



**Name und Versichertennummer Ihrer Arbeitnehmer/in**

**Datum Stellenantritt**

|       |       |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

**Unfallversicherung (UVG)**

Bei welchem Versicherer haben Sie Ihre Arbeitnehmenden gegen Unfall versichert? Falls Sie noch keinen Unfallversicherer haben, bei welchem Versicherer möchten Sie Ihre Arbeitnehmenden gegen Unfall versichern? Name und Adresse der Versicherungsgesellschaft?

\_\_\_\_\_

**Bestätigung**

Wir haben diesen Fragebogen wahrheitsgetreu ausgefüllt und von den Voraussetzungen für die Abrechnung im vereinfachten Verfahren Kenntnis genommen.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

**Kontaktperson für Rückfragen**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Telefonnummern G \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_

E-Mailadresse \_\_\_\_\_

Beilagen  
\_\_\_\_\_

**Bemerkungen:**