

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

Fax: +49 30 13001-1613



Afin de déterminer si vous êtes assuré/e auprès d'un organisme payeur, et le cas échéant, auprès duquel, nous vous prions de bien vouloir remplir le formulaire en LETTRES MAJUSCULES. Merci beaucoup!

Questions	Réponses
Nom de famille :	
Prénom :	
Date de naissance :	
Sexe :	féminin masculin autre indéterminé
Nationalité :	
Identité prouvée par Passeport ou carte d'identité, N° :	
Votre adresse dans votre état de résidence :	
Nom et adresse de votre caisse d'assurance maladie :	
Nom et adresse de votre organisme compétent en matière d'assurance accidents du travail et maladies professionnelles:	
Votre employeur établi à l'étranger qui vous a détaché/e en Allemagne (nom précis et adresse complète) :	

Entreprise d'accueil (de l'accident) et lieu de survenance de l'accident et, pour les marins, également le nom du navire et l'état dont le navire bat le pavillon :	
Nom de la caisse d'assurance maladie allemande que vous avez choisie afin de pouvoir bénéficier des prestations en nature lors du détachement en Allemagne :	

Veillez remettre aux prestataires de soins de santé/ au personnel médical le présent formulaire dûment rempli et, le cas échéant, les documents suivants (si disponibles):

- Carte d'identité ou passeport et
- Attestation d'assurance ou attestation de droit aux prestations en nature, établie en fonction de **votre** pays d'origine

Membre de l'UE ou de l'EEE,

Suisse et Royaume-Uni : A1, DA1, E123, E106, EHIC, GHIC, PEB

Bosnie-Herzégovine : BH-1, BH-6c

Israël : D/ISR 101

Canada, Québec : D 101, DE/QU 123

Maroc : D/MA 101, D/MA 123

Macédoine du Nord: D/RM 101, D/RM 111, D/RM 123

Monténégro : JU 1, JU 6c

Serbie : DE 101 SRB, DE 123 SRB

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

Tunisie : A/TN 1, A/TN 11, ATN 23