

от _____
(Ф.И.О. гражданина)Проживающего(ая) по адресу:

телефон: _____

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

Прошу провести проверку правильности применения коэффициента КБМ в полисе ОСАГО серия ____ номер _____ от « ____ » _____ 20__ г. в отношении собственника ТС по данному полису:

Данные	Описание
Сведения о субъекте обращения	
Фамилия Имя Отчество	
Дата рождения	
Данные документа, удостоверяющего личность	
Тип документа	
Серия Номер	
Дата выдачи	
Кем выдан	
Сведения о транспортном средстве <i>(должно быть заполнено хотя бы одно поле из раздела)</i>	
VIN	
Номер кузова	
Номер шасси	
Гос. номер	
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.