

## ONGEVALLenVERZEKERING VAN DE KNLTB

**KNLTB**

### BEKNOPTE INSTRUCTIES

- 1 OVERLIJDEN:** Binnen 48 uur melden aan onze expert Cunningham Lindsey.  
**Telefoon: 088-286 64 64 (7 dagen per week, 24 uur per dag).**  
  
Bij overlijden ten gevolge van een ongeval is € 15.000,00 verzekerd.  
Tot een leeftijd van 16 jaar is dit € 3.000,00.  
De verzekerde som voor de leeftijd van 70 jaar en ouder is € 6.000,00.
- 2 TANDARTSKOSTEN:** Verzekerd: tandartskosten tot € 250,00\*.
  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 € 30.000,00\*, voor de leeftijd 70 jaar en ouder is dat € 15.000,00\*. 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 (tandheeskundige) kosten het gevolg is/zijn.

### NIET VERZEKERD:

- Kosten welke vallen onder het verplicht eigen risico van uw zorgverzekeraar.
- Schade aan brillen, uitneembare gebitsprothesen, kleding, inkomstenderving, krukken, reiskosten en dergelijke.

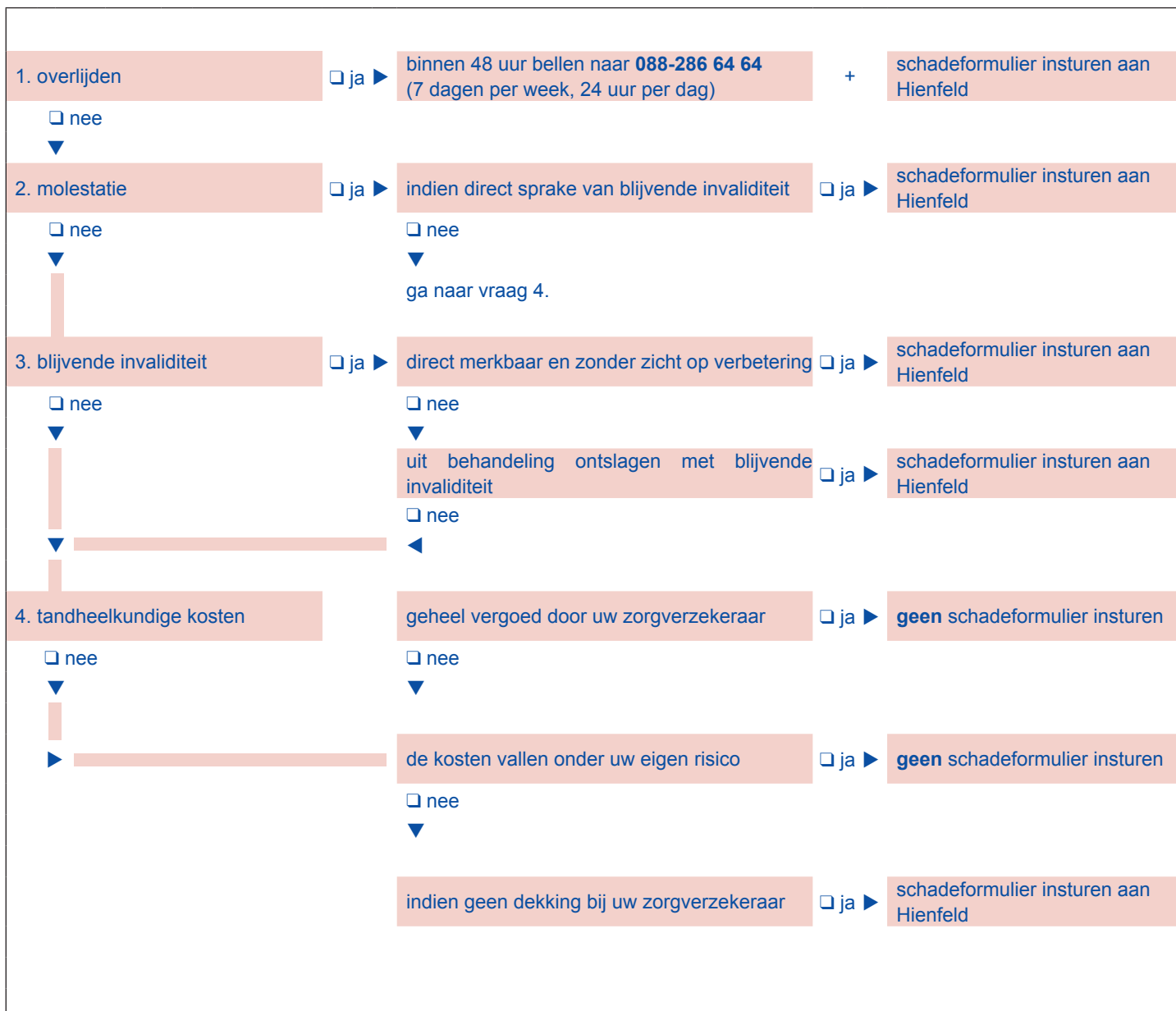
### ALGEMEEN

- Volg strikt de aanwijzingen en het schema van het formulier. Deze verzekering geeft dekking aan KNLTB bondsleden, tijdens wedstrijden/trainingen, vrijetijdsbesteding op/rondom de tennisbaan en verenigingsgebouw, activiteiten georganiseerd door de vereniging en het komen en gaan van de vereniging of activiteit.
- 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 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.
- **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.



- Info** : Voor algemene informatie kunt u telefonisch contact opnemen met de schadeafdeling van W.A. Hienfeld B.V., telefoon: 020-5 469 429
- Voorwaarden** : De volledige voorwaarden liggen ter inzage op de districtskantoren van de KNLTB 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 Medisch Varia Schade.

dit deel bewaren

SCHADEFORMULIER ONGEVALLENVERZEKERING VAN DE KNLTB

**1 VERENIGING**

- naam tennisvereniging : .....

- verenigingsnummer : .....

- contactpersoon bij de tennisvereniging

- 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 KNLTB : .....

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

- IBAN + SWIFT nummer ♦ : .....

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

---

**3 ALGEMEEN**

- **datum ongeval:** ..... tijdstip: ..... uur als:  speler  vrijwilliger  anders: .....

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

training of andere verenigingsactiviteit, 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 : € ..... ⇐  Verplicht (basis)  Vrijwillig

**omschrijf het ongeval en de toedracht:**

.....

.....

.....

.....

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

# SCHADEFORMULIER ONGEVALLERVERZEKERING VAN DE KNLTB

## 4 MEDISCH

- op welke datum werd de eerste geneeskundige hulp verleend : .....
- door  EHBO naam en adres : .....
- huisarts 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"/> oor   | links/rechts *                  | <input type="checkbox"/> pols     | links/rechts *                | <input type="checkbox"/> enkel | links/rechts *                    |
| <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"/> verstuing/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) .....

### 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 : .....