



**OGÓLNE WARUNKI
DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA
NA WYPADEK DŁUGOTRWAŁEJ NIEZDOLNOŚCI
DO PRACY**

W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek długotrwałej niezdolności do pracy, o kodzie warunków NTIP50, 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 świadczenia	pkt 1-17 pkt 77-83
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	pkt 1-2 pkt 4-31 pkt 42-43 pkt 47-51 pkt 77-83

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na pzu.pl



pod numerem infolinii 801 102 102
(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 wypłaty świadczeń z ubezpieczenia.

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK DŁUGOTRWAŁEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY



Kod warunków: NTIP50

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek długotrwałej niezdolności do pracy uchwałą nr UZ/92/2026 z 28 lipca 2026 roku, zwane dalej OWU.

OWU wchodzi w życie 1 października 2026 roku.

SPIS TREŚCI

Słowniczek	.2
Przedmiot ubezpieczenia	.3
Zakres ubezpieczenia i wysokość świadczeń	.3
Suma ubezpieczenia	.6
Ograniczenia i wyłączenia ochrony	.6
Zawarcie umowy	.7
Kto może zawrzeć umowę i być objęty ochroną	.7
Czas trwania umowy	.7
Ponowne zawarcie umowy	.7
Początek naszej ochrony	.7
Koniec naszej ochrony	.8
Odstąpienie od umowy	.8
Wypowiedzenie umowy	.8
Składka	.8
Indeksacja sumy ubezpieczenia i składki	.8
Wypłata świadczenia z ubezpieczenia	.9
Reklamacje, skargi i zażalenia	.9
Pozostałe prawa i obowiązki stron umowy oraz postanowienia końcowe	10

