

CENTRE ADMINISTRATIF DE LA  
SECURITE SOCIALE POUR LES  
BATELIERS RHENANS

**DECISION N° 2**

**Formules**

Le Centre Administratif de la sécurité sociale pour les bateliers rhénans,

Vu l'article 72 paragraphe 1 alinéa a) de l'Accord concernant la sécurité sociale des bateliers rhénans du 30 novembre 1979, aux termes duquel le Centre Administratif est chargé de toute question d'application des dispositions dudit Accord ou de son Arrangement,

Vu l'article 2 de l'Arrangement Administratif pour l'application de l'Accord du 30 novembre 1979 concernant la sécurité sociale des bateliers rhénans,

1. Adopte les formules suivantes dans leur version allemande, française et néerlandaise (annexe)
  - **R 106** : Attestation relative à l'inscription du batelier rhénan ou du membre de la famille résidant dans un pays autre que le pays compétent, en vue de l'octroi de prestations en nature
  - **R 108** : Notification d'annulation de l'attestation R 106
  - **R 110** : Attestation de travail
  - **R 111** : Attestation concernant le droit aux prestations en nature en cas de maladie ou de maternité
  - **R 113** : Hospitalisation, notification d'entrée et de sortie
  - **R 116** : Attestation d'incapacité de travail pour cause de maladie, de maternité, d'accident ou de maladie professionnelle
  - **R 123** : Attestation de droit aux prestations en nature de l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles
  - **R 125** : Relevé individuel des dépenses effectives. Ces formules sont imprimées sur papier de couleur verte.
  
2. La présente décision entre en vigueur à la même date que l'Arrangement Administratif pour l'application de l'Accord du 30 novembre 1979 concernant la sécurité sociale des bateliers rhénans.

Strasbourg,- le 2 mars 1989

Le Secrétaire  
du Centre Administratif  
de la sécurité sociale pour les  
bateliers rhénans

Le Président  
du Centre Administratif  
de la sécurité sociale pour les  
bateliers rhénans





**A**

ATTESTATION RELATIVE A L'INSCRIPTION DU BATELIER RHENAN OU DU MEMBRE DE LA FAMILLE  
 RESIDANT DANS UN PAYS AUTRE QUE LE PAYS COMPETENT, EN VUE DE L'OCTROI DE PRESTATIONS EN NATURE<sup>1)</sup>  
 BESCHEINIGUNG ÜBER DIE EINTRAGUNG DES IN EINEM ANDEREN ALS DEM ZUSTÄNDIGEN STAAT  
 WOHNENDEN RHEINSCHIFFERS ODER FAMILIENANGEHÖRIGEN FÜR DIE GEWÄHRUNG VON SACHLEISTUNGEN<sup>1)</sup>  
 VERKLARING BETREFFENDE DE INSCHRIJVING VAN IN EEN ANDER DAN HET BEVOEGDE LAND  
 WONENDE RIJNVARENDE OF GEZINSLID, IN VERBAND MET HET VERLENEN VAN VERSTREKKINGEN<sup>1)</sup>

AA / VV / AS Art. 14.1., 15.

1. Institution du lieu de résidence<sup>2)</sup> – Träger des Wohnorts<sup>2)</sup> – Orgaan van de woonplaats<sup>2)</sup>

--

	Nom de famille Familienname Naam	Prénoms Vornamen Voornamen	Nom de naissance Geburtsname Meisjesnaam	Date de naissance Datum der Geburt Geboortedatum
2. Batelier rhénan assuré Versicherter Rheinschiffer Verzekerde rijnvarende				
3. Membre de la famille Familienangehörige(r) Gezinslid				
3.1 Adresse Anschrift Adres	<input type="checkbox"/> du batelier rhénan des Rheinschiffers van de rijnvarende	<input type="checkbox"/> du membre de famille des Familienangehörigen van het gezinslid	N° matricule de l'assuré(e) – Versicherungs-Nr. des(r) Versicherten – Inschrijvingsnr. van de verzekerde	

4. La personne désignée au  cadre 2  cadre 3 a droit aux prestations en nature, à partir du :  
 Die in  Feld 2  Feld 3 genannte Person hat Anspruch auf Sachleistungen ab :  
 De in  vak 2  vak 3 genoemde persoon heeft recht op prestaties in natura vanaf :  
 ..... (Date/Datum)

5. Institution compétente – Zuständiger Träger – Bevoegd orgaan

5.1 Cachet – Stempel	5.2 N° de code : Kenn-Nr. : ..... Codenummer :
	5.3 Date – Datum : .....
	5.4 Signature – Unterschrift – Handtekening .....

**B**

CONFIRMATION D'INSCRIPTION 4)  
 BESTÄTIGUNG DER EINTRAGUNG 4)  
 VERKLARING VAN INSCHRIJVING 4)

6. La personne mentionnée au  cadre 2  cadre 3  
 a été inscrite pour bénéficier des prestations à partir du : ..... (Date)  
 ne peut pas être inscrite pour cause de : .....  
 Die in  Feld 2  Feld 3 genannte Person  
 wurde als anspruchsberechtigt auf Sachleistungen eingetragen, mit Wirkung ab : ..... (Datum)  
 kann nicht eingetragen werden weil .....  
 De persoon bovengenoemd in  vak 2  vak 3  
 is ingeschreven als gerechtigde op verstrekkingen met ingang van : ..... (Datum)  
 kan niet worden ingeschreven omdat .....

