

A REMPLIR PAR LA MUTUELLE

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

REMARQUE

L'ayant-droit et l'Organisme de Paiement sont priés de vérifier l'exactitude de toutes les mentions, spécialement **le numéro de registre national**, et, éventuellement, d'en demander la rectification suivant la procédure prévue.

Vos données à caractère personnel seront enregistrées dans le fichier du Fonds de Sécurité. En vertu de la loi du 8 décembre 1992 sur la protection de la vie privée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification de ces données.