

Ubezpieczenie Życie i zdrowie



Informacje dodatkowe

Niniejszy dokument jest wyłącznie materiałem informacyjnym i nie stanowi integralnej części umowy ubezpieczenia i Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Życie i zdrowie. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz we wniosku ubezpieczeniowym, polisie, Dokumencie zawierającym informacje i o produkcie ubezpieczeniowym i w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Życie i zdrowie o sygnaturze ŻIZ/17/02/2024.



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 wptacony: 24 250 000 PLN.



Ubezpieczający/Ubezpieczony:

Ubezpieczonym i ubezpieczającym jesteś Ty.

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

- 1) pełną zdolność do czynności prawnych i
- 2) miejsce zamieszkania w Polsce oraz
- 3) w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia ukończone 18 lat i nie masz ukończonych 60 lat.



Agent/Bank:

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



Wysokość składki ubezpieczeniowej

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej, którą będziesz płacić w pierwszych 12 miesiącach okresu ochrony ubezpieczeniowej, ubezpieczyciel wskazuje we wniosku i potwierdza w polisie.
2. Najpóźniej na 30 dzień przed zakończeniem 12 miesięcznego okresu ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczyciel przekaze Ci informację o wysokości składki ubezpieczeniowej, którą będziesz optać w kolejnym 12 miesięcznym okresie ochrony ubezpieczeniowej. Składka ubezpieczeniowa to jedyny koszt jaki ponosisz.



Opis świadczeń i zasady ustalania wysokości świadczenia ubezpieczeniowego

Ryzyko podstawowe:

Śmierć ubezpieczonego: wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku Twojej śmierci jest równa sumie ubezpieczenia z tytułu Twojej śmierci, czyli kwocie wskazanej we wniosku i potwierdzonej w polisie.

Ryzyka dodatkowe zgodnie z Twoim wyborem:

Nowotwór lub inne poważne zachorowanie: wysokość świadczenia ubezpieczeniowego zależy od wybranej przez Ciebie i potwierdzonej w polisie wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu nowotworu lub innego poważnego zachorowania oraz rodzaju zdarzenia ubezpieczeniowego.

Jeśli zachorujesz na nowotwór lub inne poważne zachorowanie, ubezpieczyciel wypłaci Ci:

Suma ubezpieczenia	nowotwór złośliwy	inne poważne zachorowania	nowotwór in situ	operacja nowotworu niezłośliwego przeprowadzona w szpitalu
50 000 zł	50 000 zł	25 000 zł	10 000 zł	2 500 zł
100 000 zł	100 000 zł	50 000 zł	20 000 zł	5 000 zł
150 000 zł	150 000 zł	75 000 zł	30 000 zł	7 500 zł

Za wszystkie zdarzenia nowotwór lub inne poważne zachorowanie ubezpieczyciel może wypłacić Ci pieniądze łącznie do wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu nowotworu lub innego poważnego zachorowania.

Po każdej wypłacie ubezpieczyciel zmniejszy sumę ubezpieczenia o kwotę, którą Ci wypłacił. Jeżeli ubezpieczyciel wypłaci Ci 100% sumy ubezpieczenia z tytułu nowotworu lub innego poważnego zachorowania, zakończy się ochrona z Pakietu zdrowotnego.

Pomoc medyczna:

Ze świadczeń Pomocy medycznej możesz skorzystać, po otrzymaniu pieniędzy za nowotwór lub inne poważne zachorowanie. Możesz z nich korzystać przez 12 miesięcy od decyzji, w której ubezpieczyciel przyznał Ci pieniądze z tytułu nowotworu lub innego poważnego zachorowania.

Ze świadczeń Pomocy medycznej możesz skorzystać do wysokości limitu świadczeń wskazanego w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Życie i zdrowie.

Pobyt w szpitalu lub pobyt na SOR (pobyt na szpitalnym oddziale ratunkowym): wysokość świadczenia ubezpieczeniowego zależy od wybranej przez Ciebie i potwierdzonej w polisie wysokości sumy ubezpieczenia.

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

Suma ubezpieczenia	za każdy dzień Twojego pobytu w szpitalu (o ile będziesz w szpitalu nie krócej niż 3 dni)	za pobyt na SOR – niezależnie od liczby dni Twojego pobytu na SOR
10 000 zł	100 zł za każdy dzień	50 zł
20 000 zł	200 zł za każdy dzień	100 zł
30 000 zł	300 zł za każdy dzień	150 zł

Pobyt w szpitalu musi trwać 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 na kolejne 12 miesięcy, ubezpieczyciel przywróci sumę ubezpieczenia do jej pełnej wysokości.