SŁOWNICZEK

– czyli o pojęciach, których używamy

1. W OWU używamy pojęć:

- 1) **choroba** – stan organizmu, który polega na nieprawidłowej reakcji układów lub narządów na bodźce środowiska zewnętrznego lub wewnętrznego;
- 2) **choroba psychiczna lub zaburzenie zachowania** – choroba lub zaburzenie wskazane w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób ICD-10 (zakres kodów od F00 do F99) lub ICD-11 (zakres kodów od 6A00 do 6E8Z);
- 3) **czynnik zewnętrzny** – każdy czynnik, który pochodzi spoza organizmu ubezpieczonego i w danych warunkach może wywołać szkodliwe dla niego skutki;
- 4) **długotrwała niezdolność do pracy** – długotrwała niezdolność ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej, która spełnia warunki określone w pkt. 6 oraz 8-10;
- 5) **dokumentacja medyczna** – dokumentacja opisująca stan zdrowia ubezpieczonego lub udzielone mu 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) **kolejna umowa** – umowa zawarta z zachowaniem ciągłości naszej ochrony;
- 7) **miesiąc umowy** – okres, który rozpoczyna się i kończy w tym samym dniu co miesiąc umowy podstawowej;
- 8) **nieszcześnie wypadek** – nagłe zdarzenie, które:
 - a) nie zależy od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego oraz
 - b) jest wywołane czynnikiem zewnętrznym oraz
 - c) jest wyłączną przyczyną zdarzenia, które obejmuje nasza ochrona;
- 9) **nowotwór złośliwy** – choroba, która polega na niekontrolowanym rozroście komórek nowotworowych, cechujących się zdolnością do naciekania i niszczenia tkanek oraz tworzenia odległych przerzutów. Odpowiadamy wyłącznie za taki nowotwór złośliwy, którego inwazyjny charakter został potwierdzony badaniem patomorfologicznym. Odpowiadamy także za nowotwór złośliwy ze zmianami przerzutowymi, gdy nie pobrano materiału do badania patomorfologicznego, ale obraz kliniczny i badania diagnostyczne są jednoznaczne, co do złośliwości procesu nowotworowego. Nasza ochrona nie obejmuje:
 - a) nowotworów ocenionych w badaniu patomorfologicznym jako łagodne, o granicznej złośliwości, potencjalnie małej złośliwości, nieinwazyjne lub przedinwazyjne (tzw. in situ),
 - b) zmian o cechach dysplazji,
 - c) wszystkich nowotworów skóry (w tym chłoniaka skóry), z wyjątkiem czerniaka skóry,
 - d) wszystkich nowotworów związanych z AIDS i zakażeniem wirusem HIV.Dniem wystąpienia nowotworu złośliwego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną pobrano materiał do badania patomorfologicznego lub jeśli nie pobrano materiału do badania patomorfologicznego, dzień w którym wykonano inne badania diagnostyczne, które jednoznacznie potwierdziły nowotwór złośliwy;
- 10) **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;
- 11) **PZU Życie/my** – Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna;
- 12) **rocznica umowy podstawowej** – każda rocznica dnia, w którym została zawarta umowa podstawowa;
- 13) **rok umowy** – okres 12 miesięcy umowy, który rozpoczyna się:
 - a) od daty zawarcia umowy wraz z umową podstawową, albo
 - b) w najbliższą rocznicę umowy podstawowej, jeśli umowa została zawarta w trakcie trwania umowy podstawowej;
- 14) **ubezpieczający/Ty** – podmiot, który zawarł z nami umowę; ubezpieczającym może być osoba fizyczna, osoba prawna albo jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej;
- 15) **ubezpieczony** – ubezpieczony z umowy podstawowej, współmałżonek/partner ubezpieczonego z umowy podstawowej, na rzecz którego zawierasz tę umowę;
- 16) **udar mózgu** – choroba, która jest nagłym ogniskowym lub uogólnionym zaburzeniem czynności mózgu, spowodowanym wyłącznie zamknięciem światła naczynia mózgowego lub przerwaniem ciągłości jego ściany. Odpowiadamy wyłącznie za taki udar mózgu:
 - a) w którym badania obrazowe mózgu jednoznacznie potwierdziły świeże zmiany naczyniopochodne lub
 - b) który był leczony trombolitycznie.Nasza ochrona nie obejmuje przemijającego napadu niedokrwienia mózgu (tzw. TIA) oraz takiego udaru mózgu, który ma przyczynę inną niż naczyniowa lub powstał wskutek urazu. Dniem wystąpienia udaru mózgu jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:
 - a) rozpoznano udar mózgu w sposób opisany powyżej lub
 - b) zastosowano wskazaną powyżej metodę leczenia udaru mózgu;
- 17) **umowa/umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia dodatkowego zawarta między Tobą a PZU Życie na podstawie tych OWU;
- 18) **umowa podstawowa** – umowa indywidualnego ubezpieczenia na życie, do której możesz zawrzeć tę umowę;
- 19) **umowa terminowa** – umowa dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia terminowego na życie, która została zawarta na rzecz współmałżonka/partnera ubezpieczonego z umowy podstawowej;
- 20) **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);



PRZYKŁAD:

Współmałżonek/partner ubezpieczonego urodził się 5 maja 1990 r. Jest 17 października 2026 r. i właśnie zawarłeś z nami umowę podstawową rozszerzoną o ubezpieczenie dodatkowe dla współmałżonka/partnera ubezpieczonego. Zgodnie z powyższą definicją współmałżonek/partner ubezpieczonego w dniu początku ochrony z ubezpieczenia dodatkowego (17 października 2026 r.) miał 36 lat (2026–1990). W dniu 10 stycznia 2027 r. zawarłeś z nami kolejną umowę dodatkową dla współmałżonka/partnera ubezpieczonego. Wiek polisowy współmałżonka/partnera ubezpieczonego to w tym momencie nadal 36 lat (ponieważ nie było jeszcze rocznicy polisy, przyjmujemy rok kalendarzowy z dnia zawarcia umowy podstawowej, czyli 2026 r. od którego odejmujemy rok kalendarzowy urodzenia współmałżonka/partnera ubezpieczonego, czyli 1990). Jeśli zawarłbyś tę umowę w rocznicę lub po rocznicy umowy podstawowej, czyli np. 17 października 2027 r., współmałżonek/partner ubezpieczonego miałby 37 lat (2027–1990).

