

**Bitte zurücksenden an:**  
Delvag Versicherungs-AG  
Venloer Straße 151-153  
D-50672 Köln  
Telefon: +49 221 8292-385/-341  
Fax: +49 221 8292-102  
E-Mail: claims@delvag.de

## Schadenmeldung Luftfahrtversicherung – Haftpflicht

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

### Versicherungsnehmer:in/ Ansprechpartner:in

Anrede	Vorname	Nachname	Versicherungsschein-Nr.	
Straße/ Haus-Nr.		Land	PLZ	Ort
Telefon		E-Mail		

### Angaben zum schadenverursachenden Luftfahrzeug

Luftfahrzeugtyp	Kennzeichen
-----------------	-------------

### Angaben zum Schadenhergang

Datum des Unfalls	Ort des Unfalls	Uhrzeit des Unfalls	
Startflugplatz	Geplante Startzeit	Zielflugplatz	Geplante Landezeit
Erfolgte eine Unfallanzeige an die Polizeidienststelle? <input type="checkbox"/> Ja (Anschrift, Aktenzeichen der Dienststelle bekanntgeben): <input type="checkbox"/> Nein			
Erfolgte eine Anzeige an die Bundesstelle für Flugunfalluntersuchung (BFU) oder eine vergleichbare Stelle? <input type="checkbox"/> Ja (Aktenzeichen bekanntgeben): <input type="checkbox"/> Nein			

Bitte auswählen:  
 Personenschaden  Sachschaden

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

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

### Sachschaden

Art des Schadens	Schadenhöhe
------------------	-------------

**Befand sich die beschädigte Sache an Bord des Luftfahrzeugs?**

Ja  Nein

**Bei Kollision mit anderen Luftfahrzeugen oder Kraftfahrzeugen**

Art des Fahrzeugs	Baumuster	Amtliches Kennzeichen
-------------------	-----------	-----------------------

Bei welcher Versicherungsgesellschaft besteht für das Fahrzeug eine Haftpflichtversicherung?	Versicherungsschein-Nr.
--	-------------------------

Angaben des/ der Geschädigten (1) (bei mehr als zwei Geschädigten bitte ein zusätzliches Blatt verwenden)  
War der/ die Geschädigte Insasse des Luftfahrzeugs? Wenn ja, welche Funktion hatte er/ sie an Bord?

Ja, Funktion:  Nein

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

Angaben des/ der Geschädigten (2) (bei mehr als zwei Geschädigten bitte ein zusätzliches Blatt verwenden)  
War der/ die Geschädigte Insasse des Luftfahrzeugs? Wenn ja, welche Funktion hatte er/ sie an Bord?

Ja, Funktion:  Nein

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

### Personenschaden

Angaben des/ der Geschädigten (1) (bei mehr als zwei Geschädigten bitte ein zusätzliches Blatt benutzen)  
Art der Verletzung

War der/ die Geschädigte Insasse des Luftfahrzeugs? Wenn ja, welche Funktion hatte er/ sie an Bord?

Ja, Funktion:  Nein

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

Angaben des/ der Geschädigten (2) (bei mehr als zwei Geschädigten bitte ein zusätzliches Blatt benutzen)  
Art der Verletzung

War der/ die Geschädigte Insasse des Luftfahrzeugs? Wenn ja, welche Funktion hatte er/ sie an Bord?

Ja, Funktion: \_\_\_\_\_  Nein

Anrede	Vorname	Nachname	Telefon
--------	---------	----------	---------

Straße/ Haus-Nr.	Land	PLZ	Ort
------------------	------	-----	-----

## 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](http://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