



ATTESTATION PERTE DE REVENUS

(à remplir par l'employeur)

Concerne: Votre référence :
Notre référence :
N° Police :
Sinistre du :

Le soussigné,

Nom :

Adresse :

Déclare que :

Nom :

Adresse :

est à son service en tant qu' OUVRIER / EMPLOYE et qu'il (elle) a eu un accident avec pour conséquence :

une incapacité de travail complète du au

une incapacité partielle de % du au

la reprise du travail le

Si l'intéressé avait exercé normalement son travail pendant cette période, il aurait reçu un SALAIRE BRUT de EUR.

L'intéressé a reçu un salaire hebdomadaire garanti :

montant brut : EUR

période du au

L'intéressé a reçu un salaire mensuel garanti :

montant brut : EUR

période du au

O L'intéressé n'a pas reçu de salaire hebdomadaire ou mensuel garanti :

Raison :
.....
.....
.....

Fait le, à

Nom et cachet de la firme

Privacy notice

En qualité de responsable du traitement, nous mettons tout en œuvre pour traiter vos données à caractère personnel de manière sûre et intègre, et cela en conformité avec la réglementation en vigueur en matière de vie privée, et plus particulièrement avec le RGPD, Règlement général sur la protection des données (Règlement EU n° 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE).

Vous pouvez obtenir tous les détails relatifs à notre politique Vie Privée sur notre site :
<https://www.arces.be/privacy>