**Приложение № 15**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(наименование филиала ГКУ «КЦСЗН» Забайкальского края)*

***Регистрационный номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

**ЗАЯВЛЕНИЕ О КОМПЕНСАЦИИ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ ПО ДОГОВОРУ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ГРАЖДАНСКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ**

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Ф.И.О полностью)*

Паспорт: серия\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(когда и кем)*

зарегистрирован по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_телефон\_\_\_\_\_\_\_

К заявлению прилагаю:

|  |  |
| --- | --- |
| **Наименование документа** | **Количество** |
| Документ, удостоверяющий личность. |  |
| Страховое свидетельство государственного пенсионного страхования. |  |
| Страховой полис обязательного страхования гражданской ответственности владельца транспортного средства. |  |
| Квитанция об уплате страховой премии по договору обязательного страхования гражданской ответственности владельца транспортного средства. |  |
| Паспорт транспортного средства, выписанного на имя инвалида или законного представителя ребенка-инвалида. |  |
| Прочие документы |  |

Компенсацию страховой премии по договору обязательного страхования гражданской ответственности прошу перечислять:

Отделение связи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Кредитное учреждение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, номер лицевого счета

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

Подтверждаю, что:

* С порядком и сроками предоставления компенсации страховой премии я ознакомлен (а);
* За достоверность сообщаемых мной сведений несу ответственность в соответствии с действующим законодательством;
* Предупрежден (а), что в случае представления заведомо ложных и (или) недостоверных сведений, а равно путем умолчания о фактах, влекущих прекращение социальных выплат, предусмотрено наказание, на основании УК РФ,

ст. 159.2 (штраф, исправительные работы, ограничение свободы до 2-х лет);

* при наступлении обстоятельств, влияющих на получение компенсации страховой премии (перемена места жительства, смена фамилии, имени отчества и других обстоятельств) обязуюсь информировать филиал не позднее чем в 2-х недельный срок.
* Обязуюсь предоставить согласие каждого члена семьи на обработку персональных данных

Расписка-уведомление

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Принял | | Недостающие документы | | Последний документ | |  | | Дата | Подпись | Наименование | Представить до (дата) | Представлен (дата) |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | Подпись получателя |  | |

Заявитель: Специалист:

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_расшифровка Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_расшифровка

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Расписка о приеме документов получена лично | Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |