

Anmeldung zur gesetzlichen Unfallversicherung

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

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? (Bitte auch Zeiträume berücksichtigen, in denen Personal vor der Betriebseröffnung mit vorbereitenden Tätigkeiten beschäftigt wurde!)	seit: _____ Anzahl: _____ Tag / Monat / Jahr Lohnsumme: _____
6. Wurde die Einrichtung von einem Vorbesitzer übernommen? (Wenn ja, Name und jetzige Anschrift des Vorbesitzers)	☐ Nein ☐ Ja
7. Welcher Berufs-, Zweck- oder konfessionellen Organisation sind Sie angeschlossen? (z. B. Diak. Werk, Caritasverband, DRK, DPWV, AWO usw.)	
8. Welchem Zweck dient die Einrichtung überwiegend?	☐ dem Gesundheitswesen ☐ Erwerbszwecken ☐ der Seelsorge ☐ der Wohlfahrtspflege
9. Ist die Einrichtung als steuerbegünstigt im Sinne der Abgabenordnung -AO- anerkannt? (Wenn ja, bitte Kopie der Bescheinigung beifügen.)	☐ Nein ☐ Ja, seit: _____ Tag / Monat / Jahr ☐ Kopie beigelegt
10. Betreiben Sie neben der unter Punkt 1 genannten Einrichtung weitere Unternehmen, Betriebsstätten? (Wenn ja, bitte genaue Anschrift, Rechtsform und Eröffnungsdaten angeben.)	☐ Nein ☐ Ja
11. Gehören Sie bereits unserer oder einer anderen Berufsgenossenschaft an? Wenn ja, welcher, mit welchen Unternehmensteilen und wie lautet die Unternehmensnummer?	☐ Nein ☐ Ja
12. 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.)	☐ Nein ☐ Ja ☐ Kopie beigelegt

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift

Rücksendeadresse:

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