

ZGŁOSZENIE SZKODY Z OC ZARZĄDCY DROGI

1. Właściciel pojazdu /imię i nazwisko, adres, telefon/

.....
.....

2. Kierujący w chwili szkody

.....
.....

3. Dokładna lokalizacja miejsca zdarzenia /miejscowość, nazwa ulicy, km drogi itp. /

.....
.....

4. Czas zdarzenia /data, godzina/

.....

5. Przedmiot szkody

POJAZD

Rodzaj pojazdu Marka, model, typ

Nr rejestracyjny nr nadwozia (VIN)

Rok produkcji Kolor nadwozia

Nr dowodu rejestracyjnego Badania techniczne ważne do

Przebieg (km) Pojemność silnika (cm³)

Nr polisy ubezpieczeniowej OC wydana przez

Przeznaczenie pojazdu

(użytek własny, transport zarobkowy, działalność gospodarcza, inne – opisać)

INNE np. uszkodzenia mienia, uszkodzenia ciała

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

6. Okoliczności + prędkość pojazdu w chwili wypadku

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. Warunki atmosferyczne / stan pogody /

.....

.....

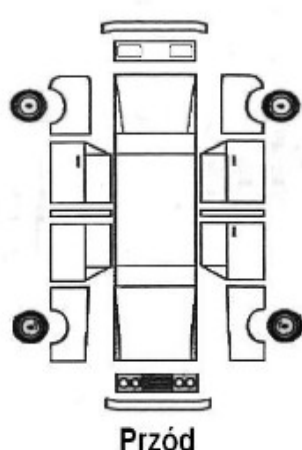
8. Poniesione szkody.....

.....

.....

.....

.....

ZAKRES USZKODZEŃ POJAZDU	
<p><i>Prosimy o zaznaczenie znakiem X uszkodzonych części</i></p>  <p>Przód</p>	<p>Opis uszkodzeń powstałych w wyniku ww. zdarzenia</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

9. Czy była wzywana Policja lub Pogotowie Ratunkowe na miejsce zdarzenia ? (Adres wezwanej jednostki).

.....

.....

.....

14. Oświadczenia (w przypadku zgody proszę o zaznaczenie krzyżykiem pola w kwadracie obok)

I.	Oświadczam, że dane w punktach 1-13 oraz na szkicu są zgodne z prawdą i znam konsekwencje o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdy.	<input type="checkbox"/>
----	--	--------------------------

.....
data i podpis

Informacje o przetwarzaniu danych zawartych w zgłoszeniu szkody

1. Administratorem Pani/Pan danych osobowych jest Powiatowa Służba Drogowa w Olsztynie z siedzibą w Olsztynie, 10-429 Olsztyn, tel. 89 535 66 30, e-mail: psd@powiat-olsztynski.pl
2. Kontakt do Inspektora Ochrony Danych Osobowych (IOD) – tel. 89 535 66 30, e-mail: psd@powiat-olsztynski.pl
3. Podanie danych jest dobrowolne ale niezbędne w celu likwidacji szkody.
4. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania.
5. Dane nie będą podlegały profilowaniu.
6. Dane mogą być udostępnione podmiotom upoważnionym do uzyskania informacji na podstawie przepisów ustawy z dnia 11 września 2015 r. (Dz. U. Z 2015 r. poz. 1844) o działalności ubezpieczeniowej.
7. Podane dane będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 pkt a) oraz art. 9 pkt a) i zgodnie z treścią ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych.
8. Dane będą przetwarzane na potrzeby procesu likwidacji szkody.
9. Dane będą przechowywane do czasu upływu okresu przedawnienia roszczeń związanych z przedmiotową szkodą.
10. Ma Pan/i prawo do wniesienia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania, a w przypadku wyrażenia zgody na przetwarzanie danych do jej wycofania. Skorzystanie prawa cofnięcia zgody nie ma wpływu na przetwarzanie, które miało miejsce do momentu wycofania zgody.
11. Przysługuje Pani/u prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego 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.

.....
Data i podpis

15. Oświadczenie dotyczące przekazanej wraz ze zgłoszeniem szkody dokumentacji medycznej (w przypadku zgody proszę o zaznaczenie krzyżykiem pola obok oraz złożenie podpisu poniżej)*

II.	Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych zawartych w załączonej dokumentacji medycznej do celu realizacji procesu odszkodowawczego.	<input type="checkbox"/>
-----	---	--------------------------

.....
Data i podpis

*dotyczy sytuacji, w której Poszkodowany dostarcza wraz ze zgłoszeniem szkody dokumentację medyczną lub inne dokumenty o charakterze poufnym.