



## ATTESTATION PERTE DE REVENUS

(à remplir par la mutuelle)

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

Le soussigné,

Nom : .....

Adresse : .....

Déclare que :

Nom : .....

Adresse : .....

a subi une incapacité de travail due à un accident survenu le .....

..... % du ..... au ..... inclus

..... % du ..... au ..... inclus

..... % du ..... au ..... inclus

Pendant cette période, l'assurée a bénéficié des allocations suivantes :

du ..... au ..... inclus, soit  
..... jours à ..... EUR = ..... EUR

du ..... au ..... inclus, soit  
..... jours à ..... EUR = ..... EUR

du ..... au ..... inclus, soit  
..... jours à ..... EUR = ..... EUR

Aucune allocation n'a été payée du ..... au ..... inclus.

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

Fait le ....., à .....

Nom, qualité et cachet de la mutuelle

**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>