7. Institution du lieu de résidence – Träger des Wohnorts – Orgaan van de woonplaats

7.1 Cachet – Stempel	7.2 N° de code : Kenn-Nr. : ..... Codenummer :
	7.3 Date – Datum : .....
	7.4 Signature – Unterschrift – Handtekening .....

Cette attestation est valable aussi longtemps que l'institution compétente ne l'a pas annulée auprès de l'institution du lieu de résidence<sup>3)</sup>  
 Diese Bescheinigung ist so lange gültig, wie der zuständige Träger sie nicht gegenüber dem Träger des Wohnorts widerrufen<sup>3)</sup>  
 Deze verklaring is geldig zolang het bevoegd orgaan haar niet tegenover het orgaan van de woonplaats heeft herroepen<sup>3)</sup>

- 1) A délivrer au batelier rhénan par la caisse-maladie compétente en deux exemplaires, qui devront être remis sans retard, par le batelier rhénan ou les membres de la famille, à l'institution du lieu de résidence.  
Von der zuständigen Krankenkasse dem Rheinschiffer zweifach auszuhändigen. Beide Exemplare sind unverzüglich vom Rheinschiffer oder den Familienangehörigen dem Träger des Wohnorts zu übermitteln.  
Het bevoegd ziekenfonds reikt aan de rijnvarende twee exemplaren uit. De rijnvarende of de gezinsleden dienen beide exemplaren onverwijld in te leveren bij het ziekenfonds van hun woonplaats.
- 2) A remplir uniquement quand le formulaire est établi à la demande de l'institution du lieu de résidence.  
Nur auszufüllen, falls die Bescheinigung auf Antrag des Trägers des Wohnorts ausgestellt wird.  
Alleen invullen indien de verklaring op verzoek van het orgaan van de woonplaats wordt opgesteld.
- 3) Si l'institution compétente est française, l'attestation cesse d'être valable le . . . . .  
Wenn der zuständige Träger eine französische Stelle ist, so ist die Bescheinigung nur gültig bis zum . . . . .  
Indien het bevoegd orgaan een Frans orgaan is, eindigt de geldigheidsduur der verklaring op . . . . .
- 4) A renvoyer en un exemplaire à l'institution compétente citée au cadre 5.  
An den zuständige Träger, genannt in Feld 5, in einer Ausfertigung zurückzusenden.  
Een exemplaar terug te zenden aan het bevoegde orgaan zoals vermeld in vak 5.

A

NOTIFICATION D'ANNULATION DE L'ATTESTATION R 106  
 MITTEILUNG ÜBER DEN WIDERRUF DER BESCHEINIGUNG R 106  
 MEDEDELING OVER HET EINDE VAN DE GELDIGHEID VAN DE VERKLARING R 106

AA / VV / AS Art. 14.2, 14.6

1. Adresse de l'institution du lieu de résidence — Anschrift des Trägers des Wohnorts — Adres van het orgaan van de woonplaats :

--	--

1.1 N° de code — Kenn-Nr. — Codenummer : .....

		Nom de famille Familiennaam Naam	Prénoms Vornamen Voornamen	Nom de naissance Geburtsname Meisjesnaam	Date de naissance Datum der Geburt Geboortedatum
2.	Batelier rhéнан assuré Versicherter Rheinschiffer Verzekerde rijnvarende				
2.1	Membre de la famille Familienangehörige(r) Gezinslid				
2.2	Adresse Anschrift Adres	<input type="checkbox"/> du batelier rhéнан des Rheinschiffers van de rijnvarende	<input type="checkbox"/> du membre de famille des Familienangehörigen van het gezinslid	N° matricule de l'assuré(e) — Versicherungs-Nr. des(r) Versicherten — Inschrijvingsnr. van de verzekerde	
	.....			<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	

3. Le droit à prestations attesté par la formule R 106 du ..... a pris fin le .....  
 au motif ..... pour la personne citée au  cadre 2  cadre 2.1

Zu unserer Mitteilung nach Vordruck R 106 vom ..... wird hiermit bekanntgegeben, dass die  
 Versicherung nach der die Person, genannt in  Feld 2,  Feld 2.1 anspruchsberechtigt war, beendigt ist  
 am ....., weil .....

Hierbij wordt u, onder verwijzing naar de op ons formulier R 106 van ..... gedane mededeling, bericht  
 dat de verzekering op grond waarvan de persoon zoals vermeld in  vak 2,  vak 2.1 recht had op verstrekkingen,  
 is geëindigd op ....., omdat .....

4.	Institution compétente — Zuständiger Träger — Bevoegd orgaan		
4.1	Cachet — Stempel		4.2 N° de code : Kenn-Nr. : ..... Codenummer :
			4.3 Date — Datum : .....
			4.4 Signature — Unterschrift — Handtekening .....

Accusé de réception au verso  
 Empfangsbestätigung auf der Rückseite  
 Bevestiging van ontvangst zie ommezijde

B

R 108

ACCUSÉ DE RÉCEPTION  
EMPFANGSBESTÄTIGUNG  
BEVESTIGING VAN ONTVANGST

5. Adresse de l'institution compétente — Anschrift des zuständigen Trägers — Adres van het bevoegd orgaan

6. La notification faite conformément à la partie A nous est parvenue le  
Die Mitteilung gem. Teil A ist bei uns eingegangen am ..... (Date/Datum)  
Wij hebben bovenstaande kennisgeving ontvangen op

7. La personne désignée à la partie A  
Die in Teil A genannte Person  
De in deel A genoemde persoon

7.1  n'a plus bénéficié  
hat  
heeft

7.2  ne bénéficiera plus  
wird  
zal

de prestations à partir du  
keine Leistungen mehr erhalten vom ..... an.  
geen verstrekkingen meer ontvangen met ingang van

8. Institution du lieu de résidence — Träger des Wohnorts — Orgaan van de woonplaats

8.1 Cachet — Stempel

8.2 Date — Datum .....

8.3 Signature — Unterschrift — Handtekening

.....

