



Kommunaler Versorgungsverband
Sachsen
Postfach 16 01 17
01287 Dresden

Mitglieds-Nr.
Name und Anschrift des Mitglieds
zuständige(r) Ansprechpartner(in)
Name
Tel.-Nr.
Fax-Nr.

Antrag auf Erstattung von Dienstbezügen

1.	Name, Vorname des Angehörigen	Geburtsdatum
	<input type="checkbox"/> ist seit <u> </u> . <u> </u> . <u> </u>	
	<input type="checkbox"/> war von <u> </u> . <u> </u> . <u> </u> bis <u> </u> . <u> </u> . <u> </u>	
	durch Krankheit vollständig an der Ausübung des Dienstes gehindert.	
2.	Die durch Krankheit verursachte vollständige Dienstverhinderung war insgesamt länger als zwei Wochen unterbrochen.	
	<input type="checkbox"/> nein	
	<input type="checkbox"/> ja	
	Wenn ja, bitte Zeitraum und Art der Unterbrechung (z. B. Dienstleistung) angeben. Maßnahmen im Sinne des § 4 Abs. 1 Satz 2 der Allgemeinen Satzung sind im Einzelnen darzulegen. ¹	
	Zeitraum von / bis	Art der Unterbrechung

¹ Eine Unterbrechung der Dienstverhinderung liegt nach § 4 Abs. 1 Satz 2 der Allgemeinen Satzung nicht vor bei einer Dienstleistung, die nicht länger als zwei Wochen dauert, sowie bei therapeutischen Wiedereingliederungsphasen, Arbeitserprobungen und vergleichbaren Maßnahmen, die nach Abstimmung mit den behandelnden Ärzten die unverzügliche Wiederaufnahme des vollen Dienstes ermöglichen sollen.

3.	Erstattungsfähige Bezüge im Erstattungszeitraum: ²								
	Monat								
	Grundgehalt								
	Familienzuschlag								
	Stellenzulage								
	Sonstige Zulagen								
	Gesamt								
								Ja	Nein
4.	Kann von einem Dritten Schadenersatz für die erstattungsfähigen Bezüge verlangt werden?							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Ist der Erstattungsanspruch auf einen anderen übergegangen oder übertragen worden?							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Ist der Schadenersatzanspruch bzw. der Erstattungsanspruch gegenüber einem Dritten verjährt, erloschen oder im Vergleichsweg abgefunden?							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Angabe der Bankverbindung:								
Kreditinstitut:									
IBAN									
BIC									
Verwendungszweck:									

<u>Erklärung</u>		
Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.		
Datum	Unterschrift	
_____	_____	

² Erstattet wird die Hälfte der dem Angehörigen für die Zeit nach Ablauf des sechsten Krankheitsmonats bis zum Wiederantritt des Dienstes bzw. bis zum Eintritt des Versorgungsfalls, im Todesfall bis zum Ablauf des Sterbemonats zustehenden und gezahlten Dienstbezüge bzw. der diesen entsprechenden Bezüge, jedoch höchstens auf die Dauer von sechs Monaten. Zu den erstattungsfähigen Bezügen zählen insbesondere nicht die jährliche Sonderzahlung und die vermögenswirksamen Leistungen.