

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

Fax: +49 30 13001-1613



Radi konstatacije, da li i kod kog nosioca troškova ste osigurani, molimo Vas da ispunite formular štampanim slovima. Mnogo hvala.

Pitanja	Odgovori
Prezime:	
Ime:	
rođenja	
Rod:	Ženski: Muški: Razno: Neodređeno:
Državljanstvo:	
Dokaz o identitetu sa pasošem ili ličnom kartom ca brojem:	
Vaša adresa u Vašoj državi stanovanja:	
Ime i adresa Vaše bolesničke blagajne (Krankenkasse):	
Ime i adresa Vašeg nosioca osiguranja nadležnog za nezgode na radu i profesionalne bolesti:	
Vaš poslodavac u inostranstvu, koji Vas je uputio za Nemačku (tačno ime i kompletna adresa):	

Pogon u kome je došlo do nezgode i mesto nezgode, kod mornara takođe i ime broda i zastava pod kojom brod plovi:	
Ime bolesničke blagajne (Krankenkasse) koju ste Vi izabrali u Nemačkoj:	

Molimo Vas podnesite medicinskom osoblju ispunjeni upitnik i sledeće dokumente (ukoliko postoje):

- ličnu kartu ili pasoš i
- potvrdu o osiguranju ili o polaganju prava shodno Vašoj zemlji porekla

Država članica
EU/Evr.zaj.tržišta i Švajcarska
i Ujedinjeno Kraljevstvo: A1, DA1, E123, E106, EHIC, GHIC, PEB

Bosna i Hercegovina: BH-1, BH-6c

Izrael: D/ISR 101

Kanada, Kvibek: D 101, DE/QU 123

Maroko: D/MA 101, D/MA 123

Severna Makedonija: D/RM 101, D/RM 111, D/RM 123

Crna Gora: JU 1, JU 6c

Srbija: DE 101 SRB, DE 123 SRB

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

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