

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

Fax: +49 30 13001-1613

Per stabilire se e con quale istituzione Lei è assicurata/o, La preghiamo di compilare il modulo in stampatello. Grazie mille.

Domande	Risposte
Cognome:	
Nome:	
Data di nascita:	
Sesso:	femminile maschile diverso indeterminato
Nazionalità:	
Identità provata presentando il passaporto o la carta d'identità, numero:	
L'indirizzo nel Suo paese di residenza:	
Nome e indirizzo della Sua cassa mutua:	
Nome e indirizzo dell'istituzione presso la quale Lei è assicurata/o contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali (INAIL o enti equipollenti):	
Il Suo datore di lavoro all'estero che L'ha distaccata/o in Germania (nome esatto e indirizzo completo):	

Ubicazione e luogo dell'infortunio, in caso di marittimi anche il nome della nave e lo Stato di cui essa batte bandiera:	
Nome della cassa mutua tedesca da Lei scelta per l'assistenza in Germania:	

Si prega di consegnare il questionario compilato al personale medico ed esibire i seguenti documenti (se disponibili):

- carta d'identità o passaporto e
- certificato di assicurazione o attestato di diritto rilasciato dal **Suo** paese di origine

Stato membro UE/SEE, Svizzera e Regno Unito:	A1, DA1, E123, E106, EHIC, GHIC, PEB
Bosnia-Erzegovina:	BH-1, BH-6c
Israele:	D/ISR 101
Canada, Quebec:	D 101, DE/QU 123
Marocco:	D/MA 101, D/MA 123
Macedonia del Nord:	D/RM 101, D/RM 111, D/RM 123
Montenegro:	JU 1, JU 6c
Serbia:	DE 101 SRB, DE 123 SRB
Turchia:	A/T 1, A/T 11, AT 23
Tunisia:	A/TN 1, A/TN 11, ATN 23