

Name:

Anschrift:

Vorname:

Landesamt für Finanzen

Postfach 19 05
92609 Weiden i.d.Opf.

Gz: -

Geschäftszeichen bitte angeben!

KV-Erklärung

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

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

<input type="checkbox"/> Ich übe während der Elternzeit keine Tätigkeit aus.
<input type="checkbox"/> Ich übe während der Elternzeit in der Zeit vom Beamter/Beamtin, Richter(in) oder Arbeitnehmer(in) aus. bis eine Tätigkeit als
<input type="checkbox"/> Ich nehme in der Zeit vom Elternteil in Anspruch. bis die Elternzeit gemeinsam mit dem anderen
Bei Zugehörigkeit zu den Besoldungsgruppen A3 bis A8 (für Beamte auf Widerruf im Vorbereidungsdienst ist das Eingangsamt ihrer Qualifikationsebene maßgebend):
<input type="checkbox"/> 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.
-------	-----------------------------------	----------------------------------