

Договор заключен между Страховщиком и Страхователем на изложенных далее условиях и в соответствии с Правилами страхования на случай потери работы владельца банковского счета (далее – «Правила страхования»), утвержденных ООО «РБ Страхование» в редакции, действующей на дату заключения Договора.

Договор считается заключенным с момента уплаты Страхователем страховой премии. Условия, содержащиеся в Правилах страхования и не включенные в текст Договора, являются неотъемлемой частью Договора и обязательны для исполнения Страхователем и Страховщиком.

### 1. СТРАХОВЩИК

ООО «РБ Страхование», адрес места нахождения: 107078, г. Москва, ул. Маши Порываевой, д.34, этаж 2, ком.62, лицензии на осуществление страхования СЛ №1580, СИ №1580, выданы Банком России бессрочно. ИНН: 7709927260, р/с: 40702810797570000475 в ПАО Росбанк г. Москва БИК 044525256. Режим работы офиса по адресу места нахождения Страховщика: понедельник – пятница с 09.00 до 18.00 МСК. При наступлении страхового события или возникновении иных вопросов - телефон центра поддержки клиентов 8-800-700-7-333 (работает 7 дней в неделю, 24 часа в сутки; звонок на территории РФ бесплатный). Документы по страховому событию направляются по месту нахождения Страховщика либо по дополнительно указанным на официальном сайте Страховщика адресам.

### 2. СТРАХОВАТЕЛЬ/ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЬ

Фамилия:	Гражданство:		
Имя:	Адрес регистрации:		
Отчество:	Страна:		
Пол:	Дата рождения:	Почтовый индекс:	Город:
Место рождения:	Область/район:		
Тип документа, удостоверяющего личность:	Номер телефона:		
Серия:	Номер:	Адрес электронной почты:	

### 3. УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ

#### Страховые риски

Страхование на случай потери работы	3.1.	<b>Расторжение трудового договора по причине:</b> - сокращения численности/штата - ликвидации организации - смены собственника имущества организации - восстановления работника, ранее выполнявшего работу - отказа работника от перевода на работу в другую местность
	3.2.	<b>Расторжение трудового договора по соглашению сторон</b>

**Агрегатная страховая сумма:** \_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_ копеек

**Страховая премия к оплате:** \_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_ копеек

Страховая премия должна быть уплачена одновременно на указанный выше расчетный счет Страховщика, в течение 10 (десяти) календарных дней с момента выдачи Договора. Страхователь имеет право отказаться от Договора в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая. Договор считается прекратившим свое действие по данному основанию с момента заключения. Страховая премия подлежит возврату в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя.

В случае расторжения Договора по истечении 14 календарных дней с даты заключения возврат страховой премии не производится.

**Срок действия договора:** Договор считается заключенным и вступает в силу с даты оплаты страховой премии Страхователем и действует в течение 1 года. Страхование начинается действовать на 91 (девяносто первый) день с момента вступления Договора в силу. Срок страхования заканчивается в момент прекращения Договора.

#### Риски:

3.1. Расторжение трудового договора по основному месту работы по инициативе работодателя в период действия Договора, повлекшее непрерывную потерю занятости на срок более 60 дней, в связи с:

3.1.1. сокращением численности или штата работников организации, индивидуального предпринимателя (п. 2 ст. 81 Трудового Кодекса Российской Федерации (далее ТК РФ) либо соответствующий пункт закона, регулирующего трудовые отношения государственных служащих (далее Закон о госслужбе);

3.1.2. ликвидацией организации (п. 1 ст. 81 ТК РФ либо соответствующий пункт Закона о госслужбе);

3.1.3. сменой собственника имущества организации (п. 4 ст. 81 ТК РФ);

3.1.4. восстановлением работника, ранее выполнявшего работу (п. 2 ст. 83 ТК РФ либо соответствующий пункт Закона о госслужбе);

3.1.5. отказом работника от перевода на работу в другую местность (п. 9 ст. 77 ТК РФ либо соответствующий пункт Закона о госслужбе);

3.2. Расторжение трудового договора по основному месту работы по соглашению сторон в период действия договора страхования (статья 78 ТК РФ либо соответствующий пункт Закона о госслужбе) с выплатой работодателем дополнительной денежной компенсации (за исключением обязательных выплат, предусмотренных законодательством), повлекшее непрерывную потерю занятости на срок более 60 дней.

