

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

Fax: +49 30 13001-1613



Zur Feststellung, ob und bei welchem Kostenträger Sie versichert sind, bitten wir Sie das Formular in Druckbuchstaben auszufüllen. Vielen Dank.

Fragen	Antworten
Nachname:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Geschlecht:	Weiblich Männlich Divers Unbestimmt
Staatsangehörigkeit:	
Identitätsnachweis mit Reisepass oder Personalausweis mit der Nummer:	
Ihre Anschrift in Ihrem Wohnstaat:	
Name und Anschrift Ihrer Krankenkasse:	
Name und Anschrift Ihres für Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten zuständigen Versicherungsträgers:	
Ihr Arbeitgeber im Ausland, der Sie nach Deutschland entsandt hat (genauer Name und vollständige Adresse):	

Unfallbetrieb und Unfallort, bei Seeleuten auch Schiffsname und Flagge unter der das Schiff fährt:	
Name der von Ihnen ausgewählten Betreuungskrankenkasse in Deutschland:	

Bitte legen Sie dem medizinischen Personal den ausgefüllten Fragebogen und die folgenden Dokumente (soweit vorhanden) vor:

- Personalausweis oder Pass und
- Versicherungs- oder Anspruchsbescheinigung je nach Ihrem Herkunftsland

EU-/EWR-Mitgliedstaat,
Schweiz und Vereinigtes
Königreich:

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

Bosnien-Herzegowina:

BH-1, BH-6c

Israel:

D/ISR 101

Kanada, Québec:

D 101, DE/QU 123

Marokko:

D/MA 101, D/MA 123

Nordmazedonien:

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

Montenegro:

JU 1, JU 6c

Serbien:

DE 101 SRB, DE 123 SRB

Türkei:

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

Tunesien:

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