



Pensioenfonds Caribisch Nederland

Aanvraagformulier medische keuring invaliditeitspensioen

Naam:

Adres:

Telefoon:

E-mail:

Naam werkgever:

Naam bedrijfsarts:

Telefoon bedrijfsarts:

E-mail bedrijfsarts:

Naam huisarts:

Telefoon huisarts:

Naam specialist:

Telefoon specialist:

Ik machtig een door het bestuur aangewezen keuringsarts om bij de bedrijfsarts en mijn behandelend artsen (inclusief mijn huisarts) informatie over mij op te vragen. Deze toestemming betreft uitsluitend het opvragen van informatie, noodzakelijk voor de medische beoordeling in het kader van mijn aanvraag voor het invaliditeitspensioen. Informatie wordt niet aan derden verstrekt.

Ik machtig een door het bestuur aangewezen keuringsarts om over de uitkomst van de medische keuring medische informatie te verstrekken aan de bedrijfsarts.

Ondergetekende,

Datum:

Naam:

Handtekening: