

Anmeldung zur gesetzlichen Unfallversicherung

<p>1. Welcher Art ist die neu anzumeldende Einrichtung? (Bitte genaue Bezeichnung angeben. Sofern sich aus der Bezeichnung der Einrichtung nicht eindeutig das Aufgabengebiet ergibt, geben Sie uns bitte eine kurze Beschreibung des Tätigkeitsfeldes.)</p>	
<p>2. Geben Sie hier bitte die genaue Bezeichnung und Anschrift an:</p> <p>Bezeichnung der Einrichtung/ des Unternehmens</p> <p>Rechtsform</p> <p>Strasse/ Haus-Nr.</p> <p>PLZ/ Ort</p> <p>Telefonnummer</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>3. An welche Anschrift sind Postsendungen zu richten? (Entgeltnachweise, Beitragsbescheide) (Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort, Rechtsform, Telefon)</p>	
<p>4. Seit wann wird die Einrichtung vom jetzigen Unternehmer geführt?</p>	<p>seit: Tag/Monat/Jahr</p>
<p>5. Seit wann beschäftigen Sie Personal und wieviele Personen sind es? (Bitte auch Zeiträume berücksichtigen, in denen Personal vor der Praxis- bzw. Unternehmenseröffnung mit vorbereitenden Tätigkeiten beschäftigt wurde!)</p>	<p>seit: Anzahl: Tag/Monat/Jahr</p>
<p>6. Wurde die Einrichtung von einem Vorbesitzer übernommen? (Wenn ja, Name und jetzige Anschrift des Vorbesitzers)</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p>
<p>7. Wer ist Unternehmer der Einrichtung? (Name, Anschrift, Rechtsform) Bitte ggf. Vereins-/ Stiftungssatzung oder Gesellschaftsvertrag beifügen.</p>	
<p>8. Welcher Berufs-, Zweck- oder konfessionellen Organisation sind Sie angeschlossen? (z. B. Diak. Werk, Caritasverband, DRK, DPWV, AWO usw.)</p>	
<p>9. Welchem Zweck dient die Einrichtung überwiegend?</p>	<p><input type="checkbox"/> dem Gesundheitswesen <input type="checkbox"/> Erwerbszwecken <input type="checkbox"/> der Seelsorge <input type="checkbox"/> der Wohlfahrtspflege</p>
<p>10. Ist die Einrichtung als steuerbegünstigt im Sinne der Abgabenordnung -AO- anerkannt? (Wenn ja, bitte Kopie der Bescheinigung beifügen.)</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit: Tag/Monat/Jahr</p> <p><input type="checkbox"/> Kopie beigefügt</p>

<p>11. Betreiben Sie neben der unter Punkt 1 genannten Einrichtung weitere Unternehmen, Betriebsstätten? (Wenn ja, bitte genaue Anschrift, Rechtsform und Eröffnungsdaten angeben.)</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p>
<p>12. Gehören Sie bereits unserer oder einer anderen Berufsgenossenschaft an? Wenn ja, welcher, mit welchen Unternehmensteilen und wie lautet die Kundennummer?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p>
<p>13. Bei Tageseinrichtungen für Kinder Besitzt der Träger für den Betrieb der anzumeldenden Einrichtung die Erlaubnis nach § 45 SGB VIII oder einer entsprechenden landesrechtlichen Regelung? (Wenn ja, bitte Kopie der Bescheinigung beifügen.)</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Kopie beigelegt</p>

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift

Rücksendeanschrift:

Berufsgenossenschaft für
Gesundheitsdienst und
Wohlfahrtspflege
Unternehmerbetreuung
Postfach 76 02 24
22052 Hamburg