

Aanmeldformulier

Datum ongeval: _____

Gegevens werkgever

Naam: _____

Contactpersoon: _____

Adres: _____

Postcode en woonplaats: _____

Telefoon: _____

E-mail: _____

Rechtsvormbedrijf: _____

Gegevens werknemer

Naam: _____

Adres: _____

Postcode en woonplaats: _____

Telefoon: _____

Geboortedatum: _____

E-mail: _____

Werkzaamheden werknemer

Beroep: _____

Functie omschrijving: _____

Inkomen per maand bruto/netto: _____

Is er een CAO van toepassing? Ja Nee

Uitvoerige beschrijving van ongeval/probleem

Informatie met betrekking tot het letsel

Periode arbeidsongeschiktheid werknemer

Gemaakte kosten tot heden (zie: vervangende kracht/re-integratie enz.)

Arbo Instelling

Naam arbo instelling: _____

Naam arbo arts: _____

Adres: _____

Postcode en woonplaats: _____

Gegevens wederpartij

Naam: _____

Adres: _____

Postcode en woonplaats: _____

Naam verzekeraar van wederpartij: _____

Kentekervoertuig (indien van toepassing): _____

Polis/Schadenummer: _____