Kommunaler Versorgungsverband Sachsen-Anhalt
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Kommunaler Versorgungsverband Sachsen-Anhalt
Beihilfeumlagekasse
Carl-Miller-Straße 7
39112 Magdeburg

Antrag
auf Zahlung eines Zuschusses zur freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 3d BesVersEG LSA <u>für Versorgungsempfänger</u>

Name, Vorname, Geburtsdatum	Aktenzeichen
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
Bankverbindung, Angabe IBAN zwingend erforderlich, (BIC nur bei ausländischen Konten erforderlich)	

Ich beantrage die Zahlung eines Zuschusses zur freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung

ab	Monat/Jahr (MM/JJJJ)	
Name der Krankenkasse		
monatlicher Beitrag in Euro, Cent:		Nachweise über Versicherungsumfang und Beitragshöhe sind beigefügt.

Ich erhalte bereits einen Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag von dritter Seite

☐ ja	monatlicher Betrag in Euro, Cent:	Nachweis ist beigefügt.
☐ nein		

Erklärung

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben. Mir ist bekannt, dass ich jede Änderung in der Höhe des Krankenversicherungsbeitrags sofort schriftlich anzuzeigen habe. Mit diesem Antrag verzichte ich auf ergänzende individuelle Beihilfen. Beihilfefähige Aufwendungen bei Pflegebedürftigkeit sind hiervon ausgenommen.	
Ort, Datum	Unterschrift

Anlagen in Kopie

☐ Nachweise über Versicherungsumfang und monatliche Beitragshöhe der Krankenversicherung
☐ Nachweis über einen Beitrag oder Zuschuss zur Krankenversicherung von dritter Seite (z. B. Deutsche Rentenversicherung, gesetzliche Unfallversicherung, Arbeitgeber)