

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 Aufgaben- gebiet 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 style="padding-left: 40px;">Bezeichnung der Einrichtung/ des Unternehmens</p> <p style="padding-left: 40px;">Rechtsform</p> <p style="padding-left: 40px;">Strasse/ Haus-Nr.</p> <p style="padding-left: 40px;">PLZ/ Ort</p> <p style="padding-left: 40px;">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. Unternehmens-eröffnung 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