

**УВЕДОМЛЕНИЕ****о наступлении события по договору добровольного  
страхования финансовых рисков, связанных с потерей работы**

Заполняется только печатными буквами лицом, имеющим право  
на страховую выплату. Все поля обязательны для заполнения

Я , являясь:

Застрахованным  Выгодоприобретателем  Наследником Застрахованного  
 Законным представителем Застрахованного/ Выгодоприобретателя (Представителем по доверенности)  
по договору страхования (полису) серия  №  прошу осуществить  
страховую выплату в связи с наступлением события, указанного в п. 2 настоящего заявления.

**1. Сведения о Заявителе**

ФИО   
Дата рождения  г. Место рождения   
Гражданство

**Документ, удостоверяющий личность:**

Наименование  Серия  №   
Кем выдан   
Когда  г. Код подразделения  ИНН

**Контакты:**

Телефон (моб.)  E-mail (для оперативной связи)

**Адрес регистрации:**

Индекс  Область (Край)  Район   
Населенный пункт (город)  Улица   
Дом  Корпус  Квартира

**Адрес фактического места жительства: (указать в случае, если не совпадает с адресом регистрации)**

Индекс  Область (Край)  Район   
Населенный пункт (город)  Улица   
Дом  Корпус  Квартира

Являетесь ли Вы иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ)? Да  Нет

Если Да: Должность и наименование организации

Документ, подтверждающий статус иностранного публичного должностного лица

Являетесь ли Вы членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителями и детьми, дедушкой, бабушкой и внуками), полнородным и неполнородным (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным)? (нужное подчеркнуть) Да  Нет

Если Да: Должность и наименование организации

ФИО и должность ИПДЛ

Подпись  
Заявителя

ФИО  
Заявителя

Являетесь ли Вы должностным лицом публичных международных организаций или лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации? (нужное подчеркнуть) Да  Нет

Если Да: Должность и наименование организации

Только для иностранных граждан:

Если Вы являетесь иностранным гражданином, то просим указать являетесь ли налоговым резидентом РФ (налоговыми резидентами РФ признаются физические лица, фактически находящиеся в РФ не менее 183 дней в течение 12 следующих подряд месяцев): Да  Нет

Данные документа, подтверждающего права иностранного гражданина/лица без гражданства на пребывание в Российской Федерации:

Серия  №  Дата начала и окончания действия пребывания

Данные миграционной карты:

Серия  №  Дата начала срока пребывания  г.

Дата начала окончания срока пребывания  г.

## 2. Сведения о событии, имеющем признаки страхового случая (нужное отметить)

- Расторжение трудового договора по инициативе работодателя в связи с ликвидацией либо прекращением деятельности работодателя
- Расторжение трудового договора по инициативе работодателя в связи с сокращением численности или штата работников
- Досрочное увольнение с военной службы военнослужащего, проходящего военную службу по контракту, по семейным обстоятельствам (п.3 ст.51 Федерального закона «О воинской обязанности и военной службе»)

Дата события (совпадает с датой расторжения трудового договора) «  »  202  г.

Наименование работодателя (ФИО, для работодателя - физического лица), адрес и телефон (с кодом города) работодателя:

Стаж работы на последнем месте работы  месяцев.

Общий трудовой стаж  лет.

## 3. Приложения

Для подтверждения страхового случая к заявлению на получение страховой выплаты прилагаю следующие документы:

- Копия страхового полиса
- Копия документа, удостоверяющего личность заявителя
- Доверенность (в случае если заявителем является лицо, представляющее интересы выгодоприобретателя по доверенности)

Перечень документов подтверждающих наступление события, размер ущерба и имущественный интерес:

- Копия трудовой книжки, заверенную нотариально, либо печатью работодателя (все страницы)
- Копия расторгнутого трудового договора с последнего места работы (со всеми дополнительными соглашениями)

Подпись  
Заявителя

ФИО  
Заявителя

- Нотариально заверенная копия паспорта Страхователя (все страницы)
- Оригинал справки о доходах Страхователя по форме 2-НДФЛ, с информацией о доходах Страхователя не менее чем за 3 (три) последних перед расторжением Трудового договора месяца, не включая месяц расторжения
- Справка, выданную органом службы занятости населения

Прочие документы (перечислить)

Документы предоставляются Страховщику на русском языке в виде оригиналов или копий, заверенных уполномоченным на то лицом. Представленный перечень носит справочный характер, полный перечень документов, который может быть запрошен Страховщиком, содержится в Правилах страхования, на основании которых заключен Ваш договор страхования

#### 4. Согласие на обработку персональных данных

1. Клиент (далее также «Заявитель» или «Застрахованное лицо») свободно, своей волей и в своем интересе выражает (дает) свое согласие на:

1.1. предоставление Обществу с ограниченной ответственностью «Хоум Кредит Страхование», адрес: 125124, г. Москва, ул. Правды, д. 8, корп. 1 (далее – «Страховщик» или «ООО «Хоум Кредит Страхование») федеральными государственными учреждениями МСЭ, Фондами обязательного медицинского страхования (в т.ч. территориальными), любыми лечебно-профилактическими или особого типа учреждениями здравоохранения и/или частными врачами/лечебными учреждениями, у которых Застрахованное лицо проходило лечение, находится или находилось под наблюдением, сведений о факте обращения Застрахованного лица за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, любых сведений, полученных при медицинском обследовании и лечении. При этом Заявитель уполномочивает Страховщика на получение сведений, составляющих врачебную тайну, в любом виде и в любой форме (в т.ч. на получение справок, актов, заключений, результатов обследования); управляющими компаниями (организациями, их заменяющими в соответствии с законодательством РФ), органами местного самоуправления, правоохранительными органами, подразделениями МЧС РФ, Министерства обороны РФ, Государственной инспекции труда, аварийными службами, авиаперевозчиками сведений о факте обращения Застрахованного лица/Заявителя. При этом, Заявитель уполномочивает Страховщика на получение сведений о факте обращения, о факте события, дате и месте события, характере и обстоятельствах события, размере и характере повреждений, информации о виновных лицах в любом виде и в любой форме (в т.ч. на получение справок, актов, заключений); Сервисными центрами, авторизованными заводом-изготовителем мобильной техники, сведений о факте обращения, причинах обращения, результатах диагностики, перечне и стоимости необходимых ремонтных работ или неремонтопригодности мобильной техники; Службой занятости населения сведений о факте обращения Застрахованного лица/Заявителя. При этом, Заявитель уполномочивает Страховщика на получение сведений о факте обращения, о постановке на учет, о периодах нахождения на учете, направлениях на переобучение в любом виде и в любой форме (в т.ч. на получение справок, актов, заключений); организациям, осуществляющим ремонт одежды сведений о факте обращения, причинах обращения, результатах осмотра, перечне и стоимости необходимых ремонтных работ или неремонтопригодности одежды.

Заявитель разрешает Страховщику использовать эту информацию при решении вопросов, связанных с услугой страхования.

1.2. передачу и/или поручение Страховщиком обработки своих персональных данных следующими третьими лицами – партнерами Страховщика:

Наименование и адрес партнера Страховщика:	Цель обработки:
ООО «Делис Архив», 107023, г. Москва, ул. Электrozаводская, дом 21, корпус 41, помещение XXII	Хранение документации по договорам страхования Клиента, а также уничтожение ее по окончании срока хранения и/или в случаях, предусмотренных законом
ООО «ОСК», 115114, г. Москва, ул. Летниковская, д. 10, стр. 1	Обеспечение СМС информирования по договорам страхования Клиента
ООО «Объединенный Почтовый Сервис», 127572, г. Москва, ул. Угличская, д.16	Осуществление информационной почтовой рассылки по договорам страхования Клиента

Подпись  
Заявителя

ФИО  
Заявителя

1.3. обработку ООО «Хоум Кредит Страхование» своих персональных данных, а также персональных данных субъекта, чьи интересы он представляет (если Заявитель является Представителем) (далее каждый в равной степени именуется «субъект персональных данных» или «субъект ПДн»), на следующих условиях (далее – «согласие»):

1.3.1. Перечень ПДн, на обработку которых дается согласие (с учетом того, что применимо), и источник их получения: фамилия, имя, отчество; дата и место рождения; гражданство; данные документа, удостоверяющего личность (наименование, серия, номер, кем и когда выдан); контактная информация (например, адреса; номера телефонов, e-mail); данные миграционной карты (для иностранных граждан); ИНН (при его наличии); банковские реквизиты; семейное положение; иные ПДн, предоставленные заявителем или полученные Страховщиком от иного лица в ходе и в связи с рассмотрением заявленного события.

1.3.2. Цели обработки персональных данных (далее также «ПДн»): I) заключение, исполнение, изменение, прекращение договора страхования (оказание услуги страхования), в т.ч. получение страховой выплаты, в связи с наступлением страхового случая по договору страхования (если полагается); II) для предусмотренных законом целей, а также для осуществления и выполнения возложенных законодательством Российской Федерации на Страховщика функций, полномочий и обязанностей; III) для целей осуществления прав и законных интересов Страховщика; IV) заключение, исполнение, изменение, прекращение сделок между Страховщиком и Обработчиками (как они определены ниже); V) контроль и оценка качества предоставляемой услуги страхования по всем вопросам ее предоставления; VI) иные цели обработки ПДн, заявленные субъекту ПДн.

1.3.3. Согласие предоставляется Страховщику на обработку им ПДн, а также на передачу ПДн и поручение обработки ПДн обработчикам. При этом к обработчикам относятся ООО «РусЭксперт-Сервис» (ОГРН 5147746248140), адрес: 115419, г. Москва, ул. Орджоникидзе, д. 11, стр. 40, пом. I; ООО «Восток» (ОГРН 1217700574080), адрес: 117186, город Москва, улица Нагорная, дом 15, корпус 8, этаж 1, помещение I, офис 25; экспертные организации, страховые агенты и иные третьи лица, осуществляющие обработку ПДн по поручению Страховщика на основании заключенных с этими лицами договоров / соглашений (агентские, договоры о сотрудничестве, возмездного оказания услуг, хранения, обеспечении конфиденциальности и безопасности, перестрахования и др.) в целях и / или в связи с оказанием страховой услуги (далее и выше по тексту – «Обработчики»). Перечень обработчиков, не указанных в настоящем Заявлении, указан на официальном сайте Страховщика по адресу: <https://hcinsurance.ru>. Перечень действий с ПДн и общее описание используемых способов обработки: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение ПДн; ПДн будут обрабатываться с использованием различных сочетаний средств автоматизации и неавтоматизированных средств обработки (смешанная обработка).

1.3.4. Согласие действует на период действия договора страхования, а также в течение пяти лет после его прекращения или пяти лет после принятия Страховщиком решения по настоящему Заявлению (в зависимости от того, какая из дат наступит позднее).

1.3.5. Согласие может быть отозвано в любое время посредством направления письменного уведомления Страховщику. Если Заявителем ранее уже было предоставлено согласие по аналогичным вопросам, Заявитель просит считать настоящее согласие дополняющим/уточняющим/подтверждающим первоначальный документ, но не заменяющим его.

2. Настоящее согласие является конкретным, информированным и сознательным.

Подпись  
Заявителя

ФИО  
Заявителя

Подпись  
Заявителя

ФИО  
Заявителя