



QR-код для
доступу до
умов Договору
медичного
страхування

Сертифікат № _____ від XX.XX.XXXX р.

СТРАХОВИК

АТ «СК «ІНГО» в особі Начальника Департаменту продажів особистих видів страхування Зварич М.А., яка діє на підставі Довіреності №47 від 01.01.2024 року

СТРАХУВАЛЬНИК

ПІБ	дата народження	РНОКПП	телефон/e-mail

ПАСПОРТ

серія	номер	дата видачі	виданий

АДРЕСА

які далі іменуються Сторони та розуміються, як Страхувальник/Застрахована особа, на підставі Заяви Страхувальника/Застрахованої особи та відповідно до Загальних умов страхового продукту «Медичне страхування», що введені в дію Наказом №58 від 28.05.2024р. (надалі – Загальні умови), на підставі Ліцензії на здійснення діяльності з прямого страхування за класом страхування 2 Страхування на випадок хвороби (зокрема медичне страхування) за «ризиком медичне страхування» б/н виданої Національним банком України 26 квітня 2024 року, розміщеної на веб-сайті за посиланням <https://ingo.ua/publicna-ta-finansova-informacziya> уклали Договір медичного страхування (надалі – «Договір») про наступне:

ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА

ПІБ	дата народження	РНОКПП	телефон/e-mail

ПАСПОРТ/СВІДОЦТВО ПРО НАРОДЖЕННЯ

серія	номер	дата видачі	виданий

АДРЕСА

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

є передача Страхувальником за плату ризику, пов'язаного з Об'єктом страхування, Страховику на умовах, визначених цим Договором страхування.

2. ОБ'ЄКТ СТРАХУВАННЯ

за цим Договором страхування визначений Розділом 2.1. Загальних умов, пов'язані з Застрахованою особою, зазначеної в Договорі, на території дії цього Договору страхування, зазначений в пункті 5 Договору, та/або можливі збитки чи витрати, яких може зазнати Страхувальник/Застрахована особа при настанні Страхового випадку відповідно до Страхових ризиків цього Договору, зазначених у пункті 3 Договору.

3. ПЕРЕЛІК СТРАХОВИХ РИЗИКІВ

Страхові ризики за обраними у пункті 3.4. Договору Категорією медичного обслуговування зазначені у Додатку №2 до Договору

4. СТРАХОВА СУМА, СТРАХОВИЙ ТАРИФ, СТРАХОВА ПРЕМІЯ	
4.1. СТРАХОВА СУМА, ГРН	
300 000,00	
4.2. СТРАХОВИЙ ТАРИФ, %	4.3. СТРАХОВА ПРЕМІЯ, ГРН
4.3.1. в т.ч. витрати на А* (стоматологічну допомогу) в ліміті 5000 грн.	4.3.2. в т.ч. витрати діагностику та лікування вперше виявлених в період дії Договору злоякісних новоутворень 200 000,00 грн.
4.4. КАТЕГОРІЯ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ	
Віп дорослий / Віп дитина 0-16	
4.5. УМОВИ СПЛАТИ СТРАХОВОЇ ПРЕМІЇ	
одноразово (100%)	1-й платіж: 0,00 грн. до 24.00 год. XX.XX.20__ року
2-ма частинами (50%/50%)	2-й платіж: 0,00 грн. до 24.00 год. XX.XX.20__ року
5. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ	
з 00.00 року	до 24.00 року
Умови набрання чинності Договору страхування зазначені в Розділі 4 Умов страхування.	
6. ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ	
Київ та населені пункти Київської обл. в межах 30 км зони від Києва, за виключенням територій та зон проведення операції об'єднаних сил, військових дій (незалежно від того, оголошена війна чи ні), районів, де сталися терористичні акти та/або ведуться антитерористичні операції, тимчасово окупованих територій та населених пунктів, на територіях яких органи державної влади не здійснюють або здійснюють не в повному обсязі свої повноваження, згідно з переліком, встановленим Кабінетом Міністрів України.	
7. ДОДАТКОВІ УМОВИ	
7.1. Невід'ємною частиною цього Договору є Умови страхування (Додаток №1) та Програма страхування (Додаток №2) Перелік виключень із страхових випадків наведений в п.3. Умов страхування.	
7.2. Страхувальник підтверджує, що:	
- ознайомився, погоджується та приймає повністю умови електронного Договору медичного страхування викладеними на веб - сторінці Страховика в мережі Інтернет: https://ingo.ua/cms/image/uploads/Umovi_strahuvannya_DOBROPOLIS_NA_KO_Zh_EN_DEN_28_06_2024_85ce54cf16.pdf?v=1719235693689 та з Програмою страхування викладеними на веб - сторінці Страховика в мережі Інтернет: https://ingo.ua/cms/image/uploads/Programa_DOBROPOLIS_NA_KO_Zh_EN_DEN_28_06_2024_fc0b305a.pdf?v=1719235693559 - ознайомився, погоджується та приймає повністю Загальні умови, викладені на WEB сторінці офіційного сайту Страховика в мережі Інтернет: https://ingo.ua/cms/image/uploads/Zagalni_umovi_strahovogo_produktu_Medichne_strahuvannya_38762ac9eb.pdf?v=1716907689294 Вся зазначена інформація та всі умови Договору та Загальних умов зрозумілі; - зазначена інформація та Договір не містять двозначних формулювань та/або незрозумілих визначень; - зазначена інформація є доступною в місцях обслуговування Страхувальників, Страховика та/або на WEB-сторінці Страховика в мережі «Internet», а також повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансових послуг що надаються Страховиком; - укладення цього Договору не нав'язане Страхувальнику іншою особою; - Договір не укладається під впливом помилки, тяжких обставин, примусу, насильства; - На виконання частини другої ст. 7 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії» Страхувальник засвідчує, що Страховиком надано (Страхувальник ознайомлений) з відповідною інформацією щодо вимог даного Закону; - на виконання ст.ст. 6, 10,11, 14 та 20 Закону України «Про захист персональних даних» Страхувальник надає однозначну беззастережну згоду (дозвіл) на передачу, зберігання та обробку своїх персональних даних у письмовій та/або електронній формі, з метою реалізації цивільно-правових, господарсько-правових,	

- адміністративно-правових, податкових відносин та відносин у сфері бухгалтерського обліку, а також для проведення звітування до податкових та інших установах в порядку передбаченому законодавством України;
- ознайомлений з правами визначеними в ст. 8 Закону України «Про захист персональних даних»;
 - Договір відповідає вимогам ст.11 і 18 Закону України «Про захист прав споживачів».
- 7.3. Страхувальник (в тому числі за наявності Вигодонабувач, додатково Застрахована особа, особа, яка діє від імені та за дорученням Страхувальника) засвідчує, що на виконання ст. 8, 12, 21 Закону України «Про захист персональних даних» повідомлений про збір персональних даних, склад та зміст зібраних персональних даних, наданих ним, права суб'єктів персональних даних, визначені цим Законом, мету збору персональних даних та осіб, яким можуть передатися персональні дані, з урахуванням вимог, визначених Законом України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення».
- 7.4. Страхувальник надає згоду Страховику на фіксацію та запис інформації отриманої від Страхувальника, в тому числі телефонних розмов, щодо Повідомлень про подію, що має ознаки страхового випадку, іншої інформації для виконання зобов'язань за Договором.
- 7.5. Страхувальник надає згоду Страховику на використання інформації, зазначеної п.7.4. Сертифікату, в тому числі записів телефонних розмов, іншої інформації та документів, отриманих від Страхувальника при врегулюванні страхових випадків на умовах цього Договору у взаємовідносинах із фізичними та юридичними особами, державними органами, в тому числі при вирішенні спорів (претензій, позовів, заяв), пов'язаних із виконанням Страхувальником, Страховиком зобов'язань за цим Договором.
- 7.6. Страховик гарантує використання інформації та документів, отриманих від Страхувальника, в тому числі записів телефонних розмов, з метою та в межах зобов'язань, передбачених цим Договором та діючим законодавством України з дотриманням обмежень, встановлених Конституцією України, Законом України «Про інформацію» та іншими законодавчими актами, що регулюють відносини в сфері інформації.
- 7.7. Страхувальник є платником податку на доходи фізичних осіб відповідно до положень Податкового кодексу України /Страхувальник є платником податку на загальній системі оподаткування/Страхувальник є платником податку на спрощеній системі оподаткування/Страхувальник провадить незалежну професійну діяльність/Страхувальник є платником єдиного сільськогосподарського податку/Страхувальник здійснює діяльність без реєстрації у податковій службі (пункт 133.3 ПКУ)/Страхувальник є неприбутковою установою/Страхувальник є нерезидентом.
- 7.8. Розмір витрат, пов'язаних безпосередньо з укладанням та виконанням цього Договору страхування складає **40%**.
- 7.9. Страховим посередником за цим Договором страхування є _____ на підставі Договору доручення № _____ від ____ .20 ____ року, який знаходиться за адресою: _____ та адресою веб-сайту: _____
- 7.10. Строк дії цього Договору страхування не може бути продовжений.

СТРАХУВАЛЬНИК достовірність всіх вказаних відомостей підтверджую	ПІБ	
	підпис	_____
	дата	XX.XX.XXXX р.

СТРАХОВИК АТ «СК «ІНГО» Місцезнаходження та фактична адреса: 01054, м. Київ, вул. Бульварно-Кудрявська, 33. Тел.: (044) 490-27-44; (044) 490-27-45 Факс: (044) 490-27-48 e-mail: office@ingo.ua IBAN UA833052990000026508045000690 в АТ КБ "ПРИВАТБАНК" код ЄДРПОУ 16285602	Начальник Департаменту продажів особистих видів страхування Зварич М.А. який діє на підставі Довіреності №47 від 01.01.2024 року Документ підписано електронним цифровим підписом. Для перевірки підпису Страховика Ви можете скористатися онлайн сервісом перевірки за посиланням https://czo.gov.ua/verify Як скористатися сервісом: 1. Перейти за посиланням https://czo.gov.ua/verify і завантажити обидва файли (pdf, p7s) 2. Отримати результат перевірки
---	---