

....., dnia

Miejscowość

Zarząd Dróg Miejskich w Grudziądzu
ul. Ludwika Waryńskiego 34A,
86-300 Grudziądz
tel. 56 66 30 800, fax 56 66 30 801

ZGŁOSZENIE SZKODY Z UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ

*) niepotrzebne skreślić

I. Informacje ogólne	
1. OSOBA ZGŁASZAJĄCA SZKODĘ (POSZKODOWANY – właściciel pojazdu) a) imię i nazwisko b) adres c) numer tel.: d) adres e-mail:	
2. DATA i godzina zdarzenia	
3. MIEJSCE zdarzenia (podać nazwę ulicy, numery pobliskich budynków, nr drogi, kilometraż itp.)	
4. ŚWIADKOWIE zdarzenia: a) imię i nazwisko b) adres c) numer tel. d) adres e-mail:	
5. Czy poinformowano o zdarzeniu odpowiednie służby	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE jeśli tak to jakie: Policję: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE data zgłoszenia i dane komisariatu Policji: Pogotowie ratunkowe: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Straż Pożarną: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Straż Miejską: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Inne: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
6. Przyczyna powstania szkody	
7. Jakiego rodzaju szkody spowodował wypadek?	<input type="checkbox"/> osobowe <input type="checkbox"/> w pojeździe <input type="checkbox"/> pozostałe rzeczowe
8. Czy poszkodowany był	<input type="checkbox"/> pieszym

	<input type="checkbox"/> kierowcą pojazdu mechanicznego <input type="checkbox"/> rowerzystą <input type="checkbox"/> pasażerem pojazdu mechanicznego <input type="checkbox"/> pasażerem innego pojazdu, prosimy o wskazanie danych właściciela pojazdu i numeru rejestracyjnego pojazdu
9. Czy poszkodowany w chwili zdarzenia znajdował się	pod wpływem alkoholu <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
10. Dokładny opis zdarzenia (załączyć szkic), przyczyna szkody i zakres uszkodzeń:	
11. Wysokość roszczenia (wstępna wycena strat):	Kwota: (słownie:)
12. Dyspozycja płatnicza:	Nr rachunku bankowego Właściciel konta: Adres do przekazu pocztowego:
II. SZKODY OSOBOWE	
13. Proszę określić istotę szkody, czy wypadek spowodował np.:	<input type="checkbox"/> uszkodzenia ciała <input type="checkbox"/> śmierć <input type="checkbox"/> inne jeżeli nie, jak długo może trwać leczenie, czy istnieje możliwość trwałego kalectwa?
III. SZKODY W POJEŹDZIE	
14. Dane pojazdu:	
	a) marka, model i typ pojazdu b) rodzaj pojazdu c) nr rejestracyjny pojazdu d) nr VIN

15. Miejsce postoju uszkodzonego pojazdu: Adres, pod którym można dokonać oględzin: W czyjej obecności można dokonać oględzin pojazdu: Imię i Nazwisko nr telefonu	
IV. POZOSTAŁE SZKODY RZECZOWE	
16. Co zostało uszkodzone i w jakim stopniu?	
17. Ile w przybliżeniu wyniesie koszt naprawy uszkodzonej rzeczy?	
18. Kiedy, gdzie i za jaką cenę zostały nabyte uszkodzone w wypadku przedmioty?	
19. Czy zgłoszono już roszczenia o odszkodowanie z dobrowolnego ubezpieczenia, np. AC? W jakiej wysokości? Gdzie zgłoszono roszczenie:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Wysokość roszczenia: zgłoszono:

Do zgłoszenia załączam:

- kserokopię dowodu osobistego
 kserokopię prawa jazdy (szkoda komunikacyjna)
 kserokopię dowodu rejestracyjnego (w przypadku uszkodzeń w pojeździe)
 dokumentacja fotograficzna z miejsca zdarzenia oraz uszkodzonego / zniszczonego mienia (aparatury z datownikiem)
 inne (wymienić jakie):
.....
.....
.....

Na powyższe pytania odpowiedziałem/łam zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy. Oświadczam, że w przypadku ustalenia innych okoliczności zdarzenia niż te, które podałem w niniejszym zgłoszeniu szkody, skutkujące odmową wypłaty odszkodowania, poniosę pełne koszty postępowania dowodowego i likwidacji szkody.

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Administratorem przekazanych danych osobowych jest Zarząd Dróg Miejskich w Grudziądzu, ul. Waryńskiego 34A, 86-300 Grudziądz. Dane będą wykorzystywane w celu rozpatrzenia wniosku o wypłatę odszkodowania i wypełnienia prawnych obowiązków związanych z tym wnioskiem (art. 6 ust. 1 lit. b-c RODO). Przekazanie tych informacji jest dobrowolne, ale niezbędne dla rozpatrzenia wniosku (odmowa przekazania danych oznacza brak możliwości rozpatrzenia wniosku o wypłatę odszkodowania). Dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu szkody będącej przedmiotem wniosku.

Dane mogą być udostępniane brokerom ubezpieczeniowym (w tym MAK Ubezpieczenia Sp. z o.o., ul. Domaniewska 39, 02-672 Warszawa), ubezpieczycielom lub podmiotom likwidującym szkodę – w związku z rozpatrzeniem i ewentualną realizacją wniosku o wypłatę odszkodowania.

Osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo złożenia wniosku:

- o dostęp do danych osobowych, sprostowanie danych, gdy są one nieprawidłowe,
- o usunięcie lub ograniczenie przetwarzania danych osobowych,
- do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w sytuacji, w której dochodzi do naruszenia zasad ochrony danych osobowych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dotyczących stanu zdrowia, zawartych w niniejszym wniosku, w celu rozpatrzenia i ewentualnej realizacji wniosku (art. 9 ust. 2 lit. a RODO). Przyjmuję do wiadomości, że przysługuje mi prawo cofnięcia zgody (bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem).

....., dnia
Miejscowość

.....
podpis Poszkodowanego