



Ich erkläre, dass alle Angaben der Wahrheit entsprechen und ich nichts verschwiegen habe. Ich verpflichte mich, eine Änderung der Angaben sofort bekannt zu geben. Weiters verpflichte ich mich zum vollen Kostenersatz von zu Unrecht erbrachten Leistungen, die durch bewusst unwahre Angaben bzw. durch Verschweigen maßgeblicher Tatsachen von der Kasse erbracht wurden.

## Informationen zur Mitversicherung § 123 ASVG

<p><b>Haushaltsführende Person</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verwandtschafts- bzw. Pflegeverhältnis (eine Person aus dem Kreis der Eltern, Wahl-, Stief- und Pflegeeltern, der Kinder, Wahl-, Stief- und Pflegekinder, der Enkel oder der Geschwister)</li> <li>- mindestens 10-monatige Hausgemeinschaft</li> <li>- unentgeltliche Haushaltsführung</li> <li>- kein(e) arbeitsfähige(r) Ehegattin/Ehegatte der/des Versicherten im gemeinsamen Haushalt</li> </ul>	<p>Nachweis der Hausgemeinschaft</p>
<p><b>Nicht verwandte Person</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Kein Verwandtschaftsverhältnis mit dem Versicherten</li> <li>- mindestens 10-monatige Hausgemeinschaft</li> <li>- unentgeltliche Haushaltsführung</li> <li>- kein(e) arbeitsfähige(r) Ehegattin/Ehegatte der/des Versicherten im gemeinsamen Haushalt</li> <li>-Angehöriger aus diesem Grund kann nur eine einzige Person sein</li> </ul>	<p>Nachweis der Hausgemeinschaft</p>
<p><b>Pflegende Angehörige</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verwandtschafts- bzw. Pflegeverhältnis (als Angehörige gelten die/der Ehegattin/gatte und personen die mit der pflegebedürftigen Person in gerader Linie oder bis zum vierten Grad der Seitenlinie verwandt oder verschwägert sind, ferner Wahl-, Stief und Pflegekinder, Wahl, Stief und Pflegeeltern sowie Angehörige wie bei Haushaltsführenden Personen)</li> </ul> <p>Anspruch auf Pflegegeld mindestens der Stufe 3 nach Bundespflegegeldgesetz</p>	<p>Nachweis über den Bezug von Pflegegeld mindestens der Stufe 3, Verwandtschaftsverhältnis</p>

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift der Versicherten: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Angehörigen: \_\_\_\_\_