



## 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 25/07/2017

..... % 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

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

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

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

Handtekening en stempel van de mutualiteit

**Privacy notice**

Als verwerkingsverantwoordelijke stellen we alles in het werk om uw persoonsgegevens op een veilige en integere manier te verwerken en dit conform de geldende regelgeving inzake de persoonlijke levenssfeer en in het bijzonder de AVG, Algemene Verordening Gegevensverwerking (Verordening EU nr. 2016/679 van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens).

Alle details over ons privacybeleid vindt u terug op onze website « <https://www.arces.be/privacy> ».



**ARCES**

*MERK VAN P&V VERZEKERINGEN CVBA*

[www.arces.be](http://www.arces.be) | [info@arces.be](mailto:info@arces.be)

Verzekeringsonderneming erkend onder code 0058

BTW BE 0402 236 531 - RPR Brussel

IBAN BE20 0682 3473 3256 | BIC GKCCBEBB

**HOOFDZETEL**

Koningsstraat 151  
1210 Brussel

**ZETEL NAMEN**

Route de Louvain-la-Neuve, 10 bus 1  
5001 Namen  
Tel : +32 81 35 42 00  
Fax : +32 81 35 42 01

**ZETEL ANTWERPEN**

Desguinlei, 92  
2018 Antwerpen  
Tel : +32 3 259 19 70  
Fax : +32 3 259 19 71