

..... , dnia .....  
 Miejscowość data
**Generalna Dyrekcja Dróg Krajowych i Autostrad**

Oddział .....

Rejon .....

ul. ....

kod.....Miejscowość.....

**ZGŁOSZENIE SZKODY  
 Z UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ**

\*) niepotrzebne skreślić

<b>I. SEKCJA OGÓLNA</b>	
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 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?	
<b>II. SZKODY OSOBOWE</b>	
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 .....
<b>III. SZKODY W POJEŹDZIE</b>	
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	
<b>IV. POZOSTAŁE SZKODY RZECZOWE</b>	
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](mailto:szkodyGDDKiA@maxima-fides.pl)