



**OGÓLNE WARUNKI
DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA
DRUGA OPINIA MEDYCZNA**

W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia druga opinia medyczna, kod warunków OMIP50, które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.

Informacje te są częścią OWU i wynikają z przepisów prawa (art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty (realizacji) świadczenia	pkt 1 - 13
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	pkt 1 - 2 pkt 4 - 21 pkt 32 - 33 pkt 37 - 41

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

WWW na **pzu.pl**

Roszczenie zgłosisz:



pod numerem infolinii 801 102 102

(opłata zgodna z taryfą operatora)



pod numerem infolinii

22 568 98 51 (opłata zgodna z taryfą operatora)

Zanim zawrzesz umowę, przeczytaj dokładnie OWU.

Znajdziesz w nich szczegółowe informacje, które dotyczą m.in.:

- zakresu ubezpieczenia (co obejmuje i czego nie obejmuje nasze ubezpieczenie),
- czasu trwania ubezpieczenia,
- Twoich i naszych praw i obowiązków,
- zasad realizacji świadczeń z ubezpieczenia.



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA DRUGA OPINIA MEDYCZNA

Kod warunków: OMIP50

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia druga opinia medyczna uchwałą nr UZ/62/2026 z 26 maja 2026 roku, zwane dalej OWU.

OWU wchodzi w życie 1 września 2026 roku.

SPIS TREŚCI

Słowniczek.....	1
Przedmiot ubezpieczenia	3
Zakres ubezpieczenia.....	3
Świadczenia z umowy.....	3
Realizacja świadczeń	4
Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności	5
Zawarcie umowy	6
Kto może zawrzeć umowę i być objęty ochroną.....	6
Czas trwania umowy	7
Ponowne zawarcie umowy	7
Początek naszej ochrony.....	7
Koniec naszej ochrony	7
Odstąpienie od umowy.....	7
Wypowiedzenie umowy.....	7
Składka	8
Reklamacje, skargi i zażalenia	8
Pozostałe prawa i obowiązki stron umowy oraz postanowienia końcowe	9

SŁOWNICZEK

– czyli o pojęciach, których używamy

1. W OWU używamy pojęć:

- 1) **badania kliniczne** – badania przeprowadzane wśród pacjentów w celu oceny bezpieczeństwa i skuteczności nowego protokołu leczenia, nowego leku, nowego urządzenia medycznego lub nowej procedury diagnostycznej;
- 2) **badanie mutacji dziedzicznych** – badanie diagnostyczne polegające na wykrywaniu mutacji wrodzonych, obecnych we wszystkich komórkach organizmu i mogących zwiększać ryzyko wystąpienia określonych chorób, w tym nowotworów złośliwych;
- 3) **centrum obsługi klienta** – całodobowe centrum zgłoszeniowe (tel. 22 568 98 51), które przyjmuje zgłoszenia telefoniczne i udziela dostępu do portalu zarządzanego przez Further, a także koordynuje organizację świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem. Obsługa odbywa się w języku polskim;
- 4) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione ubezpieczonego lub współmałżonka/partnera, które w dniu wystąpienia poważnego stanu zdrowia nie ukończyło 18 lat;
- 5) **dokumentacja medyczna** – kompletna dokumentacja opisująca stan zdrowia ubezpieczonego lub dziecka, lub udzielone im świadczenia zdrowotne.
Sporządzają ją:
 - a) podmioty, które udzielają świadczeń zdrowotnych,
 - b) osoby, które wykonują zawód medyczny,
 - c) osoby, które uczestniczą w udzielaniu świadczeń zdrowotnych;
- 6) **druga opinia medyczna** – opinia, którą sporządza lekarz konsultant na podstawie dokumentacji medycznej ubezpieczonego lub dziecka, zawierająca weryfikację dotychczasowej diagnozy i propozycję planu dalszego leczenia;
- 7) **Further** – Further Underwriting International SLU, podmiot z siedzibą w Hiszpanii, za pośrednictwem którego organizujemy świadczenia wynikające z ubezpieczenia;
- 8) **karencja** – okres, w którym nasza odpowiedzialność z tytułu zajścia zdarzeń wskazanych w pkt. 4 jest ograniczona;
- 9) **lekarz** – osoba, która posiada formalnie potwierdzone kwalifikacje do leczenia ludzi, zgodnie z prawem państwa, w którym prowadzi praktykę zawodową i wykonuje zawód w zakresie swoich uprawnień i kwalifikacji;
- 10) **lekarz konsultant** – lekarz specjalista, praktykujący poza granicami Polski, o doświadczeniu zawodowym właściwym dla specyfiki danego poważnego stanu zdrowia, który sporządza drugą opinię medyczną;

- 11) **miesiąc umowy** – okres, który rozpoczyna się i kończy w tym samym dniu, co miesiąc umowy podstawowej;
- 12) **międzynarodowa klasyfikacja chorób** – obejmuje Międzynarodową Statystyczną Klasyfikację Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 oraz Międzynarodową Klasyfikację Chorób dla statystyki śmiertelności i zachorowalności ICD-11;
- 13) **nowotwór złośliwy kwalifikujący się do terapii spersonalizowanej** – nowotwór złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym rozrostem komórek nowotworowych, cechujących się zdolnością do naciekania i niszczenia tkanek oraz tworzenia odległych przerzutów, który spełnia co najmniej jedno z poniższych kryteriów:
 - a) nie reaguje na leczenie pierwszej linii (zgodnie z opinią lekarza onkologa prowadzącego leczenie),
 - b) jest w III stopniu zaawansowania klinicznego (nowotwór zaawansowany),
 - c) jest w IV stopniu zaawansowania klinicznego (nowotwór bardzo zaawansowany z obecnością przerzutów odległych),
 - d) ma nieznane umiejscowienie pierwotne, czyli pomimo wykonania badań diagnostycznych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie można ustalić ogniska pierwotnego,
 - e) jest nowotworem rzadkim, czyli takim, który występuje u mniej niż 6 osób na 100 tys. w ciągu roku i jest wymieniony w wykazie nowotworów rzadkich RARECARE Europejskiego Towarzystwa Onkologii Medycznej (ESMO);

Odpowiadamy wyłącznie za wystąpienie takiego nowotworu złośliwego kwalifikującego się do terapii spersonalizowanej, którego złośliwy charakter został potwierdzony badaniem histopatologicznym, a w sytuacji, gdy w ze względów medycznych nie pobrano materiału do badania histopatologicznego, także gdy opinia zespołu medycznego Further potwierdza, że obraz kliniczny i badania diagnostyczne są wystarczającym dowodem na potwierdzenie złośliwości procesu nowotworowego.

