

**УВЕДОМЛЕНИЕ  
о наступлении события  
по договору страхования финансовых рисков**

Я, \_\_\_\_\_  
Дата рождения \_\_\_\_\_ место рождения \_\_\_\_\_  
являясь Выгодоприобретателем по договору страхования (полису) серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
уведомляю ООО «Хоум Кредит Страхование» о наступлении события, указанного в п. 2 настоящего  
Уведомления.

**1. Сведения о заявителе**

Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
Дата рождения \_\_\_\_\_ г. Место рождения \_\_\_\_\_  
Гражданство \_\_\_\_\_  
Документ, удостоверяющий личность. Наименование \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_  
Номер \_\_\_\_\_  
Кем выдан \_\_\_\_\_  
Когда \_\_\_\_\_ г. Код подразделения \_\_\_\_\_ ИНН \_\_\_\_\_  
Телефон (моб.) \_\_\_\_\_ Телефон (дом.) \_\_\_\_\_  
Телефон (раб.) \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_

**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)?**

Нет  Да

Если «Да» укажите 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)**

Нет  Да

Если «Да» укажите Степень родства, должность и наименование организации \_\_\_\_\_

Ф.И.О. и должность ИПДЛ \_\_\_\_\_

**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)**

Нет  Да

Если «Да» укажите 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):

Нет  Да

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

серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ дата начала и окончания действия пребывания \_\_\_\_\_

Данные миграционной карты (для иностранных граждан) серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

Дата начала срока пребывания \_\_\_\_\_ г. Дата окончания срока пребывания \_\_\_\_\_ г.

Подпись Заявителя

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

Ф.И.О Заявителя

## 2. Информация о событии

(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: «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. (совпадает с датой расторжения трудового договора).

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.

### Приложение:

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

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

- копия трудовой книжки, заверенную нотариально, либо печатью работодателя (все страницы) \_\_\_\_\_ (количество листов)
- Копия расторгнутого трудового договора с последнего места работы (со всеми дополнительными соглашениями) \_\_\_\_\_ (количество листов)
- Нотариально заверенная копия паспорта Страхователя (все страницы) \_\_\_\_\_ (количество листов)
- 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 \_\_\_\_\_ (количество листов)
- Справка, выданную органом службы занятости населения \_\_\_\_\_ (количество листов)
- Прочие документы (перечислить) \_\_\_\_\_ (количество листов)
- \_\_\_\_\_ (количество листов)

## 3. Согласие на обработку персональных данных

3.1. 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.

3.2. 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»):

3.2.1. 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, 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

\_\_\_\_\_  
Подпись Заявителя

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О Заявителя

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

реквизиты; семейное положение; иные ПДн, предоставленные заявителем или полученные Страховщиком от иного лица в ходе и в связи с рассмотрением заявленного события.

3.2.2. 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.

3.2.3. 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)

3.2.4. 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).

3.2.5. 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

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
Подпись Заявителя

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О Заявителя

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.