

ZENTRALE VERWALTUNGSSTELLE
FÜR DIE SOZIALE SICHERHEIT
DER RHEINSCHIFFER

BESCHLUSS Nr. 3

Vordrucke

Die Zentrale Verwaltungsstelle für die Soziale Sicherheit der Rheinschiffer nimmt

aufgrund des Artikels 72 Absatz 1 Buchstabe a) des Übereinkommens vom 30. November 1979 über die Soziale Sicherheit der Rheinschiffer, nach dem sie alle Anwendungsfragen zu behandeln hat, die sich aus den Bestimmungen des genannten Übereinkommens oder dessen Verwaltungsvereinbarung ergeben,

aufgrund des Artikels 2 der Verwaltungsvereinbarung zur Durchführung des Übereinkommens vom 30. November 1979 über die Soziale Sicherheit der Rheinschiffer,

1. Folgende Vordrucke in ihrer deutschen, französischen und niederländischen Fassung an (Anlage):
 - **R 104:** Bescheinigung über die Zusammenrechnung der Versicherungszeiten - Krankheit - Mutterschaft - Tod (Sterbegeld)
 - **R 114:** Gewährung von Sachleistungen von erheblicher Bedeutung
 - **R 115:** Antrag auf Geldleistungen wegen Arbeitsunfähigkeit
 - **R 118:** Mitteilung über Nichtanerkennung/Beendigung der Arbeitsunfähigkeit
 - **R 301:** Bescheinigung von Zeiten, die für die Gewährung von Leistungen wegen Arbeitslosigkeit zu berücksichtigen sind
 - **R 302:** Bescheinigung über die Familienangehörigen eines arbeitslosen Rheinschiffers, die für die Berechnung der Leistungen wegen Arbeitslosigkeit berücksichtigt werden können.

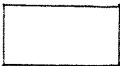
Diese Vordrucke werden auf Grünem Papier gedruckt.

2. Dieser Beschluss tritt gleichzeitig mit der Verwaltungsvereinbarung zur Durchführung des Übereinkommens vom 30. November 1979 über die Soziale Sicherheit der Rheinschiffer in Kraft.

Straßburg, den 13. Oktober 1989

Der Sekretär
der Zentralen Verwaltungsstelle für die
Soziale Sicherheit der Rheinschiffer:
(gez.) A. BOUR

Der Präsident der Zentralen
Verwaltungsstelle für die Soziale
Sicherheit der Rheinschiffer:
(gez.) A. BLOEMHEUVEL



A

ATTESTATION CONCERNANT LA TOTALISATION DES PÉRIODES D'ASSURANCE
 – MALADIE – MATERNITÉ – DÉCES (allocation)
BESCHEINIGUNG ÜBER DIE ZUSAMMENRECHNUNG DER VERSICHERUNGSZEITEN
 – KRANKHEIT – MUTTERSCHAFT – TOD (Sterbegeld)
VERKLARING BETREFFENDE DE SAMENTELLING VAN TIJDVAKKEN VAN VERZEKERING
 – ZIEKTE – MOEDERSCHAP – UITKERING BIJ OVERLIJDEN

AA / VV / AS : Art. 5 ; Art. 8 ; Art. 62

L'institution compétente remplit la partie A de la formule et en transmet deux exemplaires à l'institution du dernier Etat contractant à la législation duquel le batelier rhénan a été soumis. Cette institution remplit la partie B et retourne la formule à l'institution qui la lui a adressée. Si la formule est établie à la demande du batelier rhénan, l'institution qui est tenue de la délivrer remplit la partie B et remet ou fait parvenir la formule au batelier rhénan lui-même.

Der zuständige Träger füllt Teil A aus und übersendet zwei Ausfertigungen an den Träger des Vertragsstaats, dessen Rechtsvorschriften zuletzt für den Rheinschiffer gegolten haben. Dieser Träger füllt Teil B aus und reicht den Vordruck an den Träger zurück, der ihn übersandte. Wurde die Bescheinigung von dem Rheinschiffer beantragt, füllt der ausstellungspflichtige Träger Teil B aus und händigt den Vordruck dem Rheinschiffer aus oder stellt ihn ihm zu. Het bevoegde orgaan vult deel A van het formulier in en zendt twee exemplaren toe aan het orgaan van de laatste verdragsstaat, waarvan de wetgeving op de rijnvarende van toepassing was. Dit orgaan vult deel B in en zendt het formulier terug naar het orgaan dat het heeft verzonden. Indien het formulier op verzoek van de rijnvarende wordt opgesteld vult het orgaan dat het formulier moet afgeven deel B in en reikt het formulier aan de rijnvarende zelf uit of doet het hem toekomen.

1. Adresse de l'institution destinataire – Anschrift des Empfängerträgers – Adres van het orgaan waaraan het verzoek wordt gericht

--	--

		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				
2.1	Adresse du batelier rhénan. Anschrift des Rheinschiffers Adres van de rijnvarende				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-top: 5px;"></div>

3. La personne désignée exerce l'activité de batelier rhénan depuis le
 Die genannte Person ist als Rheinschiffer tätig seit
 De genoemde persoon is werkzaam als rijnvarende sedert

	4. Activité en tant que batelier rhénan – Beschäftigung als Rheinschiffer – Bezigheid als rijnvarende			
4.1	<input type="checkbox"/> salarié – Arbeitnehmer – werknemer			Nom et n° officiel du bateau Name und amtliche Nummer des Schiffes Naam en officieel nummer van het schip
4.1.1	Dernier employeur Letzter Arbeitgeber Laatste werkgever	depuis le seit	sedert	
4.1.2	Employeur précédent Früherer Arbeitgeber Vorige werkgever	du seit	au bis	
4.2	<input type="checkbox"/> non salarié Selbständig zelfstandig			Nom et n° officiel du bateau Name und amtliche Nummer des Schiffes Naam en officieel nummer van het schip
4.2.1	Adresse – Anschrift – Adres			

5. Nous vous prions de nous faire connaître les périodes d'assurance accomplies à partir du
 sous la législation de votre pays pour les risques maladie maternité décès.
 Wir bitten die Versicherungszeiten anzugeben, die er vom an nach den Rechtsvorschriften ihres Landes
 für die Risiken Krankheit Mutterschaft Tod zurückgelegt hat.
 Verzoeken de tijdvakken van verzekering te vermelden die van op grond van de rechtsvoorschriften van uw land
 zijn vervuld voor de risico's van ziekte moederschap overlijden.

