

Avis d'incapacité de travail
 Article 14 paragraphe 1 de la Convention
 Article 10 de l'arrangement relatif aux modalités
 d'application de la Convention

Mitteilung über Arbeitsunfähigkeit
 Art. 14 Abs. 1 des Abkommens
 Art. 10 der Durchführungsvereinbarung

(Remplir à la machine ou en caractères d'imprimerie)
 (Bitte mit Schreibmaschine oder in Blockschrift
 ausfüllen)

1 Assuré / Versicherter

Nom/Name	Prénom/Vorname	Date de naissance/Geburtsdatum
Adresse en Tunisie/Anschrift in Tunesien		
Adresse en République Fédérale d'Allemagne / Anschrift in der Bundesrepublik Deutschland		
Numéro d'immatriculation de l'assurance allemande 2) /Deutsche Versicherungsnummer 2).....		

2 Employeur en République Fédérale d'Allemagne / Arbeitgeber in der Bundesrepublik Deutschland

Nom ou raison sociale / Name oder Firma
Adresse /Anschrift

A. Demande de prestations 3)
 3 L'assuré susnommé a demandé le

A. Antrag auf Leistungen 3)
 3 Der vorgenannte Versicherte hat am.....Geld-

prestations en espèces pour incapacité de travail
 consécutive à

leistungen beantragt wegen Arbeitsunfähigkeit
 infolge

Maladie4)

.....4)
 (Krankheitsbezeichnung)

Maternité

Mutterschaft

Accident de travail survenu le

eines Arbeitsunfalles am.....

Maladie professionnelle

Berufskrankheit

4 Ci-joint le certificat médical établi par le médecin
 traitant. Selon ce certificat

4 Die Bescheinigung des behandelnden Arztes
 ist beigefügt. Danach

L'incapacité de travail a commencé le.....
 et durera probablement jusqu'au

hat die Arbeitsunfähigkeit am.....
 begonnen und dauert voraussichtlich bis zum

L'intéressé ne présente aucune incapacité de travail.

liegt keine Arbeitsunfähigkeit vor.

5 L'incapacité de travail est probablement imputable à un
 accident causé par une tierce personne. Un rapport relatif
 à l'accident et comportant l'adresse de la tierce personne.
 concernée

5 Die Arbeitsunfähigkeit wurde wahrschein-
 lich durch einen von einem Dritten verschul-
 deten Unfall verursacht. Ein Bericht über
 diesen Unfall mit Angabe der Anschrift
 des beteiligten Dritten

est ci-joint. vous sera transmis.

ist beigefügt wird nachgereicht.

B. Prolongation de l'incapacité de travail 3)

6 En référence à notre formulaire A/TN 15 du nous vous informons que la personne mentionnée à la colonne : présente

- selon le certificat médical ci-joint du médecin traitant
- selon l'expertise de notre médecin-conseil dont le rapport
 - est ci-joint.
 - vous sera transmis dans les meilleurs délais.

une incapacité de travail, qui se poursuivra encore probablement jusqu'au

7 Il s'agit

- de la même maladie
- de la maladie suivante..... concomitante à la première.

B.Verlängerung der Arbeitsunfähigkeit 3)

6 Unter Bezug auf unseren Vordruck A/TN 15 vom teilen wir mit, daß der in Feld 1 Genannte

- nach der beiliegenden Bescheinigung des behandelnden Arztes
- nach Gutachten unseres Vertrauensarztes, dessen Bericht
 - beigelegt ist.
 - schnellstens nachgereicht wird.

voraussichtlich noch bis arbeitsunfähig ist.

7 Es handelt sich

- um dieselbe Krankheit
- um folgende hinzugetretene Krankheit

8 Nom et adresse de l'institution tunisienne / Name und Anschrift des tunesischen Trägers

Dénomination / Bezeichnung	
Adresse / Anschrift	
Cachet / Stempel	Date/Datum
Signature/Unterschrift	

1) Indiquer ici l'adresse de l'institution w. demande d'affiliation. L'avis est à adresser directement à cette caisse maladie, au cas où celle-ci n'est pas connue, à la Deutsche Verbindungsstelle, Krankenversicherung -Ausland, AOK-Bundesverband, Postfach 20 03 44, D-5300 Bonn 2. Dans ce cas l'employeur doit nécessairement être mentionné à la 2ème colonne. Lorsque l'institution de l'assurance-accident est compétente, notamment lorsque l'assuré s'identifie comme ayant-droit par un formulaire TN/A 23, établi par l'assurance-accident, le formulaire A/TN 15 est à adresser à l'institution compétente pour l'assurance-accident. Au cas où celle-ci n'est pas connue, le formulaire est à adresser à la Berufsgenossenschaft für Textil und Bekleidung, Oblatterwallstr.18, D-8900 Augsburg

1) Hier ist die Anschrift der deutschen Krankenkasse einzusetzen, bei der die Versicherung besteht. Die Mitteilung ist unmittelbar an diese Krankenkasse zu senden. Falls nicht bekannt, an die Deutsche Verbindungsstelle, Krankenversicherung -Ausland, AOK-Bundesverband, Postfach 20 03 44, D-5300 Bonn 2; in diesem Fall muß aber unbedingt der Arbeitgeber (Feld 2) angegeben sein. Ist der deutsche Träger der Unfallversicherung zuständig, insbesondere, wenn sich der Versicherte durch einen vom Träger der Unfallversicherung ausgestellten Vordruck TN/A 23 ausweist, muß der Vordruck A/TN 15 an den zuständigen Träger der Unfallversicherung gesandt werden. Ist dieser nicht bekannt, so ist die Mitteilung der Berufsgenossenschaft für Textil und Bekleidung, Oblatterwallstr.18, D-8900 Augsburg, zu übermitteln.

2) Si connu

2) Falls bekannt

3) Ne remplir que la partie A ou la partie B

3) Nur Teil A oder B ausfüllen

4) ou un accident qui n'est pas un accident de travail

4) Oder Unfall, der kein Arbeitsunfall ist.

Mettre une croix dans la case appropriée

Zutreffendes bitte kennzeichnen