

**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 <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>	Staatsangehörigkeit	Name und Anschrift der gesetzlichen Vertreter				
Tödlicher Unfall ? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	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)						
Die Angaben beruhen auf der Schilderung <input type="checkbox"/> des Versicherten <input type="checkbox"/> 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?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> sofort <input type="checkbox"/> später am		Tag	Monat	Stunde
Hat der Versicherte den Besuch der Universität wieder aufgenommen?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja am		Tag	Monat	Jahr
Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift von Zeugen)			War diese Person Augenzeuge? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhaus			Beginn und Ende des Besuchs der Hochschulveranstaltung am Unfalltag (regulär) 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