

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

**Änderungsantrag
auf Zahlung eines Zuschusses zur freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung
gemäß § 3d BesVersEG LSA für Versorgungsempfänger**

Name, Vorname	Aktenzeichen
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	

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

<input type="checkbox"/> ja	monatlicher Betrag in Euro, Cent	Nachweis ist beigefügt.
<input type="checkbox"/> 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