**Rückantwort an die:**

  
Unfallkasse Nordrhein - Westfalen  
Referat Unternehmensbetreuung

Postfach 33 04 20  
40437 Düsseldorf

**Anmeldung zur freiwilligen Versicherung für unternehmerähnliche Personen nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 der Satzung der Unfallkasse NRW**

Die Unterzeichnerin / der Unterzeichner beantragt bei der Unfallkasse NRW eine freiwillige Versicherung gegen die Folgen von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten i. S. d. Siebten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VII). Grundlage ist § 6 der Satzung der Unfallkasse NRW, in der jeweils aktuellen Fassung welche unter [www.unfallkasse-nrw.de](http://www.unfallkasse-nrw.de) eingesehen werden kann.

Nachfolgende sich aus § 6 der Satzung der Unfallkasse NRW ergebende Informationen habe ich zur Kenntnis genommen:

* Die freiwillige Versicherung erfolgt auf **schriftlichen Antrag** bei der Unfallkasse NRW.
* Die freiwillige Versicherung ist **personengebunden** und muss selbst beantragt werden.
* Die freiwillige Versicherung **beginnt mit dem Tag nach Eingang des Antrags** bei der Unfallkasse, sofern nicht ein späterer Zeitpunkt beantragt wird\*.
* Die freiwillig Versicherten sind **für sich selbst beitragspflichtig** (§ 150 Abs. 1 Satz 2 i. V. m. § 185 Abs. 1 SGB VII).

**Anmeldedaten:**

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tätigkeit erfolgt für folgende Kapital- oder Personenhandelsgesellschaft: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tätigkeit im Organ der Gesellschaft: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\***ggf. abweichender Versicherungsbeginn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( Ort, Datum ) ( Unterschrift des Versicherungsnehmers)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SEPA Lastschriftmandat**  Hiermit ermächtige ich die Unfallkasse Nordrhein-Westfalen, die von mir zu entrichtenden Beiträge zur gesetzlichen Unfallversicherung von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.  Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. | | | | | | | | | | | | | | |
| **Kontoinhaber** | | | | | | | | | **Mitgliedsnummer** | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| BIC | **\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_** | | **\_ \_ \_** | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| IBAN | DE \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | | \_ \_ \_ \_ | | | \_ \_ | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Das SEPA Lastschriftmandat sollte der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen spätestens fünf Werktage vor Eintritt der Fälligkeit vorliegen, da ansonsten die Abbuchung zum Fälligkeitstag nicht gewährleistet werden kann.** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | |  | |
|  | | | | | |  | |  | | |  | |  | |
| (Unterschrift) | | | | | |  | | (Datum) | | |  | | (Firmenstempel) | |