

Allianz Global Corporate & Specialty SE

	Schaden-Nr.	Vertretung Nr. (Stempel)
	Versicherungsschein-Nr.	
	Versichertes Risiko	
Allianz Global Corporate & Specialty SE, 81724 München	Beruf des Versicherungsnehmers	
Versicherungsnehmer	Schadentag	Uhrzeit (Bitte Schadendatum vollständig angeben)
Straße, Haus-Nr. oder Postfach	Schadenort (Anschrift mit Postleitzahl)	
Postleitzahl, Ort	Konto-Nr. des Versicherungsnehmers	Bankleitzahl
	Kontoinhaber	
	Name und Anschrift des Geldinstituts	
	Telefon mit Vorwahl geschäftlich	privat
	Telefax	

Schadenanzeige Luftfahrt-Haftpflicht

Bei Schäden mit Beteiligung eines Luftfahrzeugs bitte die **Zusätzliche Schadenanzeige bei Schäden im Zusammenhang mit Luftfahrzeugen** beifügen

Zur Beachtung *Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet dieses Formular vollständig und wahrheitsgetreu auszufüllen und unverzüglich zurückzusenden. Das Formular darf nicht dem Geschädigten zur Beantwortung übergeben werden. Der Versicherungsnehmer ist nicht berechtigt, ohne ausdrückliche Einwilligung der Gesellschaft den Haftpflichtanspruch ganz oder Teilweise anzuerkennen oder zu befriedigen (vergleiche § 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung).*

1.1 Zu- und Vorname bzw. Firma des Geschädigten Bei mehreren Geschädigten bitte je eine gesonderte Schadenanzeige Luftfahrt-Haftpflicht verwenden. (Bitte in Blockschrift)	
1.2 Straße, Haus-Nr	
1.3 Postleitzahl, Wohnort	
1.4 Tel.-Nr. mit Vorwahl; Telefax-Anschluß	
1.5 Konto-Nr. mit Bankleitzahl, wenn bekannt Kontoinhaber Geldinstitut (Name, Anschrift, Filiale)	
1.6 Beruf	
1.7 Wenn nicht selbständig, wo beschäftigt	

2.1 Besteht zwischen Ihnen und dem Geschädigten ein Familien- oder Verwandtschaftsverhältnis?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, w elches
2.2 Ist Geschädigter in Ihre Hausgemeinschaft aufgenommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, w elches
2.3 Besteht zwischen Ihnen und dem Geschädigten ein Arbeits-, Lohn-, Miet- oder sonstiges Vertragsverhältnis?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,
2.4 Steht der Geschädigte in einem sonstigen Rechtsverhältnis zu Ihnen, bzw. zu einem Mitversicherten (s. u. Ziff. 5. 1)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in w elchem

3 Was war der Anlaß und wie war der Hergang des Schadenfalles?
Bitte beantworten Sie diese Frage möglichst ausführlich und umfassend. Die Schilderung, falls erforderlich, auf einem gesonderten Blatt fortsetzen, und durch eine einfache Skizze erläutern.

	1. Zeuge	2. Zeuge
4 Welche Personen waren Augenzeuge		
4.1 Zuname		
4.2 Vorname		
4.3 Beruf		
4.4 Straße, Haus-Nr. Postleitzahl, Wohnort		
4.5 Telefon, Telefax		
4.6 Welche Polizeidienststelle hat das Schadereignis aufgenommen?		
4.7 Ist der Vorgang bereits an die Staatsanwaltschaft abgegeben, ggfs. an welche, Aktenzeichen?		
5.1 Mit welcher Begründung werden Sie bzw. ein Mitversicherter (z.B.Pilot, Flugzeugwart, Vereinsmitglied) in Anspruch genommen?		
5.2 Name, Geburtsdatum und Anschrift des Mitversicherten		
5.3 Hat der Geschädigte Ihrer Meinung nach den Schadenfall ganz oder teilweise selbst verschuldet	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, inwiefern	
6.1 Sind Schadenersatzansprüche gegen Sie erhoben worden . . .	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar	<input type="checkbox"/> mündlich <input type="checkbox"/> schriftlich (Schriftstücke bitte beifügen)
6.2 Sind die Schadenersatzansprüche Ihrer Meinung nach zu hoch Möglichst eingehende Begründung, ggf. auf gesondertem Blatt		
6.3 Sind Sie mit der Zahlung einer etwaigen Entschädigung unmittelbar an den Ansprucherhebenden einverstanden Wenn nein aus welchem Grund	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
7 Nur ausfüllen bei Pers.-schäden, bei mehreren geschädigten Pers. bitte jeweils eine gesonderte Schadenanzeige Luftfahrt-Haftpflicht einreichen.		
7.1 Worin besteht die Verletzung?		
7.2 Welcher Arzt oder welches Krankenhaus behandelte die verletzte Person? Name, Abteilung, Anschrift		
7.3 Geburtsdatum der verletzten Person		
7.4 Familienstand der verletzten Person	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden	
7.5 Sind Kinder vorhanden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Anzahl	im Alter von
7.6 Besteht ein Anspruch der verletzten Person auf Entschädigung von dritter Seite (Krankenhaus, Berufsgenossenschaft oder dergl.)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von	<input type="checkbox"/> unbekannt
8 Nur ausfüllen bei Sachschäden	Beschädigte Sachen zum Beweis aufheben!	
8.1 Welche Sachen wurden beschädigt?		
8.2 Worin besteht die Beschädigung?		
8.3 Wann und zu welchem Preis sind die beschädigten Sachen nach Ihrer Kenntnis angeschaft worden?	Datum	EUR
	Datum	EUR
8.4 Ist eine Reparatur möglich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
8.5 Wie hoch schätzen Sie den Schaden?		EUR
8.6 Ist dabei berücksichtigt, daß die Sachen schon abgenützt oder beschädigt waren?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
8.7 Sind die beschädigten Sachen nach Ihrer Kenntnis versichert (Feuer-, Glas, Leitungswasser-, Leuchtröhren-, Fahrzeug-Versicherung usw.)? Wurde der Schadenfall dort angezeigt .	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei	
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Versicherungsschein Nr.
8.8 Ist der Geschädigte nach Ihrer Kenntnis zum Vorsteuerabzug berechtigt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> unbekannt
9.1 Hatten Sie oder ein Mitversicherter die beschädigte Sache gemietet, gepachtet, geliehen oder in Verwahrung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, nämlich	von bis
9.2 Haben Sie oder ein Mitversicherter eine Tätigkeit an oder mit der beschädigten Sache bzw. an oder mit Teilen davon ausgeübt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche	

Vorstehende Fragen sind von mir nach bestem Gewissen wahrheitsgetreu beantwortet.
Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers bzw. der gesetzl. Vertreter

Die Rechtsprechung des BGH veranlaßt uns zu dem vorsorglichen Hinweis, dass bewusst unwahre oder unvollständige Angaben auch dann zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können, wenn diese Angaben keinen Einfluß auf die Feststellung des Versicherungsfalles oder auf die Feststellung bzw. den Umfang der Versicherungsleistung gehabt haben.

Besondere Mitteilungen (insbesondere zur Schadenhöhe 6.2)

Vom Vertreter
oder der
Geschäftsstelle
auszufüllen