

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/AMBETNAAR (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 van _____euro, 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