ATTESTATION DE TRAVAIL  
 ARBEITSBESCHEINIGUNG  
 WERKGEVERSVERKLARING

AA / VV / AS Art. 9.1., 44.1.

A

A remplir en deux exemplaires par l'employeur ou son représentant — Vom Arbeitgeber oder dessen Vertreter in zweifacher Ausfertigung auszufüllen —  
 In te vullen door de werkgever of zijn vertegenwoordiger in twee exemplaren

= Marquer d'une croix la case qui convient — Den entsprechenden Kasten mit einem Kreuz versehen — Het van toepassing zijnde hokje aankruisen

	Nom de famille Familiennaam Naam	Prénoms Vornamen Voornamen	Nom de naissance Geburtsname Meisjesnaam	Date de naissance Datum der Geburt Geboortedatum
1.	Batelier rhéan assuré Versicherter Rheinschiffer Verzekerde rijnavarende			
2.	Membre de la famille Familienangehörige(r) Gezinslid			
2.1	Adresse Anschrift Adres <input type="checkbox"/>	du batelier rhéan des Rheinschiffers van de rijnavarende <input type="checkbox"/>	du membre de famille des Familienangehörigen van het gezinslid	
3.	Institution d'affiliation — Versicherungsträger, dem der Versicherte angehört — Verzekeringsorgaan		N° matricule de l'assuré(e) — Versicherungs-Nr. des(r) Versicherten — Inschrijvingsnr. van de verzekerde	
4.	Employeur / Nom et adresse Arbeitgeber / Name und Adresse Werkgever / Naam en adres			Nom du bâtiment Name des Schiffes Naam van het vaartuig

5. La personne désignée au cadre 1 est employée comme batelier rhéan depuis :  
 Die in Feld 1 genannte Person ist im Unternehmen beschäftigt als Rheinschiffer seit :  
 De in vak 1 genoemde persoon is door de onderneming tewerkgesteld als rijnavarende sedert :

6.	Les prestations en nature sont nécessitées par : Die Sachleistungen werden benötigt wegen : De verstrekkingen zijn nodig wegens :	<input type="checkbox"/> accident du travail — Arbeitsunfall — arbeidsongeval <input type="checkbox"/> maladie — Krankheit — ziekte <input type="checkbox"/> accident — Unfall — ongeval <input type="checkbox"/> maternité — Mutterschaft — moederschap <input type="checkbox"/> maladie professionnelle — Berufskrankheit — beroepsziekte <input type="checkbox"/> blessures de guerre — Kriegsbeschädigung — oorlogsverwondingen (à remplir pour les assurés allemands seulement — nur für die deutschen Versicherten auszufüllen — alleen in te vullen voor Duitse verzekerden)
7.	Description sommaire de la cause de l'accident : Kurze Schilderung des Hergangs des Unfalls : Beknopte omschrijving van de toedracht van het ongeval :	Date : Datum : Date : Datum : Date : Datum :
		heure : Zeit : uur : Lieu — Ort — Plaats :
8.	Lieu Ort Plaats	le den datum
		Signature de l'employeur ou de son représentant (conducteur du bâtiment) Unterschrift des Arbeitgebers oder seines Vertreters (Schiffsführers) Handtekening van de werkgever of zijn vertegenwoordiger (kapitein van het vaartuig)

Note pour le MÉDECIN traitant au verso — Anmerkung für den behandelnden ARZT auf der Rückseite  
 — Aantekening voor de behandelend GENEESKUNDIGE aan ommezijde —

DEMANDE D'ATTESTATION DE DROIT AUX PRESTATIONS EN NATURE  
 ANTRAG AUF BESCHEINIGUNG DES ANSPRUCHS AUF SACHLEISTUNGEN  
 AANVRAAG VAN EEN VERKLARING INZAKE HET RECHT OP VERSTREKKINGEN

AA / VV / AS Art. 9.2., 44.2.

9. Adresse de l'institution compétente — Anschrift des zuständigen Trägers — Adres van het bevoegde orgaan

10. La personne désignée ..... — au cadre 1 ..... — au cadre 2  
 Die Person genannt in  — Feld 1  — Feld 2  
 De persoon genoemd in ..... — vak 1 ..... — vak 2
- a demandé le ..... des prestations en nature pour la cause indiquée au recto  
 hat am ..... Sachleistungen beantragt aus dem auf der Vorderseite genannten Grund  
 heeft op ..... verstrekkingen aangevraagd wegens de oorzaak genoemd op de voorzijde

11. En cas d'hospitalisation joindre la formule R 113 ou E 113 à la présente demande.  
 Bei Krankenhausaufnahme Vordruck R 113 oder E 113 dieser Anfrage beilegen.  
 In geval van opname in het ziekenhuis formulier R 113 of E 113 bijvoegen.

12. L'institution compétente est priée d'indiquer conformément à la formule R 111 (maladie/maternité) ou R 123 (accident/maladie professionnelle), si l'intéressé(e) remplit les conditions nécessaires à l'octroi des prestations en nature, et, dans l'affirmative, la durée maximale de la période pendant laquelle celles-ci pourront lui être servies.  
 Es wird um Mitteilung nach Vordruck R 111 (Krankheit/Mutterschaft) oder R 123 (Unfall/Berufskrankheit) gebeten, ob die betreffende Person die Voraussetzungen für den Erwerb des Anspruchs auf Sachleistungen erfüllt und bejahendenfalls, bis zu welcher Höchstdauer diese erbracht werden dürfen.  
 U wordt verzocht, door middel van formulier R 111 (ziekte en moederschap) of R 123 (ongeval en beroepsziekte), mede te delen of de belanghebbende de voorwaarden voor het recht op verstrekkingen vervult, en, zo ja, de maximum termijn, gedurende welke deze kunnen verleend.

