

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 artsen, specialisten en paramedici uit de
behandelende sector alsmede die arbodiensten of bedrijfsartsen, te weten:

Naam arts Verbonden aan Adres Vestigingsplaats

Naam arts Verbonden aan Adres Vestigingsplaats

Naam arts Verbonden aan Adres Vestigingsplaats

Naam bedrijfsarts Verbonden aan Adres Postcode & vestigingsplaats

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

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 schadebehande-
laars van Randstad MKB Loonschade Services 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: