

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

Miejscowość                      Data

**Generalna Dyrekcja Dróg Krajowych i Autostrad**

Oddział .....

Rejon .....

Ulica .....

Kod ..... Miejscowość .....

## ZGŁOSZENIE SZKODY

### Z UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ

SEKCJA OGÓLNA	
1. POSZKODOWANY a) imię i nazwisko: b) adres: c) numer telefonu: d) adres e-mail:	..... ..... ..... .....
2. DATA i godzina wypadku:	.....
3. MIEJSCE wypadku (określić jak najdokładniej miejsce wypadku np. konkretny odcinek drogi, na którym doszło do zdarzenia, numer drogi, kilometraż, kierunek jazdy, najbliższe miejscowości itp.):	..... ..... ..... ..... .....
4. SŁUŻBY poinformowane o zdarzeniu:	<input type="checkbox"/> Policja Dane komisariatu: ..... ..... Postępowanie zakończone mandatem? ..... <input type="checkbox"/> Pogotowie ratunkowe <input type="checkbox"/> Straż Pożarna <input type="checkbox"/> Straż Miejska <input type="checkbox"/> Inne..... <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
5. 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 i numeru rejestracyjnego pojazdu: ..... ..... <input type="checkbox"/> Inne .....

6. INNY UBEZPIECZYCIEL, u którego zgłoszono roszczenia:	Nazwa Ubezpieczyciela: ..... <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
7. PRZYCZYNIENIE Poszkodowanego do powstałej szkody:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
8. RODZAJ szkody:	<input type="checkbox"/> Osobowe <input type="checkbox"/> Rzeczowe
9. POSZKODOWANY w chwili wypadku znajdował się pod wpływem alkoholu, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
10. OPIS WYPADKU (załączyć szkic), w tym przyczyna szkody i zakres uszkodzeń:	
11. WYSOKOŚĆ ROSZCZENIA (wstępna wycena strat):	Kwota: .....
12. NUMER KONTA, na które należy przekazać Świadczenie:	Właściciel konta: ..... Numer rachunku bankowego: .....
<b>SZKODY OSOBOWE</b>	
13. WYPADEK spowodował:	<input type="checkbox"/> Uszkodzenia ciała: ..... ..... <input type="checkbox"/> Śmierć <input type="checkbox"/> Inne: ..... .....
14. LECZENIE może trwać:	Podać ilość dni: .....
15. Istnieje możliwość trwałego kalectwa:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
16. POSZKODOWANY - stan cywilny, liczba i wiek dzieci:	..... ..... .....

SZKODY RZECZOWE	
17. USZKODZONE RZECZY - co zostało uszkodzone, w jakim stopniu, szacunkowy koszt naprawy uszkodzonej rzeczy:	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

**Do zgłoszenia dołączono:**

- ☐ dokumentację fotograficzną z miejsca zdarzenia  
☐ dokumentację fotograficzną uszkodzonego / zniszczonego mienia (aparat z datownikiem)  
☐ inne: .....  
 .....  
 .....  
 .....

**OŚWIADCZENIA:**

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

Wyrażam zgodę na otrzymywanie korespondencji i kontaktowanie się w sprawie dotyczącej przedmiotowego roszczenia:

- ☐ za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (adres e-mail)  
☐ przy użyciu telekomunikacyjnych urządzeń końcowych (nr telefonu).

Wyrażenie zgody jest dobrowolne i może być wycofane w każdym czasie.

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że zapoznałem(-am) się z treścią klauzul informacyjnych, w tym z informacją o celach i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz o prawach, które mi przysługują jako osobie, której dane dotyczą.

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

Miejscowość

Data

.....

Podpis zgłaszającego szkodę

☒ - właściwe zakreślić

Niniejsze zgłoszenie należy przestać 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: [szkody3@maxima-fides.pl](mailto:szkody3@maxima-fides.pl)

**Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych osób zgłaszających roszczenia do GDDKiA od 25 maja 2018 r.**

#### **Administrator danych**

Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez Generalnego Dyrektora Dróg Krajowych i Autostrad, ul. Wronia 53, 00-874 Warszawa, tel. (022) 375 8888, e-mail: [kancelaria@gddkia.gov.pl](mailto:kancelaria@gddkia.gov.pl) ("GDDKiA").