13. Institution du lieu de séjour — Träger des Aufenthaltsorts — Orgaan van de verblijfplaats

13.1 Cachet — Stempel : ..... 13.2 N° de code — Kenn-Nr. — Codenummer : .....  
 13.3 Date — Datum : .....  
 13.4 Signature — Unterschrift — Handtekening : .....

Note pour le médecin traitant :

Si le batelier rhénan ou le membre de sa famille n'est pas en mesure de se rendre auprès de l'institution du lieu de séjour avant le traitement médical, celui-ci est appliqué par le médecin sur présentation de l'attestation de travail, comme si le batelier était affilié à ladite institution. Les formules R 110 doivent être envoyées à l'institution du lieu de séjour aussitôt après le début du traitement, c. à d. à :

Anmerkung für den behandelnden Arzt :

Ist der Rheinschiffer bzw. dessen Familienangehöriger nicht in der Lage, sich vor der ärztlichen Behandlung zum Versicherungsträger des Aufenthaltsortes zu begeben, so wird er vom Arzt auf Vorlage der Arbeitsbescheinigung behandelt, als ob der Rheinschiffer bei diesem Versicherungsträger versichert wäre. Die Formulare R 110 müssen dem Versicherungsträger des Aufenthaltsortes sofort nach dem Beginn der Behandlung zugeleitet werden, d. h. an :

Aantekening voor de behandelend geneeskundige :

Indien de rijnvarende of zijn gezinslid zich niet voor de behandeling naar het ziekenfonds van de verblijfplaats kan begeven, kan de behandeling op vertoon van deze werkgeversverklaring worden verleend alsof de rijnvarende bij dat ziekenfonds was aangesloten. De formulieren R 110 dienen, direct na het begin van de behandeling naar het ziekenfonds van de verblijfplaats te worden gezonden, dus aan :

- en/in B : - Maladie, maternité ou accident de travail / ziekte, moederschap of arbeidsongevallen :  
 Une mutualité ou un office régional de la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie - Invalidité  
 Een ziekenfonds of een gewestelijke dienst van de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering  
 - Maladie professionnelle / beroepsziekte :  
 F.M.P. / F.B.Z.
- en/in CH : - bei Krankheit, Mutterschaft oder Unfall von Familienangehörigen :  
 Oeffentliche Krankenkasse Basel-Stadt, Abt. Rheinschiffer, 4001 BASEL  
 - bei Arbeitsunfall/Berufskrankheit eines Rheinschiffers :  
 SUVA, Schweizerische Unfallversicherungsanstalt, Kreisagentur Basel, 4002 BASEL
- en/in D : - bei Krankheit oder Mutterschaft :  
 die für den Aufenthaltsort zuständige Allgemeine Ortskrankenkasse.  
 - bei Arbeitsunfall oder Berufskrankheit :  
 Deutsche Verbindungsstelle für Unfallversicherung (Binnenschiffahrts-Berufsgenossenschaft)  
 Düsseldorf-Strasse 193, 4100 DUISBURG 1
- en/in F : - Caisse Primaire Nationale d'Assurance Maladie de la Batellerie, Section rhénane, 59, quai Jacoutot, 67000 STRASBOURG
- en/in LUX : - en cas de maladie, maternité ou accident privé :  
 Caisse Nationale d'Assurance Maladie des ouvriers, LUXEMBOURG ou à une de ses agences  
 - en cas d'accident de travail :  
 Association d'Assurance contre les accidents, Section industrielle, LUXEMBOURG
- en/in NL : - Ziekenfonds A.N.O.Z., Afd. Buitenland, Kaap Hoordreef 24-28, Postbus 9069, 3506 GB UTRECHT



ATTESTATION CONCERNANT LE DROIT AUX PRESTATIONS EN NATURE EN CAS DE MALADIE OU DE MATERNITE  
 BESCHEINIGUNG ÜBER DEN ANSPRUCH AUF SACHLEISTUNGEN WEGEN KRANKHEIT ODER MUTTERSCHAFT  
 VERKLARING INZAKE HET RECHT OP VERSTREKKINGEN WEGENS ZIEKTE OF MOEDERSCHAP

AA / VV / AS Art. 9.3., 10

1. Adresse de l'institution du lieu de séjour — Anschrift des Trägers des Aufenthaltsorts — Adres van het orgaan van de verblijfplaats

2. Référence — Bezug — betreft :

votre formule  R 110 du — vom — van .....  
 Ihr Vordruck  R .../E ... du — vom — van .....  
 Uw formulier  R .../E ... du — vom — van .....

	Nom de famille Familiennaam Naam	Prénoms Vornamen Voornamen	Nom de naissance Geburtsname Meisjesnaam	Date de naissance Datum der Geburt Geboortedatum
3. Batelier rhéan assuré Versicherter Rheinschiffer Verzekerde rijnavarende				
4. Membre de la famille Familienangehörige(r) Gezinslid				
4.1 Adresse Anschrift Adres	<input type="checkbox"/> du batelier rhéan des Rheinschiffers van de rijnavarende	<input type="checkbox"/> du membre de famille des Familienangehörigen van het gezinslid	N° matricule de l'assuré(e) — Versicherungs-Nr. des(r) Versicherten — Inschrijvingsnr. van de verzekerde	
.....				

