

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

Fax: +49 30 13001-1613

**Zbog utvrđivanja da li ste i kod koga nosioca troškova osigurani, molimo vas da
ispunite ovaj obrazac. Puno hvala.**

Pitanja	Odgovori
Prezime:	
Ime:	
Datum rođenja:	
spol:	Žensko muško diverzno neodređeno
Državljanstvo:	
Identitet dokazan po putovnici ili osobnoj iskaznici, br.:	
Vaša adresa u državi stanovanja:	
Ime i adresa vaše zdravstvene blagajne:	
Ime i adresa vašega nosioca osiguranja, mjerodavnog za nesreće na radu i profesionalne bolesti:	
Vaš poslodavac u inozemstvu, koji vas je poslao u Njemačku (točno ime i potpuna adresa):	

Pogon nesreće i mjesto nesreće, kod pomoraca i ime broda i zastava, pod kojom brod plovi:	
Ime od vas izabrane skrbničke zdravstvene blagajne u Njemačkoj:	

Pređočite molimo medicinskom osoblju ovaj ispunjeni upitnik i sljedeće dokumente (ukoliko postoje):

- Osobnu iskaznice ili putovnicu i
- Uvjerenje o osiguranju ili uvjerenje o pravu, zavisno o vašoj zemlji porijekla

EU-/EGP-država članica,
Švicarska i Ujedinjeno
Kraljevstvo:

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

Bosna i Hercegovina:

BH-1, BH-6c

Izrael:

D/ISR 101

Kanada, Québec:

D 101, DE/QU 123

Maroko:

D/MA 101, D/MA 123

Sjeverna 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