

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

Fax: +49 30 13001-1613

**За да утврдиме дали сте осигурани и кај кој носител на трошоците сте осигурани,
Ве молиме да го пополните формуларот со печатни букви. Ви благодариме.**

Прашања	Одговори
Презиме:	
Име:	
Датум на раѓање:	
пол:	женско: мушко: различни непознато:
Државјанство:	
Доказ за идентитет со пасош или лична картичка со број:	
Вашата адреса во Вашата држава на станување:	
Име и адреса на Вашето здравствено осигурување:	
Име и адреса на Вашиот носител на осигурување надлежен за несреќи на работното место и професионални заболувања:	
Вашиот работодател во странство кој што Ве има испратено за Германија (точно име и целосна адреса):	

Погон на несреќата и место на несреќата, кај морнари и името на бродот и знамето под кое што бродот плови:	
Име на здравственото осигурување за згрижување кое што сте го избрале во Германија:	

Ве молиме на медицинскиот персонал приложете му го пополнетиот формулар и следните документи (доколку постојат):

- Лична карта или пасош и
- Потврда од осигурувањето или потврда за правото на побарување во зависност од **Вашата** земја на потекло

Држава членка на ЕУ/ЕЕЗ,
Обединетото Кралство
и Швајцарија:

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

Босна и Херцеговина:

BH-1, BH-6c

Израел:

D/ISR 101

Канада, Квебек:

D 101, DE/QU 123

Мароко:

D/MA 101, D/MA 123

Северна Македонија:

D/RM 101, D/RM 111, D/RM 123

Црна Гора:

JU 1, JU 6c

Србија:

DE 101 SRB, DE 123 SRB

Турција:

A/T 1, A/T 11, AT 23

Тунис:

A/TN 1. A/TN 11, ATN 23