Studierendenwerk Münster
Unfallsachbearbeitung - Herr Bröcker
Bismarckallee 5 48151 Münster
Als beauftragte Stelle der Westfälischen Wilhelms-Universität für die Anmeldung von Unfällen

Fax 0251 / 837-9481

Unfallanzeige für Studierende

der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

Name, Vorname des Versicherten		Matrikel-Nr.	Geburtsdatum Tag Monat Jahr
Anschrift Straße, Hausnummer		PLZ	Wohnort
Geschlecht männlich ☐ weiblich ☐	Staatsangehörigkeit	Name und Anschrift der gesetzlichen Vertreter (i.d.R. Eltern bis zum 18. Lebensjahr)	
Tödlicher Unfall ? ja nein ☐ ☐	Unfallzeitpunkt Tag Monat Jahr	Stunde Minute	Unfallort (genaue Orts-u.Straßenangabe mit PLZ

Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (insbesondere Art der Veranstaltung, bei Sportunfällen auch Sportart)

Krankenversichert bei (Name und Anschrift der Versicherung):

Die Angaben beruhen auf der Schilderung ☑ des Versicherten ☐ anderer Person

Anläßlich welcher Universitätsveranstaltung ereignete sich der Unfall ?z.B. Vorlesung, Seminar, Hochschulsport, Praktikum

Unter welcher Nummer des Vorlesungsverzeichnisses der WWU ist die genannte Veranstaltung aufgeführt?	Verletzte Körperteile	Art der Verletzung
Hat der Versicherte wegen des Unfalls den Besuch der Universität unterbrochen?	☐ nein ☐ sofort ☐ später am	Tag Monat Stunde
Hat der Versicherte den Besuch der Universität wieder aufgenommen?	☐ nein ☐ ja am	Tag Monat Jahr

Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift von Zeugen) War diese Person Augenzeuge? ☐ ja ☐ nein

Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhaus	Beginn und Ende des Besuchs der Hochschulveranstaltung am Unfalltag (regulär - also wenn Sie keinen Unfall gahabt hätten) Beginn: Uhr Ende: Uhr

Ich erkläre, die vorstehenden Fragen wahrheitsgemäß beantwortet zu haben. Ich bin mir dessen bewusst, dass vorsätzlich unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____ Telefon-Nr./E-Mail für Rückfragen _____