



Registrationsformular

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Natel: _____

Email: _____

Notfallnummer: _____

Wichtig/Important:

Mit meiner Unterschrift nehme ich zur Kenntnis, dass ich durch die Universität Zürich NICHT gegen Betriebs- und Nichtbetriebsunfälle versichert bin. Ich verpflichte mich, für den nötigen Versicherungsschutz selbst zu sorgen und entbinde die Universität Zürich im Schadensfalle von jeglicher finanzieller Verantwortung. Sollte meine in der Schweiz gesetzlich vorgeschriebene Krankenversicherungspflicht durch eine ausländische Versicherung gedeckt sein, so bestätige ich, dass meine ausländische Krankenversicherung auch in der Schweiz generierte Krankheits- und Heilungskosten deckt.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters /

Unterschrift der gesetzlichen Vertreterin: _____