



**In te vullen door uw ziekenfonds**

**ATTEST INKOMENSVERLIES**

---

Referentie/nummer dossier:.....

Datum van het ongeval:.....

Plaats van het ongeval:.....

De ondergetekende (ziekenfonds)

Naam en voornaam:.....

Adres:.....

verklaart dat :

Naam en voornaam:.....

Adres:.....

1) werkongeschikt was door een ongeval van (datum) ...../...../..... tot ...../...../..... inbegrepen

2) tijdens deze periode de volgende uitkeringen genoot

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

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

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

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

3) er geen uitkeringen meer betaald werden vanaf ...../...../.....

Reden:

.....  
.....  
.....

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

Te .....

Handtekening en stempel van het ziekenfonds

