



In te vullen door uw werkgever of uw sociaal secretariaat

ATTEST INKOMENSVERLIES

Referentie/nummer dossier:.....

Datum van het ongeval:.....

Plaats van het ongeval:.....

De ondergetekende (werkgever/sociaal secretariaat)

Naam en voornaam:.....

Adres:.....

verklaart dat :

Naam en voornaam:.....

Adres:.....

1) voor hem werkt als ARBEIDER/BEDIENDE/AMBTENAAR (schrappen wat niet past) en het slachtoffer geweest is van een ongeval met als gevolg

- een totale ongeschiktheid van (datum)/...../..... tot/...../..... inbegrepen
- een gedeeltelijke ongeschiktheid van ...% van (datum)/...../..... tot/...../..... inbegrepen
- een werkhervatting sinds/...../.....

2) een netto-inkomen zou ontvangen hebben vaneuro, mocht hij/zij geen arbeidsongeschiktheid ondergaan hebben tijdens deze periode

3) ten gevolge van de aan het ongeval te wijten arbeidsongeschiktheid een netto gewaarborgd inkomen (wekelijks/maandelijks) van

(bedrag) euro ontvangen heeft van (datum)/...../..... tot/...../..... inbegrepen

(bedrag) euro ontvangen heeft van (datum)/...../..... tot/...../..... inbegrepen

(bedrag) euro ontvangen heeft van (datum)/...../..... tot/...../..... inbegrepen

(bedrag) euro ontvangen heeft van (datum)/...../..... tot/...../..... inbegrepen

4) Ten gevolge van de aan het ongeval te wijten arbeidsongeschiktheid heeft, lijdt hij een verlies van (bedrag)..... euro aan maaltijdcheques, premies, ...

Opgemaakt op (datum):/...../.....

Te

Handtekening en stempel van de werkgever/sociaal secretariaat