Drucken | Zurücksetzen

An- und Abmeldebogen

bei Einwirkung von

☐ **Asbestfaser-haltigem Staub**[1)] ☐ **Keramikfaser-haltigem Staub**[1)]

Versicherungs-Nr. des Rentenversicherungsträgers | Tag | Monat | Jahr | Geburtsdatum

Bei An- und Abmeldung stets auszufüllen

Angaben zur Person des Versicherten

Familienname | Vorname

Geburtsname | Staatsangeh. | ◄Schlüsselzahl Klartext ►

Straße | Raum für Änderungen ▶

Postleitzahl und Ort

Anschrift des Arbeitgebers

Mitglieds-Nr. des Betriebes beim Unfallversicherungsträger | Nr. des Unfallversicherungsträgers

Name

Straße

Postleitzahl und Ort

Angaben zum Beschäftigungsverhältnis

Einstellung am — **Tag . Monat . Jahr *)**

Art der Tätigkeit — ◄ **Schlüsselzahl Klartext** ► — Nach dem Schlüsselverzeichnis der Bundesanstalt für Arbeit

staubgefährdet beschäftigt seit — **Tag . Monat . Jahr *)**

Einwirkung durch — ◄ **Schlüsselzahl Klartext** ► ****)**

Tätigkeits-bereich — ◄ **Schlüsselzahl Klartext** ► ****)**

Art der verwend. techn.Hilfsmittel — ◄ **Schlüsselzahl Klartext** ► ****)**

Art der Schutz-maßnahmen — ◄ **Schlüsselzahl Klartext** ► ****)**

Raum für Staubmeßergebnisse:

Vom Arbeitgeber auszufüllen

Angaben bei Arbeitsplatzveränderung eines Versicherten

Nur bei Abmeldung auszufüllen

ausgeschieden am — **Tag | Monat | Jahr** ***)**

Grund des Ausscheidens

- **0 =** ☐ Umsetzung an einen **nicht** staubgefährdeten Arbeitsplatz im Betrieb (Arbeitsplatzwechsel) [1)]
- **1 =** ☐ Wechsel des Betriebes [1)]
- **2 =** ☐ Ausscheiden aus dem Erwerbsleben [1)]
- **3 =** ☐ Rückkehr eines ausl. Arbeitnehmers in sein Heimatland [1)]
- **4 =** ☐ Tod [1)]
- **5 =** ☐ Aufgabe der Verarbeitung von Asbest-/Keramikfasern oder Produktionsumstellung [1)]

Angaben zum Ausscheiden eines Versicherten

Tod ist

- **0 =** ☐ **nicht** Folge der staubgefährdeten Tätigkeit [1)]
- **1 =** ☐ Folge der staubgefährdeten Tätigkeit [1)]

Ausscheiden aus der Vorsorgeunters.-Pflicht

- **1 =** ☐ ja [1)]
- **0 =** ☐ nein [1)]

Termin der ersten nachgehenden Unters. — **Monat | Jahr** ***)**

Tag der letzten Überwachungs-Untersuchung — **Tag | Monat | Jahr** ***)**

Dauer der Staubeinwirkung — **Jahre | Monate** ***)**

LV-Kennzeichen des Arztes

Vom Unfallversicherungsträger auszufüllen

Unfallversicherungsträger:

Ort

Tag | Monat | Jahr ***)**

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

48246193216

VA 1 - G 1 (03/03)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0			
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z

Dieses Formular wird elektronisch ausgewertet. Benutzen Sie deshalb bitte einen dunklen Stift und füllen Sie das Formular analog nebenstehendem Beispiel in Großbuchstaben aus. Benutzen Sie nur Originalformulare!

[1)] Bitte Zutreffendes ankreuzen ☒

*) Bitte Daten nur in arabischen Zahlen und evtl. mit Nullen aufgefüllt angeben!

**) Nach dem Schlüsselverzeichnis der ZAs