Dniem wystąpienia tego poważnego stanu zdrowia jest dzień, w którym:

 - a) zgodnie z dokumentacją medyczną pobrano materiał do badania histopatologicznego, które jednoznacznie potwierdziło nowotwór złośliwy, a w sytuacji, gdy ze względów medycznych nie pobrano materiału do badania histopatologicznego, dzień, w którym wykonano inne badania diagnostyczne, które jednoznacznie potwierdziły nowotwór złośliwy i
 - b) stwierdzono co najmniej jedno ze wskazanych powyżej pod lit. a)-e) kryteriów nowotworu złośliwego kwalifikującego się do terapii spersonalizowanej;
- 14) **portal** – platforma internetowa dostarczona i zarządzana przez Further, za pośrednictwem której organizowane są świadczenia udzielane w ramach umowy. Dostęp do portalu udzielany jest ubezpieczonemu przez centrum obsługi klienta;
- 15) **poważny stan zdrowia** – rozpoznane przez lekarza:
 - a) choroba, lub
 - b) następstwa nieszczęśliwego wypadku,

które ze względu na swój charakter i przewidywany przebieg powodują zaburzenie funkcji organizmu wymagające opieki lekarskiej i które utrzymują się przez okres dłuższy niż 30 dni.

Dniem wystąpienia poważnego stanu zdrowia jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną został on rozpoznany.

Nie stanowią poważnych stanów zdrowia:

 - a) choroby psychiczne,
 - b) problemy stomatologiczne,
 - c) choroby lub następstwa nieszczęśliwego wypadku, dla których w okresie 12 miesięcy poprzedzających zawiadomienie o wystąpieniu poważnego stanu zdrowia nie były udzielane świadczenia zdrowotne i nie została wytworzona dokumentacja medyczna;
- 16) **profilowanie molekularne** – zbiór technik diagnostycznych, obejmujących badania genetyczne typu somatycznego, które polegają na analizie nabytych mutacji występujących w określonej populacji komórek lub w tkance nowotworowej. Jest wykonywane w celu identyfikacji typu biologicznego nowotworu złośliwego, zmian molekularnych, które mogą wpływać na skuteczność danego leczenia, stanowiąc wsparcie podczas decyzji terapeutycznych, indywidualizacji terapii, określenia rokowania oraz ryzyka nawrotu, a także unikania terapii nieskutecznych lub niecelowanych;
- 17) **PZU Życie/my** – Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna;
- 18) **raport ekspercki terapii spersonalizowanej** – opinia, którą sporządza zespół lekarsko-eksperski, w ramach świadczenia na wypadek wystąpienia nowotworu złośliwego kwalifikującego się do terapii spersonalizowanej na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej oraz bioprobek, zawierająca:
 - a) kliniczne podsumowanie stanu zdrowia,
 - b) ocenę wyników profilowania molekularnego,
 - c) zalecenia dotyczące leczenia o najwyższym potencjale klinicznym,
 - d) analizę oporności lub toksyczności metod terapeutycznych, jeśli mają zastosowanie,
 - e) informacje na temat dostępności badań klinicznych, jeśli mają zastosowanie,
 - f) wnioski na temat potencjalnych mutacji i nowotworów dziedzicznych (jeśli dotyczy); w przypadku gdy w raporcie zespół lekarsko-eksperski zidentyfikował potencjalną dziedziczną mutację genu u ubezpieczonego lub dziecka, to ubezpieczonemu lub dziecku zaoferowane zostanie badanie mutacji dziedzicznych;
- 19) **rocznica umowy podstawowej** – każda rocznica dnia, w którym została zawarta umowa podstawowa;
- 20) **ubezpieczający/Ty** – podmiot, który zawarł z nami umowę. Ubezpieczającym może być osoba fizyczna, osoba prawna albo jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej;
- 21) **ubezpieczony** – ubezpieczony z umowy podstawowej, współmałżonek/partner ubezpieczonego z umowy podstawowej – na rzecz którego zawierasz tę umowę;
- 22) **umowa/umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia dodatkowego zawarta między Tobą a PZU Życie na podstawie tych OWU i potwierdzona polisą;
- 23) **umowa podstawowa** – umowa indywidualnego ubezpieczenia na życie, do której możesz zawrzeć tę umowę;
- 24) **umowa terminowa** – umowa dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia terminowego na życie, która została zawarta na rzecz współmałżonka/partnera ubezpieczonego z umowy podstawowej;
- 25) **pierwsza umowa** – umowa zawarta po raz pierwszy na rzecz danego ubezpieczonego lub zawarta ponownie na rzecz tego samego ubezpieczonego, jeżeli nie zachowano ciągłości naszej ochrony;
- 26) **kolejna umowa** – umowa zawarta po raz kolejny z zachowaniem ciągłości naszej ochrony;

27) **wiek polisowy:**

- a) w przypadku zawierania umowy dodatkowej wraz z umową podstawową – wiek ubezpieczonego ustalany na dzień początku ochrony umowy dodatkowej i w każdą kolejną rocznicę umowy podstawowej, obliczany jako różnica lat pomiędzy aktualnym rokiem kalendarzowym, a rokiem urodzenia ubezpieczonego,
- b) w przypadku zawierania umowy dodatkowej do istniejącej umowy podstawowej – wiek ubezpieczonego ustalany na dzień początku ochrony umowy dodatkowej i w każdą kolejną rocznicę umowy podstawowej, obliczany jako różnica lat pomiędzy rokiem kalendarzowym w dniu ostatniej rocznicy umowy podstawowej a rokiem urodzenia ubezpieczonego (a jeśli nie było jeszcze rocznicy umowy podstawowej wiek ubezpieczonego obliczany jako różnica lat pomiędzy rokiem kalendarzowym z dnia zawarcia umowy podstawowej, a rokiem urodzenia ubezpieczonego);

