

....., dnia

Miejscowość data

Generalna Dyrekcja Dróg Krajowych i Autostrad

Oddział

Rejon

ul.

kod.....Miejscowość.....

**ZGŁOSZENIE SZKODY
Z UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ**

*) niepotrzebne skreślić

I. SEKCJA OGÓLNA	
1. OSOBA ZGŁASZAJĄCA SZKODĘ (POSZKODOWANY) a) imię i nazwisko b) adres c) numer tel.: d) adres e-mail: e) stan cywilny, liczba i wiek dzieci - <u>podać</u> <u>tylko w przypadku szkody na osobie</u>	
2. DATA i godzina wypadku	
3. MIEJSCE wypadku (określić jak najdokładniej konkretny odcinek drogi, na którym doszło do zdarzenia, np: nr drogi, kilometraż, kierunek jazdy, najbliższe miejscowości itp.)	
4. ŚWIADKOWIE wypadku: a) imię i nazwisko b) adres c) numer tel. d) adres e-mail:	
5. Czy poinformowano o zdarzeniu odpowiednie służby	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE jeśli tak to jakie: Policję: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE data zgłoszenia i dane komisariatu Policji: Pogotowie ratunkowe: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Straż Pożarną: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Straż Miejską: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Inne: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

6. Przyczyna powstania szkody	
7. Czy poszkodowany przyczynił się do powstania szkody?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
8. Jakiego rodzaju szkody spowodował wypadek?	<input type="checkbox"/> osobowe <input type="checkbox"/> w pojeździe <input type="checkbox"/> pozostałe rzeczowe
9. Czy poszkodowany był	<input type="checkbox"/> pieszym <input type="checkbox"/> kierowcą pojazdu mechanicznego <input type="checkbox"/> rowerzystą <input type="checkbox"/> pasażerem pojazdu mechanicznego <input type="checkbox"/> pasażerem innego pojazdu, prosimy o wskazanie danych właściciela pojazdu i numeru rejestracyjnego pojazdu
10. Czy poszkodowany w chwili wypadku znajdował się	pod wpływem alkoholu <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
11. Dokładny opis wypadku (załączyć szkic), przyczyna szkody i zakres uszkodzeń:	
12. Wysokość roszczenia (wstępna wycena strat):	Kwota: (słownie:)
13. Dyspozycja płatnicza: a) świadczenie proszę przekazać na konto bankowe: Zobowiązuję się do pisemnego powiadomienia jednostki likwidującej szkodę o zmianie ww. numeru konta. b) świadczenie proszę przekazać za pośrednictwem poczty:	Nr rachunku bankowego Właściciel konta: Adres do przekazu pocztowego:

14. Czy wdrożono postępowanie karne i przeciwko komu?	
II. SZKODY OSOBOWE	
15. Proszę określić istotę szkody, czy wypadek spowodował np.: jeżeli nie, jak długo może trwać leczenie, czy istnieje możliwość trwałego kalectwa?	<input type="checkbox"/> uszkodzenia ciała <input type="checkbox"/> śmierć <input type="checkbox"/> inne
III. SZKODY W POJEŹDZIE	
16. Dane pojazdu: a) marka, model i typ pojazdu b) rodzaj pojazdu c) nr rejestracyjny pojazdu d) nr VIN	
17. Miejsce postoju uszkodzonego pojazdu: Adres, pod którym można dokonać oględzin: W czyjej obecności można dokonać oględzin pojazdu: Imię i Nazwisko nr telefonu	
IV. POZOSTAŁE SZKODY RZECZOWE	
18. Co zostało uszkodzone i w jakim stopniu?	
19. Ile w przybliżeniu wyniesie koszt naprawy uszkodzonej rzeczy?	
20. Kiedy, gdzie i za jaką cenę zostały nabyte uszkodzone w wypadku przedmioty?	
21. Czy zgłoszono już roszczenia o odszkodowanie z dobrowolnego ubezpieczenia np. AC? W jakiej wysokości? Gdzie zgłoszono roszczenie:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Wysokość roszczenia: zgłoszono:

Do zgłoszenia załączam:

- kserokopię dowodu osobistego
 kserokopię prawa jazdy
 kserokopię dowodu rejestracyjnego (w przypadku uszkodzeń w pojeździe)
 dokumentacja fotograficzna z miejsca zdarzenia oraz uszkodzonego / zniszczonego mienia (aparatus z datownikiem)
 inne (wymienić jakie):

Na powyższe pytania odpowiedziałem/łam zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy. Oświadczam, że w przypadku ustalenia innych okoliczności zdarzenia niż te, które podałem w niniejszym zgłoszeniu szkody, skutkujące odmową wypłaty odszkodowania, poniosę pełne koszty postępowania dowodowego i likwidacji szkody.

....., dnia
Miejscowość data

.....
podpis zgłaszającego szkodę (poszkodowanego)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych dotyczących stanu zdrowia przez Generalną Dyрекcję Dróg Krajowych i Autostrad z siedzibą w Warszawie ul. Żelazna 59, Biuro Brokerów Ubezpieczeniowych „Maxima Fides” Sp. z o.o. z siedzibą w Łodzi ul. Gdańska 91 i InterRisk S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą 00-668 Warszawa, ul. Noakowskiego 22 w celu i zakresie realizacji procesu likwidacji szkody zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. nr 133 poz.883 z późn. zm.).

....., dnia
Miejscowość data

.....
podpis zgłaszającego szkodę (poszkodowanego)

Niniejsze zgłoszenie należy przesłać do:

BBU Maxima Fides Sp. z o.o.
90-613 Łódź,
ul. Gdańska 91
tel. (042) 636 64 98 fax (042) 636 65 02
mail: szkodyGDDKiA@maxima-fides.pl