt, dass

☐ unser Krankenversicherungsunternehmen der deutschen Aufsicht oder der Aufsicht eines anderen Mitgliedstaates der EU unterliegt.

☐ auf unsere Leistungen ein Rechtsanspruch besteht, der nicht von der Bedürftigkeit des Versicherungsnehmers abhängt.

☐ die Versicherung nicht gekündigt ist.

C. Unterschrift

Für Rückfragen bin ich erreichbar unter der Telefonnummer: _____

Datum

Unterschrift und Stempel