



# Unfallanzeige für Studierende

der Universität Münster

Unfallsachbearbeitung  
Fon: 0251 - 83 79 288  
[Unfallsachbearbeitung@stw-muenster.de](mailto:Unfallsachbearbeitung@stw-muenster.de)  
Bismarckallee 5, 48151 Münster

Name, Vorname der versicherten Person				Matrikel-Nr.		Geburtsdatum		Tag	Monat	Jahr
Anschrift Straße, Hausnummer				PLZ		Ort				
Geschlecht		männlich <input type="checkbox"/>	weiblich <input type="checkbox"/>	divers <input type="checkbox"/>	Staatsangehörigkeit					
Name und Anschrift der gesetzlich Vertretungsberechtigten (i.d.R. Eltern bis zum 18. Lebensjahr)										
Tödlicher Unfall ?		Unfallzeitpunkt			Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)					
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Tag	Monat	Jahr	Stunde	Minute				
Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (insbesondere Art der Veranstaltung, bei Sportunfällen auch Sportart)										
Die Angaben beruhen auf der Schilderung <input type="checkbox"/> der versicherten Person <input type="checkbox"/> anderer Person										
Krankenversichert bei (Name und Anschrift der Versicherung): <input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> Privat versichert										
Anlässlich welcher Universitätsveranstaltung ereignete sich der Unfall ? z.B. Vorlesung, Seminar, Hochschulsport, Praktikum										
Unter welcher Nummer des Vorlesungsverzeichnisses der Uni Münster / des Hochschulsports ist die genannte Veranstaltung aufgeführt?				Verletzte Körperteile			Art der Verletzung			
Hat die Versicherte Person wegen des Unfalls den Besuch der Universität unterbrochen?						Tag	Monat	Stunde	Minute	
<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja, sofort		<input type="checkbox"/> später am:						
Hat die versicherte Person den Besuch der Universität wieder aufgenommen?						Tag	Monat	Jahr		
<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> später am:								
Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift von Zeugen)						War diese Person Augenzeuge?				
						<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		
Erstbehandlung: Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses										
Beginn und Ende des Besuchs der Hochschulveranstaltung am Unfalltag (regulär - als wenn Sie keinen Unfall gehabt hätten)						Stunde	Minute	Ende	Stunde	Minute
Beginn										

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 / E-Mail für Rückfragen