5. Attestation — Anspruchsbestätigung — Verklaring

La personne précitée — Die genannte Person — Bovengenoemde persoon

5.1  n'a pas droit aux prestations de l'assurance maladie/maternité en raison :  
 hat keinen Anspruch auf Sachleistungen der Kranken-/Mutterschaftsversicherung aus folgendem Grund :  
 heeft geen recht op de verstrekkingen van de ziekte- en moederschapsverzekering omdat :

5.2  a droit aux prestations en nature de l'assurance maladie/maternité.  
 hat Anspruch auf Sachleistungen der Kranken-/Mutterschaftsversicherung.  
 heeft recht op verstrekkingen van de ziekte- en moederschapsverzekering.

Ces prestations peuvent être servies : — Diese können gewährt werden : — Deze kunnen worden verleend :

5.3  du ..... au ..... inclus  
 van ..... t/m ..... einschliesslich

5.4  à partir du ..... pendant ..... jours ..... semaines  
 ab dem ..... für ..... Tage ..... Wochen  
 vanaf ..... gedurende ..... dagen ..... weken

6. Institution compétente — Zuständiger Träger — Bevoegd orgaan

6.1 Cachet — Stempel :  
 6.2 N° de code :  
 Kenn-Nr. : .....  
 Codenummer :  
 6.3 Date — Datum : .....  
 6.4 Signature — Unterschrift — Handtekening  
 .....



HOSPITALISATION, NOTIFICATION D'ENTRÉE ET DE SORTIE 1)  
KRANKENHAUSBEHANDLUNG - MITTEILUNG ÜBER AUFNAHME / ENTLASSUNG 1)  
OPNEMING IN EEN ZIEKENHUIS - KENNISGEVING VAN OPNEMING EN ONTSLAG 1)

AA / VV / AS Art. 9.5, 44.5

1. Adresse de l'institution compétente - Anschrift des zuständigen Trägers - Adres van het bevoegde orgaan

[Empty box for address information]

= Marquer d'une croix la case qui convient - Den entsprechenden Kasten mit einem Kreuz versehen - Het van toepassing zijnde hokje aankruisen

	Nom de famille Familiename Naam	Prénoms Vornamen Voornamen	Nom de naissance Geburtsname Meisjesnaam	Date de naissance Datum der Geburt Geboortedatum
2.	Batelier rhénan assuré Versicherter Rheinschiffer Verzekerde rijnvarende			
3.	Membre de la famille Familienangehörige(r) Gezinslid			
3.1	Adresse Anschrift Adres	<input type="checkbox"/> du batelier rhénan des Rheinschiffers van de rijnvarende	<input type="checkbox"/> du membre de famille des Familienangehörigen van het gezinslid	N° matricule de l'assuré(e) - Versicherungs-Nr. des(r) Versicherten - Inschrijvingsnr. van de verzekerde  [Empty box]

4. Référence - Bezug - betreft :  
votre formule       R 110      du - vom - van ..... 2)  
Ihr Vordruck       R ... / E ... du - vom - van ..... 2)  
Uw formulier

**A** NOTIFICATION D'ENTRÉE - MITTEILUNG ÜBER DIE AUFNAHME - KENNISGEVING VAN OPNEMING

5. La personne désignée       au cadre 2       au cadre 3  
Die in       Feld 2       Feld 3      genannte Person  
De in       vak 2       vak 3      genoemde persoon

5.1 a été hospitalisée le      dans l'établissement mentionné ci-après : 3)  
wurde aufgenommen am ..... in das Krankenhaus :      3)  
is opgenomen op ..... in het ziekenhuis :      3)

5.2 .....

5.3 par suite de :       maladie - Krankheit - ziekte       maternité - Mutterschaft - moederschap  
wegen :       maladie professionnelle - Berufskrankheit -  
als gevolg van :       accident - Unfall - ongeval       beroepsziekte

5.4 L'hospitalisation se prolongera probablement jusqu'au :  
Voraussichtlicher Aufenthalt bis zum : .....  
Verwacht wordt dat het verblijf in het ziekenhuis zal duren t/m :

5.5  Pièces justificatives ou rapport médical en annexe.  
Unterlagen oder ärztlicher Bericht in der Anlage.  
Bewijsstukken of medisch rapport gaan hierbij.

**B** NOTIFICATION DE SORTIE - MITTEILUNG ÜBER DIE ENTLASSUNG - KENNISGEVING VAN ONTSLAG

6. L'hospitalisation notifiée - Der Krankenhausaufenthalt mitgeteilt - Het verblijf waarvan kennisgeving is gedaan  
par notre formule      du      à la partie A ci-dessus  
 mit Vordruck      R 113 vom .....       in Teil A obenstehend  
met formulier      van      onder A bovengenoemd

a pris fin - war beëndigt - is beëindigd op : .....

7.	Institution du lieu de résidence ou de séjour - Träger des Wohn- oder Aufenthaltsorts - Orgaan van de woon- of verblijfplaats		
7.1	Cachet - Stempel	7.2	Date - Datum .....
		7.3	Signature - Unterschrift - Handtekening .....

NOTES au verso - ANMERKUNGEN auf der Rückseite - OPMERKINGEN zie ommeszijde

**NOTES**

- 1) A remplir par l'institution du lieu de résidence ou de séjour : la partie A pour notifier l'entrée dans l'établissement hospitalier, la partie B pour notifier la sortie ; à envoyer avec la formule R 110 à l'institution compétente.
- 2) Numéro et date d'émission de la formule attestant le droit de l'assuré aux prestations.
- 3) Dénomination de l'établissement hospitalier.

