Kommunaler Versorgungsverband Sachsen-Anhalt
Körperschaft des öffentlichen Rechts

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

Widerruf
des Antrags auf Zahlung eines Zuschusses zur freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung und der Verzichtserklärung auf ergänzende individuelle Beihilfen gemäß § 3d BesVersEG LSA
für Versorgungsempfänger

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

Ich widerrufe den Antrag auf Zahlung eines Zuschusses zur freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung und die Verzichtserklärung auf ergänzende individuelle Beihilfen und entscheide mich für das klassische Beihilfesystem.

Hinweis: Sollten Sie sich privat krankenversichern, so benötigen wir einen Nachweis über den Versicherungsumfang (inkl. Versicherungsprozente) Ihrer privaten Krankenversicherung.

ab	Monat/Jahr (MM/JJJJ)	Der Widerruf muss spätestens **drei Monate** vor Wirksamkeit gegenüber der Beihilfestelle erklärt werden.
Name der privaten Krankenkasse		
Ort, Datum		Unterschrift

Anlagen in Kopie

☐ Nachweis über den Versicherungsumfang (inkl. Versicherungsprozente) in der privaten Krankenversicherung ab dem oben genannten Zeitpunkt