



onze referte :

**ATTEST IN TE VULLEN DOOR UW ZIEKENFONDS**

=====

Ondergetekende .....verklaart dat ons lid:

Naam:

werkongeschikt was ingevolge een ongeval vanaf .... / .... / ..... t/m .... / .... / .....

Tijdens deze periode genoot verzekerde de volgende uitkeringen:

van .... / .... / ..... t/m .... / .... / .....,

hetzij ..... dagen aan ..... BEF/EUR/dag(x) = ..... BEF/EUR.

Er werden geen uitkeringen meer betaald vanaf .... / .... / ..... t/m .... / .... / .....

Reden:

.....  
.....  
.....

naam of stempel

handtekening

(x) doorhalen wat niet past