**ANMERKUNGEN**

- 1) Vom Träger des Wohn- oder Aufenthaltsorts auszufüllen — im Teil A für die Mitteilung über die Krankenhausaufnahme, im Teil B für die Mitteilung über die Entlassung aus dem Krankenhaus — und ggf. mit dem Vordruck R 110 an den zuständigen Träger zu senden.
- 2) Kennziffer und Ausstelldatum des Vordrucks über den Leistungsanspruch des Versicherten, für den der Vordruck ausgestellt wird.
- 3) Bezeichnung des Krankenhauses.

**OPMERKINGEN**

- 1) In te vullen door het orgaan van de woon- of verblijfplaats — deel A voor de mededeling van de opneming in een ziekenhuis, deel B voor de kennisgeving van ontslag uit het ziekenhuis — en aan het bevoegde orgaan toe te zenden, met het formulier R 110.
- 2) Nummer van het formulier betreffende het recht van de verzekerde op verstrekkingen.
- 3) Naam van het ziekenhuis.

ATTESTATION D'INCAPACITE DE TRAVAIL POUR CAUSE DE MALADIE, DE MATERNITE, D'ACCIDENT  
 OU DE MALADIE PROFESSIONNELLE

BESCHEINIGUNG ÜBER ARBEITSUNFÄHIGKEIT WEGEN KRANKHEIT, MUTTERSCHAFT, UNFALL ODER BERUFSSKRANKHEIT  
 VERKLARING VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID WEGENS ZIEKTE, MOEDERSCHAP, ONGEVAL OF BEROEPSZIEKTE

AA / VV / AS Art. 13, 16, 47, 49

A remplir par l'employeur ou son représentant — Vom Arbeitgeber oder dessen Vertreter auszufüllen — In te vullen door de werkgever of zijn vertegenwoordiger

	Nom de famille Familiennaam Naam	Prénoms Vornamen Voornamen	Nom de naissance Geburtsname Meisjesnaam	Date de naissance Datum der Geburt Geboortedatum
1.	Batelier rhéнан assuré Versicherter Rheinschiffer Verzekerde rijnavarende			
1.1	Adresse du batelier rhéнан Anschrift des Rheinschiffers Adres van de rijnavarende			
2.	Institution d'affiliation — Versicherungsträger, dem der Versicherte angehört — Verzekeringsorgaan		N° matricule de l'assuré(e) — Versicherungs-Nr. des(r) Versicherten — Inschrijvingsnr. van de verzekerde	
3.	Employeur / Nom et adresse Arbeitgeber/ Name und Adresse Werkgever / Naam en adres			Nom du bâtiment Name des Schiffes Naam van het vaartuig
3.1	Le batelier rhéнан était employé, en dernier lieu, le (Date) Der Rheinschiffer hat zuletzt gearbeitet am (Datum) De rijnavarende was het laatst werkzaam op : (Datum)		jusqu'à bis tot	heures Uhr uur
3.2	Adresse du batelier pendant la durée de son incapacité de travail : Anschrift des Rheinschiffers während der Arbeitsunfähigkeit : Adres van de rijnavarende tijdens de duur van zijn arbeidsongeschiktheid :			
4.	Lieu Ort Plaats		Signature de l'employeur ou de son représentant (conducteur du bâtiment) Unterschrift des Arbeitgebers oder seines Vertreters (Schiffsführers) Handtekening van de werkgever of zijn vertegenwoordiger (kapitein van het vaartuig)	

Attestation du médecin : au verso  
 Bestätigung des Arztes : siehe Rückseite  
 Verklaring van de arts : zie ommezijde

**ATTESTATION D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL A COMPLETER PAR LE MÉDECIN  
VOM ARZT ZU ERGÄNZENDE BESCHEINIGUNG ÜBER ARBEITSUNFÄHIGKEIT  
DOOR DE ARTS VOLLEDIG IN TE VULLEN ARBEIDSONGESCHIKTHEIDSVERKLARING**

A compléter par le médecin-traitant ou le médecin conseil  
Vom behandelnden oder beratenden Arzt (Kontrollarzt) auszufüllen  
In te vullen door de behandelende arts of de adviserend geneeskundige (controlerend geneeskundige)

= Marquer d'une croix la case qui convient — Den entsprechenden Kasten mit einem Kreuz versehen — Het van toepassing zijnde hokje aankruisen

1.	Le batelier rhéan désigné au verso est inapte au travail à compter du .....	pour cause de : 1)	
	Der umseitig genannte Rheinschiffer ist arbeitsunfähig ab .....	wegen : 1)	
	De aan ommezijde genoemde rijnvarende is arbeidsongeschikt met ingang van .....	wegens : 1)	
1.1	<input type="checkbox"/> maladie — Krankheit — ziekte		
1.2	<input type="checkbox"/> maternité — Mutterschaft — moederschap		
1.3	<input type="checkbox"/> accident — Unfall — ongeval		
1.4	<input type="checkbox"/> maladie professionnelle — Berufskrankheit — beroepsziekte		
2.	Date probable de la fin de l'incapacité de travail Die Arbeitsunfähigkeit wird voraussichtlich beendet sein am .....		
	Vermoedelijke einddatum van de arbeidsongeschiktheid		
3.	L'incapacité de travail faisant l'objet de l'attestation antérieure subsiste pour la même cause, jusqu'au .....	(Date)	
	Die früher bescheinigte Arbeitsunfähigkeit dauert wegen der gleichen Ursache fort bis .....	(Datum)	
	De in de voorafgaande verklaring bedoelde arbeidsongeschiktheid duurt voort wegens dezelfde oorzaak t/m .....	(Datum)	
4.	Le dernier jour de l'incapacité de travail est le .....	(Date)	
	Der letzte Tag der Arbeitsunfähigkeit ist der .....	(Datum)	
	De laatste dag van de arbeidsongeschiktheid is .....	(Datum)	
5.	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>.....</p> <p>(Lieu et date) (Ort und Datum) (Plaats en datum)</p> </div> <div style="width: 45%; text-align: right;"> <p>.....</p> <p>(Signature et si possible cachet du médecin) (Unterschrift sowie möglichst auch Stempel des Arztes) (Handtekening en zo mogelijk stempel van de arts)</p> </div> </div>		

