

In te vullen door deelnemer:

Naam : _____

Adres : _____

Geboorte datum : _____

Eiland : _____ / Telefoon : _____

E-mail adres : _____

Naam huisarts : _____

Telefoon huisarts : _____

Naam specialist : _____

Telefoon specialist : _____

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

Ondergetekende (naam) _____

Handtekening: _____ Datum: _____

In te vullen door werkgever:

AO sinds (datum) : _____

Naam werkgever : _____

Naam bedrijfsarts : _____

E-mail bedrijfsarts : _____

Gewenste uit-dients-
datum : _____

Deelnemer afgekeurd door bedrijfsarts: Ja / Nee (omcirkelen wat van toepassing is)

Datum afkeuring : _____

Namens werkgever, naam _____

Handtekening: _____ Datum: _____