

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

Fax: +49 30 13001-1613

**Za ugotavljanje, ali in pri katerem nosilcu stroškov ste zavarovani, vas naprošamo, da  
formular izpolnite s tiskanimi črkami. Hvala.**

Vprašanja	Odgovori
Priimek:	
Ime:	
Datum rojstva:	
Spol:	Ženske moški razno nedoločen
Državljanstvo:	
Dokazilo o identiteti z osebno izkaznico ali potnim listom, Številka:	
Vaš naslov v vaši državi prebivališča:	
Naziv in naslov vaše zdravstvene zavarovalnice:	
Naziv in naslov vašega nosilca zavarovanja, ki je pristojen za nesreče pri delu in poklicne bolezni:	
Vaš delodajalec v tujini, ki vas je napotil v Nemčijo (natančen naziv in popoln naslov):	

Podjetje in kraj nesreče, pri mornarjih tudi naziv ladje in zastava, pod katero ladja pluje:	
Naziv iz vaše strani izbrane zdravstvene zavarovalnice za oskrbo v Nemčiji:	

**Prosimo vas, da medicinskemu osebju predložite izpolnjen vprašalnik in sledeče dokumente (v kolikor so na voljo):**

- Osebno izkaznico ali potni list in
- Potrdila o zavarovanju ali upravičenosti glede na vašo državo porekla

Države članice EU/EGS,  
Švica in

Združeno kraljestvo: A1, DA1, E123, E106, EHIC, GHIC, PEB

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

Izrael: D/ISR 101

Kanada, Québec: D 101, DE/QU 123

Maroko: D/MA 101, D/MA 123

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

Črna gora: JU 1, JU 6c

Srbija: DE 101 SRB, DE 123 SRB

Turčija: A/T 1, A/T 11, AT 23

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