

À COMPLETER EN MAJUSCULES PAR LA MUTUELLE

PÉRIODE DE CARENS (*à remplir à.p.d. 30^{ème} 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 / / 20..... 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.....

....., / / 20

Signature:

Cachet de la mutuelle

.....