

Sygnatura: MO/IND/25/10/2025

Ubezpieczenie Moja ochrona

Informacje dodatkowe

Ten dokument jest materiałem informacyjnym i nie jest częścią umowy ubezpieczenia i Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Moja ochrona. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz we wniosku ubezpieczeniowym, polisie oraz w: ogólnych warunkach ubezpieczenia Moja ochrona (OWU) o sygnaturze MO/IND/25/10/2025, ogólnych warunkach ubezpieczenia umowy dodatkowej w razie poważnego zachorowania „Pakiet zdrowotny” o sygnaturze MO/PZ/25/10/2025, ogólnych warunkach ubezpieczenia umowy dodatkowej w razie pobytu w szpitalu „Pakiet szpitalny” o sygnaturze MO/PS/25/10/2025, ogólnych warunkach ubezpieczenia umowy dodatkowej w razie nieszczęśliwego wypadku „Pakiet wypadkowy” o sygnaturze MO/PW/25/10/2025, ogólnych warunkach ubezpieczenia umowy dodatkowej w razie niezdolności do pracy „Pakiet niezdolność do pracy” o sygnaturze MO/PN/25/10/2025.

Ubezpieczyciel/Przedsiębiorstwo

Santander Allianz Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. (Santander Allianz TU na Życie S.A.), Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego. Kapitał zakładowy i wpłacony: 24 250 000 PLN.

Ubezpieczający/Ubezpieczony

Ubezpieczającym i ubezpieczonym jesteś Ty.

Umowę ubezpieczenia możesz zawrzeć z Santander Allianz TU na Życie S.A., jeżeli:

1. masz pełną zdolność do czynności prawnych i
2. masz miejsce zamieszkania w Polsce oraz
3. w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia masz ukończone 18 lat i nie masz ukończonych 65 lat,
4. prowadzisz jednoosobową działalność gospodarczą w Polsce lub prowadzisz w Polsce indywidualne gospodarstwo rolne, które ma numer REGON,
5. jesteś klientem Santander Bank Polska S.A.

Agent/Bank (my)

Santander Bank Polska S.A. z siedzibą w Warszawie. Numer w Rejestrze Agentów Ubezpieczeniowych: 11135943/A

Wysokość składki ubezpieczeniowej

1. Składkę za ubezpieczenie, którą będziesz płacić w pierwszym roku ubezpieczenia, znajdziesz we wniosku i w polisie.
2. Najpóźniej na 30 dni przed rocznicą polisy ubezpieczyciel przekaże Ci informację o wysokości składki, którą będziesz opłacać w kolejnym roku ubezpieczenia. Składka to jedyny koszt jaki ponosisz.

Opis świadczeń i zasady ustalania wysokości świadczenia ubezpieczeniowego

Umowa główna – ubezpieczenie na życie Moja ochrona

Śmierć ubezpieczonego: w przypadku Twojej śmierci ubezpieczyciel wypłaci uposażonemu lub innemu uprawnionemu pieniądze w wysokości sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci. Kwotę tę podasz we wniosku, a ubezpieczyciel potwierdzi ją w polisie.

Umowa dodatkowa w razie poważnego zachorowania

„Pakiet zdrowotny”:

1. **Poważne zachorowanie** - kwota wypłaty zależy od rodzaju Twojej choroby i sumy ubezpieczenia, która obowiązuje w dniu wystąpienia zdarzenia. Sumę ubezpieczenia podasz we wniosku, a ubezpieczyciel potwierdzi Ci ją w polisie. Możesz wybrać sumę ubezpieczenia 50 000 zł, 100 000 zł albo 150 000 zł. Wysokości świadczeń znajdziesz w tabeli 1 Suma ubezpieczenia i wysokość świadczenia w ogólnych warunkach ubezpieczenia umowy dodatkowej w razie poważnego zachorowania „Pakiet zdrowotny”.

Po każdej wypłacie ubezpieczyciel zmniejszy sumę ubezpieczenia o kwotę, którą Ci wypłacił. Jeżeli ubezpieczyciel wypłaci Ci 100% sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania, zakończy się ochrona z umowy dodatkowej w razie poważnego zachorowania „Pakiet zdrowotny”.

2. **Pomoc medyczna:**

Jeśli lekarz zdiagnozuje u Ciebie poważne zachorowanie lub rozpocznie diagnostykę w kierunku poważnego zachorowania, lub wystawi Ci kartę Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (kartę DiLO), możesz skorzystać ze świadczeń Pomoc medyczna, między innymi: wizyty u lekarza pierwszego kontaktu, lekarza specjalisty, badań laboratoryjnych, USG, RTG, MR, CT, rehabilitacji, wsparcia po hospitalizacji. Z tych świadczeń możesz skorzystać do wysokości limitów, które znajdziesz w tabeli 2 Świadczenia Pomoc medyczna w ogólnych warunkach ubezpieczenia umowy dodatkowej w razie poważnego zachorowania „Pakiet zdrowotny”.

Umowa dodatkowa w razie pobytu w szpitalu „Pakiet szpitalny”:

1. **Pobyt w szpitalu lub pobyt na SOR (pobyt na szpitalnym oddziale ratunkowym):** kwota wypłaty zależy od sumy ubezpieczenia, która obowiązuje w dniu wystąpienia zdarzenia.

Po Twoim pobycie w szpitalu lub pobycie na SOR ubezpieczyciel wypłaci Ci:

Pieniądze, które wypłaci ubezpieczyciel:	kwota wypłaty dla sumy ubezpieczenia 30 000 zł	kwota wypłaty dla sumy ubezpieczenia 40 000 zł	kwota wypłaty dla sumy ubezpieczenia 50 000 zł
za każdy dzień Twojego pobytu w szpitalu (o ile będziesz w szpitalu nie krócej niż 3 dni)	300 zł za każdy dzień	400 zł za każdy dzień	500 zł za każdy dzień
za pobyt na SOR – niezależnie od liczby dni Twojego pobytu na SOR	150 zł	200 zł	250 zł

Musisz być w szpitalu bez przerwy minimum 3 dni.

Jeśli będziesz przebywać na SOR i lekarz nie skieruje Cię od razu na oddział szpitalny, ubezpieczyciel zapłaci Ci za Twój pobyt na SOR.

Jeśli będziesz przebywać na SOR i lekarz skieruje Cię na oddział szpitalny, ubezpieczyciel zaliczy Twój pobyt na SOR do pobytu w szpitalu i zapłaci Ci za pobyt w szpitalu. Zrobi tak, jeśli ten Twój pobyt w szpitalu łącznie z Twoim pobytem na SOR będzie trwał nie krócej niż 3 dni. Jeśli Twój pobyt w szpitalu razem z Twoim pobytem na SOR będzie trwał krócej niż 3 dni, ubezpieczyciel zapłaci Ci wyłącznie za pobyt na SOR.

Po każdej wypłacie za pobyt w szpitalu lub pobyt na SOR ubezpieczyciel zmniejszy sumę ubezpieczenia o kwotę, którą Ci wypłacił. Po przedłużeniu umowy dodatkowej na kolejny rok ubezpieczenia, ubezpieczyciel przywróci sumę ubezpieczenia do jej pełnej wysokości.

W każdym roku ubezpieczenia, ubezpieczyciel może wypłacić Ci dwa razy kwotę za pobyt na SOR.

2. **Leki dla Ciebie: to świadczenie przysługuje Ci maksymalnie do limitu:**

- 3 000 zł na pokrycie kosztów zakupu leków na receptę i
- 300 zł na pokrycie kosztów zakupu innych produktów dostępnych w aptece.

Umowa dodatkowa w razie nieszczęśliwego wypadku „Pakiet wypadkowy”:

1. **Śmierć ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku:** w przypadku Twojej śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku, ubezpieczyciel wypłaci uposażonemu pieniądze w wysokości sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci

w następstwie nieszczęśliwego wypadku. Kwotę tę podasz we wniosku i ubezpieczyciel potwierdzi ją w polisie.

2. **Złamanie, oparzenie, kalectwo:** jeśli doznasz złamania, oparzenia, kalectwa, ubezpieczyciel wypłaci Ci pieniądze w kwocie, którą znajdziesz w ogólnych warunkach ubezpieczenia umowy dodatkowej w razie nieszczęśliwego wypadku „Pakiet wypadkowy”, w tabeli 1 Złamania, oparzenia, kalectwa.

