

IN HOOFDLETTERS IN TE VULLEN DOOR DE MUTUALITEIT

CARENSTERMIJN *(in te vullen vanaf de 30^{ste} dag)*

Naam van de mutualiteit

Straat nr. bus

Postnummer Gemeente

Wij bevestigen dat voornoemde arbeid(st)er de primaire Z.I.V.-vergoedingen voor arbeidsongeschiktheid heeft ontvangen vanaf / / 20..... om reden van ongeval of ziekte, met uitsluiting van arbeidsongeschiktheid wegens beroepsziekte of arbeidsongeval.

De carenstermijn van 30 dagen werd bereikt op / / 20.....

Te, / / 20

Stempel van de mutualiteit

Handtekening :

.....