



## ATTEST INKOMSTENVERLIES

(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 .....

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

**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> ».