

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

Fax: +49 30 13001-1613

Om vast te stellen of en bij welke kostendrager u verzekerd bent, verzoeken wij u het formulier in drukletters in te vullen. Hartelijk dank.

Vragen	Antwoorden
Familienaam:	
Voornaam:	
Geboortedatum:	
Geslacht:	vrouwelijk mannelijk divers non-binair
Nationaliteit:	
Identiteit aangetoond door paspoort of Identiteitskaart, nr.:	
Uw adres in uw thuisland:	
Naam en adres van uw ziekenfonds:	
Naam en adres van u voor arbeidsongevallen en beroepsziekten bevoegde verzekeringsmaatschappij:	
Uw werkgever in het buitenland die u naar Duitsland gedetacheerd heeft (exacte naam en volledig adres):	

Bedrijf en plaats van het ongeval, bij zeelieden ook de naam van het schip en de vlag waaronder het schip vaart:	
Naam van de door u gekozen verzorgend ziekenfonds in Duitsland:	

Gelieve aan het medische persoon de ingevulde vragenlijst en de volgende documenten (indien bestaande) te presenteren:

- Identiteitskaart of paspoort en
- Verzekerings- of rechtgevend certificaat afhankelijk van uw land van herkomst

EU-/EER-lidstaat,
Zwitserland en
Verenigd Koninkrijk:

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

Bosnia-Herzegovina:

BH-1, BH-6c

Israël:

D/ISR 101

Canada, Québec:

D 101, DE/QU 123

Marokko:

D/MA 101, D/MA 123

Noord-Macedonië:

D/RM 101, D/RM 111, D/RM 123

Montenegro:

JU 1, JU 6c

Servië:

DE 101 SRB, DE 123 SRB

Turkije:

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

Tunesië:

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