

Kommunalen 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	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. Ich entscheide mich für das klassische Beihilfesystem sowie eine ergänzende private 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