

Bitte zurücksenden an:

Berufsgenossenschaft Rohstoffe und
chemische Industrie
30684 Hannover

<p>Dieses Schreiben wird maschinell gelesen.</p> <p>Bitte schreiben Sie nur mit schwarzer oder blauer Farbe.</p> <p>Zutreffendes ist anzukreuzen <input checked="" type="checkbox"/> oder auszufüllen.</p> <p>Bitte schreiben Sie deutlich lesbar.</p>										

Unternehmensbeschreibung

Fragen		Antworten
1.	Unter welchem Namen (Firmenbezeichnung) wird das Unternehmen geführt?	
2.	Wo befindet sich die kaufmännische Verwaltung?	
3.	Wo befindet sich der/die technische(n) Betrieb(e)/Produktionsstätte(n)?	
4.	Wo und unter welchen Bezeichnungen befinden sich weitere Betriebsteile (unselbstständige Zweigstellen/Außenbüros/Lager)?	
5.	Wohin sind Postsendungen zu richten?	
6.	Wie lautet Ihre Telefonnummer, E-Mail-Adresse und Faxnummer?	
7.	In welcher Rechtsform wird das Unternehmen geführt?	
8.	Bei welchem Gericht und unter welcher Handelsregisternummer ist das Unternehmen eingetragen?	
8. a)	Zuständiges Bergamt/Gewerbeaufsichtsamt	
9.	Wer ist Alleininhaberin/Alleininhaber bzw. persönlich haftende Gesellschafterin/Gesellschafter?	Name, Vorname, Geb.-Datum, Privatanschrift:



	Bei Kapitalgesellschaften bitte zusätzliche Angaben im Fragebogen "Gesellschaftsverhältnisse" machen.	Name, Vorname, Geb.-Datum, Privatanschrift:			
10.	Wer ist Geschäftsführerin/Geschäftsführer der GmbH? (Bitte Zusatz-Fragebogen beachten)	Name, Vorname, Geb.-Datum, Privatanschrift:			
11. a)	Wann (Tag, Monat, Jahr) haben Sie das Unternehmen eröffnet?				
b)	Unterliegt Ihr Unternehmen der knappschaftlichen Versicherung?				
c)	Seit wann (Tag, Monat, Jahr) beschäftigen Sie Personal?				
d)	Wie viel Personal beschäftigen Sie insgesamt?				
e)	Vorraussichtliche Höhe der monatlichen Gesamtlohnsumme (brutto)	1. technischer Teil, ggf. – Untertagebetrieb: – Übertagebetrieb:	EUR		
		2. kaufm. und verw. Teil:	EUR		
f)	Haben Sie das Unternehmen neu errichtet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
g)	Haben Sie das Unternehmen übernommen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	(Datum)	
h)	Wie heißt die bisherige Unternehmerin/der bisherige Unternehmer und wie lautet die Anschrift?				
i)	Wenn ja, erfolgte die Übernahme				
	mit allen Rechten/Aktiva	allen Pflichten/Passiva	beschäftigten Personen	Kundenstamm	Betriebseinrichtung
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
12.	Welche hauptsächlichen Gewerbebezüge umfasst das Unternehmen?	Welche Gegenstände werden im Einzelnen hergestellt?	Welche Rohmaterialien oder Halbfabrikate werden verarbeitet?	Wie viele Personen werden durchschnittlich beschäftigt?	Wie viele Arbeitstage aller Beschäftigten entfallen im Durchschnitt auf die einzelnen Gewerbebezüge?
	a)	a)	a)	a)	a)
	b)	b)	b)	b)	b)
	c)	c)	c)	c)	c)
13.	Sind die einzelnen Gewerbebezüge räumlich voneinander getrennt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
14.	Sind die Beschäftigten wechselseitig in den einzelnen Gewerbebezügen tätig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			



15.	Werden die Löhne und Gehälter getrennt nach den einzelnen Gewerbezweigen erfasst? Gegebenenfalls für welchen Gewerbezweig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
16.	Arbeitet der Ehegatte bzw. die/der eingetragene Lebenspartnerin/Lebenspartner der Alleinunternehmerin/des Alleinunternehmers im Unternehmen mit? Gegebenenfalls in welchem Bereich überwiegend?	Name, Vorname, Geb.-Datum:
17.	Besteht zwischen der Alleininhaberin/dem Alleininhaber und dem mitarbeitenden Ehegatten ein Arbeitsverhältnis?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (Merkmale des Arbeitsverhältnisses sind: Abführen von Lohn- bzw. Einkommenssteuer, Sozialversicherungsbeiträge, Verbuchen von Lohn/Gehalt auf ein Lohn-/Gehaltskonto)
18. a)	Sind Sie bereits Mitglied unserer Berufsgenossenschaft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
b)	Mit welchem Unternehmen?	
c)	Unter welcher Mitgliedsnummer?	
19.	Bankverbindung	Name der Bank: IBAN: BIC:
20.	Bei welchem Versicherungsträger besteht eine Betriebshaftpflichtversicherung?	
21.	Freiwillige Versicherung Wünschen Sie freiwillige Versicherung für Unternehmerinnen/Unternehmer, unternehmerähnliche Personen bzw. Ehegatten oder eingetragene Lebenspartnerinnen/Lebenspartner? Falls ja, bitte anliegendes Antragsformular ausfüllen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Ort _____

Datum _____

Unterschrift/Firmenstempel _____

Antwortschreiben bitte zurücksenden an:

Berufsgenossenschaft Rohstoffe und
chemische Industrie
30684 Hannover

<p>Dieses Schreiben wird maschinell gelesen. Bitte schreiben Sie nur mit schwarzer oder blauer Farbe. Zutreffendes ist anzukreuzen <input checked="" type="checkbox"/> oder auszufüllen. Bitte schreiben Sie deutlich lesbar.</p>	
<p>V i e l e n D a n k !</p>	

Gesellschaftsverhältnisse der GmbH/Komplementär-GmbH

	Namen der Gesellschafter	Stammeinlage		Geschäftsführer		Sonstige Mitarbeit		Weisungsgebunden bezüglich Ort, Art, Zeit und Dauer der Tätigkeit	
		EUR	v.H.	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja
1.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Summe	= 100 %							

Beschlussfassung der Gesellschafter	<input type="checkbox"/> Einstimmig	<input type="checkbox"/> Einfache Mehrheit	<input type="checkbox"/> 2/3 Mehrheit	<input type="checkbox"/> sonstige Mehrheit
--	-------------------------------------	--	---------------------------------------	--

Die nachstehenden Fragen müssen nur beantwortet werden für Gesellschafter, die auch als Geschäftsführer oder in sonstiger Funktion tätig sind.

Gesellschafter s. o. Nr.	Ist der Gesellschafter-Geschäftsführer				Hat die Clearingstelle der Deutschen Rentenversicherung oder ein anderer Sozialversicherungsträger (Einzugsstelle)			
	a) vom Verbot des Selbstkontrahierens (§ 181 BGB) befreit?		b) alleinvertretungsberechtigt?		a) Feststellungen zum sozialversicherungsrechtlichen Status getroffen?*		b) Versicherungspflicht bzw. eine abhängige Beschäftigung bejaht?	
	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja
1.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Falls ja, bitte das entsprechende Schreiben beifügen.



Gesellschaftsverhältnisse der GmbH/Komplementär-GmbH (Forts.)

Die unterzeichnende Person bestätigt die Richtigkeit der obenstehenden Angaben und erklärt, dass sie Veränderungen unverzüglich mitteilen wird, da diese zu einer anderen Beurteilung des Versicherungsschutzes führen können.

Ansprechpartner bei Rückfragen:

Name: _____ Telefon: _____

Ort

Datum

Stempel/Unterschrift