Aktenzeichen der BGN : ______________________
(bitte unbedingt angeben)

BGN
Berufsgenossenschaft
Nahrungsmittel
und Gastgewerbe

Berufsgenossenschaft
Nahrungsmittel und Gastgewerbe
Mitglieder und Beitrag
68136 Mannheim

Antrag auf freiwillige Versicherung

Die Unterzeichnerin/der Unterzeichner beantragt bei der Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe (BGN) eine freiwillige Versicherung gegen die Folgen von Arbeitsunfällen, Wegeunfällen und Berufskrankheiten. Grundlage ist die Satzung der BGN.

Im Unternehmen mittätige Ehegatten/Lebenspartner des Unternehmers können nur dann eine freiwillige Versicherung abschließen, wenn sie nicht in einem Beschäftigungsverhältnis stehen. Ehegatten/Lebenspartner mit Beschäftigungsverhältnis sind bereits kraft Gesetzes gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten versichert.

Anmeldung zur freiwilligen Versicherung für (bitte in Druckschrift ausfüllen):

Name: ______________________

Vorname: ______________________

Geburtsdatum: __ __ / __ __ / __ __ __ __ Geschlecht: ❒ männlich ❒ weiblich ❒ divers

Wohnanschrift:

Straße, Haus-Nr.: ______________________

PLZ: __________ Ort: ______________________

Betriebsanschrift:

Unternehmen: ______________________

Straße, Haus-Nr.: ______________________

PLZ: __________ Ort: ______________________

Stellung im Unternehmen:
❒ Einzelunternehmer ❒ Gesellschafter einer GbR ❒ Gesellschafter einer OHG
❒ Komplementär einer KG ❒ Kommanditist einer KG
❒ Mittätiger Ehegatte/Lebenspartner ohne Beschäftigungsverhältnis eines zuvor genannten Unternehmers
❒ Gesellschafter/Geschäftsführer einer GmbH ❒ Vorstandsmitglied einer AG

Gewünschte Versicherungssumme: ______________________ EUR
(Mindestversicherungssumme: 35.952 EUR, Höchstversicherungssumme 89.880 EUR, Stand Januar 2025)

Die freiwillige Versicherung beginnt am Tag nach Antragseingang bei der BGN, sofern nicht ein späterer Versicherungsbeginn gewünscht wird.

Die Versicherung soll am ______________________ beginnen.

❒ Eine regelmäßige Erhöhung auf die aktuelle Höchstversicherungssumme wird gewünscht.

Die satzungsgemäßen Versicherungsbedingungen sind mir bekannt.

Für telefonische Rückfragen geben Sie uns bitte Ihre Rufnummer an:

Tel.: __________/______________

____
(Datum / Unterschrift)
01/2025