	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

		Nom de famille Familiennaam Naam	Prénoms Vornamen Voornamen	Nom de naissance Geburtsname Meisjesnaam	Date de naissance Datum der Geburt Geboortedatum
7.	Batelier rhéнан assuré 1) Versicherter Rheinschiffer 1) Verzekerde rijnavarende 1)				
7.1	Adresse du batelier rhéнан 1) Anschrift des Rheinschiffers 1) Adres van de rijnavarende 1)				N° matricule de l'assuré(e) 2) – Versicherungs-Nr. des(r) Versicherten 2) – Inschrijvingsnr. van de verzekerde 2)

8. L'assuré indiqué au cadre 2 au cadre 7 a accompli depuis le
 Der in Feld 2 Feld 7 genannte Versicherte hat seit dem
 De in vak 2 vak 7 genoemde verzekerde heeft sedert

9. les périodes d'assurance suivantes, pour les prestations suivantes :
 Versicherungszeiten für folgende Leistungen zurückgelegt :
 de volgende tijdvakken van verzekering vervuld voor de volgende prestaties :

		Maladie Krankheit Ziekte		Maternité Mutterschaft Moederschap		Décès Tod Overlijden
		Type de prestations / Art der Leistungen / Aard van de prestaties				
		du / vom / van au / bis / t/m	en nature Sachleistungen in natura	en espèces Geldleistungen in geld	en nature Sachleistungen in natura	en espèces Geldleistungen in geld
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

10. Institution qui remplit la partie B – Träger, der Teil B auszufüllen hat – Orgaan dat deel B heeft ingevuld

10.1 Cachet – Stempel

10.2 N° de code – Kenn-Nr. – Codenummer :

10.3 Date – Datum :

10.4 Signature – Unterschrift – Handtekening :

NOTES – ANMERKUNGEN – OPMERKINGEN

1) A remplir seulement quand la formule est remise directement à l'intéressé.
 Nur auszufüllen, wenn die Bescheinigung dem Versicherten ausgehändigt wird.
 Alleen invullen indien het formulier aan de betrokkene zelf is uitgereikt.

2) N° d'immatriculation de l'institution désignée au cadre 10.
 Versicherungsnummer des in Feld 10 genannten Trägers.
 Inschrijvingsnummer bij het in vak 10 vermelde orgaan.

OCTROI DE PRESTATIONS EN NATURE DE GRANDE IMPORTANCE
 GEWÄHRUNG VON SACHLEISTUNGEN VON ERHEBLICHER BEDEUTUNG
 VERLENING VAN BELANGRIJKE VERSTREKKINGEN

AA / VV / AS Art. 9.6, 11.2, 12, 14.5, 15, 17, 19, 22.2, 44.6, 45.2, 46.2, 48.4, 50

Cette formule doit être établie en cas de remboursement des prestations en nature sur la base des dépenses réelles. L'institution du lieu de résidence ou de séjour remplit la partie A et transmet à l'institution compétente un ou deux exemplaires de la formule selon que cette notification concerne, respectivement, le cas visé au point 7.1 ou au point 7.2. Si l'institution compétente estime devoir faire opposition au service des prestations, elle doit remplir la partie B et renvoyer un exemplaire de la formule à l'institution du lieu de résidence ou de séjour.

Dieser Vordruck ist bei Erstattung der tatsächlichen Aufwendungen für Sachleistungen zu verwenden. Der Träger des Wohn- oder Aufenthaltsorts füllt Teil A aus und sendet eine oder zwei Ausfertigungen, je nachdem, ob die Mitteilung Punkt 7.1 oder Punkt 7.2 betrifft, an den zuständigen Träger. Falls der zuständige Träger mit der Leistungsgewährungen nicht einverstanden ist, muss er Teil B ausfüllen und eine Ausfertigung des Vordruckes an den Träger des Wohn- oder Aufenthaltsorts senden.

Dit formulier moet worden ingevuld bij vergoeding van verstrekkingen op basis van de werkelijke uitgaven. Het orgaan van de woon- of verblijfplaats vult deel A in en zendt één of twee exemplaren, naargelang de kennisgeving betrekking heeft op punt 7.1 of punt 7.2, aan het bevoegde orgaan. Indien het bevoegde orgaan bezwaar wil maken tegen het verlenen van de verstrekkingen, moet het deel B invullen en één exemplaar van het formulier aan het orgaan van de woon- of verblijfplaats terugzenden.

