

от _____
(Ф.И.О. гражданина, наименование юридического лица, ПБОЮЛ)

проживающего (находящегося) по адресу:

телефон: _____

e-mail: _____

**ЗАЯВЛЕНИЕ
о несогласии с примененным (предлагаемым) КБМ**

Прошу провести проверку правильности применения коэффициента КБМ в договоре ОСАГО серия _____ номер _____ от «___» _____ 20__ г. в отношении лица, допущенного к управлению ТС по данному полису:

| Данные | Описание |
|--|----------|
| Сведения о субъекте обращения | |
| Фамилия Имя Отчество | |
| Дата рождения | |
| Данные водительского удостоверения | |
| Серия Номер | |
| Дата выдачи | |
| Данные документа, удостоверяющего личность | |
| Тип документа | |
| Серия Номер | |
| Дата выдачи | |
| Кем выдан | |
| Предыдущие сведения о субъекте обращения | |
| Фамилия Имя Отчество | |
| Дата рождения | |
| Данные о предыдущем водительском удостоверении | |
| Серия Номер | |
| Дата выдачи | |
| Данные о предыдущем документе, удостоверяющего личность | |
| Тип документа | |
| Серия Номер | |
| Дата выдачи | |

(Дата, подпись)

Примечание: для проведения проверки применения КБМ предоставить копии указанных в заявлении документов.