

от _____
 Ф.И.О. гражданина

 Почтовый адрес

 Контактный телефон

 Адрес электронной почты

Заявление

Прошу провести дополнительную проверку правильности применения коэффициента Кбм в полисе ОСАГО серия _____ № _____ от « _____ » _____ 20 ____ г. в отношении лица, допущенного к управлению транспортным средством.

Сведения о субъекте обращения	
Фамилия Имя Отчество	
Дата рождения	
Предыдущие сведения о субъекте обращения	
Фамилия Имя Отчество	
Данные водительского удостоверения *	
Серия, Номер	
Данные предыдущего водительского удостоверения	
Серия Номер	
Данные документа удостоверяющего личность *	
Серия, Номер	
Данные предыдущего документа удостоверяющего личность	
Серия, Номер	

_____ (_____)

« _____ » _____ 20 ____ г.

Заявление принял представитель Страховщика _____ (_____)

« _____ » _____ 20 ____ г.

* Для проведения проверки правильности применения Кбм необходимо предоставить копии документов, указанных в заявлении.

Настоящим подтверждаю полноту и достоверность информации, содержащимся в настоящем заявлении, а также в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», подписывая данное заявления я даю согласие на обработку любыми, предусмотренными законодательством Российской Федерации способами, предоставленных мною персональных данных в САО «Медэкспресс», в том числе направления запросов в Российский Союз Автостраховщиков.