

ЗАЯВА

Про настання страхового випадку за договором, що укладений відповідно до «Програми добровільного страхування фінансових ризиків на випадок втрати прибутку страхувальника-фізичної особи, держателя банківської карти внаслідок відсутності його зайнятості, що виникла у результаті розторгнення трудового договору»

Я, _____ (ПІВ)

Серія ____ номер паспорту _____ що виданий _____

_____ дата видачі _____,

є Страхувальником / Вигодонабувачем (необхідне підкреслити) за Договором добровільного страхування № _____

від « ____ » _____ 20 ____ р.,

повідомляю ПрАТ «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ДОВІРА ТА ГАРАНТІЯ» про настання наступної події:

Подія:

(необхідне відзначити «галочкою»):

- Розірвання трудового договору за ініціативою власника або уповноваженого ним органу у випадку зміни в організації виробництва і праці, у тому числі ліквідації, реорганізації, банкрутства або перепрофілювання підприємства, установи, організації (п. 1 статті 40 Кодексу законів про працю України)
- Розірвання трудового договору за ініціативою власника або уповноваженого ним органу у випадку скорочення чисельності або штату співробітників (п. 1 статті 40 Кодексу законів про працю України)

Дата настання події: « ____ » _____ 20 ____ р.

Додаткова інформація про причини та обставини події (що і як трапилося):

Для підтвердження Страхового випадку подаю наступні документи (документи, що додаються необхідно відзначити «галочкою»):

- копію Договору страхування;
- копія паспорту (всі сторінки) та ідентифікаційного коду;
- копія трудової книжки, завірена нотаріусом або печаткою роботодавця за останнім місцем роботи (всі сторінки), підтверджуюча дату і причину звільнення Страхувальника;
- копія розірваного Трудового договору з усіма додатковими угодами, з останнього місця роботи (у випадку, якщо Трудовий договір не укладався в письмовій формі, цей факт відзначається в заяві про здійснення Страхової виплати у розділі «Додаткова інформація про причини і обставини події»);
- оригінал довідки з інформацією про доходи не менш ніж за 3 (три) останні місяці перед розірванням Трудового договору, не включаючи місяць розірвання;
- оригінал довідки, виданої органом державної служби зайнятості, підтверджуючий відсутність зайнятості Страхувальника за період часу, вказаний у заяві про здійснення страхової виплати;
- інші документи:

(вказати)

Реквізити для перерахування страхової виплати.

Прошу провести страхову виплату за наступними реквізитами:

ПІБ отримувача	
Назва банку	
МФО Банку	
Ідентифікаційний код	
Розрахунковий рахунок	
Додаткова інформація	

Адреса місця реєстрації Заявника:

Адреса місця фактичного перебування
Заявника:

Телефон (з кодом міста): _____, Мобільний телефон: _____

Адреса електронної пошти: _____

ПІВ Заявника _____ / _____ (підпис) Дата «___» _____ 20__ р.

Підписуючи цю Заяву, я надаю згоду на обробку моїх персональних даних ПрАТ «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ДОВІРА ТА ГАРАНТІЯ» (04071, м. Київ, вул. Спаська 5), ПАТ «Банк Форвард» (01032, м. Київ, вул. Саксаганського 105).

Я надаю свою згоду на обробку (в тому числі збір, систематизацію, накоплення, зберігання, уточнення, оновлення, зміну, розповсюдження, передачу (включаючи трансграничну передачу), знеособлення, блокування та знищення) моїх персональних даних. Така згода дається мною:

- на обробку персональних даних у будь-який спосіб, в тому числі як з використанням засобів автоматизації (включаючи програмне забезпечення), так і без використання засобів автоматизації (з використанням різних матеріальних носіїв, включаючи паперові носії);

- по відношенню до будь-якої інформації, що стосується мене, отриманої як від мене, так і від третіх осіб, включаючи: прізвище, ім'я, по-батькові, данні документа, що посвідчує особу, відомості про дату видачі вказаного документа та орган, що його видав, дату народження, стать, адресу реєстрації, адресу місця фактичного проживання, сімейне положення, посада, дохід, номери контактних телефонів й адреса електронної пошти, реквізити, необхідні для зарахування грошових коштів на банківський рахунок;

- з метою виконання Договору страхування, просування продуктів (послуг) Страховика на ринку, для просування спільних продуктів Страховика та / або продуктів (товарів, послуг, результатів інтелектуальної діяльності) третіх осіб - партнерів Страховика;

- на весь строк мого життя, при цьому я розумію, що я можу відкликати свою згоду шляхом направлення Страховику письмового повідомлення.

Також я даю свою згоду на отримання від Страховика рекламних матеріалів Страховика, спільних продуктів Страховика та третіх осіб, в тому числі по мережам електрозв'язку (включаючи телефонний зв'язок), допускаю участь у опитуваннях, що проводяться з метою підвищення якості послуг, що мені надаються.

(у випадку згоди, Заявником проставляється будь-яка відмітка)

ПІВ Заявника _____ / _____ (підпис) Дата «___» _____ 20__ р.