



5

Gewonde : _____	Polis nr. : 515-891-118
Datum van ongeval : _____	Schade nr. : _____

### ATTEST VAN WERKGEVER

Netto-uurloon of maandwedde vóór het ongeval : \_\_\_\_\_ per uur - maand

Werkhervatting : Gedeeltelijk op : \_\_\_\_\_

Volledig op : \_\_\_\_\_

Loonderving door de werknemer :

Nettoloon gedurende de periode van arbeidsongeschiktheid

van \_\_\_\_\_ tot en met \_\_\_\_\_

Verlies van eindejaarsgratificatie, vakantiegeld, +

aanvullend vakantiegeld, of andere verlies

Te verminderen met netto-inkomsten zoals :

Gewaarborgd weekloon of maandwedde : \_\_\_\_\_

Aanvullend gewaarborgd maandloon : \_\_\_\_\_

Varia : \_\_\_\_\_

Totaal nettoloonverlies door de werknemer : \_\_\_\_\_

Stempel van de werkgever

Gedaan te :

Op :

### ATTEST VAN HET ZIEKENFONDS

#### I. BETREFFENDE DE LOONDERVING

Primaire vergoeding ontvangen : van \_\_\_\_\_ tot \_\_\_\_\_  
zijnde \_\_\_\_\_ dagen tegen \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_

De getroffene is niet door het Ziekenfonds vergoed voor de periode van \_\_\_\_\_ tot en met \_\_\_\_\_  
ten gevolge van : krenz — verlof — gewaarborgd weekloon — sanctie — niet in orde.

Stempel van het Ziekenfonds

Gedaan te :

op :

#### II. BETREFFENDE DE BEHANDELINGSKOSTEN

U gelieve een gedetailleerde staat op te maken met volgende vermeldingen :

- Datum prestaties
- Nomenclatuur
- Bedrag betaald door de getroffene
- Bedrag van uw tegemoetkoming
- Oorsprong van de behandelingskosten

Wij danken u in naam van de getroffene voor uw medewerking.