

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

Fax: +49 30 13001-1613



W celu ustalenia przynależności do zakładu ubezpieczeń (oraz jego danych) prosimy o wypełnienie poniższego formularza drukowanymi literami. Dziękujemy.

Pytania	Odpowiedzi
Nazwisko:	
Imię:	
Data urodzenia:	
Płeć:	żeńską męską inter nieokreślona
Obywatelstwo:	
Tożsamość potwierdzona przez paszportem lub dowodem osobistym, nr	
Adres w kraju zamieszkania:	
Nazwa i adres kasy chorych:	
Nazwa i adres instytucji ubezpieczeniowej odpowiedzialnej za wypadki przy pracy oraz choroby zawodowe:	
Pracodawca za granicą, który oddelegował Państwa do Niemiec (dokładna nazwa i pełen adres):	

Zakład oraz miejsce, w których doszło do wypadku, w przypadku marynarzy nazwa statku i bandera, pod którą statek jest zarejestrowany:	
Nazwa Państwa kasy chorych świadczącej opiekę w Niemczech:	

Prosimy o przedłożenie wypełnionego formularza wraz z następującymi dokumentami (o ile takowe występują) personelowi medycznemu:

- Dowód osobisty lub paszport oraz
- świadectwo ubezpieczenia lub dokument uprawniający do pobierania świadczeń w zależności od kraju Państwa pochodzenia

Państwo członkowskie UE/EOG,
Zjednoczone Królestwo

oraz Szwajcaria: A1, DA1, E123, E106, EHIC, GHIC, PEB

Bośnia i Hercegowina: BH-1, BH-6c

Izrael: D/ISR 101

Kanada, Quebec: D 101, DE/QU 123

Maroko: D/MA 101, D/MA 123

Macedonia Północna: D/RM 101, D/RM 111, D/RM 123

Czarnogóra: JU 1, JU 6c

Serbia: DE 101 SRB, DE 123 SRB

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

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