W przypadku pobytu na SOR, w każdym 12 miesięcznym okresie ochrony, ubezpieczyciel może wypłacić Ci dwa razy jednorazową kwotę za pobyt na SOR, niezależnie od liczby dni Twojego pobytu na SOR.

Leki dla Ciebie: świadczenie Leki dla Ciebie przysługuje Ci maksymalnie do limitu 3 000 zł w przypadku pokrycia kosztów zakupu leków na receptę i do 300 zł w przypadku pokrycia kosztów zakupu innych produktów dostępnych w aptece.

Śmierć ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku: wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku Twojej śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku jest równa sumie ubezpieczenia wskazanej we wniosku i potwierdzonej w polisie.

Złamanie, oparzenie, kalectwo: wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu złamania, oparzenia, kalectwa zależy od wybranej przez Ciebie sumy ubezpieczenia i jest równa kwocie określonej w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Życie i zdrowie w tabeli złamań, oparzeń, kalectw. Łączna kwota wypłaconych w trakcie 12 miesięcznego okresu ochrony świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu złamania, oparzenia, kalectwa nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia wskazanej we wniosku i w polisie.

Powrót do zdrowia: świadczenia Powrót do zdrowia przysługują Ci maksymalnie do limitu wskazanego w tabeli w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Życie i zdrowie.

Złamanie, oparzenie, skręcenie u dziecka: wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu złamania, oparzenia, skręcenia u dziecka równa jest kwocie określonej w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Życie i zdrowie w tabeli złamań, oparzeń, skręceń. Łączna kwota wypłaconych w trakcie 12 miesięcznego okresu ochrony świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu złamania, oparzenia, skręcenia nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia wskazanej we wniosku i w polisie. Suma ubezpieczenia jest łączna dla wszystkich Twoich dzieci.

Pomoc po wypadku: świadczenia Pomocy po wypadku przysługują Ci maksymalnie do limitu wskazanego w tabeli w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Życie i zdrowie. Limit ten jest łączny dla wszystkich Twoich dzieci.



Podmioty uprawnione do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego

Świadczenie ubezpieczeniowe ubezpieczyciel wypłaca:

- Tobie - jeśli jest to świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu:
 - nowotworu lub innego poważnego zachorowania,
 - pobytu w szpitalu lub pobytu na SOR,
 - złamania, oparzenia, kalectwa,
 - złamania, oparzenia, skręcenia u dziecka,
- uposażonym / innym uprawnionym - jeśli jest to świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu:
 - Twojej śmierci,
 - Twojej śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

Uposażonych możesz wskazać lub zmienić w każdym momencie trwania umowy ubezpieczenia. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu umowy ubezpieczenia nie jest opodatkowane.



Analiza potrzeb

Przed zawarciem umowy ubezpieczenia bank bada Twoje potrzeby. Jeśli zmienią się one w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, poinformuj go 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 zostały wskazane w Dokumencie zawierającym informacje o produkcie ubezpieczeniowym. Pełen katalog wyłączeń i ograniczeń znajdziesz w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Życie i zdrowie.



Zgłoszenie szkody

Zdarzenie ubezpieczeniowe można zgłosić telefonicznie do ubezpieczyciela pod numerem telefonu: 801 888 188 lub 22 557 44 71 (koszt połączenia zgodny z taryfą Twojego operatora), pisemnie lub pocztą elektroniczną na adres: obsługa.klienta@santander.allianz.pl

W celu skorzystania z usługi Pomocy medycznej oraz Pomocy po wypadku należy skontaktować się z partnerem medycznym ubezpieczyciela.: Europ Assistance Polska Sp. z o.o. dzwoniąc pod numer telefonu +48 (22) 264 51 07 (koszt połączenia zgodny z taryfą Twojego operatora), czynny całą dobę.

W celu skorzystania z usługi Powrót do zdrowia należy skontaktować się z partnerem medycznym ubezpieczyciela.: AWP P&C S.A., dzwoniąc pod numer telefonu +48 (22) 522 29 38 (koszt połączenia zgodny z taryfą Twojego operatora), czynny całą dobę.

Informacje o dokumentach, jakie należy złożyć wraz ze zgłoszeniem roszczenia, znajdziesz w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Życie i zdrowie oraz na stronie internetowej: www.santander.allianz.pl



Reklamacje

1. Reklamacje dotyczące umowy ubezpieczenia powinny być kierowane do ubezpieczyciela. Reklamacje można:
 - 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 przyjąć go operator pocztowy, aby doręczyć adresatowi),
 - c) wysłać e-mailem na adres: obsługa.klienta@santander.allianz.pl
 - d) zgłosić ustnie – przez telefon lub osobiście do protokołu podczas wizyty u ubezpieczyciela lub u nas,

Ubezpieczyciel rozpatruje reklamacje niezwłocznie po ich otrzymaniu, nie później jednak niż w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania.

