

Name und Versichertennummer Ihrer Arbeitnehmer/in

Datum Stellenantritt

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Unfallversicherung (UVG)

Ich bestätige, dass die oben angegebenen Angaben wahrheitsgetreu sind und ich die Versicherungsgesellschaft für die Abrechnung im vereinfachten Verfahren Kenntnis genommen habe.

Á

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

Á _____

Bemerkungen: