**Meno, priezvisko, adresa, telefón žiadateľa: ...................................................................................**

**..........................................................................................................................................................................**

**Názov a adresa poisťovne: .....................................................................................................................**

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

**VEC:**

**Žiadosť o zaplatenie náhrady za bolesť**

Vážený poisťovateľ, týmto si u Vás uplatňujem náhradu za bolesť v zmysle nižšie uvedeného.

**Skutkový stav**

Ako poškodený som bol účastníkom dopravnej nehody, ktorá sa odohrala dňa ..................... neďaleko obce/v obci ..................................................................................., ktorú spôsobil Váš poistenec:

Meno a priezvisko: ..................................................................................

Narodený: ...................................................................................................

Bytom: .......................................................................................................... (ďalej aj ako „vinník“)

**Základné údaje**

Vinník má u vás uzatvorenú poistnú zmluvu číslo: ........................................................................................

poistené vozidlo ŠPZ: ..................................................................................................................................................

číslo poistnej udalosti .................................................................................................................................................

**Nárok na náhradu za bolesť**

Nakoľko som pri dopravnej nehode utrpel poškodenie zdravia, môj ošetrujúci lekár mi vyhotovil lekársky posudok o bolestnom, kde ohodnotil moje poškodenie zdravia v bodoch.

*V prílohe prikladám lekársky posudok ako aj lekárske správy o mojom liečení v súvislosti s dopravnou nehodou.*

Ošetrujúci lekár v lekárskom posudku vyčíslil **výšku bolestného na ............................... bodov.**

**Na základe vyššie uvedeného si týmto uplatňujem u Vás ako poisťovateľa vinníka dopravnej nehody náhradu za bolesť, ktorá mi vznikla ako poškodenému, a to vo výške ........................................................... EUR.**

**Uvedenú sumu Váš žiadam zaslať na môj účet vedený v banke: ................................................,**

**IBAN: ........................................................................................................................., a to bezodkladne.**

V ................................. dňa ...............................

podpis žiadateľa