

**ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ
ZARZĄDCY DROGI
szkoda osobowa
(wypełnia poszkodowany)**

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

..... PESEL

.....
Ja, niżej podpisany (-a): oświadczam, że wyrażam*/nie wyrażam* zgody na otrzymywanie wszelkiej korespondencji dotyczącej zgłoszonej szkody na adres e-mail,
oświadczam, że wyrażam*/nie wyrażam* zgody na kontakt telefoniczny dotyczący zgłoszonej szkody pod nr telefonu

Wyjaśniamy, że korespondencja prowadzona drogą elektroniczną przyspiesza przekazywanie niezbędnej dokumentacji/informacji oraz może mieć wpływ na czas likwidacji szkody.

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 obrazujący przebieg zdarzenia (konieczny w razie powstania szkody na skutek nierówności na drodze, placu, parkingu lub na chodniku),

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. Świadcowie 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 (ile dni, tygodni lub miesięcy) przebywał na poszczególnych oddziałach szpitalnych (prosimy wymienić te oddziały) lub czy poszkodowany leczyl 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. Dokumentacja medyczna 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

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych w związku ze zgłoszeniem roszczenia do Zarządu Dróg Powiatowych w Ożarowie Mazowieckim

1. Administratorem podanych przez Panią/Pana danych, czyli podmiotem, który decyduje o celach i środkach przetwarzania danych osobowych jest Zarząd Dróg powiatowych w Ożarowie Mazowieckim, reprezentowany przez Dyrektora. Adres: ul. Poznańska 300, 05-850 Ożarów Mazowiecki, poczta elektroniczna: sekretariat@zdpozarowmaz.pl
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu rozpoznania zasadności zgłoszonych przez Panią/Pana roszczeń w związku z poniesieniem szkody oraz w celu obrony przed Pani/Pana roszczeniami lub zaspokojenia Pani/Pana roszczenia. Podstawą prawną do przetwarzania danych osobowych jest niezbędność ich przetwarzania w celu realizacji prawnie uzasadnionych interesów administratora danych, zgodnie z treścią przepisu art. 6 ust. 1 lit f) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, RODO).
3. Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, od którego może Pani/Pan uzyskać informacje dotyczące operacji, które Administrator wykonuje na danych osobowych. Ma Pani/Pan prawo do skontaktowania się z Inspektorem Ochrony Danych poprzez wysłanie wiadomości elektronicznej na adres iod@zdpozarowmaz.pl lub wysyłając korespondencję na adres: ZDP Ożarów Mazowiecki, ul. Poznańska 300, 05-850 Ożarów Mazowiecki, z dopiskiem „Inspektor Ochrony Danych”.
4. Dane osobowe podane przez Panią/Pana mogą być przekazane podmiotowi świadczącemu na rzecz Administratora usługi brokera ubezpieczeniowego, tj. Maximus Broker sp. z o.o. z siedzibą w Toruniu, ul. Szosa Chełmińska 164, 87-100 Toruń.
5. Ma Pani/Pan prawo do dostępu do danych osobowych, które Pani/Pana dotyczą, żądania ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia ich przetwarzania, przeniesienia danych lub złożenia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych.
6. W przypadku gdy uzna Pani/Pan, że Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane niezgodnie z prawem, ma prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.

Podpis zgłaszającego