

....., dnia

**ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ
ZARZĄDCY DROGI**

**Szkoda osobowa
(Wypełnia poszkodowany)**

1. Poszkodowany /imię i nazwisko, adres, PESEL, telefon, e-mail/

.....
.....

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 leczyl 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.

.....
miejsce i data zgłoszenia

.....
podpis zgłaszającego