28) **współmałżonek/partner** – wskazana we wniosku o ubezpieczenie osoba, która pozostaje z ubezpieczonym z umowy podstawowej w dniu zawarcia umowy terminowej i tej umowy:

- a) w związku małżeńskim – w przypadku współmałżonka,
- b) we wspólnym pożyciu – w przypadku partnera;

29) **zespół lekarsko-eksperski** – zespół lekarzy specjalistów z zakresu onkologii, genetyki i patologii wyznaczony przez Further do sporządzenia raportu eksperckiego terapii spersonalizowanej;

30) **zespół medyczny Further** – zespół lekarzy współpracujących z Further.

2. Jeżeli te OWU nie stanowią inaczej, określenia, które zdefiniowaliśmy w OWU umowy podstawowej używamy w tych OWU w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy zdrowie ubezpieczonego oraz zdarzenie w życiu ubezpieczonego, którym jest wystąpienie u dziecka poważnego stanu zdrowia.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

– czyli jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

4. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u ubezpieczonego lub dziecka poważnego stanu zdrowia, w tym nowotworu złośliwego kwalifikującego się do terapii spersonalizowanej, w okresie ubezpieczenia.

ŚWIADCZENIA Z UMOWY

– czyli jakie świadczenia zapewniamy i w jakim okresie je realizujemy

5. W razie wystąpienia u ubezpieczonego lub dziecka, w okresie ochrony, poważnego stanu zdrowia, zapewnimy świadczenie drugiej opinii medycznej, z zastrzeżeniem pkt. 6. Druga opinia medyczna zawiera:
- 1) opinię lekarza konsultanta dotyczącą postawionej diagnozy i stosowanego leczenia;
 - 2) propozycję planu leczenia;
 - 3) informacje o doświadczeniach i osiągnięciach zawodowych lekarza konsultanta, który ją sporządził.
6. W razie wystąpienia u ubezpieczonego lub dziecka, w okresie ochrony, nowotworu złośliwego kwalifikującego się do terapii spersonalizowanej zapewnimy, w zależności od wyboru ubezpieczonego, drugą opinię medyczną albo, o ile spełnione zostaną warunki określone w pkt. 8, dostęp do następujących świadczeń:
- 1) profilowania molekularnego;
 - 2) raportu eksperckiego terapii spersonalizowanej;
 - 3) badania mutacji dziedzicznych ubezpieczonego lub dziecka i uprawnionych członków rodziny wskazanych w pkt. 13.3 ppkt. 5);
 - 4) przewodnika dla ubezpieczonego lub dziecka dotyczącego dostępnych badań klinicznych.
7. Realizację świadczeń, o których mowa w pkt. 6 rozpoczniemy w terminie 30 dni od dnia zawiadomienia o wystąpieniu poważnego stanu zdrowia. Jeśli wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia naszej odpowiedzialności okaże się niemożliwe, realizacja świadczeń rozpocznie się w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności stanie się możliwe.
8. Świadczenia wskazane w pkt. 6 realizujemy, jeśli spełnione zostaną wszystkie poniższe warunki:
- 1) ubezpieczony lub dziecko są w trakcie terapii przeciwnowotworowej lub otrzymali zalecenie lekarskie niezwłocznego rozpoczęcia leczenia onkologicznego;
 - 2) materiał do badań genetycznych jest dostępny w formie próbki z biopsji spełniającej kryteria wyznaczone przez laboratorium, która umożliwia prawidłowe przeprowadzenie badań. Jeśli próbka nie zawiera wystarczającej liczby komórek nowotworu, w uzasadnionych medycznie przypadkach, możliwe jest wykorzystanie biopsji płynnej, czyli próbki krwi.
9. Jeśli ubezpieczony zdecyduje o skorzystaniu ze świadczeń, o których mowa w pkt. 6, nie ma możliwości skorzystania ze świadczenia drugiej opinii medycznej dla tego samego poważnego stanu zdrowia.
10. Jeśli ubezpieczony skorzystał ze świadczenia drugiej opinii medycznej w związku z wystąpieniem u niego lub u dziecka poważnego stanu zdrowia będącego nowotworem złośliwym, to w przypadku zmiany w okresie ochrony w tej umowie lub w poprzednio obowiązujących umowach, o ile została zachowana ciągłość ochrony pomiędzy tymi umowami, kwalifikacji tego nowotworu złośliwego na nowotwór złośliwy kwalifikujący się do terapii spersonalizowanej i po spełnieniu warunków określonych w pkt. 8 będzie mógł skorzystać ze świadczeń, o których mowa w pkt. 6.

REALIZACJA ŚWIADCZEŃ

– czyli kto i jak może korzystać ze świadczeń i co obejmują poszczególne świadczenia

11. Jeśli ubezpieczony chce skorzystać ze świadczeń:

- 1) kontaktuje się z centrum obsługi klienta, aby zawiadomić o wystąpieniu poważnego stanu zdrowia i podaje swoje dane:
 - a) imię, nazwisko, numer telefonu do kontaktu, adres zamieszkania, email,
 - b) numer polisy, która potwierdza zawarcie umowy;
- 2) za pośrednictwem centrum obsługi klienta otrzymuje dostęp do portalu, w którym należy się zarejestrować;
- 3) zgłasza swój wniosek i przekazuje zgromadzoną dokumentację medyczną poprzez portal;
- 4) wypełnia otrzymane formularze lub odpowiada na pytania dotyczące stanu zdrowia;
- 5) współpracuje z Further w zakresie koniecznym do realizacji świadczeń.

