Руководителю территориального структурного

отделения социального обеспечения

по г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО  должностного лица\_\_\_\_\_\_\_\_

от ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_

Заявление о выплате компенсации

Прошу выплатить мне компенсацию уплаченной мной страховой премии по договору обязательного страхования гражданской ответственности владельцев транспортных средств через:

почтовое отделение № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

банк \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование и платежные реквизиты банка получателя)

К заявлению прилагаю следующие документы:

1. страховой полис ОСАГО
2. платежные документы
3. водительское удостоверение инвалида владельца ТС

Дата подачи заявления                                              Подпись заявителя

Сведения, указанные в заявлении, подтверждаю

Входящий номер заявления                             Дата приема заявления

Подпись сотрудника, принимавшего заявление