

Loonschadeformulier

(Voor de werkgever)

LETSELSCHADEBUREAU HAAGLANDEN BV

Bezoek adres: Eisenhowerlaan 77c

Post adres: Postbus 82018

2508 EA Den Haag

Tel: 070 - 3922715

Fax: 070 - 3922054

e-mail lsb.haaglanden@wxs.nl

Datum ongeval:

Schadenummer:

(Niet invullen)

GEGEVENS WERKGEVER

Naam:

Contactpersoon:

Adres:

Postcode en Woonplaats:

Telefoon:

Email:

Welke rechtsvorm heeft het bedrijf?

BV

VOF

Maatschap

NV

CV

Eenmanszaak

GEGEVENS WERKNEMER

Naam:

Adres:

Postcode en Woonplaats:

Telefoon:

Prive:

Zaak:

Geboortedatum:

Email:

Werknemer wenst rechtsbijstand van Letselschadebureau Haaglanden?

ja

nee

TOEDRACHT ONGEVAL

Uitvoerige toedrachtomschrijving:

INFORMATIE MET BETREKKING TOT HET LETSEL

Opgelopen letsel:

WERKZAAMHEDEN WERKNEMER

Beroep:

Functie omschrijving:

Inkomen:

Bruto: €

Netto: €

p/uur

p/week

p/dag

p/maand

Is er een CAO van toepassing?

ja

nee

ARBEIDSONGESCHIKTHEID WERKNEMER

Periode 1:

Van:

Tot:

Percentage:

Periode 2:

Van:

Tot:

Percentage:

Periode 3:

Van:

Tot:

Percentage:

ARBO INSTELLING

Naam arbo instelling:

Naam arbo arts:

Adres:

Postcode en Woonplaats:

GEGEVENS VAN DE WEDERPARTIJ

Naam:

Adres:

Postcode en Woonplaats:

Kenteken voertuig:

(Indien van toepassing)

VERZEKERAAR VAN DE WEDERPARTIJ

Naam:

Polis/Schadenummer:

Eventuele opmerkingen: