

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

Fax: +49 30 13001-1613



**За да установим дали и при кой платец сте осигурен/а, Ви молим да попълните
формуляра с печатни букви. Много благодарим!**

Въпроси	Отговори
Фамилия:	
Име:	
Дата на раждане:	
пол	Женски мъжки различен Неуточнен
Гражданство:	
установена самоличност чрез паспорт или лична карта №	
Вашият адрес в държавата на местоживеене:	
Име и адрес на Вашата здравна каса:	
Име и адрес на застрахователя за трудова злополука и професионални заболявания:	
Вашият работодател в чужбина, който Ви е изпратил в Германия (точно име и пълен адрес):	

Фирма и място на злополуката, при моряци също име на кораба и флаг, под който плава:	
Име на избраната от Вас обслужваща здравна каса в Германия:	

Моля, представете на медицинския персонал попълнения въпросник и следните документи (ако са налични):

- лична карта или задграничен паспорт и
- удостоверение за застраховка или право на обезщетение според **Вашата страна на произход**

Държава-членка на ЕС/
ЕИП, Швейцария и

Обединеното кралство: A1, DA1, E123, E106, EHIC, GHIC, PEB

Босна и Херцеговина: BH-1, BH-6c

Израел: D/ISR 101

Канада, Квебек: D 101, DE/QU 123

Мароко: D/MA 101, D/MA 123

Северна Македония: D/RM 101, D/RM 111, D/RM 123

Монтенегро: JU 1, JU 6c

Сърбия: DE 101 SRB, DE 123 SRB

Турция: A/T 1, A/T 11, AT 23

Тунис: A/TN 1. A/TN 11, ATN 23