

An das
Landesgericht Leoben
als Arbeits- und Sozialgericht
Dr. Hanns Groß Straße 7
8700 Leoben

Dieses Formular ist auf beiden Seiten leserlich auszufüllen. Der bekämpfte Bescheid ist in Kopie oder im Original beizulegen!

KLAGE **Sozialrechtssache**

Klagende Partei: **Vorname:** _____
 Nachname: _____
 Geburtsdatum: _____
 Wohnadresse: _____

 Telefonnummer: _____
 Versicherungsnummer: _____

Beklagte Partei: **O Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK)**
 O VA der öffentl. Bed., Eisenbahnen und Bergbau
 (BVAEB)
 O Sozialversicherung der Selbständigen (SVS)

wegen: **O Rückforderung von Krankengeld**
 O Rückforderung von Wochengeld

Ich erhebe **Klage** gegen den **Bescheid** der beklagten Partei vom _____
_____. Der Bescheid wurde mir am _____
zugestellt.

Die Rückforderung bzw Reduktion der Leistung erfolgt zu Unrecht. Ich erfülle sämtliche Anspruchsvoraussetzungen, und es ist kein Grund verwirklicht, der mich nach dem Gesetz zur Rückzahlung verpflichtet.

Die Behauptungen im angefochtenen Bescheid sind insbesondere deshalb unrichtig, weil in Wahrheit folgender Sachverhalt die Berechtigung der beklagten Partei zur Rückforderung bzw Reduktion der Leistung ausschließt (bitte kurze, konkrete Angaben, soweit möglich):

Beweis: Parteieneinvernahme der klagenden Partei

(Urkunden, Kopien, falls vorhanden)

weitere Beweise werden vorbehalten

Ich spreche nicht ausreichend Deutsch und beantrage für das gesamte Verfahren die **Beziehung eines Dolmetschers** für die _____ Sprache.

Ich spreche ausreichend Deutsch und benötige **keinen Dolmetscher**.

Bitte Zutreffendes ankreuzen.

Ich beantrage das

Urteil:

Es wird festgestellt, dass der von der beklagten Partei mit dem angefochtenen Bescheid erhobene Anspruch auf Rückersatz der an die klagende Partei gezahlten Leistung nicht zu Recht besteht.

....., am
Ort Datum Unterschrift der klagenden Partei