В Общество с ограниченной ответственностью «РБ Страхование» Адрес места нахождения: 107078, РФ, г. Москва, ул. Маши Порываевой, д. 34, этаж 2, ком. 62



## ЗАЯВЛЕНИЕ

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

Договор страхова	ания №		,					
		OT (,i	ДД.ММ.ГГ.)					
ВАЯВИТЕЛЬ:								
ФИО (полностью)								
Дата рождения (ДД	<b>д</b> .ММ.ГГ.)		Гражданств	30				
<b>Документ, удост</b> о	веряющий л	іичность <sup>1</sup> :						
Гип документа								
Серия		Номер						
Кем выдан								
Дата выдачи (ДД.М ИНН РФ	IM.FF) [		Код под	разделени	19			
\дрес регистраці	ии:							
1ндекс		Страна		Область/кр оеспублик				
ород		Улица		3				
Дом К	орпус	Квартира						
Адрес проживань	ия (заполнит	ь, если не совпада	ет с адресом ре	гистраци	и):			
1ндекс		Страна	, c	Область/кр республик	рай/ a			
ород		Улица		-				
Дом К	орпус	Квартира						
Контактная инфо	рмация:							
Гелефон +7			E-mail					
<b>Для иностранных</b> Данные документа пребывание в РФ: Серия	•	вющего право инос	транного граждаг Номер	нина или л	пица без	граждан	ства на	
Дата начала срока	пребывания	(ДД.ММ.ГГ)						] []
Дата окончания ср	оска пребыва	ния (ДД.ММ.ГГ)						
оодственником П	дл:	<b>публичным должн</b> о димо заполнить оп			<b>угом ПД</b> Нет	<b>1</b> Л, близн	ким	
		к понятию ПДЛ, распо нь должностей исполь:					циальном	

(Ф.И.О. Заявителя) (Подпись Заявителя) (Дата (ДД.ММ.ГГ.))



	ного имени и в своих интересах	
имени и	з интересах Выгодоприобретате	еля (необходимо заполнить следующий блок)
АННЫЕ ВЫГ	ОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯ:	
<b>РИО</b> (полность	ю)	
ата рождения	<b>I</b> (ДД.ММ.ГГ.)	Гражданство
окумент, уд	остоверяющий личность <sup>1</sup> :	
ип документа		
ерия		Номер
ем выдан		
цата выдачи (Д	д.мм.гг)	Код подразделения
НН РФ		
црес регистр	ации	
ндекс	Страна	Область/край/ республика
род	Улица	peeriyomma
ом	Корпус Квартира	
дрес прожиг	ания (заполнить, если не совп	адает с адресом регистрации):
ндекс	Страна	Область/край/ республика
род	Улица	peeriyenma
ОМ	Корпус Квартира	
онтактная ин	формация	
елефон +7		E-mail
ля иностран	ных граждан:	
		ностранного гражданина или лица без гражданства на
ребывание в ерия	<b>5</b> ψ.	Номер
	СПО СТАНИЯ (ДД.ММ.ГГ)	
	я срока пребывания (ДД.ММ.ГГ)	
		NAMES OF THE PROPERTY OF THE P
одствержда одственнико		жностным лицом (ПДЛ), супругом ПДЛ, близким
Да (допол	нительно необходимо заполнить	ь опросник ПДЛ)
		асположен в разделе «Раскрытие информации» на официальном ользуется для определения принадлежности к ПДЛ.
окумент, по	тверждающий полномочия пр	редставителя
lаименование		
Наименованию Номер		

(Ф.И.О. Заявителя) (Подпись Заявителя) (Дата (ДД.ММ.ГГ.))

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 Сокращение численности/ штата по причине (отметить из списка): 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 с выплатой работодателем дополнительной денежной компенсации по соглашению сторон (исключая обязательные выплаты в соответствии с действующим (отметить из списка): 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 Заявитель Выгодоприобретатель выплаты Наименование банка Корреспондентский счет банка получателя БИК банка получателя Номер лицевого счета получателя

(Ф.И.О. 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-Ф3 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»):

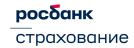
- у работодателя, в органах и учреждениях МВД России, прокуратуре и иных правоохранительных органах, МЧС России,
- у иных третьих лиц, которым Страховщик может направлять запросы о предоставлении сведений/документов в соответствии с Договором страхования (Правилами страхования) или законодательством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

## **ОПРОСНИК ПУБЛИЧНОГО ДОЛЖНОСТНОГО ЛИЦА ПДЛ**1



				ации, осуществляемой в рамка о должностей, укажите:	Х
ФИО ПДЛ					
Занимаемую должност	љ ПДЛ				
Наименование работо,	дателя ПДЛ				
Адрес работодателя П,	дл				
	імках договора стра			или с участником операции, егории ПДЛ, в т.ч. согласно	
ФИО ПДЛ					
Степень связи с ПДЛ:	Супруг/Супруга		Внук/Внучка		
	Отец/Мать		Усыновитель/усыног	зленныи	
	Сын/Дочь □ Брат/Сестра				
	(в т. ч. неполнор	•			
	Дедушка/Бабуш	IKa			
	Иное:				
Занимаемую должнос	ть ПДЛ				
Наименование работо	дателя ПДЛ				
Адрес работодателя П	дл				
договора страхования операции, осуществля	) и (или) связанное с яемой в рамках дог олжностей, укажите	: Вами (или с говора страх е источники	участником договора ования) лицо относя происхождения де	оации, осуществляемой в рамка а страхования/ или с участнико ящееся к категории ПДЛ, в т. нежных средств, переводимь	М Ч.
Заработная плата	a	Процентныі	й доход по вкладам (ц	ценным бумагам)	
Пенсия		Доходы от п	редпринимательской	й деятельности	
Наследство		Иные доход	ы:		
Личные сбереже	ния				
легализации (отмывани должностей, относящих Компании. Указанный П	ю) доходов, полученнь ся к понятию ПДЛ, рас Іеречень должностей і	ых преступныю сположен в ра используется	и путем, и финансиров; зделе «Раскрытие инф для определения прин	оЗ от <b>07.12.2001</b> «О противодейств анию терроризма». Перечень ормации» на официальном сайте надлежности к ПДЛ. а заполняется в отношении каждо	

(Ф.И.О. Заявителя) (Подпись Заявителя) (Дата (ДД.ММ.ГГ.))