

Schadenanzeige Luftfahrtversicherung – Kasko

Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus und nehmen keine Querverweise auf andere Berichte vor.

Versicherungsnehmer:in/ Ansprechpartner:in

Versicherungsnehmer:in		Halter:in/ Eigentümer:in des Luftfahrzeugs (nur wenn nicht identisch mit dem Versicherungsnehmer:in)	
Ansprechpartner:in			
Anrede	Vorname	Nachname	Versicherungsschein-Nr.
Straße/ Haus-Nr.		Land	PLZ
		Ort	
Telefon		E-Mail	
Ist Ihr Unternehmen zum Vorsteuerabzug berechtigt?			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			

Angaben zum versicherten Luftfahrzeug

Luftfahrzeugtyp		Kennzeichen	
Liegt ein Registerpfandrecht/ Sicherungsschein vor?		Wenn ja, zu wessen Gunsten?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Zelle			
Hersteller		Baumuster/ Typ	Baujahr
Werk-Nr.		Stunden insgesamt	Stunden seit Grundüberholung
Einschränkung lt. Zulassung			Datum der letzten Jahresnachprüfung
Motor(en)			
Hersteller		Baumuster/ Typ	Baujahr
Werk-Nr.		Stunden insgesamt	Stunden seit Grundüberholung
Datum/ Ort der letzten Jahresnachprüfung			
Avionik			
<input type="checkbox"/> VFR <input type="checkbox"/> IFR			

Angaben zum Flug

Anzahl Personen an Bord	Gewicht Passagiere	Gewicht Gepäck
Treibstoffmenge am Startort		

Verantwortliche:r Pilot:in (oder Fluglehrer:in)

Anrede	Vorname	Nachname	
Straße/ Haus-Nr.	Land	PLZ	Ort

Fluglizenz

Art des Luftfahrtscheins	Ratings (Flugzeugtypen)	Sonstige Berechtigungen
Ausstellungsdatum	Gültigkeitsdatum	Behörde

Zweiter: Pilot:in (oder Flugschüler:in, etc.)

Anrede	Vorname	Nachname	
Straße/ Haus-Nr.	Land	PLZ	Ort

Fluglizenz

Art des Luftfahrtscheins	Ratings (Flugzeugtypen)	Sonstige Berechtigungen
Ausstellungsdatum	Gültigkeitsdatum	Behörde

Angaben zum Schadenhergang

Datum des Unfalls	Ort des Unfalls	Uhrzeit des Unfalls	
Startflugplatz	Geplante Startzeit	Zielflugplatz	Geplante Landezeit

Erfolgte eine Unfallanzeige an die Polizeidienststelle?

Ja (Anschrift, Aktenzeichen der Dienststelle bekanntgeben): Nein

Erfolgte eine Anzeige an die Bundesstelle für Flugunfalluntersuchung (BFU) oder eine vergleichbare Stelle?

Ja (Aktenzeichen bekanntgeben): Nein

Genaue Darstellung des Unfallhergangs

--

Zeug:innen/ Sonstige Personen, die an der Entstehung des Schadens beteiligt waren oder sein könnten (1)
(bei mehr als zwei Personen bitte ein zusätzliches Blatt verwenden)

<input type="checkbox"/> Zeug:in				<input type="checkbox"/> Beteiligte Person			
Anrede	Vorname			Nachname			Telefon
Straße/ Haus-Nr.				Land	PLZ	Ort	

Zeugen/ Sonstige Personen, die an der Entstehung des Schadens beteiligt waren oder sein könnten (2)
(bei mehr als zwei Personen bitte ein zusätzliches Blatt verwenden)

<input type="checkbox"/> Zeug:in				<input type="checkbox"/> Beteiligte Person			
Anrede	Vorname			Nachname			Telefon
Straße/ Haus-Nr.				Land	PLZ	Ort	

Angaben zur Beschädigung des versicherten Luftfahrzeugs

Beschädigung der Zelle	Beschädigung der Triebwerke und -anlage	Beschädigung an Instrumenten, Funk - und Navigationsgeräten
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Vorschäden

Sind Vorschäden vorhanden?	Wenn ja, Höhe des Vorschadens
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Art der aktuellen Beschädigung	Geschätzte Schadenhöhe in EUR/ USD
<input type="checkbox"/> Teilschaden <input type="checkbox"/> voraussichtlicher Totalschaden	

Derzeitige Lage des Luftfahrzeugs	Getroffene Sicherheitsmaßnahmen vor Ort

Hat eine Bergung bereits stattgefunden?	Wenn ja, durch welche Firma?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Allgemeine Bestimmungen/ Datenschutz

Vorstehende Fragen sind vom Unterzeichnenden nach bestem Wissen wahrheitsgetreu beantwortet worden. Mir ist bekannt, dass bewusst unwahre oder unvollständige Angaben können zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

Erklärung zur Datenverwendung: Mit meiner Unterschrift **willige ich ein**, dass die in dieser Schadenanzeige erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten personenbezogenen Daten zur Leistungsprüfung durch die Delvag Versicherungs-AG erhoben, gespeichert und genutzt werden.

Unsere Datenschutzhinweise finden Sie auf www.delvag.de.

Mit meiner Unterschrift **erkläre ich**, dass ich die Datenschutzhinweise der Delvag zur Kenntnis genommen habe.

Ort/Datum	Unterschrift

Delvag Versicherungs-AG, Sitz der Gesellschaft: Venloer Straße 151-153, 50672 Köln, Registereintrag: Amtsgericht Köln HRB 623,
Vorsitzender des Aufsichtsrates: Dr. Roland Busch, Vorstand: Martin Schmatz, Tobias Winkler