|  |
| --- |
|  |

Unfall […], geb. […], vom […]

- Gesetzliche Unfallversicherung für Praktikantinnen und Praktikanten

Anrede

wir prüfen, bei welchem gesetzlichen Unfallversicherungsträger der Praktikant/die Praktikantin versichert ist.

Dabei sind wir auf Ihre Unterstützung angewiesen. Bitte senden Sie den als Anlage beigefügten Fragebogen ausgefüllt und unterschrieben an uns zurück.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Mit freundlichen Grüßen

Az.: […] , Name: […]

Urschriftlich zurück an:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  | Adresse des UV-Trägers |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |

Anfrage vom […]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fragen** | | **Antworten** |
|  | |  |
| 1 | Absolviert der Praktikant/die Praktikantin das Praktikum aus Eigeninitiative? | Nein  Ja |
| 2.1 | Hat | Nein  Ja, Name und Anschrift der Bildungseinrichtung, Schule, etc.  […] |
| 2.1.1 | eine Bildungseinrichtung |
| 2.1.2 | eine Schule oder |
| 2.1.3 | eine sonstige Stelle |
|  | das Praktikum veranlasst? |
| 2.2 | Um welche Bildungsmaßnahmen handelt es sich ggf.? | Schulungskurs  Lehrgang  Sonstiges: […] |
|  | Erfolgt eine Förderung des Praktikanten/ der Praktikantin durch die Bundesagentur für Arbeit? | Nein  Ja |
| 2.3 | Um welche Schulart handelt es sich ggf.? | allgemeinbildende Schule, und zwar […] |
| berufsbildende Schule, und zwar […] |
| sonstige Schule, und zwar […] |
|  | Ist das Praktikum als **Schulveranstaltung** in einer Schul- oder Ausbildungsordnung vorgesehen? | Nein  Ja, in der  Schulordnung  der Ausbildungsordnung  dem ministeriellen Erlass. |

Az.: […], Name: […]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 3 | Besteht zwischen Praktikant/Praktikantin und Praktikumsbetrieb ein Vertrag? | Nein  Ja |
| 4 | Erhält der Praktikant/die Praktikantin vom Praktikumsbetrieb ein vertraglich vereinbartes Entgelt? | Nein  Ja, Höhe monatlich: […] EUR |

**Für Rückfragen**

|  |  |
| --- | --- |
| Name Ansprechperson: (bitte in Druckbuchstaben) | […] |
| Meine Funktion im Unternehmen: | […] |
| Meine Telefon-Nr.: | […] |
| Meine Mobil-Nr.: | […] |
| Meine Fax-Nr.: | […] |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| […] |  |  |
| (Datum) |  | (Firmenbezeichnung oder Stempel und Unterschrift) |