Kommunaler Versorgungsverband Sachsen-Anhalt
Körperschaft des öffentlichen Rechts

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

Änderungsantrag
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)	

Die Höhe meines Krankenversicherungsbeitrags hat sich geändert

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 / der Zuschuss von dritter Seite hat sich geändert

☐ 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.	
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)