

WNIOSEK/ROSZCZENIE Z TYTUŁU SZKODY OSOBOWEJ
z polisy Odpowiedzialności Cywilnej ZDM zaistniałej od 01.01.2019 – wypełnia Wnioskodawca

Data powstania szkody		Data: /..... /..... godzina zdarzenia
Miejsce powstania szkody (miejscowość, nazwa ulicy oraz np. numer nieruchomości, skrzyżowanie ulic, inne charakterystyczne odniesienia itp.)		
Dane Wnioskodawcy	Imię i nazwisko	
	Adres korespondencyjny	
	Telefon do kontaktu	
	Adres e-mail	
Dane Poszkodowanego	Imię i nazwisko	
	Adres korespondencyjny	
	Telefon do kontaktu	
	Adres e-mail	
Okoliczności zdarzenia		
Doznane obrażenia (krótki opis)		
Świadkowie zdarzenia		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy składano roszczenie z powyższego zdarzenia do innego Zakładu Ubezpieczeń - jakiego?..... <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
Kto ponosi zdaniem zgłaszającego roszczenie odpowiedzialność za zaistniałe zdarzenie i dlaczego?		
Proszę o:		Przełanie należnego odszkodowania/świadczenia na rachunek bankowy: Numer rachunku bankowego:

Szkic sytuacyjny: proszę o:

- możliwe wierne odzwierciedlenie sytuacji, w której doszło do zdarzenia;
- wskazanie punktu umożliwiającego precyzyjne określenie miejsca powstania szkody.

O zdarzeniu poinformowano
(jeśli tak, proszę wpisać nazwę jednostki wraz
z adresem)

- Policję TAK
- Pogotowie TAK
- Inna jednostka (jaka?) TAK

Uwaga: Przy składaniu wniosku nie jest wymagane dołączenie dokumentacji medycznej.

.....
Data:

.....
Podpis Wnioskodawcy

Data i podpis Wnioskodawcy

Zgodnie z art. 6 ust.1 lit a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (EU) 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) **wyrażam zgodę** na przetwarzanie przez Administratora Danych, którym jest Dyrektor Zarządu Dróg Miejskich w Poznaniu z siedzibą przy ul. Wilczak 17, 61-623 Poznań; dane kontaktowe ZDM-u: numer telefonu 61 647727 (81) w godzinach pracy ZDM, adres email: zdm@zdm.poznan.pl – moich danych osobowych zawartych w formularzu i złożonych dokumentach w celu realizacji postępowania w sprawie roszczeń z tytułu szkody w mieniu z polisy Odpowiedzialności Cywilnej ZDM zaistniałej od 01.01.2019.

Zgodnie z art. 13 ust.1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych z dnia 27 kwietnia 2016 r. zostałem poinformowany o tym, iż:

1. Wyznaczono Inspektora Ochrony Danych, z którym można skontaktować się pod nr tel. 885 340 040 w godzinach pracy ZDM lub pod adresem email: dane.osobowe@zdm.poznan.pl
2. Dane osobowe, po zrealizowaniu celu pierwotnego, dla którego zostały zebrane, o jakim była mowa wcześniej, będą przetwarzane dla celów archiwalnych i przechowywane zgodnie z przepisami archiwalnymi obowiązującymi u Administratora przez okres 10 lat po roku, w którym dokonano rozpatrzenia wniosku.
3. Dane osobowe będą przekazywane Brokerowi Miasta Poznania oraz ubezpieczycielowi w celu realizacji zadania wskazanego w niniejszym wniosku.
4. Mam prawo do:
 - a) dostępu do treści danych na podstawie art. 15 Rozporządzenia;
 - b) sprostowania danych na podstawie art. 16 Rozporządzenia;
 - c) usunięcia danych na podstawie art. 17 Rozporządzenia;
 - d) ograniczenia przetwarzania danych na podstawie art. 18 Rozporządzenia;
 - e) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych na podstawie art. 21 Rozporządzenia;
 - f) przenoszenia danych na podstawie art. 20 Rozporządzenia.
5. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych może zostać cofnięta w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Oświadczenie o cofnięciu zgody należy złożyć pisemnie w formie papierowej lub elektronicznej na adres email: zdm@zdm.poznan.pl
6. Mam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uznam, iż przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy RODO.
7. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do złożenia niniejszego wniosku i realizacji zleconego zadania.

.....
Data

.....
Podpis Wnioskodawcy