

**DRUK ZGŁOSZENIA SZKODY NA OSOBIE Z UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI
CYWILNEJ POWIATU POLICKIEGO**

DANE UZUPEŁNIANE PRZEZ ZARZĄDCĘ DROGI:

Numer Polisy:
(Wypełnia Zarządca Drogi)

Ubezpieczyciel:



DANE ZARZĄDU DROGI:

Nazwa:	Starostwo Powiatowe w Policach Wydział Komunikacji, Transportu i Dróg
Adres siedziby:	72-010 Police, ul. Tanowska 8
Telefon: 091 43 28 101	adres e-mail szeremeta@policki.pl

DANE DOTYCZĄCE ZGŁASZAJĄCEGO SZKODĘ:
(Wypełnia poszkodowany)

Imię i nazwisko	Imię i nazwisko:
PESEL	PESEL:
Adres zamieszkania z kodem pocztowym:	Miejscowość: Kod pocztowy: Ulica: Nr domu: Nr mieszkania:
Adres do korespondencji oraz numer telefonu do kontaktu:	Miejscowość: Kod pocztowy: Ulica: Nr domu: Nr mieszkania: Telefon:

DANE O ZDARZENIU:

(Wypełnia poszkodowany)

1. Data i godzina powstania szkody:

Data ____ - ____ - ____ Godzina ____ min. ____

2. Dokładna lokalizacja powstania szkody:

Miejscowość: Ulica: Posesja:
Droga nr: Km.:
Charakterystyczne miejsca:

3. Ewentualny powód zwłoki w zgłoszeniu szkody do zarządcy drogi (dotyczy szkód zgłaszanych w terminie późniejszym niż 30 dni od daty zdarzenia):

.....

4. Roszczenia poszkodowanego w stosunku do zarządcy drogi:

.....
.....

5. Czy wypadek zgłoszono Policji lub innym służbom?:

Data zgłoszenia: Numer zgłoszenia:

Nazwa jednostki przyjmującej zgłoszenie:

6. Czy istnieją świadkowie wypadku? Nie ☐ Tak ☐

Dane świadka I:

Imię i nazwisko: Telefon:

Adres z kodem pocztowym:

Dane świadka II:

Imię i nazwisko: Telefon:

Adres z kodem pocztowym:

7. Przyczyna powstania szkody:

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

8. Dane opiekunów prawnych (jeżeli poszkodowany jest osobą niepełnoletnią):

Imię i nazwisko matki i ojca:

Adres: Telefon:

9. Opis wypadku (szczegółowy opis okoliczności i przyczyna wypadku):

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

10. Zakres obrażeń:

Zakres odniesionych w wyniku wypadku obrażeń ciała to:

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

11. Kto, gdzie i kiedy udzielił poszkodowanemu pierwszej pomocy lekarskiej?

.....
.....

