**Zgłoszenie Miastu Inowrocław żądania likwidacji szkody**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Adresat roszczenia OC** | | Miasto Inowrocław  aleja Ratuszowa 36, 88-100 Inowrocław |
| **Data powstania szkody** | | Data: ............ /............ /............ |
| **Miejsce powstania szkody** | |  |
| **Dane Poszkodowanego** | **Imię i nazwisko** |  |
| **Adres** |  |
| **Dane kontaktowe**  **(nr telefonu, adres e-mail)** |  |
| **Przedmiot szkody**  *(z podaniem uszkodzeń - krótki opis)* | | |  |  | | --- | --- | | * Uszkodzone mienie: | ……………………………….…………………………………….. | | * Uszkodzony pojazd: marka, model, nr rej.: * Uraz ciała: | ……………………………….……………………………………  ……………………………….……………………………………  ……………………………….……………………………………  ………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………. | |
| **Wstępna przyczyna  i okoliczności powstania szkody** | |  |
| **Proszę o:** | | |  |  |  | | --- | --- | --- | | ❑ przelanie odszkodowania na wskazany adres:  ……………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………… |  |  | | ❑ przelanie odszkodowania na poniższy rachunek bankowy:  ……………………………….……………………………….……………………..………….……….,  należący do …………………………………………………………………………………………. |  |  | |
| **O zdarzeniu poinformowano**  *(jeśli tak, proszę wpisać nazwę jednostki wraz z kodem pocztowym)* | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | * Policję (adres jednostki) | ❑ TAK | ………………………… | ❑ NIE | | * Straż Pożarną | ❑ TAK | ………………………… | ❑ NIE | | * Inna jednostka (jaka?) | ❑ TAK | ………………………… | ❑ NIE | |
| OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH  Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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) (Dz. U. UE L 119 z 4.05.2016, s. 1, ze zm.) - zwanego dalej „RODO”, informujemy, że:   * administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Prezydent Miasta Inowrocławia z siedzibą w Inowrocławiu przy  alei Ratuszowej 36; * wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych, z którym może się Pani/Pan skontaktować pod nr tel. 52-35-55-347 lub adresem e-mail: iod@inowroclaw.pl; * Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia zgłoszenia likwidacji szkody na podstawie zarządzenia Prezydenta Miasta Inowrocławia w sprawie instrukcji określającej procedury likwidacji szkód objętych ubezpieczeniem; * odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty, które są do tego upoważnione na podstawie obowiązujących przepisów prawa; * Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do spełnienia celu przetwarzania, dla którego zostały zebrane lub w okresie wskazanym przepisami prawa, a po tym czasie przez okres wskazany w odrębnych przepisach prawa odnoszących się do archiwizacji dokumentów w organach administracji publicznej; * posiada Pani/Pan prawo żądania dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo żądania ich sprostowania, prawo żądania ograniczenia przetwarzania, prawo żądania do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzanych danych, oraz prawo żądania do przenoszenia danych. Prawo do usunięcia, swoich danych przysługuje Pani/Panu w sytuacji, gdy wcześniej wyrażona zgoda na przetwarzanie danych zostanie przez Panią/Pana cofnięta, a przepisy prawa zezwalają na ich trwałe usunięcie. Jeżeli przetwarzanie danych osobowych odbywać się będzie wyłącznie na podstawie zgody - posiada Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; * ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych  (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w przypadku gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO; * podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do prawidłowego rozpatrzenia żądania likwidacji szkody.   Dane mogą być udostępniane brokerom ubezpieczeniowym (w tym Nord Partner sp. z o.o. 87-100 Toruń, ul. Lubicka 16), ubezpieczycielom lub podmiotom likwidującym szkodę – w związku z rozpatrzeniem i ewentualną realizacją wniosku o wypłatę odszkodowania.  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). | | |
| **Data i podpis Poszkodowanego** | | …………………………………… …………………………………………….  Data Podpis Poszkodowanego |