

n.v. Van Hoofstadt Nico en Co.

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