

**Заявление о наступлении страхового случая и получении страховой выплаты  
(все поля обязательны для заполнения)**

**Сведения о Заявителе**

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

ИИН \_\_\_\_\_

Фактический адрес проживания: \_\_\_\_\_

(почтовый индекс, область, город, район, улица, № дома, квартиры)

Телефон моб.: \_\_\_\_\_

Номер договор страхования (при наличии) \_\_\_\_\_

**Сведения о Застрахованном (лицо, с которым произошел страховой случай)**

(не заполняется если Заявитель и Застрахованный одно и тоже лицо)

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

ИИН \_\_\_\_\_

**Событие которое произошло (нужное отметить ☐),**

- ☐ Смерть
- ☐ Инвалидность I – II – III группы
- ☐ Временная нетрудоспособность
- ☐ Госпитализация
- ☐ Телесные повреждения
- ☐ Смертельно опасные заболевания

**Дата события:** « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

**Опишите как произошло событие:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Страховую выплату прошу направить:**

ТОО «Микрофинансовая организация "Тойота Файнаншл Сервисез Казахстан", IBAN KZ699490001002617001 в АО «Altyn Bank» ДБ АО «Народный Банк Казахстана», БИН 130440002721, КБе 17 (далее ТФС) – в размере суммы задолженности по микрокредиту застрахованного, включая вознаграждение, согласно договору и мне (наследнику) в размере разницы между суммой, начисленной к выплате, и суммой задолженности перед ТФС.

**Настоящим даю согласие на сбор и обработку персональных данных ☒**

*Сообщение заведомо ложных, недостоверных сведений, и/или предоставление фиктивных документов Заявителем является основанием для требования Страховщиком применения мер, предусмотренных законодательством Республики Казахстан.*

**Дата** « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
**Подпись Заявителя**