**La présente attestation doit être envoyée par le batelier rhéan à l'institution du lieu de séjour dans un délai de 3 jours.  
Diese Bescheinigung muss durch den Rheinschiffer innerhalb von 3 Tagen an den Träger des Aufenthaltsorts gesandt werden.  
Deze verklaring dient uiterlijk binnen 3 dagen, door de rijnvarende te worden gezonden aan het orgaan van de verblijfplaats.**

1) S'il y a lieu, le diagnostic sera porté sur un certificat qui devra être joint, dans une enveloppe fermée destinée à être remise entre les mains du médecin-conseil de l'institution compétente.  
Ggf. ist die Diagnose auf einem Attest zu vermerken, das in einem verschlossenen, zu Händen des beratenden Arztes des zuständigen Versicherungsträgers bestimmten Umschlag beizufügen ist.  
Eventueel kan de diagnose worden vermeld in een afzonderlijke medische verklaring, die moet worden bijgevoegd in een gesloten briefomslag geadresseerd aan de adviserend geneeskundige van het bevoegde verzekeringsorgaan.

Le diagnostic est joint à cette attestation dans une enveloppe fermée.  
Die Diagnose ist dieser Bescheinigung beigefügt in verschlossenem Briefumschlag.  
De diagnose is bijgevoegd onder gesloten briefomslag.

ATTESTATION DE DROIT AUX PRESTATIONS EN NATURE DE L'ASSURANCE CONTRE LES ACCIDENTS DU TRAVAIL  
 ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES  
 BESCHEINIGUNG ÜBER DEN ANSPRUCH AUF SACHLEISTUNGEN DER VERSICHERUNG GEGEN ARBEITSUNFÄLLE  
 UND BERUFSKRANKHEITEN  
 VERKLARING BETREFFENDE HET RECHT OP VERSTREKKINGEN VAN DE ARBEIDSONGEVALLEN  
 EN BEROEPSZIEKTEVERZEKERING

AA / VV / AS Art. 44.3, 45, 46, 48

1. Adresse de l'institution du lieu de séjour — Anschrift des Trägers des Aufenthaltsorts — Adres van het orgaan van de verblijfplaats

--

2. Référence — Bezug — betreft :

votre formule Ihr Vordruck Uw formulier	<input type="checkbox"/> R 110 <input type="checkbox"/> R .../E ...	du — vom — van .....	du — vom — van .....
---	--	----------------------	----------------------

	Nom de famille Familiename Naam	Prénoms Vornamen Voornamen	Nom de naissance Geburtsname Meisjesnaam	Date de naissance Datum der Geburt Geboortedatum
3.	Batelier rhéan assuré Versicherter Rheinschiffer Verzekerde rijnvarende			
3.1	Adresse du batelier rhéan : Anschrift des Rheinschiffers : Adres van de rijnvarende :		N° matricule de l'assuré(e) — Versicherungs-Nr. des(r) Versicherten — Inschrijvingsnr. van de verzekerde	

4. Les prestations en nature demandées pour — Die beantragten Sachleistungen wegen — De verstrekkingen verzocht wegens

4.1	<input type="checkbox"/>	l'accident du travail survenu le des Arbeitsunfalls vom ..... (Date/Datum) het arbeidsongeval overkomen op
4.2	<input type="checkbox"/>	la maladie professionnelle constatée le der Berufskrankheit, festgestellt am ..... (Date/Datum) de beroepsziekte geconstateerd op
et entraînant les conséquences suivantes : mit nachstehend bezeichneten Folgen : met de hierna genoemde gevolgen :		

5. ne peuvent être servies pour le motif suivant :  
 können nicht gewährt werden, weil :  
 kunnen niet worden verleend, omdat :

6.	<input type="checkbox"/>	peuvent être servies pour : können gewährt werden wegen : kunnen worden verleend wegens een :	<input type="checkbox"/> accident du travail Arbeitsunfall arbeidsongeval	<input type="checkbox"/> maladie professionnelle Berufskrankheit beroepsziekte
6.1	<input type="checkbox"/>	pendant la durée prévue par les dispositions de la législation du pays de séjour. für die in den Rechtsvorschriften des Aufenthaltslandes vorgesehene Dauer. voor de duur als bepaald in de wetgeving van het land van de verblijfplaats.		
6.2	<input type="checkbox"/>	jusqu'au — bis zum — t/m ..... (Date/Datum)		
6.3	<input type="checkbox"/>	trois mois au plus — für höchstens drei Monate — gedurende ten hoogste drie maanden.		
6.4	<input type="checkbox"/>	sans restriction du temps — zeitlich unbegrenzt — voor onbepaalde tijd.		