12. Poszkodowany leczył się:a) ☐ Ambulatoryjnie ☐ Stacjonarnieb) Leczenie zostało zakończone ☐ Tak ☐ Nie

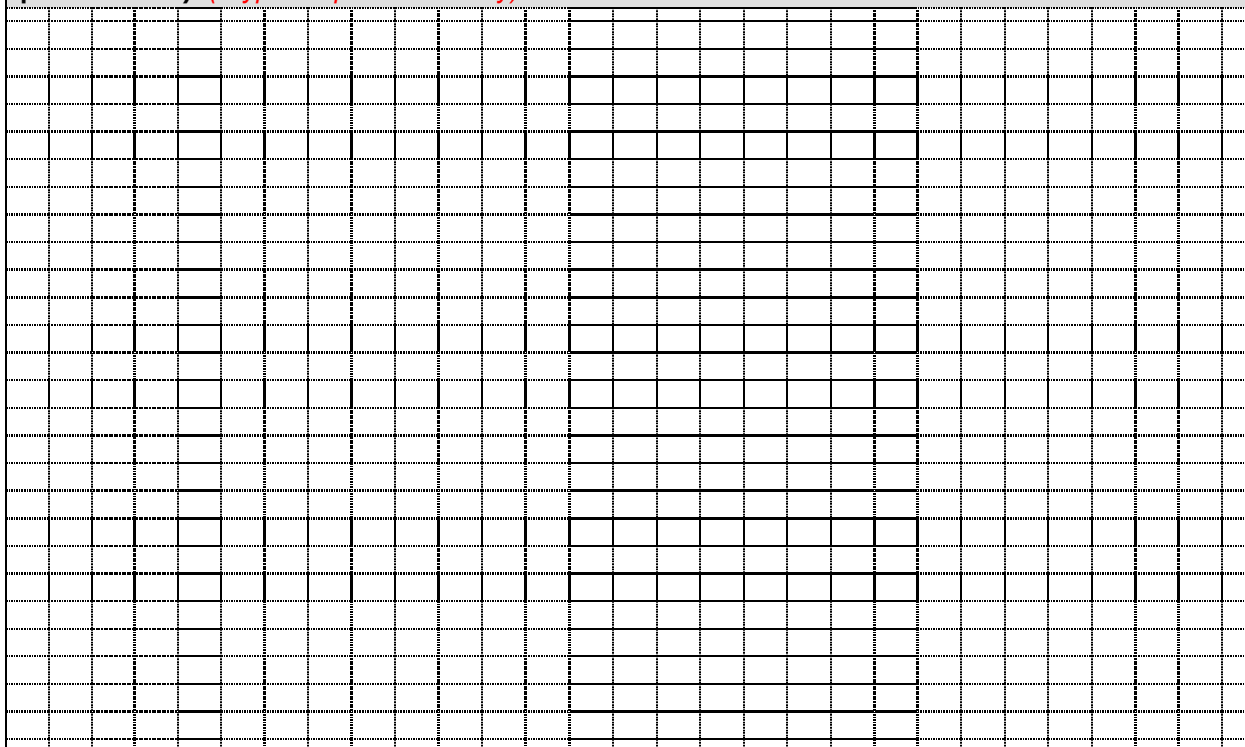
c) Przewidywany termin zakończenia leczenia __ - __ - ____

d) W związku z doznanymi obrażeniami powstała niezdolność do pracy / nauki ☐ Tak, w jakim okresie ☐ Niee) Schorzenia istniejące przed wypadkiem:
.....
.....**13. Numer rachunku bankowego:**

Posiadacz rachunku:

Nazwa banku:

Numer rachunku:

14. Czy wdrożono postępowanie karne?☐ Nie☐ Tak, jeśli tak, przeciwko komu?**15. Szkic sytuacyjny miejsca zdarzenia:****Szkic sytuacyjny z miejsca zdarzenia powstania szkody (przed zdarzeniem, w czasie zdarzenia, po zdarzeniu):** *(Wypełnia poszkodowany)***16. Inne dokumenty niezbędne do ustalenia odpowiedzialności za szkodę:**

a. Karta informacyjna ze szpitala,

b. Rachunki, faktury potwierdzające koszty poniesione podczas leczenia,

c. Kserokopia notatki policyjnej,

d. Wydrukowane zdjęcia z miejsca zdarzenia – max 6 sztuk.

Informujemy, że w toku dalszych czynności może zaistnieć konieczność przedłożenia dodatkowych dokumentów, które będą niezbędne do ustalenia odpowiedzialności zarządcy drogi lub rozmiaru szkody.

17. Informacje dodatkowe.

a. Poszkodowany w chwili wypadku znajdował się pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających ☐ Tak ☐ Nie

b. Poszkodowany w związku z przedmiotowym wypadkiem ubiega się o świadczenie odszkodowawcze u innego ubezpieczyciela

☐ Tak, rodzaj ubezpieczenia Ubezpieczający:

☐ Nie

Data:

Miejscowość:

Czytelny podpis

__ - __ - ____

.....

.....

21. Oświadczenie zgłaszającego szkodę:

Mając na uwadze przepis art. 7 ust. 2 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 wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych.

Jednocześnie zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ww. rozporządzenia zostałem/łam poinformowany, że:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Starostwo Powiatowe w Policach z siedzibą w 72-010 Police ul. Tanowska 8;
- inspektorem ochrony danych w Starostwie Powiatowym w Policach jest Pan Andrzej Podlecki, e-mail: iod@policki.pl, nr tel. 91 4328102;
- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań ustawowych na podstawie ustawy Prawo o ruchu drogowym;
- przekazane dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań ustawowych,
- posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także o prawie przenoszenia danych;
- posiadam prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
- mam wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
- podanie danych osobowych jest dobrowolne ale niezbędne do realizacji złożonego wniosku.

Data:

Miejscowość:

Czytelny podpis

__ - __ - ____

.....

.....