**В Службу по защите прав потребителей финансовых услуг и миноритарных акционеров   
Банка России**

107016, г. Москва, ул. Неглинная, д. 12

**Заявитель:** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(указать Ф.И.О. полностью)

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать полный почтовый адрес)

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

Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Копия:** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(указать полное наименование страховой организации/филиала СК)

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать полный почтовый адрес местонахождения страховой компании/филиала СК)

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

**ЖАЛОБА**

**НА НАРУШЕНИЕ СТРАХОВОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА**

**со стороны \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** *(указать наименование страховой компании)*

«\_\_\_»\_\_\_\_\_20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(указываются дата и место ДТП)* произошло дорожно-транспортное происшествие с участием автомобиля *(указывается марка и г.р.з.)*, принадлежащего мне, *ФИО (указываются Ваши данные)*, на праве собственности, и автомобиля *(указывается марка и г.р.з.)*, находившегося под управлением ФИО *(указываются данные другого участника ДТП)*.

В результате ДТП мой автомобиль получил механические повреждения. Виновным в ДТП признан водитель автомобиля (указывается марка и г.р.з.), что подтверждается Постановлением от «\_\_\_»\_\_\_\_\_20\_\_ г. *(указывается дата вынесения постановления)* по делу об административном правонарушении. Гражданская ответственность виновника ДТП *ФИО (указываются данные виновника)* на момент ДТП была застрахована в страховой компании *(указывается наименование страховой компании)* по полису *(указываются серия и* *номер полиса ОСАГО)*.

В соответствии со ст. 13 Федерального закона от 25.04.2002 г. № 40-ФЗ «Об обязательном страховании гражданской ответственности владельцев транспортных средств» «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_20\_\_ г. *(указывается дата обращения в страховую компанию)* я обратился (-ась) в *(указывается наименование страховой компании)* с заявлением о страховой выплате с приложением следующих документов:

1) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и т.д.

Однако, в выплате страхового возмещения мне было отказано письмом от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_20\_\_ г. *(указывается дата письменного отказа страховщика)* по основанию: *(указывается основание для отказа в выплате страхового возмещения, которое указал страховщик)*.

Считаю, что отказ в выплате мне страхового возмещения является неправомерным, страховая компания *(указывается наименование страховой компании)* грубо нарушает положения действующего законодательства и мои права.

На основании изложенного, руководствуясь положениями Закона РФ от 27.11.1992 г. № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации», прошу рассмотреть настоящее обращение, провести проверку и принять меры по обеспечению пересмотра страховой компанией *(указывается наименование страховой компании)* решения об отказе в выплате мне страхового возмещения.

О результате рассмотрения моей жалобы и принятом решении прошу сообщить мне в письменном виде в установленные законодательством сроки.

С уважением,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /*ФИО заявителя*/

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г.