



ASSURANCE INDEMNITES POUR TRAVAILLEURS INDEPENDANTS DECLARATION D'INCAPACITE DE TRAVAIL

(art. 53 de l'arrêté royal du 20/07/1971)

Titulaire
Adresse

N° d'affiliation

D.N.

Votre adresse actuelle (si elle est différente de votre résidence principale):
.....(1)

A remplir par le médecin traitant

Je soussigné, docteur en médecine, déclare donner mes soins à
.....
et avoir constaté qu'il (elle) est incapable de travailler, depuis le
par suite de (symptomatologie et éventuellement diagnostic) (2).....
L'intéressé(e) est en état - n'est pas en état (3) de se déplacer.
L'intéressé(e) est hospitalisé(e) (3) à
depuis le
Raison et durée présumée de l'hospitalisation
Si l'incapacité résulte de la grossesse, la date présumée de l'accouchement

Identification du médecin (3)

Date
Signature du médecin traitant

Case réservée au médecin-conseil

Date de réception..... Numéro d'ordre annuel.....
Début d'incapacité..... Délai de convocation.....
Date et signature du médecin-conseil

- (1) Le titulaire doit communiquer au médecin-conseil toutes modifications concernant sa résidence - article 65 de l'arrêté royal du 20/07/1971.
- (2) Préciser la cause de l'incapacité en indiquant notamment s'il s'agit d'un accident ou d'un traumatisme et fournir des indications permettant au médecin-conseil d'estimer la durée probable de l'incapacité.
- (3) Numéro d'immatriculation attribué par l'I.N.A.M.I.