



**À COMPLETER EN MAJUSCULES PAR LA MUTUELLE**

**PÉRIODE DE CARENS** (*à remplir à.p.d. 30<sup>ème</sup> 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 .....

Cachet de la mutuelle

Signature:

.....