

DR.7124.....

....., dnia.....
Miejscowość data

**ZGŁOSZENIE SZKODY
Z UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ**

*)

☐ **zakreślić właściwe**

I. INFORMACJE OGÓLNE	
1. Data i godzina	
2. Miejsce powstania szkody (określić jak najdokładniej) (np. nazwa ulicy, adres posesji, kierunek jazdy itp.)	
3. Przyczyna powstania szkody	
4. Poszkodowany a) Imię i nazwisko b) Adres c) Numer tel.: d) Adres e-mail e) PESEL	
5. Świadkowie wypadku a) Imię i nazwisko b) Adres c) Numer tel. d) Adres e-mail	

6. Czy poinformowano o zdarzeniu odpowiednie służby.	☐ TAK ☐ NIE Jeśli tak to jakie: Policję: ☐ TAK ☐ NIE Postępowanie zakończone mandatem?: ☐ TAK ☐ NIE Data zgłoszenia i dane komisariatu Policji: Pogotowie ratunkowe: ☐ TAK ☐ NIE Straż Pożarną: ☐ TAK ☐ NIE Straż Miejską: ☐ TAK ☐ NIE Inne: ☐ TAK ☐ NIE
7. POSZKODOWANY był:	Pieszym: ☐ TAK ☐ NIE Kierowcą pojazdu mechanicznego: ☐ TAK ☐ NIE Rowerzystą: ☐ TAK ☐ NIE Pasażerem pojazdu mechanicznego: ☐ TAK ☐ NIE Pasażerem innego pojazdu: ☐ TAK ☐ NIE Nr rejestracyjny pojazdu
8. Czy poszkodowany przyczynił się do powstania szkody?	☐ TAK ☐ NIE
9. Jakiego rodzaju szkody spowodował wypadek?	☐ szkody osobowe ☐ szkody w pojeździe ☐ pozostałe szkody rzeczowe
10. Czy poszkodowany w chwili wypadku znajdował się:	Pod wpływem alkoholu ☐ TAK ☐ NIE Narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych ☐ TAK ☐ NIE
11. Czy wdrożono postępowanie karne i przeciwko komu?	
12. Wysokość roszczenia zgłoszona przez poszkodowanego (wstępna wycena strat):	Kwota:..... (słownie:.....)
13. Dyspozycja płatnicza: a) świadczenie proszę przekazać na konto bankowe: Zobowiązuje 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. Dokładny opis wypadku (załączyć szkic), przyczyna szkody i zakres uszkodzeń:	
II. SZKODY OSOBOWE	
15. Proszę określić istotę szkody, czy wypadek spowodował np.:	☐ uszkodzenia ciała ☐ śmierć ☐ inne
jeżeli nie, jak długo może trwać leczenie, czy istnieje możliwość trwałego kalectwa?	
III. SZKODY W POJEŹDZIE	
16. Dane pojazdu: a) marka, model i typ pojazdu b) rodzaj pojazdu c) nr rejestracyjny pojazdu d) VIN	
17. Miejsce postoju uszkodzonego pojazdu: Adres, pod którym można dokonać oględzin: W czyjej obecności można dokonać oględzin pojazdu: Imię i nazwisko Nr telefonu	
18. Czy zgłoszono już roszczenia o odszkodowanie z dobrowolnego ubezpieczenia np. AC?	☐ TAK ☐ NIE Wysokość roszczenia Gdzie zgłoszono:
IV. POZOSTAŁE SZKODY RZECZOWE	
19. Co zostało uszkodzone i w jakim stopniu?	
20. Ile w przybliżeniu wyniesie koszt naprawy uszkodzonej rzeczy?	

21. Czy zgłoszono już roszczenia o odszkodowanie z dobrowolnego ubezpieczenia?	☐ TAK ☐ NIE
	Wysokość roszczenia.....
	Gdzie zgłoszono:
	

Do zgłoszenia załączam:

- ☐ Kserokopię dowodu rejestracyjnego(w przypadku uszkodzeń w pojeździe)
- ☐ Dokumentacja fotograficzna z miejsca zdarzenia oraz uszkodzonego / zniszczonego mienia (aparat 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, skutkującym odmową wypłaty odszkodowania, poniosę pełne koszty postępowania dowodowego i likwidacji szkody, wynikłe z naruszenia powyższego obowiązku informacyjnego.

.....,dnia.....

Miejscowość data podpisz zgłaszającego szkodę (poszkodowanego)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Ubezpieczyciela 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 podpisz zgłaszającego szkodę (poszkodowanego)

Niniejsze zgłoszenie należy przesłać drogą pocztową na adres Starostwa, **Starostwo Powiatowe w Zgierzu ul. Sadowa 6a, 95-100 Zgierz** lub dostarczenie do kancelarii podawczej. Wydział Drogownictwa prześle niniejszą szkodę na adres ubezpieczyciela tj.

BBU Maxima Fides Sp. z o.o

90-613 Łódź,

Ul. Gdańska 91

☐ **(042) 636 64 98 fax (042) 636 65 02**

☐ **szkodyZP@maxima-fides.pl**