12. Druga opinia medyczna

- 1) Further informuje ubezpieczonego, jaka dokumentacja medyczna jest potrzebna do przygotowania drugiej opinii medycznej;
- 2) Further w ramach tego świadczenia:
 - a) zapewnia ponowną ocenę histopatologiczną lub cytologiczną tkanek, które zostały wcześniej pobrane od ubezpieczonego lub dziecka – jeśli jest to medycznie uzasadnione,
 - b) tłumaczy dokumentację medyczną ubezpieczonego lub dziecka na język lekarza konsultanta,
 - c) przekazuje dokumentację medyczną lekarzowi konsultantowi,
 - d) kontaktuje się z ubezpieczonym w celu omówienia drugiej opinii medycznej,
 - e) dostarcza ubezpieczonemu przetłumaczoną na język polski drugą opinię medyczną;
- 3) Jeśli lekarz konsultant postawi odmienną diagnozę niż wskazana w dokumentacji medycznej ubezpieczonego lub dziecka, Further zapewnia organizację i pokrycie kosztów sporządzania dodatkowej opinii medycznej przez innego lekarza konsultanta oraz przetłumaczenia jej na język polski;
- 4) Ubezpieczony otrzymuje drugą opinię medyczną w ciągu 30 dni od dnia zawiadomienia o wystąpieniu poważnego stanu zdrowia zgodnie z pkt. 11;
- 5) Jeśli wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia naszej odpowiedzialności okaże się niemożliwe, druga opinia medyczna zostanie przekazana ubezpieczonemu w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności stanie się możliwe;
- 6) Z zastrzeżeniem pkt. 12 ppkt.3, ubezpieczony ma prawo do jednokrotnego skorzystania ze świadczenia drugiej opinii medycznej dla każdego poważnego stanu zdrowia sklasyfikowanego według tego samego kodu międzynarodowej klasyfikacji chorób.

13. Świadczenia na wypadek wystąpienia nowotworu złośliwego kwalifikującego się do terapii spersonalizowanej

13.1 Profilowanie molekularne

- 1) W celu przygotowania raportu eksperckiego terapii spersonalizowanej Further informuje ubezpieczonego, jaka dokumentacja medyczna jest potrzebna oraz wskazuje rodzaj materiału biologicznego, jaki jest wymagany do profilowania molekularnego;
- 2) Jeśli ubezpieczony lub dziecko posiadają już wykonane badanie profilowania molekularnego, to Further podejmie decyzję, czy badanie spełnia wymagane standardy kliniczne i czy konieczne jest jego powtórzenie;
- 3) Jeżeli materiał biologiczny dostarczony do laboratorium nie spełnia kryteriów wyznaczonych przez laboratorium wskazanych w pkt. 8 ppkt. 2, to w uzasadnionych medycznie przypadkach Further organizuje i pokrywa koszt pobrania oraz badania biopsji płynnej (krew obwodowa) od ubezpieczonego lub dziecka;
- 4) Further wybiera laboratorium do wykonania profilowania molekularnego, zapewnia transport materiału biologicznego do laboratorium oraz pokrywa koszt wykonania badania;
- 5) Further otrzymuje wynik profilowania molekularnego w terminie 15 dni roboczych od dnia dostarczenia materiału biologicznego do laboratorium. Natomiast po upływie kolejnych 10 dni roboczych od daty otrzymania wyników z laboratorium, Further przekazuje ubezpieczonemu wyniki profilowania molekularnego wraz z raportem eksperckim terapii spersonalizowanej.

13.2 Raport ekspercki terapii spersonalizowanej

- 1) Raport ekspercki terapii spersonalizowanej zawiera szereg zaleceń dotyczących metod leczenia o najwyższym potencjale klinicznym lub zestawienie dostępnych badań klinicznych. Zalecenia te mogą obejmować:
 - a) terapie z zastosowaniem leków zgodnie z ich wskazaniami rejestracyjnymi („on-label”),
 - b) terapie z zastosowaniem leków poza ich wskazaniami rejestracyjnymi („off-label”),
 - c) badania kliniczne,z zastrzeżeniem, że ubezpieczenie nie pokrywa kosztów wskazanych powyżej terapii i leczenia w ramach badań klinicznych oraz kosztów wskazanych w pkt. 18.4;
- 2) Terapiom, wskazanym w ppkt. 1 lit. a) odpowiada świadczenie w postaci rekomendacji leczenia onkologicznego zgodnie ze wskazaniami do stosowania, dawkowaniem i zaleceniami dotyczącymi sposobu przyjmowania leku określonymi przez odpowiedni organ dopuszczający produkt leczniczy do obrotu;
- 3) Terapiom, wskazanym w ppkt. 1 lit. b) odpowiada świadczenie w postaci rekomendacji leczenia onkologicznego, które nie spełnia wskazań rejestracyjnych leków określonych przez odpowiedni organ dopuszczający produkt leczniczy do obrotu. Leczenie poza wskazaniami rejestracyjnymi leków może dotyczyć wskazania do leczenia innego nowotworu złośliwego, stosowania innej dawki lub zaleceń dotyczących metody przyjmowania leku;
- 4) Badaniom klinicznym wskazanym w ppkt. 1 lit. c) odpowiada świadczenie w postaci przewodnika dla ubezpieczonego lub dziecka dotyczącego dostępnych badań klinicznych z propozycją odpowiedniego dla ubezpieczonego lub dziecka badania klinicznego zgodnie z pkt. 13.4;

- 5) Po przekazaniu raportu eksperckiego terapii spersonalizowanej, Further kontaktuje się z ubezpieczonym w celu omówienia raportu eksperckiego terapii spersonalizowanej. Za zgodą ubezpieczonego, lekarz onkolog prowadzący leczenie ubezpieczonego lub dziecka, może wziąć udział w konsultacji specjalistycznej z członkiem zespołu lekarsko-eksperskiego, który przygotował raport;
- 6) Dla każdego nowotworu złośliwego kwalifikującego się do terapii spersonalizowanej sklasyfikowanego według tego samego kodu międzynarodowej klasyfikacji chorób wykonywany jest jeden zestaw badań mutacji nabytych (somatycznych) i powiązany z nim jeden raport ekspercki terapii spersonalizowanej;
- 7) Świadczenia wskazane w pkt. 6 mogą być przyznane ponownie w razie wystąpienia w okresie ochrony kolejnego nowotworu złośliwego kwalifikującego się do terapii spersonalizowanej, który:
 - a) nie pozostaje w związku z wystąpieniem nowotworu złośliwego, z tytułu którego ubezpieczony lub dziecko skorzystali ze świadczeń wskazanych w pkt. 6 w okresie ochrony w tej umowie lub w poprzednio obowiązujących umowach, o ile została zachowana ciągłość ochrony pomiędzy tymi umowami, oraz
 - b) został sklasyfikowany pod innym kodem międzynarodowej klasyfikacji chorób niż nowotwór złośliwy, z tytułu którego ubezpieczony lub dziecko skorzystali ze świadczeń wskazanych w pkt. 6 w okresie ochrony w tej umowie lub w poprzednio obowiązujących umowach, o ile została zachowana ciągłość ochrony pomiędzy tymi umowami.

13.3 Badania mutacji dziedzicznych ubezpieczonego lub dziecka i uprawnionych członków rodziny

- 1) Jeśli raport ekspercki terapii spersonalizowanej zidentyfikuje potencjalnie dziedziczne mutacje genów, Further zaproponuje badanie mutacji dziedzicznych ubezpieczonego lub dziecka i pokryje jego koszty;
- 2) Further w ramach tego świadczenia:
 - a) organizuje pobranie materiału biologicznego (wymaz z policzka, ślina albo próbka krwi) do wykonania badania mutacji dziedzicznych,
 - b) wybiera laboratorium do wykonania badania, zapewnia transport materiału biologicznego do laboratorium oraz pokrywa koszt wykonania badania;
- 3) Jeśli wynik badania mutacji dziedzicznych ubezpieczonego lub dziecka jest negatywny, Further przekazuje go ubezpieczonemu, a następnie kontaktuje się z nim w celu omówienia wyniku;
- 4) Jeśli wynik badania mutacji dziedzicznych ubezpieczonego lub dziecka jest pozytywny, Further organizuje rozmowę z ekspertem w zakresie genetyki, który omawia wyniki badania mutacji dziedzicznych i przekazuje ubezpieczonemu wyniki oraz raport z wytycznymi;
- 5) Jeśli wynik badania mutacji dziedzicznych ubezpieczonego lub dziecka jest pozytywny, Further informuje ubezpieczonego, czy są wskazania do badania mutacji dziedzicznych u biologicznego rodzeństwa ubezpieczonego lub dziecka, które może zachorować na nowotwór zdiagnozowany u ubezpieczonego lub dziecka. Ostateczną decyzję, którzy członkowie rodziny ubezpieczonego lub dziecka mają wskazania do badania pod kątem tej samej mutacji, podejmuje Further wyłącznie na podstawie wskazań medycznych. W przypadku, gdy istnieje takie wskazanie, Further zorganizuje i pokryje koszty badań uprawnionych członków rodziny.

13.4 Przewodnik dla ubezpieczonego lub dziecka dotyczący dostępnych badań klinicznych

- 1) Jeśli raport ekspercki terapii spersonalizowanej zawiera rekomendację udziału ubezpieczonego lub dziecka w badaniach klinicznych odpowiednich dla przypadku ubezpieczonego lub dziecka i ubezpieczony wyrazi wolę udziału w takich badaniach, Further:
 - a) przeszuka bazy danych badań klinicznych,
 - b) skontaktuje się z ośrodkami badawczymi przeprowadzającymi badania kliniczne w Polsce oraz, w razie konieczności, poszerzy zakres poszukiwań poza Polskę,
 - c) zweryfikuje, czy ubezpieczony lub dziecko spełnia kryteria udziału w danym badaniu klinicznym,
 - d) przekaze informacje o dostępnych badaniach klinicznych;
- 2) Further przekazuje ubezpieczonemu przewodnik zawierający przegląd dostępnych badań klinicznych i informacje o ośrodkach badawczych prowadzących badania kliniczne adekwatne do leczenia nowotworu złośliwego kwalifikującego się do terapii spersonalizowanej zdiagnozowanego u ubezpieczonego lub dziecka w terminie 30 dni od wyrażenia przez ubezpieczonego woli wzięcia udziału w badaniach;
- 3) Ubezpieczony, po konsultacji z lekarzem onkologiem, który prowadzi jego leczenie lub leczenie dziecka, informuje Further o chęci udziału w wybranym badaniu klinicznym. Decyzję o włączeniu ubezpieczonego lub dziecka do badania klinicznego podejmuje ostatecznie ośrodek badawczy prowadzący badanie kliniczne;
- 4) Jeśli ośrodek badawczy prowadzący badanie kliniczne podejmie decyzję o włączeniu ubezpieczonego lub dziecka do badania klinicznego oraz ubezpieczony potwierdzi wolę udziału w wybranym badaniu klinicznym, Further:
 - a) zapewnia wsparcie w zakresie kontaktu z ośrodkiem badawczym prowadzącym badanie kliniczne,
 - b) zapewnia wsparcie administracyjne w wypełnieniu dokumentów rejestracyjnych i ich przetłumaczeniu,
 - c) przekazuje ubezpieczonemu rekomendacje dotyczące podróży i zakwaterowania, o ile to konieczne ze względu na miejsce, w którym znajduje się ośrodek badawczy prowadzący badanie kliniczne;
- 5) Ubezpieczony ma prawo do jednokrotnego skorzystania z przewodnika dotyczącego dostępnych badań klinicznych dla każdego wystąpienia nowotworu złośliwego kwalifikującego się do terapii spersonalizowanej sklasyfikowanego według międzynarodowej klasyfikacji chorób;
- 6) Jeśli poszukiwania badań klinicznych odpowiednich dla przypadku ubezpieczonego lub dziecka nie powiodą się lub jeśli ubezpieczony nie zdecyduje się na udział w nich, Further na wniosek ubezpieczonego przeprowadzi drugą i ostateczną próbę znalezienia odpowiednich badań klinicznych. Jeśli w związku z upływem czasu będzie to medycznie uzasadnione, niektóre etapy procesu kwalifikacji do badań klinicznych mogą zostać powtórzone (np. zebranie zaktualizowanej dokumentacji medycznej).

OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

– czyli w jakich okolicznościach nasza odpowiedzialność jest ograniczona lub wyłączona

14. Ty i ubezpieczony jesteście zobowiązani podać do naszej wiadomości wszystkie znane Tobie lub ubezpieczonemu okoliczności, o które pytamy we wniosku o ubezpieczenie, ankiecie medycznej lub w innym piśmie przed zawarciem umowy.
15. Nie ponosimy odpowiedzialności za skutki okoliczności, których z naruszeniem pkt. 14 Ty lub ubezpieczony nie podaliście do naszej wiadomości. Jeżeli Ty lub ubezpieczony nie podaliście umyślnie do naszej wiadomości wszystkich znanych Tobie lub ubezpieczonemu okoliczności, o które pytaliśmy we wniosku o ubezpieczenie, ankiecie medycznej lub w innym piśmie przed zawarciem umowy, to w razie wątpliwości, przyjmuje się, że zdarzenie objęte naszą ochroną i jego następstwa są skutkiem tych okoliczności.
16. Nie ponosimy odpowiedzialności za poważny stan zdrowia, który wystąpił:
 - 1) wskutek nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed początkiem ochrony;
 - 2) wskutek działań wojennych;
 - 3) wskutek czynnego uczestnictwa ubezpieczonego lub dziecka w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
 - 4) wskutek popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego lub dziecko czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 5) gdy ubezpieczony lub dziecko pozostawali w stanie nietrzeźwości w rozumieniu przepisów o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub po użyciu: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – o ile którakolwiek z tych okoliczności miała wpływ na wystąpienie poważnego stanu zdrowia;
 - 6) bezpośrednio w wyniku zatrucia ubezpieczonego lub dziecka spożytym alkoholem, użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi, środkami zastępczymi lub nowymi substancjami psychoaktywnymi (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) oraz wskutek schorzeń spowodowanych nadużywaniem tych substancji;
 - 7) wskutek użycia przez ubezpieczonego lub dziecko produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza albo niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego oraz wskutek schorzeń spowodowanych nadużywaniem produktów leczniczych;
 - 8) wskutek samookaleczenia się lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego lub dziecko samobójstwa;
 - 9) wskutek działania promieniowania radioaktywnego lub jonizującego w wyniku reakcji termojądrowych lub wybuchu nuklearnego.
17. Nie odpowiadamy za:
 - 1) medyczną poprawność drugiej opinii medycznej, raportu eksperckiego terapii spersonalizowanej ani za skutki działań lub zaniechań na podstawie informacji zawartych w tych dokumentach;
 - 2) krzywdy, ból, cierpienie fizyczne lub psychiczne, które są skutkiem poważnego stanu zdrowia.
18. Nie pokrywamy następujących kosztów:
 - 1) wykonania biopsji w celu pobrania płynu lub wycięcia tkanki, która będzie źródłem próbki niezbędnej do profilowania molekularnego, za wyjątkiem pobrania krwi do płynnej biopsji, zgodnie z pkt. 13.1 ppkt. 3;
 - 2) jakichkolwiek leków i leczenia zaleconego w drugiej opinii medycznej bądź raporcie eksperckim terapii spersonalizowanej ani uczestnictwa w wybranym badaniu klinicznym;
 - 3) kosztów podróży lub zakwaterowania poniesionych przez ubezpieczonego lub członków jego rodziny w związku ze stawieniem się na zaplanowane wizyty w celu pobrania próbki do badań wskazanych w pkt.13.1 ppkt. 3;
 - 4) opłat administracyjnych lub kosztów związanych z przystąpieniem do badania klinicznego.
19. Nie ponosimy odpowiedzialności z tytułu wszelkich niepożądanych działań produktów leczniczych zastosowanych w ramach badania klinicznego w leczeniu nowotworu złośliwego kwalifikującego się do terapii spersonalizowanej.
20. Stosujemy karencję, która polega na tym, że nie ponosimy odpowiedzialności z tytułu wystąpienia poważnego stanu zdrowia, który wystąpił w okresie 90 dni od dnia zawarcia pierwszej umowy.
21. We wskazanym w pkt. 20 okresie karencji ponosimy jednak odpowiedzialność z tytułu wystąpienia poważnego stanu zdrowia, jeśli jest on następstwem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w tym okresie.

ZAWARCIE UMOWY

– jak się odbywa i co jest do tego potrzebne

22. Umowę zawieramy na podstawie Twojego wniosku o ubezpieczenie.
23. Umowę możesz zawrzeć:
 - 1) wraz z zawarciem umowy podstawowej, albo
 - 2) jeśli posiadasz już umowę podstawową – w dniu najbliższej płatności składki, z zastrzeżeniem pkt. 32 ppkt. 2), o ile w umowie podstawowej nie zawiesiłeś opłacania składki regularnej i nie została ona zamieniona na ubezpieczenie bezskładkowe.
24. Warunkiem zawarcia umowy na rzecz współmałżonka/partnera jest dodatkowo zawarcie lub posiadanie umowy terminowej na rzecz współmałżonka/partnera.
25. Zasady i tryb zawierania umowy są zgodne z zasadami przyjętymi w umowie podstawowej, o ile nie umówiliśmy się z Tobą inaczej.
26. Możemy odmówić zawarcia umowy.
27. Zawarcie umowy potwierdzimy polisą.

KTO MOŻE ZAWRZEĆ UMOWĘ I BYĆ OBJĘTY OCHRONĄ

28. Umowę zawieramy z Tobą, czyli ubezpieczającym.
29. Ubezpieczonym w umowie jest:

- 1) ubezpieczony z umowy podstawowej lub
 - 2) współmałżonek/partner ubezpieczonego z umowy podstawowej objęty ochroną w ramach umowy terminowej.
30. Umowę możesz zawrzeć na rzecz ubezpieczonego, którego wiek polisowy wynosi co najmniej 18 lat i nie więcej niż 74 lata.
31. Na rzecz każdego ubezpieczonego zostaje zawarta odrębna umowa.

