

**Kundennummer:**

Bitte die Kundennummer dem bisherigen Schriftwechsel entnehmen und übertragen.

**Online-Änderung der Versicherungssumme**

Hiermit beantrage ich die Änderung meiner bereits bestehenden persönlichen Unternehmerversicherung bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege gegen die Folgen von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten gemäß §§ 83, 154 Sozialgesetzbuch VII.

Vor- und Nachname/Titel/akad. Grad \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_

Geburtsort/-land \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Wohnanschrift \_\_\_\_\_  
(Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Land)

Unternehmens-/Praxisanschrift \_\_\_\_\_  
(Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Land)

Bitte ändern Sie meine Versicherungssumme mit Wirkung vom<sup>1)</sup> \_\_\_\_\_

Neue Versicherungssumme<sup>1) 2)</sup> \_\_\_\_\_ €

Hiermit versichere ich die Richtigkeit der obigen Angaben. Unrichtige Angaben gehen zu meinen Lasten.

---

Datum

---

Unterschrift des Versicherungsnehmers**Wichtige Hinweise:**

- 1) Änderungen oder Kündigungen der Versicherung werden zum 1. des auf den Eingang des schriftlichen Antrags bei der BGW folgenden Monats wirksam, sofern kein späterer Zeitpunkt genannt wird.
- 2) Ab 2026 beträgt die Mindestversicherungssumme für die freiwillig oder kraft Gesetzes versicherten selbstständig Tätigen und für die kraft Satzung versicherten Unternehmen und Unternehmerinnen sowie ihre im Unternehmen mitarbeitenden Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner bzw. Lebenspartnerinnen im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetztes für das gesamte Bundesgebiet 29.000 €; die Höchstversicherungssumme beträgt 120.000 €.  
Die gewählte Versicherungssumme ist auf volle 1.000 € aufzurunden.

Rücksendeadresse:

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