|  |
| --- |
| ***Annexe 18a ~ Lettre Caisse d’Assurances Sociales Assimilation (INASTI)*** |

Votre nom + n° BCE + RN

Adresse, Code postal Ville | Téléphone | E-mail

Adresse de votre Caisse d’Assurances Sociales

Date

Madame, Monsieur,

*Concerne : Demande d’assimilation de mon incapacité de travail à une période d’activité.*

Ayant totalement cessé mon activité pour des raisons médicales, je sollicite l’assimilation de mon incapacité de travail à une période d’activité.

Vous trouverez en annexe de la présente le formulaire-type dûment complété.

Je vous en souhaite bonne réception.

Pourriez-vous accuser réception de ma demande et adresser celle-ci à l’INASTI ?

Je reste naturellement à votre disposition pour toutes informations ou démarches complémentaires.

Je vous remercie de l’attention que vous porterez à ma demande.

Dans l’attente d’une réponse de votre part, je vous prie de croire, Madame, Monsieur, à l’expression de mes sentiments distingués.

Votre nom