

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen
an folgende Adresse:

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V.
DVUA

Postfach 40165

10061 Berlin

Fax: +49 30 13001-1613

Προκειμένου να διαπιστωθεί αν και σε ποιον φορέα κόστους είστε ασφαλισμένος/η, παρακαλούμε να συμπληρώσετε το έντυπο με κεφαλαία γράμματα. Σας ευχαριστούμε.

Ερωτήσεις	Απαντήσεις
Επώνυμο:	
Όνομα:	
Ημερομηνία γέννησης:	
φύλο	θηλυ αρρεν διάφορο ακαθόριστο
Υπηκοότητα:	
Απόδειξη ταυτότητας μέσω Διαβατήριου ή Δελτίο ταυτότητας με Αριθμοσ:	
Διεύθυνση στη χώρα κατοικίας σας:	
Όνομα και διεύθυνση του ταμείου υγείας σας:	
Όνομα και διεύθυνση του ασφαλιστικού σας φορέα που είναι αρμόδιος για εργατικά ατυχήματα και επαγγελματικές ασθένειες:	

Ο εργοδότης σας στο εξωτερικό που σας έστειλε στη Γερμανία (ακριβές όνομα και πλήρης διεύθυνση):	
Επιχείρηση και τόπος ατυχήματος, σε περίπτωση ναυτικών επιπλέον και όνομα πλοίου και σημαία, υπό την οποία ταξιδεύει το πλοίο:	
Όνομα του ταμείου υγείας που επιλέξατε στη Γερμανία:	

Παρακαλούμε να παραδώσετε στο ιατρικό προσωπικό το συμπληρωμένο ερωτηματολόγιο και τα ακόλουθα έγγραφα (εφόσον υπάρχουν):

- Δελτίο ταυτότητας ή διαβατήριο και
- βεβαίωση ασφάλισης ή έγγραφο δικαιώματος ανάλογα με τη χώρα προέλευσής σας

Κράτος-μέλος της ΕΕ/του
ΕΟΧ, Ελβετία και

Ηνωμένο Βασίλειο: A1, DA1, E123, E106, EHIC, GHIC, PEB

Βοσνία-Ερζεγοβίνη: BH-1, BH-6c

Ισραήλ: D/ISR 101

Καναδάς, Κεμπέκ: D 101, DE/QU 123

Μαρόκο: D/MA 101, D/MA 123

Βόρεια Μακεδονία: D/RM 101, D/RM 111, D/RM 123

Μαυροβούνιο: JU 1, JU 6c

Σερβία: DE 101 SRB, DE 123 SRB

Τουρκία: A/T 1, A/T 11, AT 23

Τυνησία: A/TN 1, A/TN 11, ATN 23