7. Institution compétente — Zuständiger Träger — Bevoegd orgaan

7.1	Cachet — Stempel	7.2	N° de code — Kenn-Nr. — Codenummer : .....
		7.3	Date — Datum : .....
		7.4	Signature — Unterschrift — Handtekening : .....





RELEVÉ INDIVIDUEL DES DÉPENSES EFFECTIVES  
 EINZELAUFSTELLUNG DER TATSÄCHLICHEN AUFWENDUNGEN  
 INDIVIDUELE OPGAVE VAN DE WERKELIJKE UITGAVEN

AA / VV / AS Art. 78.1a), 1 c), 1 d) ; Art. 79.1, 79.2, 81

Remplir une formule par bénéficiaire — Für jeden Berechtigten ist ein Vordruck auszufüllen — Per rechthebbende één formulier invullen.

1. Adresse de l'institution compétente — Anschrift des zuständigen Trägers — Adres van het bevoegd orgaan

1.1	N° de code <sup>4)</sup> — Kenn-Nr. <sup>4)</sup> — Codenummer <sup>4)</sup> .....
-----	--

2.	Facture n° Rechnung Nr. .... Rekeningnr.	pour le für das van het	<input type="checkbox"/> 1er semestre 1. Halbjahr 1e halfjaar	<input type="checkbox"/> 2e semestre de l'exercice 2. Halbjahr 2e halfjaar	19 .....
----	--	-------------------------------	---	--	----------

		Nom de famille Familiename Naam	Prénoms Vornamen Voornamen	Nom de naissance Geburtsname Meisjesnaam	Date de naissance Datum der Geburt Geboortedatum
3.	Batelier rhéнан assuré Versicherter Rheinschiffer Verzekerde rijnavarende				
4.	Membre de la famille Familienangehörige(r) Gezinslid				
5.	N° matricule de l'assuré(e) Versicherungs-Nr. des(r) Versicherten Inschrijvingsnr. van de verzekerde				

6. La personne indiquée au cadre 3 au cadre 4 a bénéficié des prestations au vu  
 Der in Feld 3 in Feld 4 genannten Person wurden die Leistungen gewährt, aufgrund  
 De in vak 3 in vak 4 genoemde persoon heeft verstrekkingen genoten op vertoon  
 des formules suivantes qui nous ont été adressées : — folgender uns übersandter Vordrucke : — van de volgende formulieren :  
 6.1  R... / E...  R... / E... du - vom - d.d. ....

		Montant Betrag <sup>1)</sup> Bedrag
7.	Dépenses effectuées — Tatsächliche Aufwendungen — Gedane uitgaven	
7.2	<b>Pour prestations en nature</b> <b>Für Sachleistungen</b> <b>Voor verstrekkingen</b> du - vom - van ..... au - bis - t/m .....	
7.3	Soins médicaux      Ärztliche Behandlung      Medische hulp	.....
7.4	Soins dentaires      Zahnärztliche Behandlung      Tandheelkundige hulp	.....
7.5	Médicaments      Arzneimittel      Medicijnen	.....
7.6	Hospitalisation      Krankenhausbehandlung      Ziekenhuisverpleging du - vom - van ..... au - bis - t/m .....	.....
7.7	Autres prestations <sup>2)</sup> Sonstige Leistungen <sup>2)</sup> Andere verstrekkingen <sup>2)</sup> .....	.....
7.8	<b>Total des prestations en nature</b> <b>Sachleistungen insgesamt</b> <b>Totaal verstrekkingen</b>	.....
7.9	<b>Contrôles<sup>3)</sup></b> <b>Kontrollen<sup>3)</sup></b> <b>Controles<sup>3)</sup></b> .....	.....
7.10	<b>Pour prestations en espèces</b> <b>Für Geldleistungen</b> <b>Voor uitkeringen</b>	.....
7.11	<b>TOTAL DES DEPENSES</b> <b>LEISTUNGEN INSGESAMT</b> <b>TOTAAL UITGAVEN</b>	.....

8.	Institution créancière — Forderungsberechtigter Träger — Crediteurorgaan		
8.1	Cachet — Stempel	8.2 N° de code <sup>4)</sup> — Kenn-Nr. <sup>4)</sup> — Codenummer <sup>4)</sup> .....	
		8.3 Date — Datum .....	
		8.4 Signature — Unterschrift — Handtekening .....	

- 1) Indiquer le montant dans la monnaie nationale.
- 2) Indiquer le nature des prestations : soins d'accouchement, prothèses dentaires, prothèses orthopédiques, cure thermale, ambulance, moyens complémentaires de diagnostic, etc.
- 3) Indiquer la nature des contrôles médicaux et autres contrôles ou des expertises médicales effectués.
- 4) A compléter si elle en dispose.

- 1) In Landeswährung anzugeben.
- 2) Art der Leistung angeben : Geburtshilfe, Zahnersatz, orthopädische Prothesen, Thermalkur, Krankenwagen, ergänzende Diagnosemassnahmen usw.
- 3) Angaben der Art der durchgeführten ärztlichen und sonstigen Kontrollen oder der erstellten ärztlichen Gutachten.
- 4) Einzusetzen, falls vorhanden.

- 1) Het bedrag in de nationale muntsoort opgeven.
- 2) De aard van de verstrekkingen vermelden : verloskundige hulp, tandprothesen, orthopedische prothesen, geneeskrachtige baden, ziekenvervoer, aanvullende middelen voor het vaststellen van de diagnose, enz.
- 3) De aard van de medische en andere controles vermelden.
- 4) Invullen indien beschikbaar.