



## ATTEST INKOMSTENVERLIES

(in te vullen door de mutualiteit)

Betreft: Uw referte:  
Onze referte:  
Polisnummer:  
Schadegeval van:

De ondergetekende,

Naam: .....

Adres: .....

Verklaart dat:

Naam: .....

Adres: .....

Werkonbekwaam was ten gevolge van een ongeval op datum XXXXXX

..... % van ..... tot en met .....

..... % van ..... tot en met .....

..... % van ..... tot en met .....

Tijdens deze periode ontving de verzekerde volgende dagvergoedingen:

van ..... tot en met ....., ofwel

..... dagen aan ..... EUR = ..... EUR

van ..... tot en met ....., ofwel

..... dagen aan ..... EUR = ..... EUR

van ..... tot en met ....., ofwel

..... dagen aan ..... EUR = ..... EUR

**N.V. ARCES**

Lid van de P&V Groep  
info@arces.be  
schadegevallen@arces.be  
www.arces.be

**Maatschappelijke zetel:**

Route des Canons, 2 b  
B - 5000 NAMEN  
Tel : +32 81 74 43 44  
Fax : +32 81 74 49 17

**Uitbatingzetel**

Desguinlei, 92  
B - 2018 ANTWERPEN  
Tel : +32 3 259 19 70  
Fax : +32 3 259 19 71

RPR/BTW BE 0455.696.397

IBAN BE 20 06823473 3256  
BIC : GKCCBEBB

Verzekeringsonderneming erkend  
onder codenummer 1400

Er werd geen dagvergoeding betaald van ..... tot en met .....

Reden: .....  
.....  
.....  
.....

Opgemaakt op ..... te .....

Handtekening en stempel van de mutualiteit