A Notification à l'institution compétente – Mitteilung an den zuständigen Träger – Kennisgeving aan het bevoegde orgaan

1.	Adresse de l'institution compétente – Anschrift des zuständigen Trägers – Adres van het bevoegd orgaan				
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 rhénan assuré Versicherter Rheinschiffer Verzekerde rijnvarende				
2.1	Membre de la famille Familienangehörige(r) Gezinslid				
2.2	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	
3.	Situation du batelier rhénan – Stellung des Rheinschiffers – Hoedanigheid van de rijnvarende :				
	<input type="checkbox"/> Salarie ¹⁾ – Arbeitnehmer ¹⁾ – Werknemer ¹⁾ <input type="checkbox"/> non salarié – Selbständiger – zelfstandig <input type="checkbox"/> en chômage – Arbeitsloser – werkloos <input type="checkbox"/> Titulaire de pension ou de rente (salarie) <input type="checkbox"/> Titulaire de pension ou de rente (non salarié) <input type="checkbox"/> Demandeur de pension ou de rente <input type="checkbox"/> Rentenberechtigter (Arbeitnehmer) <input type="checkbox"/> Rentenberechtigter (Selbständiger) <input type="checkbox"/> Rentenanspruchsteller <input type="checkbox"/> Pensioengerechtigde (werknemer) <input type="checkbox"/> Pensioengerechtigde (zelfstandig) <input type="checkbox"/> Aanvrager van pensioenen				
4.	Référence – Bezug – betreft				
	Formule <input type="checkbox"/> R 110 du – vom – van				
	Vordruck <input type="checkbox"/> R ... / E ... du – vom – van				
	Formulier <input type="checkbox"/> R ... / E ... du – vom – van				
5.	Nos services médicaux ont reconnu, pour la personne désignée Unser ärztlicher Dienst hat für die Person genannt Onze medische dienst heeft voor de persoon vermeld				
5.1	<input type="checkbox"/> au cadre 2 – in Feld 2 – in vak 2 <input type="checkbox"/> au cadre 2.1 – in Feld 2.1 – in vak 2.1				
5.2	<input type="checkbox"/> la nécessité – die Notwendigkeit – de noodzaak				
5.3	<input type="checkbox"/> l'urgence absolue – die äusserste Dringlichkeit – dringende noodzaak				
5.4	des prestations suivantes : folgende Leistungen anerkannt :				
	van de volgende verstrekkingen erkend :				
	dont le coût Die waarvan de	<input type="checkbox"/> probable voraussichtlichen mogelijke	<input type="checkbox"/> effectif au sens de notre législation est de tatsächlichen Kosten betragen nach unserer Gebührenordnung werkelijke kosten ingevolge onze rechtsvoorschriften zijn	2) 2) 2)	
6.	<input type="checkbox"/> Vous trouverez en annexe le rapport médical Ein ärztlicher Bericht ist beigefügt Het medisch rapport gaat hierbij				
7.	Les prestations visées au point 5.4 ³⁾ – Die in Punkt 5.4 genannten Leistungen ³⁾ – De in punt 5.4 genoemde verstrekkingen ³⁾				
7.1	<input type="checkbox"/> ont déjà été servies le wurden gewährt am				
	selon l'indication sous point 5.3 nach Angabe unter Punkt 5.3 volgens opgave onder punt 5.3				
7.2	<input type="checkbox"/> seront servies si nous ne recevons pas d'opposition motivée de votre part dans les 15 jours à dater de l'envoi de la présente notification werden gewährt, falls uns innerhalb 15 Tagen nach dem Absendetag dieser Mitteilung keine begründete Ablehnung zugeht. zullen worden verleend indien U hiertegen niet binnen 15 dagen na de verzenddatum van deze kennisgeving gemotiveerd verzet aantekent.				
8.	Institution du lieu de résidence ou de séjour – Träger des Wohn- oder Aufenthaltsorts – Orgaan van de woon- of verblijfplaats				
8.1	Cachet – Stempel		8.2	Date – Datum	
			8.3	Signature – Unterschrift – Handtekening	
				

1) – 3) : voir au verso – siehe Rückseite – zie ommezijde

B

OPPOSITION EVENTUELLE DE L'INSTITUTION COMPETENTE
ETWAIGER EINSPRUCH DES ZUSTÄNDIGEN TRÄGERS
EVENTUEEL VERZET VAN HET BEVOEGDE ORGAAN

9. Comme suite au point 7.2, nous avons l'honneur de vous faire savoir que les prestations indiquées au point 5.4 ne peuvent être accordées.
Unter Bezugnahme auf Punkt 7.2 teilen wir Ihnen mit, dass die in Punkt 5.4 genannten Leistungen nicht gewährt werden können.
Met verwijzing naar punt 7.2 delen wij U mede dat de in punt 5.4 genoemde verstrekkingen niet kunnen worden verleend.

Motif :
Gründe :
Redenen :

10. Institution compétente — Zuständiger Träger — Bevoegd orgaan
10.1 Cachet — Stempel
10.2 N° de code :
Kenn-Nr. :
Codenummer :
10.3 Date — Datum :
10.4 Signature — Unterschrift — Handtekening

NOTES — ANMERKUNGEN — OPMERKINGEN

- 1) Si la victime est assurée en Belgique, indiquez ci-après les nom et adresse de l'employeur :
Ist der Verletzte in Belgien versichert, sind nachstehend Name und Anschrift des Arbeitgebers anzugeben :
Wanneer het slachtoffer in België is verzekerd, hieronder naam en adres van de werkgever vermelden.
Nom ou raison sociale — Name oder Firma — Naam of firmanaam :
Adresse — Anschrift — Adres :
2) Le montant est à indiquer dans la monnaie du pays de séjour ou de résidence.
In der Währung des Wohn- oder Aufenthaltslandes anzugeben.
Het bedrag dient te worden uitgedrukt in de muntsoort van het land van woon- of verblijfplaats.
3) Lorsqu'il s'agit d'un travailleur non salarié belge, prendre en compte UNIQUEMENT les prestations en nature en cours d'hospitalisation.
Bei belgischen Selbständigen sind NUR die Sachleistungen während eines Krankenhausaufenthalts zu berücksichtigen.
Indien het een belgische zelfstandige betreft dient UITSLUITEND met de verstrekkingen tijdens ziekenhuisopname te worden rekening gehouden.



