

....., dnia .....

## ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ ZARZĄDCY DROGI

Szkoda osobowa  
(Wypełnia poszkodowany)

1. Poszkodowany /imię i nazwisko, adres, telefon/

.....  
.....

PESEL: .....

telefon..... e-mail: .....

3. Miejsce zdarzenia /miejscowość, nazwa ulicy, km drogi itp. / - dokładny opis miejsca pozwalający na jego jednoznaczną identyfikację:

.....  
.....

3. Czas zdarzenia / data , godzina / .....

4. Okoliczności

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

5. Prędkość pojazdu w chwili zdarzenia .....

6. Miejsce na ewentualny SZKIC obrazujący przebieg zdarzenia (konieczny w razie powstania szkody na skutek nierówności na drodze, placu, parkingu lub na chodniku),

7. Warunki atmosferyczne / deszcz, śnieg, oblodzenie, bez opadów, noc, dzień/

.....

8. Czy wypadek zgłoszono Policji lub Straży Miejskiej bądź Pogotowiu Ratunkowemu?  
Czy służby te interweniowały na miejscu zdarzenia ?Jeśli tak podać nazwę jednostki  
oraz jej adres:

.....

.....

9. Przyczyna zdarzenia

.....

.....

10. Świadkowie zdarzenia /nazwiska, adresy zamieszkania, telefony, oświadczenia /

.....

.....

11. Czy droga była znana poszkodowanemu ? / np. z dojazdu do pracy, miejsca  
zamieszkania /

.....

.....

12 . Jakie wystąpiły u poszkodowanego na skutek zgłaszanego wypadku obrażenia ciała  
lub rozstrój zdrowia – prosimy wymienić wszystkie obrażenia lub rozstroje i krótko je  
opisać :

.....

.....

.....

.....

.....

13. Kiedy, gdzie i przez kogo (nazwa lub adres placówki medycznej / pogotowia ratun-  
kowego albo nazwisko i adres lekarza) po zaistnieniu wypadku została udzielona pierw-  
sza pomoc lekarska i na czym pierwsza pomoc polegała ? :

.....

.....

.....

.....

14. Czy poszkodowany przebywał w szpitalu, klinice; jeżeli tak, to w jakim okresie lub w jakich okresach (ile dni, tygodni lub miesięcy) przebywał na poszczególnych oddziałach szpitalnych (prosimy wymienić te oddziały) lub czy poszkodowany leczył się ambulatoryjnie na skutek zgłaszanego wypadku, jeśli tak prosimy podać, w jakich przychodniach lub gabinetach lekarskich (proszę podać rodzaje przychodni lub specjalności poszczególnych lekarzy) ? :

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

15. Zaświadczenia z przebiegu leczenia w załączeniu (wymienić):

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

16. Wysokość roszczenia w złotych .....

17. Forma wypłaty odszkodowania:

Posiadacz rachunku bankowego .....

Numer rachunku bankowego .....

Oświadczam, że dane w punktach 1 – 17 oraz na szkicu są zgodne z prawdą i zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdy.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w przekazywanych materiałach dla potrzeb niezbędnych do dochodzenia roszczeń (zgodnie z art. 27 ust. 2 pkt. 1 Ustawy z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych; Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.)

.....  
Data, podpis wypełniającego zgłoszenie

miejsce i data zgłoszenia

podpis i pieczęć zarządcy