

MEDISCHE MACHTIGING LOONSCHADE EX ART. 6:107A BW

Ondergetekende (voorletters en naam werknemer)

Geboren (datum) te (plaats)

Woonadres

Postcode en woonplaats

verklaart dat hem/haar op (datum) een ongeval is overkomen, ten gevolge waarvan hij/zij letsel heeft opgelopen. In verband hiermee machtigt ondergetekende de hieronder genoemde bedrijfsarts, te weten:

Naam bedrijfsarts

Verbonden aan

Adres + Woonplaats

Naam arts/therapeut

Verbonden aan

Adres + Woonplaats

Naam arts/therapeut

Verbonden aan

Adres + Woonplaats

alle gewenste inlichtingen omtrent de aard van het letsel, de wijze van behandeling en de gevolgen te verstrekken aan de medische dienst, medisch adviseurs en schadebehandelaars van Van der Toorn Personenschade en dat zojuist genoemden deze informatie aan de medisch adviseur van de aansprakelijke verzekeraar ter beschikking mogen stellen, onder het beding dat van de verkregen inlichtingen binnen het kader van de schadebeoordeling strikt vertrouwelijk gebruik zal worden gemaakt.

Plaats:

Datum:

Handtekening: