

## Anmeldung zur gesetzlichen Unfallversicherung für Beschäftigte in privaten Haushalten

1. Angaben zum Arbeitgeber	
Sind oder waren Sie bereits bei uns Mitglied?	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Mitgliedsnummer (MNR):	
Name, Vorname*:	
Straße, Hausnummer*:	
Adresszusatz*:	
PLZ, Ort*:	
Geburtsdatum:	
Tel. / E-Mail:	

2. Wo übt das Hauspersonal die Tätigkeit aus?*	
<input type="checkbox"/> Anschrift wie oben	
<input type="checkbox"/> Zweitwohnsitz <input type="checkbox"/> Unternehmen	
Unternehmen:	
Name, Vorname:	
Straße, Hausnummer:	
Adresszusatz:	
PLZ, Ort:	

3. Abweichende Anschrift für den Schriftverkehr	
<input type="checkbox"/> Schriftverkehr soll an den Beschäftigungsort gehen (Nr. 2)	
<input type="checkbox"/> Schriftverkehr soll an die folgende Anschrift gehen:	
Steuerbüro/Betreuende:	
Name, Vorname:	
Straße, Hausnummer:	
Adresszusatz:	
PLZ, Ort:	
Tel. / E-Mail:	
<b>→ Legen Sie in diesem Fall der Anmeldung bitte eine Vollmacht von dieser Person (z. B. vom Steuerbüro, Betreuende) bei.</b>	

4. Angaben zum Personal*	
Anzahl der Haushaltshilfen (gesamt):	
Beschäftigungsbeginn neues Personal:	
Beschäftigungsende (falls schon absehbar):	
Möchten Sie mehrere Personen anmelden, bitten wir um entsprechende Angaben.	

**\*Pflichtfelder: Diese Felder bitte vollständig ausfüllen.**

<b>5. Status der beschäftigten Person*</b>	
Höhe des monatlichen Bruttoentgeltes in Euro:	
Anzahl der Arbeitstage pro Woche:	
<b>Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung:</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Das Personal übt mehrere geringfügige Beschäftigungen aus ( <b>Mehrfachbeschäftigung</b> ) und verdient durch die Addition der einzelnen Arbeitsentgelte insgesamt mehr als 450,00 Euro im Monat: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>Geringfügige Beschäftigung:</b> Gemeldet bei der Minijobzentrale: <input type="checkbox"/> Ja; Betriebsnummer: _____ <input type="checkbox"/> Nein	
Die Ausübung der Tätigkeit wird durch einen Arbeitsvertrag geregelt (schriftlich oder mündlich): <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>Besteht ein Verwandtschaftsverhältnis zu Ihrem Personal?</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Art der Verwandtschaft: _____	
<b>→ Bitte in diesem Fall die Kopie des Arbeitsvertrages und die Meldung zur Sozialversicherung beifügen.</b>	
<b>Wird das Personal auch im Gewerbebetrieb, Praxis oder landwirtschaftlichen Unternehmen des Haushaltes tätig?</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Unternehmen: _____ BG des Unternehmens: _____ Stunden oder Tage pro Woche im Unternehmen: _____ Stunden oder Tage pro Woche im Haushalt: _____	
Möchten Sie mehrere Personen anmelden, bitten wir um entsprechende Angaben.	

<b>6. Wie sind Sie auf die Unfallkasse Nord aufmerksam geworden?</b>

**\*Pflichtfelder: Diese Felder bitte vollständig ausfüllen.**

<b>7. Angaben zur Tätigkeit*</b>	
<b>Welche Tätigkeit wird <u>überwiegend</u> von Ihrem Personal ausgeübt?</b>	(z. B. Haushaltshilfe, Pflegehilfe, Kinderbetreuung)
<b>Wenn Sie Gartenhilfen beschäftigen:</b> <input type="checkbox"/> der Garten ist größer als 2.500 qm <input type="checkbox"/> der Garten ist bis zu 2.500 qm groß	
<b>Wenn Sie Pflegehilfen beschäftigen:</b> <input type="checkbox"/> die Pflegeperson ist sozialversicherungspflichtig im Haushalt beschäftigt <input type="checkbox"/> die Pflegeperson ist im Rahmen eines Minijobs im Haushalt tätig <input type="checkbox"/> die Pflegeperson ist im Rahmen der Pflegeversicherung tätig (als „häusliche Pflegeperson“): <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> die <i>pflegebedürftige Person</i> hat mindestens Pflegegrad 2</li> <li><input type="radio"/> die Pflgetätigkeit wird an mindestens 2 Tagen in der Woche ausgeübt</li> <li><input type="radio"/> die Pflgetätigkeit beträgt mindestens 10 Wochenstunden</li> </ul>	
<b>Wenn Sie Hausmeisternde beschäftigen:</b> <input type="checkbox"/> das Personal wird eingesetzt in einem Einfamilienhaus <input type="checkbox"/> das Personal wird eingesetzt in einem Mehrfamilienhaus Die Arbeit gebende Person in diesem Fall ist: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> die mietende Person</li> <li><input type="radio"/> die vermietende Person</li> <li><input type="radio"/> die Hausverwaltung</li> <li><input type="radio"/> sonstiges:</li> </ul>	
Möchten Sie mehrere Personen anmelden, bitten wir um entsprechende Angaben.	

<b>8. Zusatzinformationen für die Unfallkasse Nord</b>

**\*Pflichtfelder: Diese Felder bitte vollständig ausfüllen.**

Änderungen, die nach Absendung dieses Formulars eintreten, sind der Unfallkasse Nord schriftlich mitzuteilen. Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Ort, Datum</b>	<b>Unterschrift berechnigte Person</b>



<b>Angaben zur Beitragszahlung</b>
Den jährlichen Pauschalbetrag zahle ich per: <input type="checkbox"/> SEPA-Lastschrift <input type="checkbox"/> SEPA-Lastschrift wird nachgereicht <input type="checkbox"/> Überweisung
<b>Wir empfehlen Ihnen an unserem Bankeinzugsverfahren per SEPA-Lastschrift teilzunehmen, füllen Sie dafür bitte die Einzugsermächtigung aus.</b>

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Unfallkasse Nord (UK Nord), die zu zahlenden Beiträge zur gesetzlichen Unfallversicherung von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Unfallkasse Nord 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.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE52UKN00000131923  
Die Mandatsreferenz wird Ihnen mit dem Beitragsbescheid separat mitgeteilt.

Name, Vorname Kontoinhabende Person\*: \_\_\_\_\_  
Name, Vorname Arbeitgeber (falls abweichend)\*: \_\_\_\_\_  
Mitgliedsnummer UK Nord (falls bekannt)\*: \_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name)\*: \_\_\_\_\_

**BIC:**

--	--	--	--	--	--	--	--

**IBAN\*:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**\*Pflichtfelder: Diese Felder bitte vollständig ausfüllen.**

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Ort, Datum</b>	<b>Unterschrift berechtigte Person</b>