………………….., 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.** M**iejsce 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),**

|  |
| --- |
|  |

**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**. P**rzyczyna 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

***Informacja o przetwarzaniu danych osobowych w związku ze zgłoszeniem roszczenia do Zarządu Dróg Powiatowych w Żninie z siedzibą w Podgórzynie***

1. Administratorem podanych przez Panią/Pana danych, czyli podmiotem, który decyduje o celach i środkach przetwarzania danych osobowych jest **Zarząd Dróg Powiatowych w Żninie z siedzibą w Podgórzynie, Podgórzyn 62a, 88-400 Żnin, tel. 52 302 06 68, e-mail:** [**zdp@znin.pl**](mailto:zdp@znin.pl)**.**
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu rozpoznania zasadności zgłoszonych przez Panią/Pana roszczeń w związku z poniesieniem szkody w celu obrony przed Pani/Pana roszczeniami lub zaspokojenia Pani/Pana roszczenia. Podstawa 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 Osobowych poprzez wysłanie wiadomości elektronicznej na adres [**tomasz.henzler@cbi24.pl**](mailto:tomasz.henzler@cbi24.pl) lub wysyłając korespondencję na adres: **Zarząd Dróg Powiatowych w Żninie z siedzibą w Podgórzynie, Podgórzyn 62a, 88-400 Żnin.**
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., 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 Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis zgłaszającego