

Schadenanzeige Luftfahrt Haftpflicht

Seite 1 von 2

Versicherungsnehmer	Versicherungs-schein-Nr.		
	Name, Vorname bzw. Firmierung		
	Straße		Haus-Nr.
	PLZ	Ort	Land
	Telefon		Fax
	Mobil		E-Mail
	Kredit-Institut		Konto-Inhaber
	Konto-Nr.		BLZ
	IBAN		BIC
	Halter/Eigentümer des Lfz (nur wenn nicht mit Versicherungsnehmer identisch)		

Luftfahrzeugführer	Name, Vorname		Straße, Haus-Nr.	
	PLZ	Ort	Land	
	Geburtsdatum	Geburtsort	Nationalität	
	Telefon		Fax	
	Mobil		E-Mail	
	Art des Luft-Fahrerscheins	Ausstellungs-Datum	Gültig bis	Ausstellende Behörde

Geschädigter	Bei mehreren Geschädigten bitte je eine gesonderte Schadenanzeige verwenden.		
	Name, Vorname bzw. Firmierung		
	Straße		Haus-Nr.
	PLZ	Ort	Land
	Telefon		Fax
	Mobil		E-Mail
	Kredit-Institut		Konto-Inhaber
	Konto-Nr.		BLZ
	IBAN		BIC
	Besteht zwischen Ihnen und dem Geschädigten ein Verwandtschaftsverhältnis? Wenn ja, welches?		
Wohnt der Geschädigte mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft?			
Besteht zwischen Ihnen bzw. einem Mitversicherten und dem Geschädigten ein sonstiges Rechtsverhältnis? Wenn ja, welches?			

Schadenanzeige Luftfahrt Haftpflicht

Seite 2 von 2

Schaden

Schaden- tag	Uhrzeit	Ort	Land
Welche Polizeidienststelle nahm den Unfall auf?			
Welche Personen waren Zeugen des Unfalls? Bitte Namen, Anschriften und Kontaktdaten angeben.			
Genauere Darstellung des Unfallhergangs (Bitte Skizze, Fotos und schriftlichen Bericht des Luftfahrzeugführers beifügen):			

**Angaben bei
 Kollision mit
 anderem
 Luftfahrzeug/
 Fahrzeug**

Name, Anschrift des Halters		
Tel./Fax/E-Mail des Halters		
Name, Anschrift des Führers		
Tel./Fax/E-Mail des Führers		
Fahrzeugart	Baumuster	Amtliches Kennzeichen
Versicherer und Versicherungs- schein-Nr. des Kollisionsgegners		
Sonstige am Unfall Beteiligte		
Beschreibung der Schäden am Luftfahrzeug		

Unterschrift

Mir ist bekannt, dass bewusst unwahre oder lückenhafte Angaben auch dann zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können, wenn sie keinen Einfluss auf die Feststellung des Versicherungsfalles oder die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers gehabt haben.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------