

**Приложение № 3
к краевой профсоюзной
программе страхования
«Защита жизни и здоровья»
(в ред. от 19.05.2022 г.)**

В Краснодарскую краевую
организацию профсоюза работников
народного образования и науки РФ

ОТ _____
(Ф.И.О. члена Профсоюза)

(указывается наименование профсоюзной организации
и адрес её места нахождения)

**ЗАЯВЛЕНИЕ
на участие в краевой профсоюзной программе страхования
«Защита жизни и здоровья»**

Прошу допустить меня (моего родственника, указать степень родства, Ф.И.О.
(выбранное подчеркнуть))

_____))
к участию в краевой профсоюзной программе страхования «Защита жизни и
здоровья».

Обязуюсь вносить дополнительный ежегодный членский (целевой) взнос в
размере 3000 (три тысячи) рублей.

Настоящим заявлением я подтверждаю свое ознакомление и согласие с
условиями Программы и Правилами страхования от несчастных случаев и
болезней, утвержденными генеральным директором «СК СОГЛАСИЕ» 25.06.2019
года, а также то, что до участия в данной Программе мне не было диагностировано
заболевание из перечня основных критических заболеваний, установлена
инвалидность или получено телесное повреждение (травма) в результате
несчастного случая, согласно Приложениям № 1 и № 2 к указанной Программе.

«___» _____ 20__ г.

(подпись)

**Приложение № 4
к краевой профсоюзной
программе страхования «Защита
жизни и здоровья»**

В Краснодарскую краевую
организацию профсоюза работников
народного образования и науки РФ

от _____
(Ф.И.О. члена Профсоюза)

(указывается наименование профсоюзной организации
и адрес её места нахождения)

ПОРУЧЕНИЕ

**на включение в Программу страхования от несчастных случаев и болезней
выгодоприобретателя (участника краевой профсоюзной программы
страхования «Защита жизни и здоровья»)**

Для участия в краевой профсоюзной программе страхования «Защита жизни и
здоровья» даю поручение краевой организации Профсоюза – Страхователю
застраховать меня (моего родственника, степень родства, Ф.И.О.
(выбранное подчеркнуть))

_____)
от несчастных случаев и болезней, как выгодоприобретателя.

« ___ » _____ 20__ г.

(подпись)

**Приложение № 5
к краевой профсоюзной
программе страхования
«Защита жизни и здоровья»**

**СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных
и их передачу третьему лицу**

Я, _____,
паспорт серии _____ № _____,
выдан _____,
зарегистрированный по адресу: _____,
полная дата рождения: _____, место рождения: _____,

мобильный тел.: _____, электронный адрес: _____,

даю свое согласие Краснодарской краевой организации профсоюза работников народного образования и науки Российской Федерации, адрес размещения: г. Краснодар, ул. Красноармейская, д. 70 (далее - Страхователь), на обработку моих персональных данных, как с применением, так и без применения средств автоматизации (на бумажных носителях), а именно на совершение следующих действий, предусмотренных 3-й статьей Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных»:

сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных;

передачу персональных данных третьим лицам, в том числе ООО «СК «Согласие», адрес размещения: г. Москва, ул. Гиляровского д. 42 (далее - Страховщик), оказывающим услуги Страхователю в рамках исполнения Программы страхования;

в целях:

- исполнения Программы страхования Страхователем, Страховщиком, а также третьими лицами, оказывающим услуги Страхователю и (или) Страховщику, в рамках исполнения Программы страхования; предоставления информации организациям, уполномоченным (в силу закона, или любым иным законным образом) на проведение проверок и/или анализа деятельности Страхователя и (или) Страховщика, а также на осуществление иных форм контроля за их деятельностью, для целей осуществления ими указанных действий;

- включения персональных данных в информационную систему персональных данных (в базу данных Страхователя и (или) Страховщика) для информирования о новинках страховых продуктов, продвижения страховых услуг на рынке путем осуществления Страхователем прямых контактов со Страховщиком, а также для осуществления информационного сопровождения исполнения Программы страхования, в том числе посредством направления уведомлений с применением

СМС-сообщений, посредством электронной почты и иными доступными способами;

в составе перечня персональных данных:

- данных паспорта или иного документа, удостоверяющего личность, водительского удостоверения, идентификационного номера налогоплательщика, данных свидетельства о государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя, данных о местах работы и занимаемых должностях, контактного телефона, адреса электронной почты, иных данных, переданных страхователем в соответствии с устным или письменным заявлением на страхование участника Программы страхования.

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» для исполнения Программы страхования, стороной которого либо выгодоприобретателем которого является субъект персональных данных, а также для участия в Программе, по инициативе субъекта персональных данных, согласие субъекта персональных данных не требуется.

Согласие действует со дня его подписания и в течение трёх лет после окончания срока действия Программы страхования. Согласие может быть отозвано посредством направления Страхователю соответствующего письменного заявления.

(дата)

(фамилия, имя, отчество)

(подпись)

**Приложение № 6
к краевой профсоюзной
программе страхования
«Защита жизни и здоровья»**

**СОГЛАСИЕ
о назначении выгодоприобретателя**

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

являясь застрахованным лицом по Программе страхования в рамках реализации краевой профсоюзной программы страхования «ЗАЩИТА ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ», в случае наступления страхового риска: «Смерть застрахованного лица в результате несчастного случая», даю своё согласие страхователю - Краснодарской краевой организации профсоюза работников народного образования и науки Российской Федерации, назначить выгодоприобретателем _____

(фамилия, имя, отчество)

_____ ,
паспорт серии _____ № _____, выдан _____

_____ ,
зарегистрированный по адресу: _____

_____ ,
полная дата рождения: _____

_____ ,
место рождения: _____

_____ ,
мобильный телефон: _____

_____ .
электронный адрес: _____

_____ ,
(дата)

_____ ,
(фамилия, имя, отчество)

_____ ,
(подпись)