

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

_____ **ОТ** (ДД.ММ.ГГ.) _____

ФИО (полностью)	
-----------------	--

Дата рождения (ДД.ММ.ГГ.)							Гражданство	
---------------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	-------------	----------------------

Тип документа	
---------------	--

Серия

--	--	--	--

 Номер

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

Кем выдан	
-----------	--

Дата выдачи (ДД.ММ.ГГ)							Код подразделения	
-------------------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	--------------------------	----------------------

[illegible]

Индекс						Страна		Область/край/ республика	
--------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	--------	----------------------	-----------------------------	----------------------

Город Улица

Дом Корпус Квартира

Индекс						Страна		Область/край/ республика	
--------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	--------	----------------------	-----------------------------	----------------------

Город Улица

Дом Корпус Квартира

[illegible][illegible]

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

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

☐ 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.

(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 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

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 также поручить обработку моих персональных данных (с учетом того, что применимо) «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ 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 услуги 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 **21.11.2011**г. №**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.

Адрес работодателя ПДЛ:	
-------------------------	--

Адрес работодателя ПДЛ:

☐ Заработная плата	☐ Процентный доход по вкладам (ценным бумагам);
☐ Пенсия	☐ Доходы от предпринимательской деятельности;
☐ Наследство	☐ Иные доходы: _____
☐ Личные сбережения	

2. В случае, если к понятию ПДЛ относятся более одного лица, настоящая форма заполняется в отношении каждого ПДЛ.