DEMANDE DE PRESTATIONS EN ESPECES POUR INCAPACITE DE TRAVAIL
 ANTRAG AUF GELDLEISTUNGEN WEGEN ARBEITSUNFÄHIGKEIT
 AANVRAAG OM UITKERINGEN WEGENS ARBEIDSONGESCHIKTHEID

AA / VV / AS Art. 13, 16, 17.2, 47, 49, 50.2

Si la formule concerne un travailleur en activité, elle doit être établie en un seul exemplaire et adressée à l'institution compétente d'assurance maladie-maternité ou d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Ist der Vordruck auf einen Erwerbstätigen ausgestellt, so ist er nur in einfacher Ausfertigung auszustellen und an den zuständigen Träger der Krankenversicherung oder der Unfallversicherung zu senden.

Wanneer het formulier betrekking heeft op een actieve werknemer behoeft slechts één exemplaar te worden ingevuld dat moet worden gezonden aan het bevoegde orgaan van de ziekteverzekering of van de arbeidsongevallen- en beroepsziekteverzekering.

1.	Adresse de l'institution compétente — Anschrift des zuständigen Trägers — Adres van het bevoegd orgaan			
1.1	N° de code — Kenn-Nr. — Codenummer			
		Nom de famille Familiennaam Naam	Prénoms Vornamen Voornamen	Date de naissance Datum der Geburt Geboortedatum
2.	Batelier rhéan assuré Versicherter Rheinschiffer Verzekerde rijnvarende			
2.1	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	
2.1.1	<input type="checkbox"/> dans le pays compétent — im zuständigen Staat — in de bevoegde Staat		<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>	
2.1.2	<input type="checkbox"/> dans le pays de résidence ou de séjour im Wohn- oder Aufenthaltsland in het land van woon- of verblijfplaats			
3.	Employeur / Nom et adresse 1) Arbeitgeber / Name und Adresse 1) Werkgever / Naam en adres 1)			Nom du bateau Name des Schiffes Naam van het vaartuig

A 2) Demande de prestations — Antrag auf Leistungen — Aanvraag om uitkeringen

4. Référence — Bezug — Betreft :

Formule R 116 du — vom — van
 Vordruck R .../E ... du — vom — van
 Formulaire R .../E ... du — vom — van

4.1 La personne désignée au cadre 2 a sollicité le
 Die in Feld 2 genannte Person hat am
 De in vak 2 genoemde persoon heeft op

l'octroi de prestations en espèces pour incapacité de travail par suite
 Geldleistungen beantragt wegen Arbeitsunfähigkeit infolge
 een aanvraag om uitkeringen ingediend wegens arbeidsongeschiktheid als gevolg van

4.2 de maladie³⁾ — Krankheit³⁾ — ziekte³⁾ de maternité — Mutterschaft — moederschap
 de maladie professionnelle d'accident du travail survenu le
 Berufskrankheit eines Arbeitsunfalles am
 beroepsziekte een arbeidsongeval op

5. Le certificat du médecin traitant — Die Bescheinigung des behandelnden Arztes — De verklaring van de behandelende geneesheer

est joint a été communiqué avec la formule R 116 n'a pas été fourni
 ist beigefügt erfolgte mit dem Vordruck R 116 kann nicht vorgelegt werden
 gaat hierbij is toegezonden met formulier R 116 kon niet worden overgelegd

6. De l'avis de notre médecin contrôleur
 Laut Gutachten unseres Vertrauensarztes,
 Volgens het rapport van onze controlerend geneesheer

dont le rapport se trouve en annexe dont le rapport sera envoyé dans les meilleurs délais
 dessen Bericht beigefügt wird, dessen Bericht nachgereicht wird,
 dat als bijlage wordt medegezonden dat zo spoedig mogelijk zal worden nagezonden

6.1 l'incapacité de travail a débuté le
 hat die Arbeitsunfähigkeit begonnen am
 begon de arbeidsongeschiktheid op
 et se prolongera probablement jusqu'au
 und dauert voraussichtlich bis zum
 en zal vermoedelijk voortduren t/m

6.2 il a été constaté une incapacité partielle qui a débuté le
 liegt eine Teilarbeitsunfähigkeit vor, die am
 werd een gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid geconstateerd, die aanvangt op
 et se prolongera probablement jusqu'au
 en zal vermoedelijk voortduren t/m

6.3 il n'y a pas d'incapacité de travail ⁴⁾
 liegt keine Arbeitsunfähigkeit vor ⁴⁾
 werd geen arbeidsongeschiktheid geconstateerd ⁴⁾

1) — 4) : voir au verso — siehe Rückseite — zie ommezijde

- 7. L'intéressé ne s'est pas conformé aux prescriptions de notre législation, et en particulier
Der Genannte erfüllt nicht die Voraussetzungen nach unseren Rechtsvorschriften, und zwar :
Betrokkene heeft zich niet gehouden aan de voorschriften van onze wetgeving, in het bijzonder :
.....
.....
- 8. L'incapacité de travail est présumée avoir été causée par un accident où la responsabilité d'un tiers est engagée
Die Arbeitsunfähigkeit wurde wahrscheinlich durch einen von einem Dritten verschuldeten Unfall verursacht
De arbeidsongeschiktheid werd veroorzaakt door een ongeval waarvoor vermoedelijk een derde aansprakelijk is
- 8.1 On trouvera en annexe un rapport concernant cet accident et l'adresse du tiers dont la responsabilité est engagée
Ein Bericht über diesen Unfall mit Angabe der Anschrift des beteiligten Dritten ist beigefügt
Wij zenden U bijgaand een verslag betreffende de toedracht van dit ongeval en het adres van de daarbij betrokken derde
- 9. Nous sommes disposés à servir les prestations en espèces à l'intéressé pour votre compte. Veuillez nous faire savoir si vous êtes d'accord sur cette procédure, et dans l'affirmative, nous fournir toutes indications utiles en vue du paiement des prestations
Wir sind bereit, dem Genannten die Geldleistungen für Ihre Rechnung zu zahlen, und bitten Sie, falls Sie damit einverstanden sind, um Mitteilung aller zweckdienlichen Angaben.
Wij zijn bereid de uitkeringen voor uw rekening aan de betrokkene te betalen. Gelieve ons te berichten of U kan instemmen met deze procedure en ons in het bevestigende geval de nodige gegevens voor de uitbetaling te verschaffen.
- 10. Nous ne sommes pas disposés à servir à l'intéressé les prestations en espèces pour votre compte
Wir sind nicht bereit, dem Genannten die Geldleistungen für Ihre Rechnung zu zahlen
Wij zijn niet bereid de betrokkene uitkeringen voor uw rekening te betalen