CZAS TRWANIA UMOWY

– czyli jak długo trwa umowa

32. Umowę zawierasz z nami na czas określony zwany okresem ubezpieczenia. Okres ubezpieczenia trwa:
- 1) rok, jeśli zawierasz umowę wraz z umową podstawową albo w rocznicę umowy podstawowej, albo
 - 2) taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej rocznicy umowy podstawowej, nie mniej niż 3 miesiące – jeśli umowę zawierasz po zawarciu umowy podstawowej i opłacasz składki z częstotliwością miesięczną, kwartalną lub półroczną.
33. Okres ubezpieczenia potwierdzimy w polisie.

PONOWNE ZAWARCIE UMOWY

– czyli kiedy możemy zaproponować Ci ponowne zawarcie umowy

34. Najpóźniej 30 dni przed końcem okresu, na jaki została zawarta umowa, poinformujemy Cię, czy przedstawimy Ci propozycję zawarcia kolejnej umowy.
35. W przypadku gdy przedstawimy Ci propozycję zawarcia kolejnej umowy, a Ty ją przyjmiesz, umowa zostanie zawarta na kolejny okres ubezpieczenia.
36. Zawarcie kolejnej umowy potwierdzimy polisą.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY

– czyli od kiedy ubezpieczamy ubezpieczonego

37. Nasza ochrona w stosunku do ubezpieczonego rozpocznie się zgodnie z zasadami przyjętymi w umowie podstawowej – jeśli tę umowę zawierasz razem z umową podstawową.
38. Jeśli umowę zawierasz w trakcie trwania umowy podstawowej, nasza ochrona rozpocznie się w dniu najbliższej płatności składki, nie wcześniej jednak niż po wyrażeniu przez nas zgody na zawarcie umowy.
39. Jeśli Ty i ubezpieczony jesteście różnymi osobami, nasza ochrona rozpocznie się w dniu wskazanym w pkt. 37 albo pkt. 38, ale nie wcześniej niż następnego dnia po wyrażeniu przez ubezpieczonego zgody na objęcie go ochroną.
40. Datę początku ochrony wskazujemy w polisie.

KONIEC NASZEJ OCHRONY

– czyli kiedy kończy się ubezpieczenie

41. Nasza ochrona w ramach umowy zakończy się:
- 1) w dniu, w którym otrzymamy Twoje oświadczenie o odstąpieniu od umowy;
 - 2) w dniu, w którym upłynie okres wypowiedzenia umowy;
 - 3) w dniu śmierci ubezpieczonego;
 - 4) w dniu, w którym zakończy się okres ubezpieczenia umowy;
 - 5) w dniu, w którym zakończy się ochrona w umowie podstawowej;
 - 6) w dniu, w którym umowa podstawowa zamieni się na umowę bezskładową;
 - 7) w dniu, w którym zakończy się ochrona w umowie terminowej – w stosunku do współmałżonka/partnera ubezpieczonego z umowy podstawowej;
 - 8) w dniu, w którym umowa podstawowa zamieni się na umowę z jednorazową płatnością składki – jeśli opłacisz składkę za umowę podstawową jednorazowo do końca okresu ubezpieczenia.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

– czyli do kiedy możesz się wycofać z zawartej umowy

42. Możesz odstąpić od umowy, ale musisz złożyć nam oświadczenie w ciągu:
- 1) 7 dni od jej zawarcia – jeśli jesteś przedsiębiorcą;
 - 2) 30 dni od jej zawarcia – jeśli nie jesteś przedsiębiorcą.
43. Jeśli jesteś konsumentem i nie poinformowaliśmy Cię najpóźniej w chwili zawarcia umowy o prawie do odstąpienia, możesz odstąpić od umowy w ciągu 30 dni od dnia, w którym dowiedziałeś się o tym prawie.
44. Jeżeli odstąpisz od umowy, zwrócimy Ci wpłaconą składkę. Pomniejszymy ją o kwotę należną za okres, w którym udzielaliśmy ochrony (czyli za okres od dnia zawarcia umowy do dnia, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o odstąpieniu). Kwotę tę obliczymy proporcjonalnie do liczby dni, w których udzielaliśmy ochrony.
45. Odstąpienie od umowy podstawowej skutkuje odstąpieniem od tej umowy.
46. Odstąpienie od umowy terminowej skutkuje odstąpieniem od tej umowy, jeśli została zawarta na rzecz współmałżonka/partnera.
47. Odstąpienie od tej umowy nie skutkuje odstąpieniem od umowy podstawowej i od umowy terminowej.

WYPowiedzenie umowy

– czyli jak możesz zrezygnować z umowy

- 48. Możesz wypowiedzieć umowę w każdym czasie, zachowując miesięczny okres wypowiedzenia ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca umowy następującego po miesiącu umowy, w którym otrzymaliśmy Twoje wypowiedzenie.
- 49. Jeżeli wypowiesz umowę, zwrócimy Ci składkę za okres niewykorzystanej ochrony, jeśli okres taki występuje.
- 50. Wypowiedzenie umowy podstawowej skutkuje wypowiedzeniem tej umowy.
- 51. Wypowiedzenie umowy terminowej skutkuje wypowiedzeniem tej umowy, jeśli została zawarta na rzecz współmałżonka/partnera.
- 52. Wypowiedzenie tej umowy nie skutkuje wypowiedzeniem umowy podstawowej i umowy terminowej.

SKŁADKA

– od czego zależy i kiedy ją opłacać

- 53. Wysokość składki, która będzie obowiązywać dla umowy, określamy w zależności od częstotliwości opłacania składki. Wysokość składki potwierdzimy w polisie.
- 54. Składkę opłacasz z góry, w pełnej wymaganej kwocie, w terminach i z częstotliwością przyjętymi w umowie podstawowej.

