

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

DANE ZARZĄDCY DROGI:	
Nazwa:	Starostwo Powiatowe w Gryfinie Wydział Zarządzania Drogami
Adres:	ul. 11 Listopada 16D, 74-101 Gryfino
Telefon: 91-404-50-00	adres e-mail: drogi@gryfino.powiat.pl
DANE DOTYCZĄCE ZGŁASZAJĄCEGO SZKODĘ: <i>(Wypełnia poszkodowany)</i>	
Imię i nazwisko/ Nazwa firmy:	Imię i nazwisko: Nazwa firmy:
PESEL lub REGON:	PESEL: REGON:
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: <i>(Wypełnia poszkodowany)</i>
<p>1. Data i godzina powstania szkody: Data __ - __ - ____ Godzina __ min. __</p> <p>2. Dokładna lokalizacja powstania szkody: Miejscowość: Ulica: Posesja: Droga nr: Km.: Charakterystyczne miejsca:</p> <p>3. Ewentualny powód zwłoki w zgłoszeniu szkody do zarządcy drogi (dotyczy szkód zgłaszanych w terminie późniejszym niż 30 dni od daty zdarzenia):</p> <p>4. Roszczenia poszkodowanego w stosunku do zarządcy drogi:</p>

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 Stacjonarnie

b) 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 Nie

e) Schorzenia istniejące przed wypadkiem:
.....
.....

13. Numer rachunku bankowego:

Posiadacz rachunku:

Nazwa banku:

Numer rachunku:

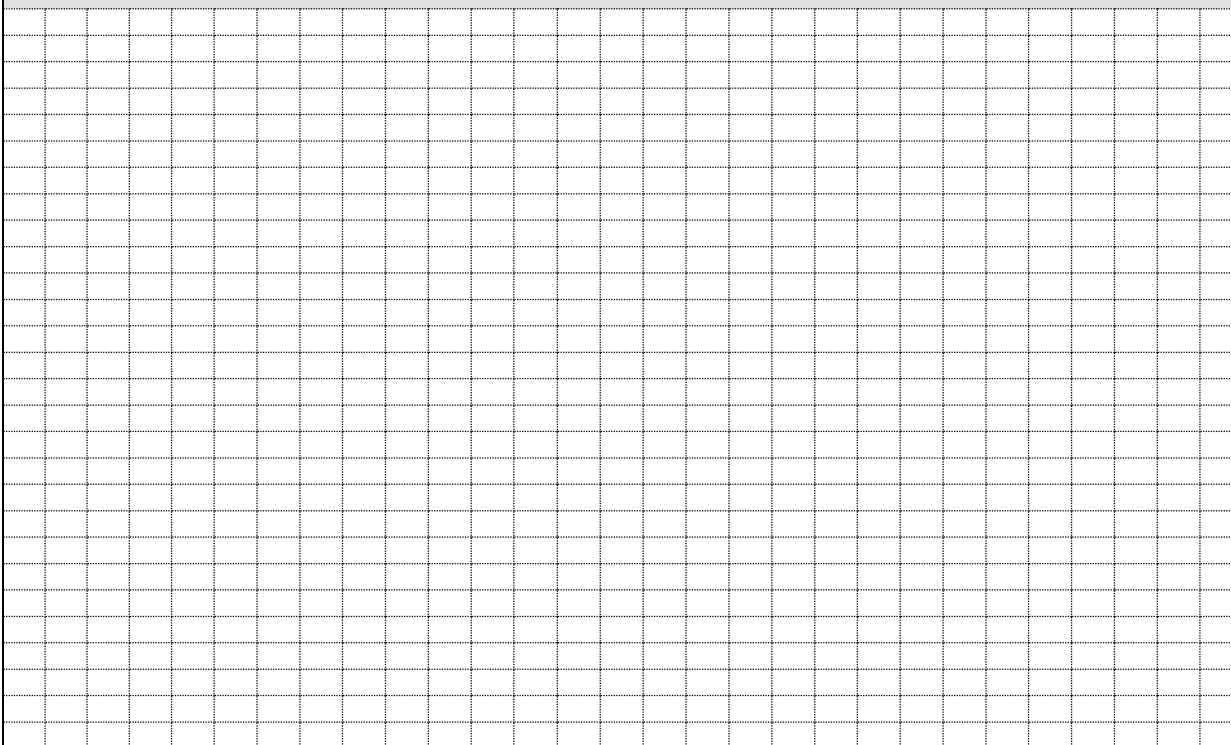
14. Czy wdrożono postępowanie karne?

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 5 sztuk.
- e. Dokładne wskazanie miejsca zdarzenia (mapa z zaznaczonym miejscem, współrzędne geograficzne, pinezka z Google Maps).

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

18. 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 Gryfinie z siedzibą w 74-100 Gryfino, ul. Sprzymierzonych 4
- inspektorem ochrony danych w Starostwie Powiatowym w Gryfinie jest Kierownik Referatu Informatyki
- 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

--- - - - -

.....

.....