B 2) Prolongation de l'incapacité de travail – Verlängerung der Arbeitsunfähigkeit – Voortduren van de arbeidsongeschiktheid

- 11. Référence – Bezug – Betreft :
Formule R 116 du – vom – van
Vordruck R ... / E ... du – vom – van
Formulier R ... / E ... du – vom – van
- 11.1 Nous avons l'honneur de vous faire savoir que, de l'avis de notre médecin contrôleur
Wir teilen Ihnen mit, dass die in Feld 2 genannte Person laut Gutachten unseres Vertrauensarztes
Wij delen U mede, dat naar het oordeel van de controlerend arts
 dont vous trouverez le rapport en annexe, dessen Bericht beigefügt wird, wiens rapport is bijgevoegd dont le rapport sera envoyé dans les meilleurs délais dessen Bericht schnellstens nachgereicht wird, wiens rapport zo spoedig mogelijk zal worden toegezonden
la personne indiquée au cadre 2 sera probablement inapte au travail jusqu'au voraussichtlich noch arbeitsunfähig sein wird bis zum
de in vak 2 genoemde persoon vermoedelijk arbeidsongeschikt zal blijven t/m
 partiellement teilarbeitsunfähig gedeeltelijk entièrement vollarbeitsunfähig geheel

12.	Institution du lieu de résidence ou de séjour – Träger des Wohn- oder Aufenthaltsorts – Orgaan van de woon- of verblijfplaats	
12.1	Cachet – Stempel	12.2 N° de code – Kenn-Nr. – Codenummer :
		12.3 Date – Datum
		12.4 Signature – Unterschrift – Handtekening

NOTES – ANMERKUNGEN – OPMERKINGEN

- 1) Pour les chômeurs, indiquer le dernier employeur.
Bei einem Arbeitslosen den letzten Arbeitgeber eintragen.
Bij een werkloze de laatste werkgever vermelden.
- 2) Les parties A et B s'excluent ; mettre une croix dans la case correspondant à la partie remplie.
Nur Teil A oder Teil B ausfüllen und Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.
Deel A of B invullen en in het bij het ingevulde deel behorende vakje een kruisje plaatsen.
- 3) Ou d'accident ordinaire.
Oder wegen eines anderen als eines Arbeitsunfalls.
Of wegens een ongeval dat geen verband houdt met het werk.
- 4) Joindre copie de la formule R 118 adressée au batelier rhénan.
Kopie des an den Rheinschiffer gerichteten Vordrucks R 118 beifügen.
Afschrift van het tot de rijnvarende gerichte formulier R 118 bijvoegen.

NOTIFICATION DE NON-RECONNAISSANCE OU DE FIN DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL
 MITTEILUNG ÜBER NICHTANERKENNUNG/BEENDIGUNG DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT
 KENNISGEVING VAN NIET-CONSTATEREN OF EINDE VAN DE ARBEIDSONGESCHIKTHEID

AA / VV / AS Art. 13.4 et 5 ; Art. 16.4 ; Art. 17.2 ; Art. 47.4 et 5 ; Art. 49.4 ; 50.2

Si la formule concerne un travailleur en activité, l'institution du lieu de résidence ou de séjour (ou l'institution compétente) en établit deux exemplaires, dont l'un sera adressé au travailleur lui-même, l'autre à l'institution d'assurance maladie-maternité ou d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles du pays compétent (du lieu de résidence ou de séjour).

Für Erwerbstätige füllt der Träger des Wohn- oder Aufenthaltsortes (oder der zuständige Träger) den Vordruck in zweifacher Ausfertigung aus, von denen er einen an den Erwerbstätigen und den anderen an den Träger der Kranken-/Mutterschaftsversicherung oder der Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten des zuständigen Staates (des Wohn- oder Aufenthaltsorts) sendet.

Indien het formulier betrekking heeft op een actieve werknemer of zelfstandige moet het door het orgaan van de woon- of verblijfplaats (of het bevoegde orgaan) in tweevoud worden ingevuld ; één van de exemplaren moet aan de verzekerde en het andere aan het orgaan van de ziekte- en moederschapsverzekering of de verzekering tegen arbeidsongevallen en beroepsziekten van het bevoegde land (van de woon- of de verblijfplaats) worden toegezonden.

