

....., 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 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. 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 ratun-
kowego albo nazwisko i adres lekarza) po zaistnieniu wypadku została udzielona pierw-
sza 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 Szczytnie

1. Administratorem podanych przez Panią/Pana danych, czyli podmiotem, który decyduje o celach i środkach przetwarzania danych osobowych jest Zarząd Dróg Powiatowych adres: ul. Mrongowiusza 2, 12-100 Szczytno, poczta elektroniczna: ksiegowosc@zdp.szczytno.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. Ma Pani/Pan prawo do skontaktowania się z Inspektorem Ochrony Danych poprzez wysłanie wiadomości elektronicznej kontakt: iod@warmiainkaso.pl lub wysyłając korespondencję na adres: Inspektor Ochrony Danych, Zarząd Dróg Powiatowych ul. Mrongowiusza 2, 12-100 Szczytno.
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, firmie ubezpieczeniowej likwidującej szkodę, w której ZDP w Szczytnie jest ubezpieczone a także w razie potrzeby firmom wykonującym prace budowlane na drogach powiatowych i ubezpieczycielom tych firm.
5. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa a następnie archiwizowane. Dane te usuniemy dopiero wówczas, gdy zezwolą na to przepisy prawa. Jeśli przetwarzanie danych osobowych dokonywane jest na podstawie Pani/Pana zgody i nie ma innej podstawy prawnej przetwarzania, dane te zostaną usunięte bez zbędnej zwłoki, po wycofaniu zgody na Pani/Pana żądanie.
6. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie. Prawo to może podlegać ograniczeniu na podstawie przepisów prawa.
7. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem umownym, jest Pani/Pan zobowiązana/y do ich podania. Konsekwencją niepodania ww. danych osobowych będzie brak możliwości osiągnięcia celów, dla których je gromadzimy.
8. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
9. Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Podpis zgłaszającego