

BG Verkehr
Mitgliederabteilung
22757 Hamburg

Unser Zeichen, falls vorhanden:

Dieses Formular können Sie vor dem Ausdrucken am Rechner ausfüllen!

Die Angaben werden aufgrund gesetzlicher Vorschrift erhoben (§ 192 Sozialgesetzbuch VII – SGB VII)

Betriebsfragebogen

1. Angaben zum Betrieb

Firmenbezeichnung:

(Bitte genaue Firmierung angeben)

Betriebssitz:

(Straße, PLZ, Ort)

Tel./Fax:

E-Mail:

Die Post für das Unternehmen soll an folgende Anschrift gerichtet werden:

Briefanschrift
(Postfach, PLZ, Ort)

Paketanschrift
(Straße Nr., PLZ, Ort)

2. Ist das Unternehmen ins Handelsregister eingetragen?

nein ja, zuständiges Amtsgericht:

Handelsregisternummer:

...✚ **Bitte senden Sie uns eine Kopie vom Handelsregisterauszug zu.**

3. In welchen Wirtschaftszweigen ist das Unternehmen tätig? Wo liegt der Schwerpunkt?

4. Beginn der Unternehmenstätigkeit (Tag, Monat, Jahr):

5. Ist **unsere Berufsgenossenschaft** bereits für Ihr Unternehmen zuständig?

nein ja, Unternehmens-Nr.:

6. Ist bereits eine **andere** Berufsgenossenschaft für Ihr Unternehmen zuständig?

nein ja, und zwar:

mit folgender Unternehmens-Nr.:

mit folgenden Betriebsteilen:

7. Wer sind die Betriebsinhaber bzw. Gesellschafter Ihres Unternehmens?

Bei einer GmbH:

Gesellschafter (Name, Vorname)	Gesellschafter- anteil (in %)	Sperrminorität	Rentenversicherungsnummer
		nein	ja
		nein	ja
		nein	ja
Gesellschafter (Wiederholung)	Art der Tätigkeit	Tätig seit	Privatanschrift

Bei einer KG:

Komplementär (Name, Vorname)	Art der Tätigkeit	Tätig seit	Rentenversicherungsnummer

Anschrift (privat):

Kommanditisten, die im Unternehmen tätig sind (Name, Vorname)	Stellung in der Sozial- versicherung geprüft?*	Rentenversicherungsnummer
	nein	ja**
	nein	ja**
	nein	ja**
Kommanditisten (Wiederholung)	Art der Tätigkeit	Tätig seit

*Wurde die sozialversicherungsrechtliche Stellung der Kommanditisten innerhalb des Unternehmens bereits von der zuständigen Krankenkasse geprüft?

**Wenn ja, fügen Sie bitte eine Kopie der Entscheidung bei.

Andere Gesellschaftsform:

Personen (Name, Vorname)	Art der Tätigkeit	Tätig seit	Rentenversicherungsnummer

8. Beschäftigen Sie Arbeitnehmer an Land?

nein ja, seit: Anzahl:
Bruttoentgelte jährlich insgesamt:

9. Werden Filialen, Geschäftsstellen, Zweigstellen usw. unterhalten?

nein ja, a) seit: Adresse:
b) seit: Adresse:

Sind diese wirtschaftlich selbständig? (Eigenes Personal- und Gehaltswesen?)

a) nein ja b) nein ja

Werden dort Arbeitnehmer beschäftigt?

a) nein ja b) nein ja

10. Beschäftigen Sie auch seemännisches Personal?

nein ja, seit: Anzahl:
Bruttoentgelte jährlich insgesamt:

11. Die Sozialversicherungsbeiträge sollen im SEPA-Lastschriftverfahren eingezogen werden.

nein ja ...☒ **Den entsprechenden Vordruck senden wir Ihnen umgehend zu!**

12. Sind Sie Eigentümer oder Bereederer eines Seeschiffes unter deutscher Flagge?

nein ja, seit:

13. Sind Sie an einer freiwilligen Unfallversicherung interessiert, sofern Sie als Unternehmer nicht bereits aufgrund gesetzlicher Vorschriften unfallversichert sind? Sie erhalten dann weiteres Informationsmaterial.

nein ja

14. Die für eine Beitragsprüfung erforderlichen Lohn- und Gehaltsunterlagen können

im eigenen Unternehmen bei einem Beauftragten eingesehen werden

Beauftragter: Betriebsnummer:

Briefanschrift (Postfachanschrift):

Paketanschrift (Hausanschrift):

Tel./Fax: E-Mail:

Ort, Datum

Unterschrift