	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 rijnvarende			
1.1	Adresse du batelier rhéan Anschrift des Rheinschiffers Adres van de rijnvarende			
2.	N° matricule de l'assuré(e) Versicherungs-Nr. des(r) Versicherten Inschrijvingsnr. van de verzekerde			

3. Notification à – Mitteilung an – Kennisgeving aan

3.1 l'institution compétente
den zuständigen Träger
het bevoegd orgaan l'institution du lieu de résidence ou de séjour
den Träger des Wohn- oder Aufenthaltsorts
het orgaan van de woon- of verblijfplaats

3.2 Dénomination – Bezeichnung – Naam
 Adresse – Anschrift – Adres

4. Des faits qui ont été portés à notre connaissance,
Nach dem uns bekanntgewordenen Sachverhalt
Uit de feiten die ons ter kennis werden gebracht blijkt

Du contrôle effectué par notre médecin le il résulte que
Nach der von unserem Arzt am vorgenommenen Nachuntersuchung
Uit de door onze geneesheer verrichte controle op blijkt

4.1 votre incapacité de travail n'est que partielle
sind Sie nur bedingt arbeitsunfähig.
dat U slechts gedeeltelijk arbeidsongeschikt bent.

4.2 vous avez droit à une indemnité partielle d'un montant de à partir du 1)
haben Sie Anspruch auf eine Teilentschädigung in Höhe von ab 1)
dat U recht hebt op een gedeeltelijke uitkering ten bedrage van ingaande 1)

4.3 vous n'êtes pas incapable de travailler
sind Sie arbeitsfähig.
dat U niet arbeidsongeschikt bent

4.4 votre incapacité de travail a pris fin le 2)
war Ihre Arbeitsunfähigkeit am 2) beendet.
dat Uw arbeidsongeschiktheid geëindigd is op 2)

4.5 Le dernier jour pour lequel vous percevrez des prestations en espèces est le
Der letzte Tag, für den Ihnen Geldleistungen gezahlt werden ist der
Dat de laatste dag waarvoor U uitkeringen ontvangt is

4.6 L'institution compétente décidera du dernier jour pour lequel vous percevrez des prestations en espèces.
Der zuständige Träger entscheidet, welches der letzte Tag für den Bezug von Geldleistungen sein wird.
Dat het bevoegde orgaan de laatste dag zal vaststellen waarvoor U uitkeringen ontvangt.

5. établie par – ausgestellt vom – ingevuld door het

l'institution compétente
zuständigen Träger
bevoegd orgaan l'institution du lieu de résidence ou de séjour
Träger des Wohn- oder Aufenthaltsorts
orgaan van de woon- of verblijfplaats

5.1 Cachet – Stempel

5.2 N° de code :
Kenn-Nr. :
Codenummer :

5.3 Date – Datum :

5.4 Signature – Unterschrift – Handtekening
.....

1) – 2) : voir au verso – siehe Rückseite – zie ommezijde

4. LUXEMBOURG / LUXEMBURG

Si vous n'êtes pas d'accord avec la décision ci-jointe, il vous est loisible d'introduire un recours au Conseil arbitral des assurances sociales, à Luxembourg, dans un délai de 40 jours à dater de la notification de la décision.

Tout recours doit être accompagné d'un procès-verbal circonstancié de l'inspection générale de la sécurité sociale, à Luxembourg, attestant qu'elle a été saisie préalablement de la composition administrative du litige.

Falls Sie mit dem beiliegenden Bescheid nicht einverstanden sind, können Sie binnen 40 Tagen nach Zustellung des Bescheides beim « Conseil arbitral des assurances sociales » (Schiedsausschuss der Sozialversicherung) in Luxemburg eine Beschwerde einreichen.

Jeder Beschwerde ist ein ausführliches Protokoll der « Inspection générale de la sécurité sociale » (Generalinspektion für soziale Sicherheit) in Luxemburg beizufügen, in dem bescheinigt wird, dass diese Behörde bereits vorher mit der verwaltungsmässigen Beilegung des Streitfalles befasst wurde.

Indien U zich niet kunt verenigen met deze beslissing kunt U binnen 40 dagen te rekenen vanaf de kennisgeving van deze beslissing beroep aantekenen bij de « Conseil arbitral des assurances sociales » (Arbitrale Raad van de sociale verzekeringen) te Luxemburg.

Ieder beroepschrift moet vergezeld gaan van een uitvoerig proces-verbaal van de « inspection générale de la sécurité sociale » (Algemene inspectie van de sociale zekerheid) te Luxemburg waaruit blijkt dat het geschil reeds aan deze inspectie is voorgelegd.

5. PAYS-BAS / NIEDERLANDE / NEDERLAND

Si vous n'êtes pas d'accord avec la communication ci-jointe, il vous est loisible de demander une décision appellable à l'institution néerlandaise compétente (désignée au cadre 3 ou au cadre 5 de la formule R 118) dans un délai raisonnablement court. Cette décision précise les voies et délais de recours.

Falls Sie mit der beigefügten Mitteilung nicht einverstanden sind, können Sie innerhalb einer angemessenen kurzen Frist bei dem (in Feld 3 oder 5 des Vordrucks R 118 bezeichneten) zuständigen niederländischen Träger einen beschwerdefähigen Bescheid anfordern, in dem die Rechtsbehelfe und Rechtsbehelfsfristen angegeben sind.

Indien U zich niet kunt verenigen met de beëindiging van de uitkering krachtens de Nederlandse wetgeving kunt U binnen redelijk korte termijn aan het bevoegde Nederlandse orgaan (vermeld in vak 3 of 5 van formulier R 118) een voor beroep vatbare beslissing vragen. In die voor beroep vatbare beslissing wordt aangegeven op welke wijze en binnen welke termijn U daartegen beroep kunt instellen.

6. SUISSE / SCHWEIZ / ZWITSERLAND

Si la présente communication est signée par

- une institution d'assurance-maladie, vous pouvez exiger (aussitôt que possible) de cet organisme une décision sujette à recours ;
- une institution d'assurance-accidents, elle est réputée être une décision. Vous pouvez attaquer cette décision dans les trente jours à partir de sa notification par voie d'opposition auprès de l'institution compétente, soit directement, soit par l'intermédiaire de l'institution du lieu de résidence.

Wenn die vorliegende Mitteilung von einem Träger der

- Krankenversicherung unterzeichnet ist, so könnten Sie (so bald wie möglich) von diesem Träger eine beschwerdefähige Verfügung verlangen ;
- Unfallversicherung unterzeichnet ist, so gilt sie als Verfügung. Sie können innert 30 Tagen seit Zustellung beim zuständigen Träger entweder direkt oder über den Träger des Wohnorts Einsprache gegen diese Verfügung erheben.

Indien onderhavige mededeling is ondertekend door een

- ziekteverzekeraar, kunt U (zodra mogelijk) van dit orgaan een voor beroep vatbare beslissing verlangen ;
- ongevallenverzekeraar, geldt deze als beslissing. U kunt binnen 30 dagen na kennisgeving bij het bevoegde orgaan of onmiddellijk het orgaan van de verblijfplaats bezwaar aantekenen tegen deze beslissing.

ATTESTATION CONCERNANT LES PERIODES A PRENDRE EN COMPTE
 POUR L'OCTROI DES PRESTATIONS DE CHOMAGE
 BESCHEINIGUNG VON ZEITEN, DIE FÜR DIE GEWÄHRUNG VON LEISTUNGEN
 WEGEN ARBEITSLSIGKEIT ZU BERÜCKSICHTIGEN SIND
 VERKLARING INZAKE DE TIJDVAKKEN DIE IN AANMERKING MOETEN WORDEN GENOMEN
 VOOR HET VERLENEN VAN UITKERINGEN BIJ WERKLOOSHEID

AA / VV / AS Art. 63, 66

A délivrer par l'institution compétente en matière de chômage ou l'institution désignée par l'autorité compétente du pays où le travailleur salarié en chômage a été assuré antérieurement. A remettre à l'intéressé ou à envoyer à l'institution compétente.

Auszustellen vom zuständigen Träger der Arbeitslosenversicherung oder von dem von der zuständigen Behörde bezeichneten Träger des Landes, in dem der arbeitslose Arbeitnehmer früher versichert war. Dem Betreffenden auszuhändigen oder dem zuständigen Träger zuzusenden.

A¹⁾ Af te geven door het bevoegde orgaan van de werkloosheidsverzekering of door het door de bevoegde autoriteit aangewezen orgaan van het land waar de werkloze werknemer vroeger verzekerd was. Aan de betrokkene te overhandigen of aan het bevoegde orgaan te zenden.

1.		Nom de famille Familiennaam Naam	Prénoms Vornamen Voornamen	Nom de naissance Geburtsname Meisjesnaam	Date de naissance Datum der Geburt Geboortedatum
1.1	Batelier rhéan assuré Versicherter Rheinschiffer Verzekerde rijnvarende				
1.2	Lieu de naissance Geburtsort Geboorteplaats	Nationalité Staatsangehörigkeit Nationaliteit		N° matricule de l'assuré(e) - Versicherungs-Nr. des(r) Versicherten - Inschrijvingsnr. van de verzekerde	
1.3	Adresse du batelier rhéan ³⁾ - Anschrift des Rheinschiffers ³⁾ - Adres van de rijnvarende ³⁾				

2. Le travailleur ci-dessus était employé au cours de la période du au
 par les employeurs ci-après :
 Der Genannte war in der Zeit vom bis
 bei folgenden Arbeitgebern als Arbeitnehmer beschäftigt :
 Bovengenoemde werknemer was in het tijdvak van tot
 bij navolgende werkgevers als werknemer in dienst

Nom - Name - Naam	Adresse - Anschrift - Adres
.....
.....
.....
Dernier employeur Letzter Arbeitgeber Laatste werkgever

2.1 Adresse de l'institution demandant les données - Anschrift des auskunftersuchenden Trägers - Adres van de Instelling die de gegevens opvraagt :

2.2 N° de Code - Kenn.-Nr. - Codenummer :

B²⁾ 3. Le travailleur ci-dessus a accompli les périodes suivantes d'emploi d'assurance :
 Der Genannte hat folgende Beschäftigungszeiten Versicherungszeiten zurückgelegt :
 Bovengenoemde werknemer heeft de navolgende werktijdvakken verzekeringstijdvakken vervuld :

du vom van	au bis t/m	Activité exercée Art der Tätigkeit Aard van de werkzaamheden	Employeur Arbeitgeber Werkgever
.....
.....
.....
.....

ATTESTATION RELATIVE AUX MEMBRES DE LA FAMILLE DU BATELIER RHENAN EN CHOMAGE
 A PRENDRE EN CONSIDERATION POUR LE CALCUL DES PRESTATIONS
 BESCHEINIGUNG ÜBER DIE FAMILIENANGEHÖRIGEN EINES ARBEITSLÖSEN RHEINSCHIFFERS,
 DIE FÜR DIE BERECHNUNG DER LEISTUNGEN WEGEN ARBEITSLÖSIGKEIT BERÜCKSICHTIGT WERDEN KÖNNEN
 VERKLARING INZAKE DE GEZINSLEDEN VAN DE WERKLOZE RIJNVARENDE
 DIE IN AANMERKING MOETEN WORDEN GENOMEN VOOR DE BEREKENING VAN DE WERKLOOSHEIDSUITKERINGEN

AA / VV / AS Art. 67

A délivrer par l'institution désignée du pays de résidence des membres de la famille. A remettre au batelier rhénan en chômage ou à transmettre à l'institution compétente.

Von dem bezeichneten Träger des Wohnlandes der Familienangehörigen auszustellen. Dem arbeitslosen Rheinschiffer auszuhändigen oder dem zuständigen Träger zuzusenden.

In te vullen door het door de bevoegde autoriteit aangewezen orgaan van het land van woonplaats van de gezinsleden. Aan de werkloze rijnvarende te overhandigen of aan het bevoegde orgaan te zenden.

