



ATTEST INKOMSTENVERLIJES

(in te vullen door de werkgever)

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

De ondergetekende,

Naam:

Adres:

Verklaart dat:

Naam:

Adres:

In zijn dienst is als ARBEIDER / BEDIENDE, en dat deze betrokken was in een ongeval waaruit resulteert:

- een volledige werkonbekwaamheid van tot en met
- een gedeeltelijke werkonbekwaamheid aan % van tot en met
- de werkhervatting vanaf

Als de werknemer op normale wijze had gewerkt in deze periode, dan had deze een

BRUTO LOON ontvangen van EUR.

De werknemer heeft een gewaarborgd weekloon ontvangen:

bruto bedrag: EUR

periode van tot en met

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

O De werknemer heeft een gewaarborgd maandloon ontvangen:

bruto bedrag: EUR

periode van tot en met

O De werknemer heeft geen gewaarborgd week- of maandloon ontvangen:

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

Opgemaakt op te

Handtekening en stempel van de werkgever