

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
**о страховом событии и выплате страхового возмещения по страхованию на случай потери работы**

Договор страхования №

от (ДД.ММ.ГГ.)

**ЗАЯВИТЕЛЬ:**

ФИО (полностью)

Дата рождения (ДД.ММ.ГГ.)

Гражданство

**Документ, удостоверяющий личность<sup>1</sup>:**

Тип документа

Серия

Номер

Кем выдан

Дата выдачи (ДД.ММ.ГГ.)

Код подразделения

ИНН РФ

**Адрес регистрации:**

Индекс

Страна

Область/край/  
республика

Город

Улица

Дом

Корпус

Квартира

**Адрес проживания (заполнить, если не совпадает с адресом регистрации):**

Индекс

Страна

Область/край/  
республика

Город

Улица

Дом

Корпус

Квартира

**Контактная информация:**

Телефон +7

E-mail

**Для иностранных граждан:**

Данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание в РФ:

Серия

Номер

Дата начала срока пребывания (ДД.ММ.ГГ.)

Дата окончания срока пребывания (ДД.ММ.ГГ.)

**Я подтверждаю, что являюсь публичным должностным лицом (ПДЛ), супругом ПДЛ, близким родственником ПДЛ:**

Да (дополнительно необходимо заполнить опросник ПДЛ)

Нет

\*Перечень должностей, относящихся к понятию ПДЛ, расположен в разделе «Раскрытие информации» на официальном сайте Компании. Указанный Перечень должностей используется для определения принадлежности к ПДЛ.



Прошу выплатить страховое возмещение в связи с наступлением события, имеющего признаки страхового случая:

**ПРОИЗОШЕДШЕЕ СОБЫТИЕ:**

Дата увольнения (ДД.ММ.ГГ.):

**Причина увольнения :**

Расторжение трудового договора по причине (отметить из списка):

- Сокращение численности/ штата  
 Ликвидация организации  
 Смены собственника имущества организации  
 Восстановления работника, ранее выполнявшего работу  
 Отказа работника от перевода на работу в другую местность  
 Другое (указать):

Расторжение трудового договора по соглашению сторон (отметить из списка):

с выплатой работодателем дополнительной денежной компенсации (исключая обязательные выплаты в соответствии с действующим законодательством):

Да

Нет

Снижение заработной платы по причине (отметить из списка):

- принудительного сокращения рабочего времени  
введения простоя работодателем

Дата постановки на учет в Центр занятости (ДД.ММ.ГГ.)

Страховое возмещение прошу выплатить по указанным реквизитам:

**БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ ПОЛУЧАТЕЛЯ ВЫПЛАТЫ** (ВСЕ ПОЛЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫ ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ)

Получатель страховой выплаты

- Заявитель  Выгодоприобретатель

Наименование банка

Корреспондентский счет банка получателя

БИК банка получателя

Номер лицевого счета получателя

(Ф.И.О. Заявителя)

(Подпись Заявителя)

(Дата (ДД.ММ.ГГ.))

Я даю своё согласие на обработку персональных данных Страховщику, а так же поручить обработку моих персональных данных (с учетом того, что применимо) «РБ Страхование Жизни», юридический адрес - г. Москва, ул. Маши Порываевой, д. 34, этаж 2, ком. 58 , ООО «ОСГ Рекордс Менеджмент Центр», юридический адрес – 127083, г. Москва, ул. Восьмого Марта д. 14, стр. 1, а также иным обработчикам (далее – «Обработчики»), которые осуществляют обработку ПДн Страхователя/Застрахованного/Выгодоприобретателя по поручению Страховщика на основании заключенных с этими лицами договоров/соглашений (агентские, возмездного оказания услуг, о взаимном сотрудничестве, обеспечении конфиденциальности и безопасности и др.) в связи с предоставлением услуг и исполнением Страховщиком обязательств, согласно условиям Договора страхования.

Я даю согласие на предоставление моих ПДн Обработчикам, а также иным третьим лицам, круг которых ограничен и определен опосредовано как лица, с которыми Страховщик вправе взаимодействовать в связи с исполнением Договора страхования. В частности, я согласен на получение Страховщиком и Обработчиками сведений и/или документов, содержащих мои ПДн (в т. ч. сведения о состоянии здоровья, составляющих врачебную тайну, согласно п. 3 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»):

- у работодателя, в органах и учреждениях МВД России, прокуратуре и иных правоохранительных органах, МЧС России,
- у иных третьих лиц, которым Страховщик может направлять запросы о предоставлении сведений/документов в соответствии с Договором страхования (Правилами страхования) или законодательством Российской Федерации в целях исполнения обязательств по Договору страхования.

Перечень действий, на осуществление которых дается согласие, и общее описание способов обработки: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, как с использованием средств автоматизации (в т. ч. программного обеспечения), так и без их использования (на материальных, в т. ч. бумажных, носителях).

Перечень ПДн, на обработку которых дается согласие (с учетом того, что применимо): ФИО, пол, дата рождения, гражданство, реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, кем и когда выдан и др.), ИНН (при наличии), контактная информация (адрес места жительства, фактический адрес, номер телефона, адрес электронной почты), данные миграционной карты, данные документа, подтверждающего право на проживание/пребывание в РФ, сведения о наличии или отсутствии статуса иностранного публичного должностного лица, дата начала и дата окончания срока пребывания, платежные реквизиты, иные персональные данные, в том числе относящиеся к состоянию здоровья, содержащиеся в Договоре страхования и/или других документах, которые переданы/будут переданы Страховщику в связи с оказанием услуг, согласно условиям Договора страхования, а также данные, которые обрабатываются с моих слов.

Согласие на обработку моих ПДн Страховщиком и Обработчиками действует в течение срока действия Договора страхования, и ещё пять лет после его прекращения, а также истечения срока, необходимого для выполнения положений нормативных правовых актов РФ. Обрабатываемые ПДн подлежат хранению в течение срока действия согласия, если иное не установлено законодательством РФ. Согласие может быть отозвано посредством направления письменного уведомления Страховщику.

---

(Ф.И.О. Заявителя)

---

(Подпись Заявителя)

--	--	--	--	--	--

(Дата (ДД,ММ,ГГ.))

