**Приложение № 3**

**к краевой профсоюзной программе страхования
«Защита жизни и здоровья»**

(в ред. от 18.06.2020 г. № 3)

В Краснодарскую краевую территориальную 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 диагностированозаболевание 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 территориальную 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 территориальной 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 территориальной 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)**