

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen
an folgende Adresse:
Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V.
DVUA
Postfach 40165
10061 Berlin

Fax: +49 30 13001-1613



**Annak megállapításához, hogy Ön melyik költséget viselő szervnél biztosított, kérjük
töltse ki nyomtatott betűkkel ezt a formanyomtatványt. Nagyon köszönjük.**

Kérdés	Válasz
Vezetéknév:	
Utónév:	
Születési dátuma:	
Neme:	nő férfi egyéb meghatározatlan
Állampolgársága:	
Személyi azonosságát igazolta útlevel vagy személyi igazolvány, szám:	
Lakcíme a lakóhely szerinti államban:	
Az Ön megbiztosító intézetének neve és címe:	
Az üzemi balesetekért és foglalkozási betegségekért illetékes biztosító szerv neve és címe:	
Az Ön külföldi munkaadója, aki Önt kiküldte Németországba (pontos neve és teljes címe):	

<p>A vállalat, ahol a baleset történt, a baleset helyszíne, tengerészeknél a hajó neve és, hogy milyen zászlójelzés alatt közlekedik a hajó:</p>	
<p>Az Ön által választott németországi, az ellátásért illetékes betegebiztosító szerv neve:</p>	

Kérjük, mutassa be az egészségügyi személyzetnek a kitöltött kérdőívet és az alábbi dokumentumokat (amennyiben rendelkezésre állnak):

- személyi igazolvány vagy útleveél és
- biztosítási vagy igényjogosultsági igazolás annak megfelelően, hogy **Ön melyik országból** származik:

EU-/EGT tagállamok,
Svájc és Egyesült

Királyság: A1, DA1, E123, E106, EHIC, GHIC, PEB

Bosznia-Hercegovina: BH-1, BH-6c

Izrael: D/ISR 101

Kanada, Québec: D 101, DE/QU 123

Marokkó: D/MA 101, D/MA 123

Észak-Macedónia: D/RM 101, D/RM 111, D/RM 123

Montenegró: JU 1, JU 6c

Szerbia: DE 101 SRB, DE 123 SRB

Törökország: A/T 1, A/T 11, AT 23

Tunézia: A/TN 1. A/TN 11, ATN 23