1. Batelier rhénan en chômage — Arbeitsloser Rheinschiffer — Werkloze rijnvarende					
		Nom de famille Familienname Naam	Prénoms Vornamen Voornamen	Nom de naissance Geburtsname Meisjesnaam	Date de naissance Datum der Geburt Geboortedatum
1.1	Batelier rhénan assuré Versicherter Rheinschiffer Verzekerde rijnvarende				
1.2	Lieu de naissance Geburtsort Geboorteplaats	Nationalité Staatsangehörigkeit Nationaliteit		N° matricule de l'assuré(e) — Versicherungs-Nr. des(r) Versicherten — Inschrijvingsnr. van de verzekerde	
1.3	Adresse du batelier rhénan — Anschrift des Rheinschiffers — Adres van de rijnvarende				

2. Membres de la famille — Familienangehörige — Gezinsleden						
Zonodig op een bijlage completeren	N° d'ordre	Nom	Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Lieu de résidence et adresse
	Lfd. Nr.	Name	Vornamen	Geburtsdatum	Verwantschafts-verhältnis	Wohnort und Anschrift
	Volgnr.	Naam	Voornamen	Geboortedatum	Verwantschap	Woonplaats en adres
	1.					
	2.					
	3.					
	4.					

3. Eventuellement, activités exercées et revenus encaissés par les membres de la famille Ggf., ausgeübte Tätigkeit und Einkommen der Familienangehörigen Eventuele verrichte werkzaamheden en inkomsten van de gezinsleden					
N° d'ordre ¹⁾ Lfd. Nr. ¹⁾ Volgnr. ¹⁾	Membres de la famille Familienangehörige Gezinsleden	Activités exercées ²⁾ Ausgeübte Tätigkeit ²⁾ Verrichte werkzaamheden ²⁾	Employeurs Arbeitgeber Werkgever	Revenus encaissés Einkommen — Inkomsten	
				Nature Art — Aard	Montant Betrag — Bedrag

Compléter, si nécessaire, sur une feuille séparée

Falls erforderlich, auf einem besonderen Blatt ergänzen

4. Jusqu'au début de son chômage, le batelier rhénan salarié en chômage assurait l'entretien des membres de sa famille indiqués sous les numéros d'ordre

 Bis zum Eintritt der Arbeitslosigkeit ist der arbeitslose Rheinschiffer für den Unterhalt der Angehörigen unter lfd. Nr.
 aufgekommen.
 De werkloze rijnaverende heeft tot aan het begin van zijn werkloosheid in het levensonderhoud van zijn hierboven onder de volgnummers
 vermelde gezinsleden voorzien.
- 4.1 Le membre de la famille mentionné sous le numéro d'ordre
 ne peut, en raison de déficiences physiques ou mentales, subvenir à sa propre subsistance par son travail.³⁾
 Der Angehörige unter lfd. Nr.
 ist wegen körperlicher oder geistiger Gebrechen nicht in der Lage, seinen Lebensunterhalt aus eigenen Kräften zu bestreiten.³⁾
 Het gezinslid vermeld onder volgnummer
 is wegens geestelijke of lichamelijke gebreken niet in staat door persoonlijke arbeid in zijn levensonderhoud te voorzien.³⁾
- 4.2 Les suppléments familiaux pour les membres de la famille visés aux numéros d'ordre
 Den Familienzuschlag für die Angehörigen unter lfd. Nr.
 De toeslagen voor de gezinsleden vermeld onder de volgnummers
 ont été versés à une autre personne en même temps que les prestations de chômage pour la période du au
 hat eine andere Person zu ihrem Arbeitslosengeld erhalten, und zwar für die Zeit vom bis
 heeft een andere persoon te zamen met zijn werkloosheidsuitkering ontvangen over het tijdvak van t/m
- 4.3 La présente attestation est valable douze mois à compter de la date de sa délivrance.
 Diese Bescheinigung gilt 12 Monate vom Tag ihrer Ausstellung an.
 Deze verklaring is geldig gedurende 12 maanden na de dag van afgifte.

5. Institution qui délivre l'attestation — Träger, der die Bescheinigung ausstellt — Orgaan dat de verklaring afgeeft

5.1 Cachet — Stempel

5.2 N° de code

Kenn-Nr.
 Codenummer

5.3 Date — Datum :

5.4 Signature — Unterschrift — Handtekening

NOTES — ANMERKUNGEN — OPMERKINGEN

- 1) Pour chaque membre de la famille mentionné dans ce cadre rappeler le numéro d'ordre figurant au cadre 2.
 Die in Betracht kommenden Familienangehörigen nach der lfd. Nr. in Feld 2 aufführen.
 Elk in dit vak opgenomen gezinslid aanduiden met het volgnummer van vak 2.
- 2) A défaut d'activités, indiquer le motif de l'assimilation (par exemple : maladie, maternité, accident du travail, service militaire, formation professionnelle, chômage constaté, etc.)
 Wird keine Tätigkeit ausgeübt, Grund für die Gleichstellung angeben (z.B. : Krankheit, Mutterschaft, Arbeitsunfall, Wehrdienst, Berufsausbildung, nachweisliche Arbeitslosigkeit usw.)
 Indien geen werkzaamheden zijn verricht de grond voor gelijkstelling aangeven (bijv. ziekte, moederschap, arbeidsongeval, militaire dienst, beroepsopleiding, aantoonbare werkloosheid enz.)
- 3) A remplir quand la formule est destinée à une institution belge ou française.
 Auszufüllen, wenn der Vordruck für einen belgischen oder französischen Träger bestimmt ist.
 Invullen wanneer deze verklaring bestemd is voor een orgaan in België of Frankrijk.