

Absender/Stempel

An die
Agentur für Arbeit
Postfach

Übernahme von Beiträgen zur Altersvorsorge nach § 207 SGB III durch die Bundesagentur für Arbeit

Von der Agentur für Arbeit auszufüllen	Kundennummer der Agentur für Arbeit _____
	Leistungsbezieher _____ <small>(Name, Vorname)</small>
	Anschrift _____ <small>(Straße, Haus-Nr., Postleitzahl, Wohnort)</small>
	Geburtsdatum _____
	Beginn des Leistungsbezuges _____
	Auf Wunsch des/der Leistungsbeziehers/Leistungsbezieherin werden die zu übernehmenden Beiträge direkt an ihn/sie ausgezahlt. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

B e s c h e i n i g u n g

<input type="checkbox"/> Der/die o.a. Leistungsbezieher/in ist Mitglied unserer Versicherungs- bzw. Versorgungseinrichtung unter der Mitgliedschaftsnummer _____ Das Mitglied schuldet nach Maßgabe der Satzung einkommensbezogene Beiträge unter Berücksichtigung der Beitragsbemessungsgrenze und des jeweils geltenden Beitragssatzes der gesetzlichen Rentenversicherung.
<input type="checkbox"/> Der/die o.a. Leistungsbezieher/in hat mit unserem Versicherungsunternehmen unter der Versicherungsnummer _____ einen Lebensversicherungsvertrag abgeschlossen. Aufgrund des Versicherungsvertrages hatte/hat der/die Versicherte spätestens 6 Monate vor Beginn des Leistungsbezuges (s. oben) einen Beitrag zu entrichten in Höhe von <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> _____ Euro
<input type="checkbox"/> Der Beitrag erhöht/e sich ab _____ auf _____ Euro ab _____ auf _____ Euro <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> _____ Euro

Es wird bestätigt, dass die Mitgliedschaft bzw. der Versicherungsvertrag Bestand hat. Im Falle einer rückwirkenden Aufhebung der die Leistung bewilligenden Entscheidung (§§ 44 ff. SGB X) werden ohne Rechtsgrund überwiesene Beiträge der Agentur für Arbeit auf Anforderung erstattet. Soweit Beiträge direkt an unsere Versicherungs-/Versorgungseinrichtung bzw. an unser Versicherungsunternehmen ausgezahlt werden, bitten wir die Überweisung der Beiträge 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)