

Kundennummer:  
 (Bitte vervollständigen)

**Anmeldung zur gesetzlichen Unfallversicherung**

<p>1. Angaben zum Unternehmen:</p> <p>Ist das Unternehmen in einem Register (z. B. Handels- oder Vereinsregister eingetragen)?</p> <p>Bitte fügen Sie immer einen Vereins- oder Handelsregisterauszug bei!*</p> <p>*Bitte beachten Sie, dass eine endgültige Aufnahme und die Freischaltung des PIN erst möglich ist, wenn diese Unterlagen der BGW vollständig vorliegen.</p> <p align="center">Unternehmensbezeichnung/Firma/Name:        Straße/Hausnummer:        Postfach:        Postleitzahl/Ort/Land:        Telefon:        E-Mail-Adresse:        Internetadresse:</p>	<p>Rechtsform: _____</p> <p>Registerart: _____</p> <p>Registernummer: _____</p> <p>Zuständiges Amtsgericht: _____        (Bitte Vereins-/Stiftungssatzung oder Gesellschaftsvertrag beifügen)*</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>www. _____</p>
<p>2. Gesetzlich vertreten durch:</p> <p>Anrede(ggf. Titel/akad. Grad):</p> <p>Name, Vorname:</p> <p>Geburtsdatum:</p> <p>Straße/Hausnummer:</p> <p>Postfach:</p> <p>Postleitzahl/Ort/Land:</p> <p>Telefon:</p> <p>E-Mail-Adresse:</p> <p>Internetadresse:</p>	<p><input type="checkbox"/> Frau    <input type="checkbox"/> Herr    _____        Titel, akad. Grad</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>www. _____</p>
<p>3. An welche Adresse sind unsere Schreiben/Bescheide zu adressieren?</p>	<p><input type="checkbox"/> an/siehe 1</p> <p><input type="checkbox"/> an/siehe 2</p> <p><input type="checkbox"/> an folgende Adresse</p>

Straße/Hausnummer:  Postfach:  Postleitzahl/Ort/Land:	_____ _____ _____
4. Seit wann wird die Einrichtung vom jetzigen Unternehmer geführt?	seit: _____ Tag / Monat / Jahr
5. Seit wann beschäftigen Sie Personal und wieviele Personen sind es? <small>(Bitte auch Zeiträume berücksichtigen, in denen Personal vor der Betriebseröffnung mit vorbereitenden Tätigkeiten beschäftigt wurde!)</small>	seit: _____ Anzahl: _____ Tag / Monat / Jahr Entgelt: _____
6. Wurde die Einrichtung von einem Vorbesitzer übernommen? (Wenn ja, Name und jetzige Anschrift des Vorbesitzers)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
7. Welcher Berufs-, Zweck- oder konfessionellen Organisation sind Sie angeschlossen? (z. B. Diak. Werk, Caritasverband, DRK, DPWW, AWO usw.)	
8. Welchem Zweck dient die Einrichtung überwiegend?	<input type="checkbox"/> dem Gesundheitswesen <input type="checkbox"/> Erwerbszwecken <input type="checkbox"/> der Seelsorge <input type="checkbox"/> der Wohlfahrtspflege
9. Ist die Einrichtung als steuerbegünstigt im Sinne der Abgabenordnung -AO- anerkannt? <small>(Wenn ja, bitte Kopie der Bescheinigung beifügen.)</small>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit: _____ Tag / Monat / Jahr <input type="checkbox"/> Kopie beigefügt
10. Betreiben Sie neben der unter Punkt 1 genannten Einrichtung weitere Unternehmen, Betriebsstätten? (Wenn ja, bitte genaue Anschrift, Rechtsform und Eröffnungsdaten angeben.)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
11. Gehören Sie bereits unserer oder einer anderen Berufsgenossenschaft an? Wenn ja, welcher, mit welchen Unternehmensteilen und wie lautet die Kundenummer?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
12. <b>Bei Tageseinrichtungen für Kinder</b> Besitzt der Träger für den Betrieb der anzumeldenden Einrichtung die Erlaubnis nach § 45 SGB VIII oder einer entsprechenden landesrechtlichen Regelung? <small>(Wenn ja, bitte Kopie der Bescheinigung beifügen.)</small>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Kopie beigefügt

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Stempel und Unterschrift

Rücksendeadresse:

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