

Name:

Anschrift:

Vorname:

Landesamt für Finanzen

Gz: -

Geschäftszeichen bitte angeben!

Postfach 19 05
92609 Weiden i.d.Opf.

KV-Erklärung

zur Erstattung der Beiträge für eine Kranken- und Pflegeversicherung (§ 26 Abs. 1 Bayerische Urlaubs- und Mutterschutzverordnung)

Name, Vorname des Bezügeempfängers	Geburtsdatum
------------------------------------	--------------

☐ Ich übe während der Elternzeit keine Tätigkeit aus.

☐ Ich übe während der Elternzeit in der Zeit vom bis eine Tätigkeit als Beamter/Beamtin, Richter(in) oder Arbeitnehmer(in) aus.

☐ Ich nehme in der Zeit vom bis die Elternzeit gemeinsam mit dem anderen Elternteil in Anspruch.

Bei Zugehörigkeit zu den Besoldungsgruppen A3 bis A8 (für Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst ist das Eingangsamt ihrer Qualifikationsebene maßgebend):

☐ Ich beantrage die Erstattung der Beiträge für meine beihilfekonforme Kranken- und Pflegeversicherung, soweit diese 80,- EUR monatlich übersteigen

Bitte teilen Sie Beitragsänderungen bei Kranken- und/oder Pflegeversicherung während der Elternzeit durch Vorlage einer Kopie des ab dem Änderungszeitpunkts gültigen Versicherungsscheins unverzüglich mit.

Anmerkungen:

Für Aufwendungen für eine ruhend gestellte Versicherung besteht kein Anspruch auf Beitragserstattung.

Nicht erstattungsfähig im Rahmen einer beihilfekonformen Kranken- und Pflegeversicherung sind die Beiträge für sog. Beihilfe-Ergänzungstarife (z.B. Zahnersatz) und für Krankenhaustagegeld, soweit die Versicherungsleistung 35,- EUR täglich übersteigt.

Ich versichere, dass meine Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede während meiner Elternzeit eintretende Änderung in den vorstehend dargelegten Verhältnissen unverzüglich der Bezügestelle anzuzeigen und dass ich alle Bezüge, die ich wegen unterlassener, verspäteter oder fehlerhafter Mitteilung zu viel erhalten habe, zurückzahlen muss.

Kopien der ab Beginn der Elternzeit gültigen Versicherungsscheine meiner Kranken- und Pflegeversicherung, aus denen die Höhe meiner eigenen monatlichen Beiträge in EUR hervorgehen, füge ich bei (ggf. mit Erläuterungen der Tarifschlüssel).

Informationen zur Verarbeitung der Daten und zu den diesbezüglichen Rechten erhalten Sie unter www.lff.bayern.de/ds-info oder alternativ unter unserer Datenschutz-Telefonnummer 0931 4504-6770.

Datum	Unterschrift des Bezügeempfängers	telefonisch erreichbar unter Nr.
-------	-----------------------------------	----------------------------------