

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

Fax: +49 30 13001-1613



Para determinar se, e junto de qual entidade pagadora, está segurado, pedimos-lhe que preencha o formulário em letra de imprensa. Muito obrigado.

Perguntas	Respostas
Apelido:	
Nome próprio:	
Data de nascimento:	
Sexo	feminino masculino diverso indefinido
Nacionalidade:	
Identidade demonstrada por Bilhete de identidade ou passaporte nº	
A sua morada no seu país de residência:	
Nome e morada da sua caixa de seguro de doença:	
Nome e morada do seu organismo segurador responsável por acidentes de trabalho e doenças profissionais:	
A sua entidade empregadora no estrangeiro, que o destacou para a Alemanha (nome exato e morada completa):	

Empresa em que ocorreu o acidente e local do acidente, no caso de marítimos também o nome do navio e a bandeira sob a qual o navio navega:	
Nome da caixa de seguro de doença assistente por si escolhida na Alemanha:	

Por favor, apresente ao pessoal médico o questionário preenchido e os seguintes documentos (se disponíveis):

- Bilhete de identidade ou passaporte e
- Certificado de seguro ou atestado de direito de acordo com o seu país de origem

Estado-Membro da UE/do
EEE, Suíça e

Reino Unido: A1, DA1, E123, E106, EHIC, GHIC, PEB

Bósnia-Herzegovina: BH-1, BH-6c

Israel: D/ISR 101

Canadá, Quebeque: D 101, DE/QU 123

Marrocos: D/MA 101, D/MA 123

Macedónia do Norte: D/RM 101, D/RM 111, D/RM 123

Montenegro: JU 1, JU 6c

Sérvia: DE 101 SRB, DE 123 SRB

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

Tunísia: A/TN 1. A/TN 11, ATN 23