АЛЬФА СТРАХОВАНИЕ

ЗАЯВЛЕНИЕ о страховой выплате (ОСАГО)

При причинении вреда: Имуществу ☐ Здоровью ☐ Жизни ☐

6800/133/00☐☐☐/10/☐☐

Форма №1

Данные потерпевшего

Для физ. лица Ф.И.О.	КРЫЛОВ АЛЕКСЕЙ СЕРГЕЕВИЧ
Дата рождения	15.01.1965 **Гос.номер а/м** А 444 КС - 150
Наименование юр. лица	
Почтовый адрес	г. Сергиев Посад, пр. Красной Армии, д.50
Контактные телефоны	8(496)5473102; 8(916)3334567
E-mail:	krylov777@yandex.ru
Марка и модель а/м	Opel Vectra
Дата происшествия	10.10.2009
Адрес места ДТП	Ярославское шоссе, 32

Тип места наступления дорожно-транспортного происшествия (заполнить только один из разделов)

A. Автомагистрали ☐	**B.** В пределах дорог (кроме автомагистралей) ☑	**C.** Прилегающие к дорогам территории ☐
D. Другие территории: ☐ _____ _____	Перекрестки ☐	Жилые массивы ☐
	Пешеходные переходы и остановки маршрутных транспортных средств ☐	Дворы ☐
		Стоянки ТС ☐
		Заправочные станции ☐

Категории потерпевших

Собственник ТС, кол-во ☐☐	Несовершеннолетние, кол-во ☐☐	Кормилец, кол-во ☐☐
Иной владелец ТС, кол-во ☐☐	Учащиеся старше 18 лет, кол-во ☐☐	Другие потерпевшие, кол-во ☐☐
Другие потерпевшие, кол-во ☐☐	Женщина старше 55 лет, кол-во ☐☐	Число потерпевших, кол-во ☐☐
Пассажиры, кол-во ☐☐	Мужчина старше 60 лет, кол-во ☐☐	**Тип причиненного вреда:** ☐☐
Пешеходы, кол-во ☐☐	Лица, признанные инвалидами ☐☐	Увечья, кол-во ☐☐
Прочие потерпевшие, кол-во ☐☐	Другие лица, кол-во ☐☐	Прочие повреждения, кол-во ☐☐

Данные страхователя

Полис серия ВВВ **№**	0512001023 **Гос.номер а/м** К 313 КТ - 150
Марка и модель а/м	ВАЗ 2109
Ф.И.О собственника	ПЕТРОВ ИВАН ВИТАЛЬЕВИЧ
Почтовый адрес	г. Краснозаводск, ул. 1 мая, д.52, кв.36
Ф.И.О. водителя	ЕВТУШЕНКО КИРИЛЛ ЮРЬЕВИЧ
Почтовый адрес	г. Краснозаводск, ул. 1 мая, д.52, кв.37
ГИБДД	ОГИБДД ГИБДД СЕРГИЕВ ПОСАД

Подразделение ГИБДД, в которое заявлено о страховом случае

После принятия решения о признании случая страховым прошу перечислить страховое возмещение:

Для физ. лица Ф.И.О.	КРЫЛОВ АЛЕКСЕЙ СЕРГЕЕВИЧ
Наименование юр. лица	
Дата рождения	15.01.1965 **ПОЛ М** ☑ **Ж** ☐
ИНН	**КПП**
Лицевой счет	
Наименование банка	
р/с	
к/с	
ИНН	**БИК**

По данному ДТП для возмещения ущерба в другие страховые компании Не обращался ☐

Согласен на сбор, обработку Страховщиком сведений, указанных в настоящем заявлении (а также иных персональных сведений, получаемых Страховщиком при рассмотрении настоящего заявления), любыми способами, установленными законом, с целью рассмотрения настоящего заявления. Срок использования и обработки персональных сведений устанавливается до момента письменного уведомления Страховщика об отзыве данного Согласия.

Потерпевший (Представитель) Ф. И.О

Крылов А.С.

15.10.2009 г.

Представитель ОАО «АльфаСтрахование» Ф.И.О.

Алексеев К.Н.)

Контактный телефон (496)547-40-10