Общество с ограниченной ответственностью «Хоум Кредит Страхование»
125124, г. Москва, ул. Правды, д. 8, корп. 7
Тел.: +7 (495) 785 82 01; факс: +7 (495) 785 82 02
www.hcinsurance.ru

Приложение № 1
к приказу от 15.11.2021 № СД/88

ЗАЯВЛЕНИЕ
на получение страхового возмещения
по договору страхования финансовых рисков

Я, _____,
(ФИО)
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 страхового возмещения прошу осуществить по следующим реквизитам (все поля обязательны для заполнения):
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: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Получатель _____

Адрес электронной почты Получателя, на который будет передан кассовый чек _____
(Адрес электронной почты разборчиво)

Согласие на обработку персональных данных

1. Подписывая настоящее Заявление, Заявитель, выражает свое согласие на предоставление ООО «Хоум Кредит Страхование» адрес: 125124,г. Москва, ул. Правды, д. 8, корп. 7 (далее – «Страховщик) 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). Заявитель разрешает Страховщику использовать эту информацию при решении вопросов, связанных с услугой страхования.

2. Проставляя ниже свою подпись, Заявитель дает согласие Страховщику на обработку 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»):

2.1. 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,

_____/_____/
Подпись Заявителя **Ф.И.О Заявителя**
«_____» _____20_____г.

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.

2.2. 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.

2.3. Согласие предоставляется Страховщику на обработку им ПДн, а также на передачу ПДн и поручение обработки ПДн обработчикам. При этом к обработчикам относятся 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)

2.4. 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).

2.5. 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.

Заявитель понимает и соглашается, что без заполнения всех полей настоящего Заявления (когда это необходимо), а также в случае непредставления предусмотренного условиями договора страхования перечня документов, в отсутствие подписи Заявителя на каждой странице настоящего Заявления, настоящее Заявление будет считаться не поданным Страховщику.

_____/_____/

Подпись Заявителя Ф.И.О Заявителя

Дата «___»_____ 20_ _г.

_____/_____/

Подпись Заявителя **Ф.И.О Заявителя**

«_____» _____20_____г.