СПАО «Ингосстрах»
117997, ГСП-7, г. Москва,
ул. Пятницкая, д.12, стр.2

 От

(ФИО страхователя полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу произвести проверку правильности применения КБМ по действующему/заключаемому договору ОСАГО в СПАО «Ингосстрах», внести в АИС РСА скорректированные сведения с учетом подтвержденного КБМ и при необходимости произвести перерасчёт страховой премии.

Серия и номер действующего/заключаемого полиса ОСАГО СПАО «Ингосстрах»:

VIN номер ТС

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ф.И.О водителя** | **Дата рождения водителя** | **Серия и номер водительского удостоверения (текущие)** | **Серия и номер водительского удостоверения (предыдущие) – в случае замены** | **Вид, серия и номер документа, удостоверяющего личность (текущие)** | **Вид, серия и номер документа, удостоверяющего личность (предыдущие) – в случае замены** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

* Прошу также проверить корректность определения КБМ по всем действующим договорам ОСАГО, заключенным мной в СПАО «Ингосстрах» в отношении перечисленных выше субъектов

 Предпочтительный способ получения результата рассмотрения:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* по электронной почте:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* sms-сообщением на номер телефона:

*Настоящим разрешаю передачу и обработку своих персональных данных согласно требованиям российского законодательства.*

*Я проинформирован, что проверка корректности определения КБМ может привести к пересчету страховой премии по договору страхования (в большую или меньшую сторону) после внесения изменений в страховой полис.*

 Дата Подпись Расшифровка подписи