#### **Inspektor Ochrony Danych**

W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych, można kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, za pośrednictwem adresu e-mail: [iod@gddkia.gov.pl](mailto:iod@gddkia.gov.pl)

#### **Cele i czas przetwarzania danych osobowych**

Państwa dane osobowe będą przetwarzane w następujących celach:

- 1) rozpatrzenia zgłoszonego roszczenia - podstawą prawną jest Kodeks cywilny,
- 2) przekazania zgłoszonego roszczenia do Ubezpieczyciela w celu wykonania zawartej z nim umowy ubezpieczenia - podstawą prawną jest Kodeks cywilny, ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej,
- 3) archiwizowania dokumentacji w celu obrony przed roszczeniem i spełnieniem obowiązku archiwizowania dokumentacji – podstawą prawną jest Kodeks cywilny oraz ustawa o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.

#### **Okres przechowywania**

Państwa dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa.

#### **Ujawnianie danych osobowych**

Państwa dane osobowe mogą być ujawnione Poczтовemu Towarzystwu Ubezpieczeń Wzajemnych, Spółce: Biuro Brokerów Ubezpieczeniowym Maxima Fides Sp z o.o. oraz dostawcom usług IT oraz innym podmiotom przetwarzającym dane na podstawie zawartych umów.

#### **Prawa osób, których dane osobowe dotyczą**

Przysługuje Państwu prawo do: żądania dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, usunięcia oraz ograniczenia przetwarzania.

Przysługuje Państwu również prawo wniesienia skargi do organu nadzoru zajmującego się ochroną danych osobowych.

#### **Organ nadzoru**

Organem nadzoru w zakresie ochrony danych osobowych w Polsce jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

#### **Dobrowolność i cel podania danych**

Podanie danych jest dobrowolne, lecz niezbędne do rozpatrzenia roszczenia.

**Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych osób zgłaszających roszczenia w Pocztowym Towarzystwie Ubezpieczeń Wzajemnych w Warszawie od 25 maja 2018 r.**

#### **Administrator danych**

Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez **Pocztowe Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych** z siedzibą w Warszawie (02-685), przy ul. ul. Rodziny Hiszpańskich 8 ("**Towarzystwo**").

#### **Inspektor Ochrony Danych**

- 1) Mailowo: [ODO@ubezpieczeniapocztowe.pl](mailto:ODO@ubezpieczeniapocztowe.pl),
- 2) Telefonicznie: 22 211 04 16.

#### **Cele i czas przetwarzania danych osobowych**

Państwa dane osobowe będą przetwarzane w następujących celach:

- 1) wykonania umowy ubezpieczenia – podstawą prawną jest niezbędność przetwarzania danych w celu wykonywania umowy, w przypadku Poszkodowanego/Uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia także zgoda na przetwarzanie danych o stanie zdrowia,
- 2) dochodzenia roszczeń związanych z zawartą umową ubezpieczenia – podstawą prawną jest prawnie uzasadniony interesu Towarzystwa,
- 3) przeciwdziałaniu przestępczości ubezpieczeniowej – podstawą prawną jest prawnie uzasadniony interes Towarzystwa,
- 4) rachunkowych, przez okres 5 lat od początku roku następującego po roku obrotowym, w którym operacje, transakcje lub postępowanie związane z zawartą umową zostały ostatecznie zakończone, spłacone, rozliczone lub przedawnione \*,
- 5) podatkowych, przez okres 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym powstał obowiązek podatkowy wynikający z rozliczenia zawartej umowy \*,
- 6) reasekuracji ryzyka ubezpieczeniowego – podstawą prawną jest prawnie uzasadniony interes Towarzystwa \*.

#### **Okres przechowywania**

Państwa dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa dotyczących rachunkowości w przypadku Poszkodowanego/Uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.

#### **Ujawnianie danych osobowych**

Państwa dane osobowe mogą być udostępnione innym zakładom ubezpieczeń, UFG, PBUK oraz przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie Towarzystwa, m.in. dostawcom usług IT, agentom ubezpieczeniowym.

#### **Prawa osób, których dane osobowe dotyczą**

Przysługuje Państwu prawo dostępu do Państwa danych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania.

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Państwa danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu Towarzystwa, przysługuje Państwu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Państwa danych osobowych.

Macie Państwo prawo do otrzymania od Towarzystwa Państwa danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego, które zostały przez Państwo dostarczone Towarzystwu w celu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia. Macie Państwo prawo do żądania, by powyższe dane zostały przesłane przez Towarzystwo bezpośrednio innemu administratorowi, o ile jest to technicznie możliwe.

Przysługuje Państwu również prawo wniesienia skargi do organu nadzoru zajmującego się ochroną danych osobowych.

#### **Organ nadzoru**

Organem nadzoru w zakresie ochrony danych osobowych w Polsce jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

**\*Dotyczy Poszkodowanego / Uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia**