ХОУМ страхование

Общество с ограниченной ответственностью «Хоум Кредит Страхование»
Адрес: 125124, г. Москва, ул. Правды, д. 8, к. 1
Тел.: +7 (495) 785 27 53; факс: +7 (495) 785 82 02
Официальный сайт: www.homeins.ru

Приложение №1
к приказу от 25.05.2022 №СД/48

ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ

по договору добровольного страхования финансовых рисков, связанных с потерей работы

Я _____ , являясь: являясь Выгодоприобретателем по договору страхования финансовых рисков, связанных с потерей работы, серия _____ № _____ , прошу осуществить выплату страхового возмещения в соответствии с Уведомлением о событии и условиями договора страхования в связи с тем, что на _____ г. (дд.мм.гггг – дата, расторжения трудового договора, указанная в трудовой книжке), я имел статус безработного, что подтверждается справкой, выданной органом государственной службы занятости населения.

Телефон (моб.) _____

Для подтверждения страхового случая прилагаю следующие документы:

☐ Справку о статусе безработного на очередную дату;

☐ Прочие документы (перечислить): _____

Выплату прошу осуществить по следующим реквизитам (выбрать один из вариантов):

☐ на мой счет в **ООО «Хоум Кредит энд Финанс Банк»**

☐ На счет в банке: Наименование банка _____

Расчетный счет №

БИК

Кор. счет

Лицевой счет №

Получатель

Адрес электронной почты, на который будет направлен кассовый чек

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,

Подпись Заявителя _____ ФИО Заявителя _____

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. Электрозаводская, 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 «Обьединенный Почтовый Сервис», 127572, г. Москва, ул. Угличская, д.16	Осуществление информационной почтовой рассылки по договорам страхования Клиента

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 _____