

## ONGEVALLLENVERZEKERING VOOR DE KNHB

---

### BEKNOPTE INSTRUCTIES

- 1 OVERLIJDEN:** Binnen 48 uur melden aan onze expert Cunningham Lindsey.  
**Telefoon: 088-CUNNINGHAM** oftewel: 088-2866464 (24 uur per dag)
- 2 MEDISCHE KOSTEN:** Verzekerd: medische kosten tot € 2.500,00\* en tandartskosten tot € 7.500,00\*.
  1. verzamel alle nota's die horen bij dit ongeval (maak hiervan een kopie voor uzelf);
  2. stuur ze in naar uw zorgverzekeraar;
  3. bij (gedeeltelijke) afwijzing de volgende stukken insturen aan Hienfeld:
    - de nota's of kopieën daarvan
    - de beslissing van uw zorgverzekeraar
    - het volledig ingevulde schadeformulier.
    - (niet volledig ingevuld wordt teruggestuurd)
- 3 INVALIDITEIT:** U bent verzekerd voor een eenmalige uitkering bij blijvende functionele invaliditeit ten gevolge van een ongeval. Tot een leeftijd van 70 jaar is het maximum verzekerd bedrag € 50.000,00\*, voor de leeftijd 70 jaar en ouder is dat € 5.000,00\*. U dient het volledig ingevulde formulier aan Hienfeld in te sturen, pas wanneer u met uw arts van mening bent dat er ten gevolge van het door u opgelopen letsel blijvende invaliditeit resteert. Bij het vaststellen van de blijvende invaliditeit door een arts wordt er geen rekening gehouden met uw beroep of hobby's.

---

### ONGEVAL

Onder ongeval wordt verstaan: een plotselinge, ongewilde, van buiten komende gewelddadige rechtstreekse inwerking op het lichaam van de verzekerde, welke geneeskundig vast te stellen lichamelijk letsel veroorzaakt en waarvan de dood, blijvende invaliditeit of geneeskundige (tandheelkundige) kosten het gevolg is/zijn.

### NIET VERZEKERD:

- Het Verplicht wettelijk eigen risico.
- Inkomstenderving, krukken, reiskosten en dergelijke.

### ALGEMEEN

- Volg strikt de aanwijzingen en het schema van het formulier. Deze verzekering geeft dekking aan leden, scheidsrechters, coaches, consuls, verzorgers, bestuursleden, commissieleden en vrijwilligers tijdens alle activiteiten georganiseerd door de hockeyvereniging of de KNHB.
- U dient zich na een ongeval met letsel meteen onder behandeling te stellen van een arts.
- Wij wijzen u erop dat u de nota's van medische- en tandheelkundige kosten eerst aan uw eigen zorgverzekeraar dient in te sturen, voordat u deze aan ons instuurt.
- Het verlies van of schade aan contactlenzen, brillen en gebitsbeschermers is gedekt tot maximaal € 125,00
- **Onvolledig ingevulde formulieren kunnen niet in behandeling worden genomen en zullen worden teruggestuurd.**

\* Genoemde bedragen zijn een momentopname en kunnen per seizoen wijzigen

## WAT TE DOEN BIJ EEN ONGEVAL ?

### SCHEMA VOOR INZENDING VAN SCHADEFORMULIER AAN VERZEKERAAR HIENFELD ASSURADEUREN

1. overlijden	<input type="checkbox"/> ja ▶	binnen 48 uur bellen naar <b>088-CUNNINGHAM</b> oftewel: 088-2866464 (24 uur per dag)	+	schadeformulier insturen aan Hienfeld
<input type="checkbox"/> nee	▼			
2. molestatie	<input type="checkbox"/> ja ▶	indien direct sprake van blijvende invaliditeit	<input type="checkbox"/> ja ▶	schadeformulier insturen aan Hienfeld
<input type="checkbox"/> nee	▼	<input type="checkbox"/> nee		
		ga naar vraag 4.		
3. blijvende invaliditeit	<input type="checkbox"/> ja ▶	direct merkbaar en zonder zicht op verbetering	<input type="checkbox"/> ja ▶	schadeformulier insturen aan Hienfeld
<input type="checkbox"/> nee	▼	<input type="checkbox"/> nee		
		uit behandeling ontslagen met blijvende invaliditeit	<input type="checkbox"/> ja ▶	schadeformulier insturen aan Hienfeld
		<input type="checkbox"/> nee		
4. medische/tandheeskundige kosten	<input type="checkbox"/> ja ▶	geheel vergoed door uw zorgverzekeraar	<input type="checkbox"/> ja ▶	geen schadeformulier insturen
<input type="checkbox"/> nee	▼	<input type="checkbox"/> nee		
		de kosten vallen onder het wettelijk eigen risico	<input type="checkbox"/> ja ▶	geen schadeformulier insturen
		<input type="checkbox"/> nee		
		indien geen dekking bij uw zorgverzekeraar	<input type="checkbox"/> ja ▶	schadeformulier insturen aan Hienfeld

- Info** : Voor algemene informatie kunt u telefonisch contact opnemen met de schadeafdeling van Hienfeld Assuradeuren Telefoon: 020-5469429
- Klachten** : Wij trachten uw schade zo goed mogelijk te behandelen. Mocht u desondanks een klacht hebben dan gelieve u zich te wenden tot AON Consulting optredend als uw belangenbehartiger namens de KNHB. AON Consulting, Paalbergweg 2-4, Amsterdam-Z.O., Telefoon: 020-4305300
- Voorwaarden** : De volledige voorwaarden liggen ter inzage op de districtskantoren van de KNHB en zijn te allen tijde bindend.
- Verzending** : Indien bovenstaand schema dit aangeeft gelieve u het volledig ingevulde schadeformulier in te sturen aan: Hienfeld Assuradeuren, Postbus 75133, 1070 AC Amsterdam, ter attentie van de Afdeling Medisch Varia Schade.

