

Anmeldung zur gesetzlichen Unfallversicherung für Beschäftigte privater Haushalte

Angaben zum Arbeitgeber (Hauptwohnsitz):

Sind / waren Sie bereits bei uns Mitglied?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, ggf. bitte die Mitglieds-Nr. angeben:
Nachname:	_____
Vorname:	_____
Straße, Hausnummer:	_____
PLZ, Ort:	_____
Telefon:	_____
Geburtsdatum des Arbeitgebers:	_____
E-Mail:	_____
Soll der Schriftwechsel mit einer anderen Person geführt werden (Verwandte / Betreuer / Steuerberater)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja , über: <input type="checkbox"/> Firma <input type="checkbox"/> Privat
Wenn die Anmeldung nicht vom Arbeitgeber unterschrieben wird, ist der Anmeldung eine Vollmacht beizufügen.	Vor- und Nachname _____ Straße _____ PLZ, Ort _____ Telefon _____ E-Mail _____

Angaben zur Beschäftigung:

Anzahl der Beschäftigten:	_____
Beschäftigungsbeginn:	_____
Berufsbezeichnung (Haushaltshilfe, Gartenhilfe, Tagesmutter, etc.):	_____
Monatliches Bruttoentgelt in EURO :	_____
Ist der/die Beschäftigte mit dem Arbeitgeber verwandt oder verschwägert?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, ggf. Verwandtschaftsverhältnis:
Ist der/die Beschäftigte bei der Minijob-Zentrale gemeldet?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, die Betriebsnummer lautet:
Ist der/die Beschäftigte im Haushaltsscheckverfahren gemeldet?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Ist der/die Beschäftigte aufgrund mehrerer Minijobs krankensicherungspflichtig?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Bitte wenden!

Angaben zum Beschäftigungsverhältnis:**Ich bin / mein Ehegatte ist Unternehmer:** Nein Ja

Arbeitet der/die Beschäftigte auch im Unternehmen?

 Nein JaWenn ja, wie viel Stunden beträgt die wöchentliche
Arbeitszeit im Unternehmen bzw. im Haushalt?

_____ Stunden/Woche im Unternehmen

_____ Stunden/Woche im Haushalt

Art und Gegenstand des Unternehmens (Steuer-
büro, Arztpraxis, landwirtschaftlicher Betrieb, etc.):

Mitglied einer Berufsgenossenschaft?

 Nein Ja

Name und Sitz der Berufsgenossenschaft:

Mitglieds-/Kundennummer:

Nur für Hausmeister:

Es handelt sich um Hausmeistertätigkeiten für eine:

 Einzelperson/Familie/Mietergemeinschaft Wohnungseigentümergeinschaft**Nur für Gartenhilfen:**Größe des Gartens in m²:**Nur für Pflegepersonen:**Ist die Pflegeperson selbstständig /
als Unternehmer(in) tätig? Nein Ja**SEPA-Basis-Lastschriftmandat**

(Die Teilnahme am Einzugsverfahren ist freiwillig)

Ich/Wir ermächtige(n) die Unfallkasse Rheinland-Pfalz, Orensteinstr. 10, 56626 Andernach
widerruflich den Unfallversicherungsbeitrag einzuziehen und ermächtige zugleich unser
Kreditinstitut die Lastschriften der Unfallkasse Rheinland-Pfalz von folgendem Konto einzulösen:**Kontoinhaber:** _____**Straße, Haus-Nr.:** _____**PLZ, Ort:** _____**IBAN:** _____**BIC:** _____**Kreditinstitut:** _____

Innerhalb von acht Wochen kann die Lastschrift vom Kontoinhaber storniert werden. Es gelten die Vereinbarungen mit der Bank.

Zurück an:Unfallkasse Rheinland-Pfalz
Gruppe Mitgliedschaft – Finanzen

56624 Andernach

Ort/Datum_____
Unterschrift