

**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.):

**Является ли Застрахованный/ Выгодоприобретатель 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.





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 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.))

1. В случае, если Вы (или участник договора страхования/ или участник операции, осуществляемой в рамках договора страхования)<sup>2</sup> относитесь к категории ПДЛ, в т.ч. согласно Перечню должностей, укажите:

ФИО ПДЛ:

Занимаемую должность ПДЛ:

Наименование работодателя ПДЛ:

Адрес работодателя ПДЛ:

2. В случае, если связанное с Вами (или с участником договора страхования/ или с участником операции, осуществляемой в рамках договора страхования) лицо относится к категории ПДЛ, в т.ч. согласно Перечню должностей, укажите:

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 должность ПДЛ:

Наименование работодателя ПДЛ:

Адрес работодателя ПДЛ:

3. В случае, если Вы (или участник договора страхования/ или участник операции, осуществляемой в рамках договора страхования) и (или) связанное с Вами (или с участником договора страхования/ или с участником операции, осуществляемой в рамках договора страхования) лицо относится к категории ПДЛ, в т.ч. согласно Перечню должностей, укажите: Источники происхождения денежных средств, переводимых (переведенных) для оплаты договора страхования:

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

<sup>1</sup> Лицо, указанное в подпункте 1 пункта 1 статьи 7.3 Федерального закона № 115-ФЗ от 07.12.2001 «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма». Перечень должностей, относящихся к понятию ПДЛ, расположен в разделе «Раскрытие информации» на официальном сайте Компании. Указанный Перечень должностей используется для определения принадлежности к ПДЛ.

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