

A REMPLIR PAR LA MUTUELLE

PERIODE DE CARENS (à remplir à.p.d. 30ième jour)

Nom de la Mutuelle

Rue n° Boîte

Code postal Commune

Nous attestons que l'ouvrier(ère) précité(e) bénéficie des indemnités primaires d'incapacité de l'A.M.I. depuis la date du / / en raison de maladie ou d'accident, à l'exclusion d'incapacité de travail par suite de maladie professionnelle ou accident de travail.

Le délai de carence de 30 jours a été atteint le / /

..... / / 20.....

Signature

Sceau de la Mutuelle