

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

Fax: +49 30 13001-1613



**Por favor llenar el formulario en letra imprenta para determinar si usted está asegurado, y en qué compañía se seguro. Muchas gracias.**

<b>Preguntas</b>	<b>Respuestas</b>
Apellido:	
Nombre:	
Fecha de nacimiento:	
Sexo:	femenino masculino diverso indefinido
Nacionalidad:	
Identidad comprobada por Pasaporte o Carnet de Identidad, No.:	
Su dirección en su país de residencia:	
Nombre y dirección de su compañía de seguro:	
Nombre y dirección de su compañía de seguro responsable para accidentes laborales y enfermedades profesionales:	
Su empleador en el extranjero que le envió a Alemania (nombre exacto y di- rección completa):	

Operación de accidente y accidente, para marineros también el nombre del barco y la bandera bajo la cual el barco navega:	
Nombre del seguro de salud de atención elegida por usted en Alemania:	

**Por favor, facilita al personal médico el cuestionario completado y los siguientes documentos (si están disponibles):**

- Documento de identidad o pasaporte y
- Certificado de seguro o del derecho según Su país de origen

Estado miembro EU-/EWR,

Suiza y Reino Unido: A1, DA1, E123, E106, EHIC, GHIC, PEB

Bosnia-Herzegovina: BH-1, BH-6c

Israel: D/ISR 101

Canadá, Quebec: D 101, DE/QU 123

Marruecos: D/MA 101, D/MA 123

Macedonia del Norte: D/RM 101, D/RM 111, D/RM 123

Montenegro: JU 1, JU 6c

Serbia: DE 101 SRB, DE 123 SRB

Turquía: A/T 1, A/T 11, AT 23

Túnez: A/TN 1. A/TN 11, ATN 23