

ROSZCZENIE – SZKODA OSOBOWA

(Z polisy Odpowiedzialności Cywilnej - Wypełnia Poszkodowany)

Data powstania szkody	Data: / /						
Miejsce powstania szkody						
Dane Poszkodowanego	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; padding: 5px;">Imię i nazwisko</td> <td style="padding: 5px;">.....</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Adres</td> <td style="padding: 5px;">.....</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Dane kontaktowe (nr telefonu, adres e-mail)</td> <td style="padding: 5px;">.....</td> </tr> </table>	Imię i nazwisko	Adres	Dane kontaktowe (nr telefonu, adres e-mail)
Imię i nazwisko						
Adres						
Dane kontaktowe (nr telefonu, adres e-mail)						
Doznane urazy						
Wstępna przyczyna i okoliczności powstania szkody						
Proszę o: <i>(właściwie zaznaczyć)</i>	<input type="checkbox"/> przelanie odszkodowania na wskazany adres: <input type="checkbox"/> przelanie odszkodowania na poniższy rachunek bankowy:						
O zdarzeniu poinformowano <i>(jeśli tak, proszę wpisać nazwę jednostki wraz z kodem pocztowym)</i>	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">• Policję</td> <td style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE </td> </tr> <tr> <td>• Straż Pożarną</td> <td> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE </td> </tr> <tr> <td>• Inna jednostka (jaka?)</td> <td> <input type="checkbox"/> TAK <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 Grupie Brokerskiej ODYS Sp. z o. o., ul. 11 Listopada 1A, 85-624 Bydgoszcz), 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/