……., dnia .....

**ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ ZARZĄDCY DROGI**
**Szkoda osobowa**
**(Wypełnia poszkodowany)**

**1. Poszkodowany** /imię i nazwisko, adres, PESEL, telefon, e-mail/

.....

.....

PESEL: ……...

telefon..... e-mail: ……

**3. Miejsce zdarzenia** /miejscowość, nazwa ulicy, km drogi itp. / - dokładny opis miejsca pozwalający na jego jednoznaczną identyfikację:

.....

.....

**3. Czas zdarzenia** / data , godzina / .....

**4. Okoliczności**
.....
.....
.....
.....
.....
**5. Prędkość pojazdu w chwili zdarzenia** ……
**6. Miejsce na ewentualny SZKIC obrazujacy przebieg zdarzenia (konieczny w razie powstania szkody na skutek nierówności na drodze, placu, parkingu lub na chodniku),**

**Maximus Broker Sp. z o.o.,** ul. Szosa Chełmińska 164, 87-100 Toruń
NIP 879-22-84-447, Sąd Rejonowy w Toruniu, VII Wydział Gospodarczy ,KRS: 0000030991
Kapitał zakładowy, który został opłacony w całości: 135 000 zł
Firma posiada system zarządzania jakością zgodny z wymogami ISO 9001:2008
**e-mail : szkody@maximus-broker.pl, tel fax (0-56) 664-47-06**

**7. Warunki atmosferyczne** / deszcz, śnieg, oblodzenie, bez opadów, noc, dzień/

.....

**8. Czy wypadek zgłoszono Policji lub Straży Miejskiej bądź Pogotowiu Ratunkowemu? Czy służby te interweniowały na miejscu zdarzenia ?Jeśli tak podać nazwę jednostki oraz jej adres:**

.....
.....

**9**. **Przyczyna zdarzenia**

.....

.....

**10. Świadkowie zdarzenia** /nazwiska, adresy zamieszkania, telefony, oświadczenia /

.....
.....
.....

**11. Czy droga była znana poszkodowanemu ?** / np. z dojazdu do pracy, miejsca zamieszkania /

.....
.....

**12 . Jakie wystąpiły u poszkodowanego na skutek zgłaszanego wypadku obrażenia ciała lub rozstrój zdrowia – prosimy wymienić wszystkie obrażenia lub rozstroje i krótko je opisać :**

……
……
……
……
……

**13. Kiedy, gdzie i przez kogo (nazwa lub adres placówki medycznej / pogotowia ratunkowego albo nazwisko i adres lekarza) po zaistnieniu wypadku została udzielona pierwsza pomoc lekarska i na czym pierwsza pomoc polegała ? :**

……
……
……
……..

**14. Czy poszkodowany przebywał w szpitalu, klinice; jeżeli tak, to w jakim okresie lub w jakich okresach (ile dni, tygodni lub miesięcy) przebywał na poszczególnych oddziałach szpitalnych (prosimy wymienić te oddziały) lub czy poszkodowany leczył się ambulatoryjnie na skutek zgłaszanego wypadku, jeśli tak prosimy podać, w jakich przychodniach lub gabinetach lekarskich (proszę podać rodzaje przychodni lub specjalności poszczególnych lekarzy) ? :**

……
……
……
……
……
……

**15. Zaświadczenia z przebiegu leczenia w załączeniu (wymienić):**

.....
.....
.....

**16. Wysokość roszczenia w złotych** .....

**17. Forma wypłaty odszkodowania:**

**Posiadacz rachunku bankowego** ……...

**Numer rachunku bankowego** ……..……

**Oświadczam, że dane w punktach 1 – 17 oraz na szkicu są zgodne z prawdą i zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdy.**

…….. ……
miejsce i data zgłoszenia podpis zgłaszającego

Załączniki:
Klauzula informacyjna RODO