

**Приложение № 3  
к краевой профсоюзной  
программе страхования  
«Защита жизни и здоровья»  
(в ред. от 18.06.2020 г. № 3)**

В Краснодарскую краевую  
организацию Профессионального  
союза 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 члена семьи, 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 Профессионального  
союза 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 **Профессионального союза 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 Профсоюзного союза работников народного образования и науки Российской Федерации, назначить выгодоприобретателем \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ,

паспорт серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ,

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ,

полная дата рождения: \_\_\_\_\_ ,

место рождения: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ,

мобильный телефон: \_\_\_\_\_ ,

электронный адрес: \_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_ (дата)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_ (подпись)