

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