



**АНКЕТА № 5  
щодо вимушеного безробіття**

**УВАГА** Анкета заповнюється **тільки** особою, яка зазначена в договорі страхування ПрАТ «Страхова компанія «Кардіф» (надалі Кардіф) як вигодонабувач та втратила роботу. Заповнена Анкета разом із підтверджуючими документами має бути надіслана на адресу Кардіф: **04070, м. Київ, вул. Іллінська 8**. Скановані копії документів можуть бути додатково направлені за допомогою e-mail: [office@cardif.com.ua](mailto:office@cardif.com.ua); Viber: **+380673260133**

**1 ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПОДІЮ, ЯКА СТАЛАСЯ ІЗ СТРАХУВАЛЬНИКОМ**

Позначте **тільки** той варіант, який мав місце та заповніть всі поля, які передбачені для такої події:

**Звільнення відбулося на підставі:**

- пункту 1 статті 36 Кодексу Законів про працю України – **угода сторін**
- пункту 1 статті 40 Кодексу Законів про працю України – **змін в організації виробництва і праці, у тому числі ліквідації, реорганізації, банкрутства або перепрофілювання підприємства, установи, організації, скорочення чисельності або штату працівників**

**2 З метою опрацювання запиту, будь ласка, вкажіть такі дані:**

дата отримання повідомлення про звільнення:

дата звільнення:

дата реєстрації в службі зайнятості в статусі безробітного:

																			P.	
																				P.
																				P.

назва та адреса підприємства (організації), з якої звільнено:

працював/ла на підприємстві (організації) \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ р.  
протягом зазначеного строку \_\_\_\_\_ По \_\_\_\_\_ р.

**3 УВАГА** Обов'язково надішліть до Кардіф:

- копію трудової книжки Страхувальника, завіреної нотаріально або на підприємстві;
- оригінал довідки, виданої органом державної служби зайнятості, яка підтверджує реєстрацію та перебування на обліку Страхувальника в органах служби зайнятості як безробітного.

**4 ДЕКЛАРАЦІЯ ОСОБИ, ЯКА ВТРАТИЛА РОБОТУ**

**УВАГА** Підписанням цієї Анкети № 5 до Заяви-повідомлення про настання страхової події, я:

- надаю згоду на безстрокову обробку персональних даних, зазначених в цій Анкеті з метою виконання договору страхування;
- надаю дозвіл на обмін, передачу між державною службою зайнятості та Кардіф персональних даних для виконання договору страхування;
- підтверджую, що дані, вказані в цій Анкеті, є правдивими, вичерпними та дійсними, а також підтверджую, що я не приховав жодного відомого мені факту або обставини, пов'язаних з втратою роботи;
- повідомлений, що підтверджуючі документи, передбачені цією Анкетой мають бути надані до Кардіф з метою прийняття рішення щодо страхової виплати;
- у випадку прийняття рішення про здійснення виплати, прошу здійснити всі страхові виплати за цим страховим випадком на рахунок, зазначений в цій Анкеті.

**5 РЕКВІЗИТИ ДЛЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ**

ПІБ отримувача:

Рахунок отримувача (IBAN): UA

Банк отримувача:

ПІН отримувача:

**6 ДАТА ЗАПОВНЕННЯ ЗАЯВИ ТА ПІДПИС**

Прізвище особи, яка заповнила

Дата заповнення

Підпис

У випадку, якщо в цьому бланку недостатньо місця для опису всіх деталей події, що сталася, будь ласка, зазначте всі деталі на окремому аркуші