**dit deel bewaren**

**SCHADEFORMULIER ONGEVALLENVERZEKERING DE KNHB**

**1 VERENIGING**

- naam hockeyvereniging : .....

- verenigingsnummer : .....

- contactpersoon bij de hockeyvereniging

- naam : .....

- adres : .....

- postcode en woonplaats : .....

- telefoon overdag : .....

- datum: ..... handtekening/stempel: .....

**2 GETROFFENE**

- achternaam en voorletters : .....

- adres én huisnummer : .....

- postcode én woonplaats : .....

- telefoon overdag : .....

- **geboortedatum** : .....

- geslacht  Man  Vrouw

- lidnummer KNHB : .....

- **bankrekeningnummer** : .....

- IBAN + SWIFT nummer  : .....

- naam + volledig adres van uw bank  : .....

**3 ALGEMEEN**

- **datum ongeval:** ..... tijdstip: .....uur als:  speler  (assistent-)scheidsrechter  vrijwilliger  anders: .....

- ongeval tijdens:  wedstrijd, t.w.: ..... - .....

training of andere clubactiviteit, t.w.: .....

komen/gaan van de vereniging/activiteit

**indien voertuig bij ongeval betrokken:**

- kenteken auto('s): ..... naam bestuurder : .....

- is er politie proces-verbaal opgemaakt  Ja  Nee

- zo ja, welk bureau en in welke gemeente : .....

**mijn zorgverzekeraar:**

naam : .....

adres : .....

postcode/plaats : .....

eigen risico : € .....  het wettelijk verplicht eigen risico kunt u overigens ook niet op de KNHB verzekering verhalen

**omschrijf het ongeval en de toedracht:**

.....

.....

.....

.....

.....

 alleen in te vullen ten behoeve van een niet-Nederlandse bankrekening, vraag hierom bij uw bank.

#### 4 MEDISCH

- op welke datum werd de eerste geneeskundige hulp verleend: .....
- door:  EHBO naam en adres : .....
- huisarts naam en adres : .....
- ziekenhuis naam en adres: .....
- specialist naam en adres : .....
- duur van de behandeling : .....
- opnameduur ziekenhuis : .....

#### 5 ONGEVAL

- lichaamsdeel
- |   |  |   |                                   |
|---|--|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> hoofd              | <input type="checkbox"/> arm links/rechts *      | <input type="checkbox"/> been links/rechts *  | <input type="checkbox"/> nek      |
| <input type="checkbox"/> oog links/rechts * | <input type="checkbox"/> schouder links/rechts * | <input type="checkbox"/> knie links/rechts *  | <input type="checkbox"/> romp     |
| <input type="checkbox"/> oor links/rechts * | <input type="checkbox"/> pols links/rechts *     | <input type="checkbox"/> enkel links/rechts * | <input type="checkbox"/> rug      |
| <input type="checkbox"/> neus               | <input type="checkbox"/> hand links/rechts *     | <input type="checkbox"/> voet links/rechts *  | <input type="checkbox"/> bekken   |
| <input type="checkbox"/> gebit              | <input type="checkbox"/> vinger links/rechts *   | <input type="checkbox"/> teen links/rechts *  | <input type="checkbox"/> inwendig |
- overig, te weten: .....
- soort letsel
- |   |                                       |  |                                       |
|---|---------------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> schaafwond             | <input type="checkbox"/> snijwond     | <input type="checkbox"/> breuk         | <input type="checkbox"/> amputatie    |
| <input type="checkbox"/> kneuzing               | <input type="checkbox"/> scheuring    | <input type="checkbox"/> uit de kom    | <input type="checkbox"/> overlijden   |
| <input type="checkbox"/> verstuiking/verrekking | <input type="checkbox"/> ontwrichting | <input type="checkbox"/> verbrijzeling | <input type="checkbox"/> overig ..... |
- \* doorstrepen wat niet van toepassing is.
- invaliditeit : is er sprake van blijvend letsel of aanzienlijke kans hierop ?  JA  NEE
- doodsoorzaak : .....
- welke personen waren bij het ongeval aanwezig: .....
- (namen en adressen van getuigen vermelden) .....

#### MEDISCHE EN TANDHEELKUNDIGE KOSTEN TEN GEVOLGE VAN HET ONGEVAL

nota van	bedrag	vergoed door uw zorgverzekeraar	bedrag	uw claim bij Hienfeld
	€		€	€
	€		€	€
	€		€	€
	€		€	€
	€		€	€
	€		€	€

kopie nota's + afwijzing van eigen zorgverzekeraar meesturen !

**TOTAAL** €

#### 6 SLOTVERKLARING

ondergetekend verklaart hiermede dat vorenstaande gegevens in ieder opzicht naar waarheid en volledig zonder voorbehoud zijn verstrekt en zich er van bewust is dat bij niet nakoming daarvan, dit tot verlies leidt van aanspraken op enige uitkering uit de polis.

**Handtekening** getroffen/belanghebbende (bij minderjarigheid van de verzekerde: ouder/voogd):

plaats: ..... datum: .....