Kwota wypłaty zależy od sumy ubezpieczenia, która obowiązuje w dniu wystąpienia zdarzenia.

Po każdej wypłacie za złamanie, oparzenie, kalectwo ubezpieczyciel zmniejszy sumę ubezpieczenia o kwotę, którą Ci wypłacił. Po przedłużeniu umowy dodatkowej na kolejny rok ubezpieczenia, przywróci sumę ubezpieczenia do jej pełnej wysokości.

3. **Powrót do zdrowia:** świadczenia te przysługują Ci maksymalnie do limitu, który znajdziesz w tabeli 2 w ogólnych warunkach ubezpieczenia umowy dodatkowej w razie nieszczęśliwego wypadku „Pakiet wypadkowy”.

Umowa dodatkowa w razie niezdolności do pracy „Pakiet niezdolność do pracy”:

1. **Czasowa niezdolność do pracy:** w przypadku, kiedy nie będziesz w stanie wykonywać jakiegokolwiek pracy i zostanie to potwierdzone zaświadczeniem lekarskim, ubezpieczyciel wypłaci Ci:

Pieniądze, które wypłaci ubezpieczyciel:	kwota wypłaty dla sumy ubezpieczenia 7 500 zł	kwota wypłaty dla sumy ubezpieczenia 15 000 zł	kwota wypłaty dla sumy ubezpieczenia 30 000 zł
Pieniądze, które wypłaci ubezpieczyciel:	2 500	5 000	10 000

Zaświadczenia lekarskie muszą obejmować nieprzerwany, minimalny okres 30 dni niezdolności do pracy. W każdym roku ubezpieczenia możesz otrzymać maksymalnie 3 wypłaty za czasową niezdolność do pracy.

2. **Całkowita niezdolność do pracy:** jeżeli otrzymasz prawomocne orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy lub niepełnosprawności w stopniu znacznym na co najmniej 6 miesięcy, ubezpieczyciel wypłaci Ci pieniądze w wysokości sumy ubezpieczenia na wypadek całkowitej niezdolności do pracy:
- 50 000 zł,
 - 100 000 zł,
 - 150 000 zł.

Umowy dodatkowe oraz sumy ubezpieczeń, na które chcesz się ubezpieczyć, podasz we wniosku, a ubezpieczyciel potwierdzi je w polisie.

Podmioty uprawnione do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego

Świadczenie ubezpieczeniowe ubezpieczyciel wypłaca:

1. Tobie - jeśli jest to świadczenie z tytułu:
 - a. poważnego zachorowania,
 - b. pobytu w szpitalu lub pobytu na SOR,
 - c. złamania, oparzenia, kalectwa,
 - d. całkowitej lub czasowej niezdolności do pracy.
2. uposażonym / innym uprawnionym - jeśli jest to świadczenie z tytułu:
 - a. Twojej śmierci,
 - b. Twojej śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

Uposażonych możesz wskazać lub zmienić w każdym momencie trwania umowy ubezpieczenia.

Świadczenie ubezpieczeniowe nie jest opodatkowane.

Analiza potrzeb

Przed zawarciem umowy głównej albo umów dodatkowych badamy Twoje potrzeby. Jeśli zmieniają się one w trakcie trwania umowy głównej albo umów dodatkowych, poinformuj nas o tym. Możesz to zrobić w oddziale lub na infolinii banku (nr +1999), koszt zgodny z taryfą Twojego operatora).

Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczyciela

Najważniejsze wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności znajdziesz w Dokumencie zawierającym informacje o produkcie ubezpieczeniowym. Pełen katalog wyłączeń i ograniczeń znajdziesz w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Moja ochrona oraz ogólnych warunkach ubezpieczeń dodatkowych.

Zgłoszenie szkody

Zdarzenie ubezpieczeniowe możesz zgłosić do ubezpieczyciela z tytułu zawartej umowy głównej lub umów dodatkowych:

1. telefonicznie pod numerem telefonu: +48 (22) 557 44 71,
2. pisemnie,

3. za pomocą innych środków porozumiewania się na odległość, jeżeli udostępnimy taką możliwość np. za pomocą aplikacji mobilnej.

Aby skorzystać z Pomocy medycznej, zadzwoń do partnera medycznego ubezpieczyciela pod numer +48 22 558 60 42.

Aby skorzystać z Powrotu do zdrowia, zadzwoń do partnera medycznego ubezpieczyciela pod numer +48 22 558 60 41.

Podane infolinie partnera medycznego czynne są całą dobę. Koszt połączenia jest zgodny z taryfą Twojego operatora.

Informacje o dokumentach, jakie musisz złożyć, gdy zgłaszasz roszczenia, znajdziesz w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Moja ochrona, ogólnych warunkach ubezpieczeń dodatkowych oraz na stronie internetowej: www.santander.allianz.pl.

Reklamacje

1. Reklamacje dotyczące umowy ubezpieczenia powinny być kierowane do ubezpieczyciela. Reklamację możesz:
 - a. złożyć na piśmie – osobiście u nas lub ubezpieczyciela,
 - b. wysłać listem na adres ubezpieczyciela, zgodnie z art. 3 pkt 21 ustawy Prawo pocztowe (czyli list ma oznaczenie adresata i adres oraz przyjął go operator pocztowy, aby doręczyć adresatowi),
 - c. wysłać mejlem na adres: obsługa.klienta@santander.allianz.pl
 - d. zgłosić ustnie – przez telefon lub osobiście u ubezpieczyciela lub u nas,
 - e. wysłać na adres ubezpieczyciela do doręczeń elektronicznych, który jest wpisany do bazy adresów elektronicznych AE:PL-89490-70239-WRVSB-25

Ubezpieczyciel rozpatruje reklamacje najszybciej jak to możliwe, nie później niż w ciągu 30 dni od dnia jej otrzymania, za wyjątkiem szczególnie skomplikowanych reklamacji.

Reklamacja jest szczególnie skomplikowana, jeżeli ubezpieczyciel nie będzie mógł poznać wszystkich okoliczności zdarzenia, które jest podstawą reklamacji i odpowiedzieć na nią do 30 dni od jej otrzymania. Jeżeli ubezpieczyciel otrzyma taką reklamację, wskaże osobie zgłaszającej termin, w którym na nią odpowie. Termin ten nie może być dłuższy niż 60 dni od otrzymania reklamacji.

Na reklamację ubezpieczyciel odpowie na piśmie, osobie, która ją złożyła. Na wniosek osoby, która zgłosiła reklamację, ubezpieczyciel udzieli odpowiedzi pocztą elektroniczną. Osoba, która zgłosiła reklamację, ma prawo odwołać się od decyzji ubezpieczyciela. Postępuje ona wówczas tak, jak przy zgłaszaniu reklamacji.

2. Reklamację lub skargę w zakresie, który nie jest związany z ochroną ubezpieczeniową możesz złożyć do banku:
 - a. elektronicznie – napisz do nas w Santander internet lub aplikacji Santander mobile, jeśli korzystasz z tych usług,

- b. telefonicznie – zadzwoń pod numer 1 9999 (koszt połączenia będzie zgodny z taryfą operatora),
- c. osobiście – przyjdź do naszej dowolnej placówki,
- d. pisemnie – napisz do nas:
 - na adres naszej siedziby lub do naszej placówki,
 - na nasz adres do doręczeń elektronicznych: AE:PL-10627-95023-GADAI-17. Adresy oraz numery telefonów znajdziesz na naszej stronie i w naszych placówkach.Gdy składasz reklamację możesz wybrać sposób, w jaki na nią odpowiemy:
 - wiadomością w Santander internet lub aplikacji Santander mobile
 - listem.

Na Twoją reklamację odpowiemy najpóźniej do 30 dni kalendarzowych od dnia, w którym ją otrzymaliśmy.

W szczególnie skomplikowanych przypadkach odpowiemy do 60 dni kalendarzowych. Uprzedzimy Cię o tym. Podamy uzasadnienie opóźnienia, okoliczności wymagające dodatkowego ustalenia oraz przybliżony termin odpowiedzi.

Szczegółowe informacje, gdzie i jak składać reklamacje oraz jak je rozpatrujemy, udostępniamy na naszej stronie i w naszych placówkach.

Gdy nie uwzględnimy Twojej reklamacji możesz:

1. ponownie napisać do nas,
2. zwrócić się o rozstrzygnięcie sporu w trybie pozasądowym do:
 - a. Arbitra Bankowego – możesz to zrobić tylko wtedy, gdy wartość przedmiotu sporu nie przekracza 12 000 zł,
 - b. Rzecznika Finansowego,
3. wystąpić z powództwem przeciwko nam do sądu powszechnego właściwego dla naszej siedziby lub siedziby naszego oddziału (jeżeli zgłoszenie dotyczy jego działalności), lub miejsca wykonania umowy. Powództwo o roszczenie, które wynika z czynności bankowej przeciwko nam możesz wytoczyć również przed sąd właściwy dla Twojego miejsca zamieszkania lub siedziby.

Arbiter Bankowy działa przy Związku Banków Polskich. Więcej informacji znajdziesz na stronie www.zbp.pl/dla-klientow/arbiter-bankowy.

Rzecznik Finansowy działa na podstawie Ustawy z 5 sierpnia 2015 roku o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego, o Rzeczniku Finansowym i o Funduszu Edukacji Finansowej. Więcej informacji znajdziesz na stronie www.rf.gov.pl.

Dodatkowo możesz:

1. skorzystać z bezpłatnej pomocy prawnej miejskich lub powiatowych rzeczników konsumenta (tylko klient indywidualny),

2. wnieść skargę na działania nasze lub naszych placówek partnerskich do Komisji Nadzoru Finansowego.

Nasze obowiązki wobec Ciebie

Powinniśmy:

1. udostępnić Ci pełnomocnictwo przy pierwszej czynności, która należy do zakresu działalności agencyjnej,
2. przed zawarciem umowy ubezpieczenia uzyskać od Ciebie wszelkie informacje, które umożliwią nam określenie Twoich wymagań i potrzeb,
3. proponować Ci produkt ubezpieczeniowy zgodny Twoimi wymaganiami i potrzebami,
4. ustalać ryzyka, które chcesz objąć ochroną ubezpieczeniową oraz zwracać Ci szczególną uwagę na ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela,
5. poinformować Cię zanim zawrzesz umowę ubezpieczenia:
 - a. czy występujemy w roli pośrednika ubezpieczeniowego, czy ubezpieczającego,
 - b. na rzecz ilu i jakich zakładów działamy,
 - c. firmie, pod którą wykonujemy działalność agencyjną, adresie jej siedziby oraz o tym, że jesteśmy agentem ubezpieczeniowym,
 - d. numerze wpisu do rejestru agentów, adresie strony internetowej, na której rejestr jest dostępny, oraz o sposobie sprawdzenia wpisu do rejestru,
 - e. charakterze wynagrodzenia jakie otrzymujemy,
 - f. tym, że możesz złożyć reklamację, wnieść skargę oraz pozasądowo rozwiązać spór,
 - g. akcjach lub udziałach zakładu ubezpieczeń, które posiadamy i uprawniają nas do co najmniej 10% głosów na walnym zgromadzeniu. Dodatkowo, musimy poinformować Cię, o akcjach lub udziałach, które posiada ubezpieczyciel i uprawniają go one do co najmniej 10% głosów na walnym zgromadzeniu albo zgromadzeniu wspólników,
 - h. że nie możesz zawrzeć umowy ubezpieczenia, w sytuacji gdy nie spełnisz warunków niezbędnych do objęcia Ciebie ochroną ubezpieczeniową,
 - i. tym, że możesz zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej,
6. udostępnić Ci, zanim złożysz wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia, ogólne warunki ubezpieczenia, informacje o produkcie ubezpieczeniowym, informacje dodatkowe. Dokumenty te zawierają informacje o:
 - a. Twoich prawach i obowiązkach, związanych z udzielaniem ochrony ubezpieczeniowej,
 - b. obowiązkach naszych i ubezpieczyciela,
7. umożliwić Ci samodzielne dochodzenie roszczenia.