Jeśli, w szczególności złożonych przypadkach, ubezpieczyciel nie będzie mógł odpowiedzieć na reklamację w terminie 30 dni, poinformuje:

- a) dlaczego odpowiedź się opóźnia,
 - b) jakie okoliczności musi jeszcze poznać, aby rozpatrzyć sprawę,
 - c) jaki jest nowy termin odpowiedzi. Termin ten nie może być dłuższy niż 60 dni od dnia, w którym ubezpieczyciel otrzymało reklamację.
2. Reklamacje, skargi niezwiązane z ochroną ubezpieczeniową można złożyć do banku.

Reklamację można złożyć:

 - a) elektronicznie – napisz do nas w bankowości internetowej i mobilnej, jeśli korzystasz z tych usług,
 - b) telefonicznie – zadzwoń pod numer 1 9999 lub do naszej placówki (koszt połączenia będzie zgodny z taryfą Twojego operatora),
 - c) osobiście – przyjdź do naszej dowolnej placówki,
 - d) pisemnie – napisz do nas:
 - na adres naszej siedziby lub do naszej placówki,
 - na nasz adres doręczeń elektronicznych: AE:PL-10627-95023-GADAI-17.

Adresy oraz numery telefonów znajdziesz na naszej stronie i w naszych placówkach.

Gdy nie uwzględnimy Twojej reklamacji możesz:

- a) ponownie napisać do nas,
- b) zwrócić się o rozstrzygnięcie sporu w trybie pozasądowym do:
 - Arbitra Bankowego - możesz to zrobić tylko wtedy, gdy wartość przedmiotu sporu nie przekracza 12 000 zł,
 - Rzecznika Finansowego,
- c) wystąpić z powództwem przeciwko bankowi do sądu powszechnego właściwego dla siedziby banku lub siedziby oddziału banku (jeżeli zgłoszenie dotyczy jego działalności), lub miejsca wykonania umowy. Powództwo o roszczenie, które wynika z czynności bankowej przeciwko bankowi 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:

- a) możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy prawnej miejskich lub powiatowych rzeczników konsumenta,
- b) możesz wnieść skargę na działania nasze lub naszych placówek partnerskich do Komisji Nadzoru Finansowego.



Obowiązki banku wobec klienta

Bank powinien:

1. udostępnić klientowi pełnomocnictwo przy pierwszej czynności, która należy do zakresu działalności agencyjnej,
2. przed zawarciem umowy ubezpieczenia uzyskać od klienta wszelkie informacje, które umożliwią agentowi określenie jego wymagań i potrzeb,
3. proponować klientowi produkt ubezpieczeniowy zgodny jego wymaganiami i potrzebami,
4. ustalać ryzyka, które klient chce objąć ochroną ubezpieczeniową oraz zwracać klientowi szczególną uwagę na ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela,
5. poinformować klienta przed zawarciem umowy:
 - a) czy występuje w roli pośrednika ubezpieczeniowego, czy ubezpieczającego,
 - b) na rzecz ilu i jakich zakładów działa,
 - c) o firmie, pod którą wykonuje działalność agencyjną, adresie jej siedziby oraz o tym, że jest agentem ubezpieczeniowym,
 - d) o numerze wpisu do rejestru agentów, adresie strony internetowej, na której rejestr jest dostępny, oraz o sposobie sprawdzenia wpisu do rejestru,
 - e) o charakterze wynagrodzenia jakie otrzymuje,
 - f) o możliwości złożenia przez klienta reklamacji, wniesienia skargi oraz pozasądowego rozwiązywania sporów,
 - g) o posiadanych akcjach lub udziałach zakładu ubezpieczeń uprawniających co najmniej do 10% głosów na walnym zgromadzeniu, oraz w przypadku agenta ubezpieczeniowego będącego osobą prawną, o akcjach lub udziałach agenta ubezpieczeniowego posiadanych przez zakład ubezpieczeń, uprawniających co najmniej do 10% głosów na walnym zgromadzeniu albo zgromadzeniu wspólników,
 - h) że nie może zawrzeć umowy ubezpieczenia, w sytuacji gdy nie spełnia on warunków niezbędnych do objęcia go ochroną ubezpieczeniową,
 - i) o możliwości rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej;
6. udostępnić klientowi przed złożeniem wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ogólne warunki ubezpieczenia, informacje o produkcie ubezpieczeniowym, informacje dodatkowe, które to dokumenty zawierają informacje o:
 - a) jego prawach i obowiązkach związanych z udzielaniem ochrony ubezpieczeniowej,
 - b) obowiązkach agenta i ubezpieczyciela;
7. umożliwić klientowi samodzielne dochodzenie roszczenia.