REKLAMACJE, SKARGI I ZAŻALENIA

– kto, gdzie i w jaki sposób może je złożyć

- 55. Reklamację, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce, w której obsługujemy klientów.
- 56. Reklamację, skargę lub zażalenie można złożyć:
 - 1) na piśmie:
 - a) w postaci papierowej – osobiście w jednostce, o której mowa w pkt. 55, albo wysłane przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe albo nadane w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej, albo
 - b) w postaci elektronicznej – wysyłając e-mail na adres reklamacje@pzu.pl, albo wypełniając formularz na moje.pzu.pl, albo wysyłając na adres do doręczeń elektronicznych PZU Życie SA: AE:PL-50066-37983-FBWRA-37, wpisany do bazy adresów elektronicznych, o której mowa w ustawie o doręczeniach elektronicznych;
 - 2) ustnie – telefonicznie, na przykład dzwoniąc pod numer infolinii 801 102 102, albo osobiście do protokołu podczas wizyty w jednostce, o której mowa w pkt. 55.
- 57. Na reklamację, skargę i zażalenie odpowiadamy najszybciej, jak to możliwe, nie później niż w ciągu 30 dni od dnia, kiedy ją otrzymaliśmy.
- 58. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, jeśli nie będziemy mogli odpowiedzieć w ciągu 30 dni, poinformujemy osobę, która złożyła reklamację, skargę lub zażalenie:
 - 1) dlaczego odpowiedź się opóźnia;
 - 2) jakie okoliczności musimy jeszcze ustalić, aby rozpatrzyć sprawę;
 - 3) jaki jest nowy termin naszej odpowiedzi – termin ten nie może być dłuższy niż 60 dni od dnia, w którym otrzymaliśmy reklamację, skargę lub zażalenie.
- 59. Na reklamację, skargę i zażalenie odpowiadamy osobie, która je złożyła:
 - 1) w przypadku, gdy klientem jest osoba fizyczna:
 - a) w postaci elektronicznej – gdy reklamacja została złożona przez klienta na piśmie w postaci elektronicznej, chyba że klient wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci papierowej,
 - b) w postaci papierowej – w przypadku gdy reklamacja została złożona przez klienta na piśmie w postaci papierowej, chyba że klient wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci elektronicznej,
 - c) w postaci papierowej albo elektronicznej, zgodnie z wnioskiem klienta – w przypadku gdy reklamacja została złożona przez klienta ustnie;
 - 2) w przypadku, gdy klientem jest inny podmiot niż wskazany w pkt. 59 ppkt 1 – na piśmie lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji.
- 60. W przypadku, o którym mowa w pkt. 59 ppkt. 1 lit. a, odpowiedź jest udzielana:
 - 1) z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej, za pomocą którego klient złożył reklamację, albo innego wskazanego przez klienta środka komunikacji elektronicznej – w przypadku gdy reklamacja została złożona przez klienta z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej;
 - 2) na adres klienta do doręczeń elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych, o której mowa w ustawie o doręczeniach elektronicznych – w przypadku gdy reklamacja została wysłana przez klienta na adres do doręczeń elektronicznych.
- 61. Osoba fizyczna, która złożyła reklamację może wnieść do Rzecznika Finansowego wnioski dotyczące:
 - 1) nieuwzględnienia roszczeń w trybie rozpatrywania reklamacji;
 - 2) niewykonania czynności wynikających z reklamacji rozpatrzonej zgodnie z wolą tej osoby w terminie określonym w odpowiedzi na tę reklamację.
- 62. Reklamacje, skargi i zażalenia rozpatrywane są przez nasze jednostki organizacyjne, które są właściwe ze względu na przedmiot sprawy.
- 63. Reklamacje reguluje Ustawa o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego, o Rzeczniku Finansowym i o Funduszu Edukacji Finansowej oraz Ustawa o dystrybucji ubezpieczeń.
- 64. W PZU Życie SA przewidujemy możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.

65. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu Ustawy o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla PZU Życie SA do pozasądowego rozpatrywania sporów, jest Rzecznik Finansowy, adres jego strony internetowej to: www.rf.gov.pl.
66. Jeśli ubezpieczający, ubezpieczony, uposażony i uprawniony z umowy ubezpieczenia, są konsumentami, mogą zwrócić się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
67. W PZU Życie SA podlegamy nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

POZOSTAŁE PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY ORAZ POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jest jeszcze ważne

68. Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu umowy regulują Ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz Ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych.
69. Jeśli zgodnie z prawem będziemy musieli potrącić ze świadczenia jakiegokolwiek kwoty, zwłaszcza podatek dochodowy, świadczenie zmniejszymy o te kwoty.
70. Prawem właściwym dla umowy jest prawo polskie.
71. W sprawach, których nie reguluje umowa, stosuje się ogóle warunki umowy podstawowej, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy prawa.
72. Wszystkie nasze powiadomienia, wnioski i oświadczenia, które dotyczą tej umowy, będziemy składać w formie pisemnej, dokumentowej lub w innej formie, którą uzgodniliśmy z Tobą. Mają one skutek prawny z dniem, w którym je doręczymy.
73. Wszystkie powiadomienia, wnioski i oświadczenia, które dotyczą tej umowy – oprócz reklamacji, skarg i zażaleń – muszą być złożone w formie pisemnej, dokumentowej lub w innej formie, którą uzgodniłeś z nami. Mają one skutek prawny z dniem, w którym je doręczymy.
74. Jako ubezpieczający masz obowiązek zgłaszać nam zmiany swoich danych osobowych i teleadresowych oraz danych ubezpieczonego, chyba że ubezpieczony zgłosił nam zmiany swoich danych.
75. Ubezpieczony ma obowiązek zgłaszać nam lub Tobie zmiany swoich danych osobowych i teleadresowych.
76. Pozew w sprawach, które wynikają z niniejszej umowy, można złożyć według przepisów o właściwości ogólnej zgodnie z Kodeksem postępowania cywilnego albo:
- 1) przed sąd właściwy dla Twojego miejsca zamieszkania, siedziby lub miejsca zamieszkania ubezpieczonego, lub
 - 2) przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego.
77. Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej publikujemy na pzu.pl w części o relacjach inwestorskich.