**Территория страхования:** Российская Федерация.

#### Исключения:

Не являются страховыми случаями и не влекут обязательств Страховщика по выплате страхового возмещения события, наступившие при следующих обстоятельствах:

Если на момент расторжения трудового договора на последнем месте работы Страхователь имел непрерывный трудовой стаж по основному месту работы менее 6 (шести) месяцев. Непрерывный трудовой стаж исчисляется по продолжительности последней непрерывной работы Страхователя у одного работодателя (в одной организации либо у одного индивидуального предпринимателя). При переходе Страхователя с одной работы на другую трудовой стаж считается прерванным, вне зависимости от продолжительности перерыва;

Если расторжение трудового договора произошло без уведомления о предстоящем увольнении;

Если Страхователь приобрел статус безработного без права получения пособия по безработице;

Если расторжение трудового договора произошло в течение испытательного срока;

Если о досрочном расторжении договора на момент заключения договора страхования Страхователю было известно или заведомо должно было быть известно о его предстоящем расторжении;

Если расторжение трудового договора произошло с нарушением действующего законодательства Российской Федерации;

Если расторжение трудового договора по соглашению сторон произошло со Страхователем, получающим или имеющим право на получение государственной пенсии по старости, лицом, не работающим в момент заключения Договора страхования по состоянию здоровья, лицом, находящимся в момент заключения Договора страхования в неоплачиваемом отпуске, лицом, работающим в момент заключения Договора страхования на условиях неполного рабочего дня, неполной рабочей недели или совместительства.

**Возмещение:** Размер страхового возмещения рассчитывается за каждый месяц начиная с 61-го (Шестьдесят первого) дня непрерывной потери занятости и до ее окончания или наступления 241-го дня непрерывной потери занятости (в зависимости от того, какое из этих событий наступит раньше) в размере

\_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_ копеек за каждый месяц непрерывной потери занятости. Страховое возмещение производится Страховщиком при условии

предоставления документов, подтверждающих основания для выплаты и длительность события. В случае если потеря занятости наблюдалась в течение неполного месяца, то расчет страхового возмещения производится за полный месяц.

### 4. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

- 4.1 При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Страхователь обязан незамедлительно, но не позднее чем в течение 3 (трех) дней уведомить о событии Страховщика или его представителя способом, который позволяет идентифицировать отправителя и дату уведомления.
- 4.2 При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Страхователь в любом случае обязан предоставить документы:
- Заявление по форме Страховщика с описанием произошедшего события, обладающего признаками страхового случая;
  - Копия Договора (по требованию Страховщика);
  - Документ, удостоверяющий личность Страхователя или его представителя, и надлежащим образом оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя Страхователя (в том числе доверенность), для иностранных граждан и лиц без гражданства данные документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) на территории РФ, свидетельство о постановке на учет в налоговом органе (при наличии);
  - Документ, подтверждающий статус Страхователя в качестве безработного, выданный органом государственной службы занятости населения;
  - Копия Трудового договора со всеми приложениями/ трудовой книжки или сведения о трудовой деятельности в форме электронного документа;
  - Документы, подтверждающие факт наступления события, имеющего признаки страхового случая, в зависимости от того, что применимо: письменное уведомление работодателя об увольнении с указанием его причин, приказ об увольнении Страхователя, соглашение о расторжении трудового договора, Решение суда, вступившее в законную силу (при разрешении спора в судебном порядке) и иные виды документов.
- 4.3 Документы должны предоставляться в виде оригиналов или в виде копий, заверенных нотариально или органом/учреждением/организацией, который выдал документ и/или располагает подлинником. Страховщик вправе по своему усмотрению принять решение о достаточности фактически предоставленных документов, запросить недостающие документы/сведения/информацию или сократить указанный выше перечень документов, а в исключительных случаях признать достаточность представленных скан-копий документов;
- 4.4 В течение 10 (десяти) рабочих дней после получения всех необходимых документов из числа, указанных выше, Страховщик обязан рассмотреть заявление о наступлении страхового случая и, если это необходимо для принятия решения по событию, имеющему признаки страхового случая, запросить недостающие сведения и документы у Страхователя, уведомив последнего в срок не превышающий 15 (пятнадцать) рабочих дней с момента установления данного факта.
- 4.5 Страховщик вправе запросить недостающие документы/сведения/информацию и отсрочить решение вопроса о признании (или непризнании) события страховым случаем и страховой выплате (или отказе в страховой выплате) до момента получения всех сведений и/или последнего из всех необходимых документов.
- В случае затребования дополнительных документов, а также проведения расследования, сроки для составления страхового акта, выплаты страхового возмещения, а также для принятия решения, исчисляются с момента получения всех необходимых дополнительных документов и информации.
- 4.6 Выплата страхового возмещения производится в течение 5 (пяти) рабочих дней после принятия решения (подписания страхового акта). Решение об отказе направляется в письменной форме с мотивированным обоснованием причин отказа не позднее 3 (трех) рабочих дней с момента принятия решения.
- 4.7 По всем страховым рискам Страховщик освобождается от страховой выплаты по основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

### 5. ДЕКЛАРАЦИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ

Оплачивая страховую премию и принимая от Страховщика Договор, я подтверждаю, что до его заключения мне предоставлена исчерпывающая информация о Страховщике, разъяснены условия страхования, размер премии и порядок ее оплаты, условия отказа от договора и возврата страховой премии, исключения из страхования, сроках рассмотрения выплаты, принципах расчета ущерба. С Правилами страхования, текстом Договора ознакомлен, согласен на заключение Договора на предложенных Страховщиком условиях. Мне известно, что Правила страхования доступны на официальном сайте Страховщика [www.rosbankinsurance.ru](http://www.rosbankinsurance.ru), а также могут быть мне вручены (направлены) по запросу Страховщику либо его представителю. Также я подтверждаю, что мне разъяснено право получить информацию о размере вознаграждения страхового агента. Я подтверждаю, что предоставленные в Договоре сведения являются достоверными и не возражаю против их дополнительной проверки. Оплачивая страховую премию и принимая от Страховщика Договор, я, действуя осознанно, свободно, своей волей и в своем интересе предоставляю согласие по нижеуказанным вопросам (далее – согласие):

5.1 на обработку моих персональных данных (ПДн) для целей: i) заключения, исполнения, изменения, прекращения сделок между Страховщиком и Обработчиками (как они определены ниже); ii) контроля и оценки качества предоставляемой мне страховой услуги по всем вопросам ее предоставления. Я также подтверждаю свое ознакомление с иными целями обработки ПДн, содержащимися в Правилах страхования;

5.2 Страховщику поручить обработку моих персональных данных ООО «РБ Страхование Жизни», адрес места нахождения: 107078, г. Москва, ул. Маши Порываевой, д.34, этаж 2, ком.58, ПАО РОСБАНК, адрес места нахождения: 107078, Россия, Москва, ул. Маши Порываевой, д. 34, ООО «ОСГ Рекордс Менеджмент Центр», адрес места нахождения – 127083, г. Москва, ул. Восьмого Марта д.14, стр.1;

5.3 на предоставление моих ПДн Обработчикам, а также иным третьим лицам, круг которых ограничен и определен опосредованно как лица, с которыми Страховщик вправе взаимодействовать в связи с исполнением Договора страхования.

Я предоставляю согласие на получение Страховщиком сведений и/или документов, содержащих ПДн у моего работодателя, иных организаций, а также у компетентных органов в виде приказов, справок и иных видов документов которые потребуются для исполнения Страховщиком договора 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 ПДн; обработка ПДн осуществляется как с использованием средств автоматизации (в том числе, помимо прочего, электронно-вычислительных машин, сетевых и прочих аппаратных и программных средств), так и без какого-либо использования средств автоматизации; ПДн будут обрабатываться с использованием различных сочетаний средств автоматизации и неавтоматизированных средств обработки (смешанная обработка).

Перечень ПДн, на обработку которых дается согласие (с учетом того, что применимо): ФИО, пол, дата и место рождения, гражданство, реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер и др.), контактная информация (адрес места жительства, номер телефона, e-mail и др.), платежные реквизиты, иные ПДн, содержащиеся в Договоре страхования и/или других документах, которые переданы/будут переданы Страховщику в связи с оказанием страховой услуги, будут получены в ходе рассмотрения страхового события и(или) сообщены Страховщику устно.

Согласие действует в течение срока действия Договора страхования и еще 5 (пять) лет после его прекращения, а также истечения срока, необходимого для выполнения положений нормативных правовых актов РФ. Обработываемые персональные данные подлежат хранению в течение срока действия согласия, если иное не установлено законодательством РФ. Согласие может быть отозвано посредством направления письменного уведомления Страховщику.

При изменении идентификационных сведений<sup>1</sup> Страхователя и/или иных участников Договора, представленных Страховщику при оформлении договора страхования, я обязуюсь сообщать Страховщику о таких изменениях в срок не позднее 7 рабочих дней либо до момента осуществления операции в рамках Договора.

Согласен на получение сообщений информационно-рекламного характера от Страховщика и обработчиков, направленных посредством СМС и/или электронной почты. Мне понятно, что такие сообщения будут носить характер официальных и признаваться юридически значимыми.

Стороны согласны с использованием в Договоре страхования, а также дополнительных соглашениях к нему и в документах, связанных с исполнением договора факсимильного воспроизведения подписи уполномоченного представителя Страховщика, выполненной с помощью средств механического или иного копирования, либо иных аналогов его собственноручной подписи и договорились, что данные документы имеют такую же юридическую силу, что и документы, подписанные собственноручно.

Страховщик

Генеральный директор  
на основании Устава Провирин А.В.



<sup>1</sup>Сведения, полученные в целях идентификации (упрощенной идентификации), в соответствии с Федеральным законом от 07.08.2001 № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма»