

Schadenanzeige

Luftfahrt-Haftpflichtversicherung



Bitte füllen Sie dieses Formular auch bei Schadenaufnahme durch einen Sachverständigen vollständig aus.

Versicherungsnehmer

| | |
|-------------------------|-------------------------------|
| Name | Vorname |
| Anschrift | Telefon mit Vorwahl |
| | Fax |
| | Mobilfunk |
| | E-Mail |
| Versicherungsschein-Nr. | Beruf / bei Betrieben Gewerbe |

Schadenschilderung

| | | |
|---|---------|---|
| Schadentag | Uhrzeit | Schadenort (genaue Bezeichnung) |
| Wie ereignete sich der Schaden? (ggf. zusätzliches Blatt benutzen) | | |
| | | |
| | | |
| Worin sehen Sie Ihr Verschulden / das der mitversicherten Person? | | Worin sehen Sie ein Mitverschulden des Geschädigten? |
| Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen (Tagebuch-Nr.)? | | Sind Zeugen vorhanden? (ggf. auf zusätzlichem Blatt benennen) |
| | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Anspruchsteller (bei mehr als zwei Anspruchstellern zusätzliches Blatt benutzen)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Name und Anschrift | | | | |
| Ist der Anspruchsteller | mit Ihnen verwandt? | bei Ihnen beschäftigt? | Bei Ihnen Kunde? | Lebt er in Ihrem Haushalt? |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Welcher Art ist die Verwandtschaft bzw. das Beschäftigungsverhältnis? | | | | |

Sachschäden

| | |
|---|--|
| Welche Sachen wurden beschädigt? | Welchen Wert haben sie? |
| Haben Sie die Sachen besichtigt? | Hatten Sie die beschädigten Sachen |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gemietet? <input type="checkbox"/> geliehen? <input type="checkbox"/> aufzubewahren? <input type="checkbox"/> zu bearbeiten? <input type="checkbox"/> zu reparieren? <input type="checkbox"/> zu befördern? |

Körperverletzungen

| | | | |
|---|---|-------|-----------------------------|
| Welche Verletzungen sind eingetreten? | | | |
| Name und Alter der verletzten Person | Familienstand | Beruf | Anzahl und Alter der Kinder |
| Liegt ein Betriebsunfall vor? | Welcher Berufsgenossenschaft wurde der Unfall gemeldet? | | |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | |

Luftfahrzeug

| | | |
|-------------------|------------|---------|
| Art | Werknummer | Baujahr |
| Hersteller/Muster | | |

Zulassung

| | | |
|--------------------------------------|-----|------------|
| Kennzeichen | | |
| Zulassende Behörde/Nachprüfung durch | vom | gültig bis |

Flugauftrag

| | |
|------------------|------------|
| Abflugort | Abflugzeit |
| Unfallort | Unfallzeit |
| Zweck des Fluges | |
| | |

Schadenanzeige

Luftfahrt-Haftpflichtversicherung



Luftfahrzeugführer

| | | |
|---|----------------|------------|
| Name | Vorname | |
| Geburtsdatum | Geburtsort | |
| Art des Luftfahrerscheines und besondere Berechtigungen | | |
| | | |
| ausgestellt durch | ausgestellt am | gültig bis |

Unfallanzeige

| | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------|
| Haben Sie die Unfallanzeige gemäß § 5 LuftVO abgegeben? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Bitte Kopie beifügen. |
| | | | |

Bei Flugschulung

| | | |
|----------------------|----------------|------------|
| Name des Fluglehrers | Vorname | |
| Lehrberechtigung für | | |
| ausgestellt durch | ausgestellt am | gültig bis |

Bei Windenstart

| | | |
|----------------------------------|----------------|------------|
| Halter der Winde | | |
| Muster der Winde | Zulassung | |
| Zulassung durch | Zulassung am | gültig bis |
| Name des Windenfahrers | Vorname | |
| Nummer des Berechtigungsscheines | | |
| ausgestellt durch | ausgestellt am | gültig bis |

Bei Haftpflichtschäden

| | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| War der Geschädigte Insasse des Luftfahrzeuges? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|---|-----------------------------|-------------------------------|

Bei Zusammenstoß

| |
|--|
| Eigentümer und Halter des anderen Luftfahrzeuges |
| Name des Führers des anderen Luftfahrzeuges |
| Baumuster und Kennzeichen des anderen Luftfahrzeuges |

Erklärung und Unterschrift

| | |
|---|---|
| Ich (wir) bescheinige(n), die vorstehenden Fragen wahrheitsgemäß beantwortet zu haben, und bin (sind) bereit, sie gegebenenfalls zu beeden. | |
| Ort und Datum | Unterschrift des (der) Versicherungsnehmer(s) |