

**Identification organisme assureur** \_\_\_\_\_

Référence de la Caisse d'assurances sociales \_\_\_\_\_

Référence de l'O.A. \_\_\_\_\_

Référence de l'INASTI \_\_\_\_\_

Messieurs,

Veillez noter que le titulaire

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Numéro national \_\_\_\_\_

Numéro d'inscription à l'O.A. \_\_\_\_\_

N'est pas reconnu(e) incapable de travailler au \_\_\_\_\_ (date)

- Est reconnu(e) incapable de travailler conformément aux dispositions de l'A.R. du 20/07/1971 depuis le \_\_\_\_\_
- A atteint le 7<sup>ème</sup> mois de la période d'incapacité depuis le \_\_\_\_\_
- Est toujours reconnu(e) incapable de travailler au (fin du trimestre civil) \_\_\_\_\_
- N'est plus reconnu(e) incapable de travailler à partir du \_\_\_\_\_
- Observations \_\_\_\_\_

Date et signature du délégué de l'O.A.

Document à remettre à la caisse d'assurances sociales.