

ROSZCZENIE - MIENIE

(Z polisy Odpowiedzialności Cywilnej - Wypełnia Poszkodowany)

Data powstania szkody		Data: / /												
Miejsce powstania szkody														
Dane Poszkodowanego	Imię i nazwisko													
	Adres													
	Dane kontaktowe (nr telefonu, adres e-mail)													
Przedmiot szkody <i>(z podaniem uszkodzeń - krótki opis)</i>		Przedmiot szkody: Uszkodzone mienie:												
Wstępna przyczyna i okoliczności powstania szkody														
Proszę o: <i>(właściwie zaznaczyć)</i>		<input type="checkbox"/> usunięcie skutków szkody <input type="checkbox"/> przelanie należnego odszkodowania na rachunek bankowy Numer rachunku bankowego:												
O zdarzeniu poinformowano <i>(jeśli tak, proszę wpisać nazwę jednostki wraz z kodem pocztowym)</i>		<table><tr><td>• Policję</td><td><input type="checkbox"/> TAK</td><td>.....</td><td><input type="checkbox"/> NIE</td></tr><tr><td>• Straż Pożarną</td><td><input type="checkbox"/> TAK</td><td>.....</td><td><input type="checkbox"/> NIE</td></tr><tr><td>• Inna jednostka (jaka?)</td><td><input type="checkbox"/> TAK</td><td>.....</td><td><input type="checkbox"/> NIE</td></tr></table>	• Policję	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	• Straż Pożarną	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	• Inna jednostka (jaka?)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
• Policję	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE											
• Straż Pożarną	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE											
• Inna jednostka (jaka?)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE											

Data i podpis Poszkodowanego

.....
Data

.....
Podpis Poszkodowanego

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Administratorem przekazanych danych osobowych jest Zarząd Dróg Miejskich i Komunikacji Publicznej w Bydgoszczy, ul. Toruńska 174a, 85-844 Bydgoszcz, zarzad@zdmikp.bydgoszcz.pl. 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 EIB SA, 87-100 Toruń, ul. Jęczmienna 21), 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).

.....
/podpis poszkodowanego/