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



## ЗАЯВЛЕНИЕ

о страх	овом со	быт	ии и в	выпла	те ст	рахового	о возмеще	ния по стр	оахова	нию на	случаі	й поте	ри рабо	ты
Догово	р страх	ован	ия №				(00.							
							от (ДД.М	M.I I .)						
ЗАЯВИТ	ГЕЛЬ:													
ФИО (па	олносты	Ю)												
Дата ро	ждения	(ДД.	ММ.ГГ	)				Граждан	СТВО					
Докуме	ент, удо	СТОВ	еряю	щий .	личн	ость <sup>1</sup> :								
Тип док	умента													
Серия								Номер	o					
Кем выд	цан													
Дата выдачи (ДД.ММ.ГГ)					Код п	одразд	еления							
ИНН РФ	)													
_														
Адрес г	регистр	аци	M:						Обла	сть/край	1/			
Индекс					Стра				респу	ублика	·/			
Город		1			¬	Улица								
Дом			рпус			артира				_				
<b>Адрес г</b> Индекс	трожив	ания	1 (запо	олнит			впадает с	адресом (	Обла	сть/край	1/			
					Стра				респу	ублика				
Город		17-	[		1/-	Улица								
Дом		Ко	рпус		KE	вартира								
Контак	тная ин	<b>іфор</b>	маци	я:										
Телефон	<b>+</b> +7						E-n	nail						
<b>Для ин</b> Данные пребыв	- докуме	ента,	•	_	ающе	го право	иностран	ного гражд	цанина	или лис	ца без	гражда	анства н	на
Серия								Номер						
Дата на	чала сро	ока п	ребы	вания	(ДД.N	им.ГГ):								
Дата ок	ончания	я сро	ка пр	ебыва	ния (	ДД.ММ.ГГ	):							
<b>ПДЛ, б</b> л	<b>іизким</b> (дополн	<b>родо</b> нител	твенн пьно н	<b>ником</b> необхо	<b>ПДЛ</b> ЭДИМО	<b>?</b> Эзаполни	<b>бретатель</b> ить опросн	ик ПДЛ);		He	Г			
							, расположе используе							ОМ

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



(Дата (ДД.ММ.ГГ.))

аявитель действует от (нужное отметить):	
собственного имени и в своих интересах;	
имени и в интересах Выгодоприобретателя (необходимо	заполнить следующий блок).
<b>ДАННЫЕ ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯ:</b>	
РИО (полностью)	
laта рождения (ДД,ММ.ГГ.) Граждаі	нство
Цокумент, удостоверяющий личность¹:	
ип документа	
Серия Номер	
(ем выдан	
Дата выдачи (ДД.MM.ГГ) Код по	рдразделения
ІНН РФ	
дрес регистрации	
ндекс Страна	Область/край/ республика
урод Улица	
ом Корпус Квартира	
дрес проживания (заполнить, если не совпадает с адресом	и регистрации):
ндекс Страна	Область/край/ республика
ррод Улица	
ом Корпус Квартира	
онтактная информация	
елефон +7	
ля иностранных граждан:	
анные документа, подтверждающего право иностранного граз ребывание в РФ:	жданина или лица без гражданства на
ерия Номер	
ата начала срока пребывания (ДД,ММ,ГГ):	
ата окончания срока пребывания (ДД.ММ.ГГ):	
вляется ли Застрахованный/ Выгодоприобретатель публич	
ДЛ, близким родственником ПДЛ?	TEM ACTIVITIES (LIANT), CYTIPY CM
Да (дополнительно необходимо заполнить опросник ПДЛ)	; Нет
еречень должностей, относящихся к понятию ПДЛ, расположен в раздел йте Компании. Указанный Перечень должностей используется для оп	
	ределения принадлежности к ттдут.
окумент, подтверждающий полномочия представителя	
Наименование	
Наименование ————————————————————————————————————	

(Подпись заявителя)

(Ф.И.О. заявителя)

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



ПРОИЗОШЕДШЕЕ СОБЫТИЕ:							
Дата увольнения (ДД.ММ.ГГ.):							
Причина увольнения:							
Расторжение трудового договор 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 договор 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 в	выплатить по указанным реквизитам:						
БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ ПО	ЛУЧАТЕЛЯ ВЫПЛАТЫ						
Получатель страховой выплаты	Заявитель Выгодоприобретатель						
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) «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 Страхователя/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. 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 использованиемсредств 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 (приналичии), контактная информация (адрес места жительства, фактический адрес, номер телефона, адрес электроннойпочты), 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 датаокончания срока пребывания, платежные реквизиты, иные персональные данные, в том числе относящиеся ксостоянию здоровья, содержащиеся в Договоре страхования и/или других документах, которые переданы/будутпереданы 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 Договорастрахования, и ещё пять лет после его прекращения, а также истечения срока, необходимого для выполненияположений нормативных правовых актов РФ. Обрабатываемые ПДн подлежат хранению в течение срока действиясогласия, если иное не установлено законодательством РФ. Согласие может быть отозвано посредствомнаправления письменного уведомления Страховщику.

	(5, (5, 14, 15, 1))
Ф.И.О. заявителя) (Подпись заявителя) (	(Дата (ДД.ММ.ГГ.))

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



1. В случае, если Вы (ил договора страхования)	и участник договора страхов; <sup>2</sup> относитесь к категории ПДЛ	ания/ или участник операции, осуществляемой в рамках 1, в т.ч. согласно Перечню должностей, укажите:				
ФИО ПДЛ:						
Занимаемую должност	ь ПДЛ:					
Наименование работод	дателя ПДЛ:					
Адрес работодателя ПД	дл:					
	мках договора страхования)	м договора страхования/ или с участником операции, лицо относится к категории ПДЛ, в т.ч. согласно				
ФИО ПДЛ:						
Степень связи с ПДЛ:	Супруг/Супруга;	Внук/Внучка;				
	Отец/Мать;	Усыновитель/усыновленный;				
	Сын/Дочь;	Партнеры по бизнесу;				
	Брат/Сестра (в том числе неполнородные);	Личные советники/консультанты;				
	Дедушка/Бабушка;	Лицо, которое получает материальную выгоду ввиду установленных отношений;				
	Иное:					
Занимаемую должност	гь ПДЛ:					
Наименование работо,	дателя ПДЛ:					
Адрес работодателя П,	дл:					
договора страхования) операции, осуществля в т.ч.	и (или) связанное с Вами (или яемой в рамках договора согласно   дения денежных средств, п Процент Доходы	ания/ или участник операции, осуществляемой в рамках и с участником договора страхования/ или с участником страхования) лицо относитесь к категории ПДЛ, Перечню должностей, укажите: переводимых (переведенных) для оплаты договора тый доход по вкладам (ценным бумагам); от предпринимательской деятельности; ходы:				
легализации (отмыванин должностей, относящих Компании. Указанный П	о) доходов, полученных прес кся к понятию ПДЛ, расположе еречень должностей используе	дерального закона № 115-ФЗ от 07.12.2001 «О противодействии ступным путем, и финансированию терроризма». Перечень ен в разделе «Раскрытие информации» на официальном сайте тся для определения принадлежности к ПДЛ. го лица, настоящая форма заполняется в отношении каждого				

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