

## ONGEVALLLENVERZEKERING VOOR DE AMATEURSECTIE VAN DE KNVB

### BEKNOPTENSTRUCTIES

- 1 OVERLIJDEN:** Binnen 48 uur melden aan onze expert Cunningham Lindsey.  
**Telefoon: 010 - 3009000 (7 dagen per week, 24 uur per dag)**  
Bij overlijden ten gevolge van een ongeval is € 20.000,00\* verzekerd
- 2 MEDISCHE KOSTEN:** Verzekerd: medische kosten tot € 500,00\* en tandartskosten tot € 1.000,00\*.  
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 19 jaar is het maximum verzekerd bedrag € 75.000,00\*, voor de leeftijd 19 jaar en ouder is dat € 37.500,00\*. 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 (tandheeskundige) kosten het gevolg is/zijn.

### NIET VERZEKERD:

- Kosten welke vallen onder het eigen risico van uw zorgverzekeraar.
- No-claim verlies bij uw zorgverzekeraar.
- Schade aan brillen, uitneembare gebitsprothesen, kleding, 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 voetbalvereniging of de KNVB.

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 tandheeskundige kosten eerst aan uw eigen zorgverzekeraar dient in te sturen, voordat u deze aan ons instuurt. Vergoed worden de, binnen 730 dagen na de dag van het door deze polis gedekte ongeval, medisch noodzakelijk gemaakte kosten.

Voor scheidsrechters geldt in een aantal gevallen een uitgebreidere dekking. U kunt bij Hienfeld hiervoor een aanvullend schade formulier aanvragen.

Ten aanzien van een spelend lid, trainer of coach biedt deze polis, tijdens wedstrijd of training dekking voor het overlijdensrisico als gevolg van een acute hartstilstand/herseneninfarct voor een bedrag van € 2.000,00\*.

**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 W.A. HIENFELD B.V.

<b>1. overlijden</b>	<input type="checkbox"/> ja ►	binnen 48 uur bellen naar <b>010-3009000</b> (7 dagen per week, 24 uur per dag)	+	schadeformulier insturen aan Hienfeld
<input type="checkbox"/> nee T				
<b>2. molestatie</b>	<input type="checkbox"/> ja ►	indien direct sprake van blijvende invaliditeit	<input type="checkbox"/> ja ►	schadeformulier insturen aan Hienfeld
<input type="checkbox"/> nee T		<input type="checkbox"/> nee T ga naar vraag 4.		
<b>3. blijvende invaliditeit</b>	<input type="checkbox"/> ja ►	direct merkbaar en zonder zicht op verbetering	<input type="checkbox"/> ja ►	schadeformulier insturen aan Hienfeld
<input type="checkbox"/> nee T		<input type="checkbox"/> nee T		
		uit behandeling ontslagen met blijvende invaliditeit	<input type="checkbox"/> ja ►	schadeformulier insturen aan Hienfeld
		<input type="checkbox"/> nee		
	◀			
<b>4. medische (tandheelkundige) kosten</b>	<input type="checkbox"/> ja ►	geheel vergoed door uw zorgverzekeraar	<input type="checkbox"/> ja ►	geen schadeformulier insturen
<input type="checkbox"/> nee T		<input type="checkbox"/> nee T		
		de kosten vallen onder uw eigen risico of no-claim	<input type="checkbox"/> ja ►	geen schadeformulier insturen
		<input type="checkbox"/> nee T		
	►	indien geen dekking bij zorgverzekeraar	<input type="checkbox"/> ja ►	schadeformulier insturen aan Hienfeld

**Info:** Voor algemene informatie kunt u telefonisch contact opnemen met de schade-afdeling van W.A. Hienfeld B.V., 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 KNVB. AON Consulting, Paalbergweg 2-4, Amsterdam-Z.O., Telefoon: 020-4305300

**Polisvoorwaarden:** De volledige voorwaarden liggen ter inzage op de districtskantoren van de KNVB en zijn te allen tijde bindend.

**Verzending:** Indien bovenstaand schema dit aangeeft gelieve u het volledig ingevulde schadeformulier in te sturen aan: **W.A. Hienfeld B.V., Postbus 75133, 1070 AC Amsterdam, ter attentie van de afdeling Medische Varia Schade.**

**SCHADEFORMULIER ONGEVALLENVERZEKERING VAN DE AMATEURSECTIE VAN DE KNVB**

**0 VERENIGING**

- naam voetbalvereniging : \_\_\_\_\_
- verenigingsnummer : \_\_\_\_\_
- contactpersoon bij de voetbalvereniging
  - 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 KNVB : \_\_\_\_\_
- **(post-) 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** .....  Dit eigen risico kunt u overigens ook niet op de KNVB verzekering verhalen

**omschrijf het ongeval en de toedracht:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

**dit deel inzenden**

**O MEDISCH**

- op welke datum werd de eerste geneeskundige hulp verleend: \_\_\_\_\_

- door:  EHBO naam en adres : \_\_\_\_\_

huisarts naam en adres : \_\_\_\_\_

ziekenhuis naam en adres : \_\_\_\_\_

U 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"/> a gebit	<input type="checkbox"/> Vinger links/rechts*	<input type="checkbox"/> teen links/rechts*	<input type="checkbox"/> a inwendig
<input type="checkbox"/> 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  aNEE

- 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
	€		€	€
	€		€	€
	€		€	€
	€		€	€
	€		€	€
	€		€	€
<b>kopie nota's + afwijzing van eigen zorgverzekeraar meesturen !</b>				
			<b>TOTAAL</b>	€

**6 SLOTVERKLARING**

ondergetekende 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: \_\_\_\_\_