

Bitte geben Sie hier Ihren Absender an:

Bitte geben Sie hier Ihre Mitgliedsnummer an:

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

Unfallkasse Baden-Württemberg
Sachgebiet Mitgliedschaft und Beitrag
76128 Karlsruhe

Änderungsanzeige gemäß § 192 SGB VII

Folgende Änderung tritt mit Wirkung vom _____ ein:

Bitte geben Sie unbedingt den/die Namen sowie die genaue/n Anschrift/en
des betreffenden Unternehmens/Amtes/Betriebes an.

Eröffnung der/des: _____

Anzahl der Beschäftigten: _____

Namensänderung:
bisheriger Name: _____
neuer Name: _____

Verlegung der/des: _____
von: _____
nach: _____

Übernahme der/des: _____
von: _____
Anzahl der Beschäftigten: _____

Übergabe der/des: _____
an: _____

Ämterneugliederung:
bisherige Ämter: _____

neues Amt: _____

Einstellung der/des: _____
Grund: _____

Sonstiges: _____

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel

Bitte geben Sie für evtl. Rückfragen Name und Telefonnummer des Ansprechpartners an:

Name

Telefonnummer