- 21) **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;
 - 22) **zawał serca** – choroba, która jest uszkodzeniem części mięśnia sercowego w wyniku ostrego niedokrwienia. Odpowiadamy wyłącznie za taki zawał serca, którego rozpoznanie potwierdza wzrost lub spadek stężenia troponiny sercowej, przy co najmniej jednej wartości powyżej normy, oraz spełnione jest co najmniej jedno z następujących kryteriów:
 - a) kliniczne objawy niedokrwienia mięśnia sercowego,
 - b) nowe niedokrwienne zmiany w EKG,
 - c) nowy ubytek żywnotnego mięśnia sercowego w badaniach obrazowych lub nowe regionalne zaburzenia czynności skurczowej, których umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej,
 - d) skrzeplina w tętnicy wieńcowej stwierdzona w koronarografii.Odpowiadamy również za zawał związany z zabiegiem na tętnicach wieńcowych, o ile w badaniach obrazowych stwierdzono nowy ubytek żywnotnego mięśnia sercowego o umiejscowieniu odpowiadającym etiologii niedokrwiennej lub w koronarografii stwierdzono powikłania zabiegu ograniczające przepływ krwi oraz w którym stwierdzono wzrost stężenia troponiny sercowej we krwi do wartości:
 - a) 5-krotnie przekraczającej górną granicę normy w przypadku zawału związanego z przezskórną interwencją wieńcową lub
 - b) 10-krotnie przekraczającej górną granicę normy w przypadku zawału związanego z pomostowaniem tętnic wieńcowych.Dniem wystąpienia zawału serca jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano zawał serca w sposób opisany powyżej.
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.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

– czyli za jakie zdarzenia zapłacimy i ile

4. Umowę możesz zawrzeć w jednym z dwóch wariantów, które różnią się zakresem ochrony:
 - 1) w wariantcie I – Wypadkowym albo
 - 2) w wariantcie II – Chorobowo-Wypadkowym.
5. Wariant umowy wybierasz we wniosku o ubezpieczenie, a my potwierdzamy go w polisie.
6. Zakres ubezpieczenia obejmuje długotrwałą niezdolność do pracy ubezpieczonego spowodowaną:
 - 1) nieszczerliwym wypadkiem, który wystąpił w okresie ochrony – gdy zawarłeś umowę w wariantcie I;
 - 2) nowotworem złośliwym, zawałem serca, udarem mózgu lub inną chorobą lub nieszczerliwym wypadkiem, które wystąpiły w okresie ochrony – gdy zawarłeś umowę w wariantcie II.
7. W razie wystąpienia u ubezpieczonego długotrwałej niezdolności do pracy wypłacimy ubezpieczonemu:
 - 1) pierwsze świadczenie w wysokości 30% sumy ubezpieczenia – gdy długotrwałą niezdolność do pracy ubezpieczonego spełnia warunki wskazane w pkt. 8;
 - 2) drugie świadczenie w wysokości 30% sumy ubezpieczenia – gdy długotrwałą niezdolność do pracy ubezpieczonego spełnia warunki wskazane w pkt. 9;
 - 3) trzecie świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia – gdy długotrwałą niezdolność do pracy ubezpieczonego spełnia warunki wskazane w pkt. 10.
8. Prawo do wypłaty pierwszego świadczenia przysługuje, jeśli długotrwałą niezdolność do pracy ubezpieczonego łącznie spełnia następujące warunki:
 - 1) trwa nieprzerwanie przez:
 - a) 90 dni – gdy jest spowodowana nowotworem złośliwym, zawałem serca lub udarem mózgu, przy czym okres ten musi rozpocząć się w ciągu 12 miesięcy od dnia wystąpienia wskazanej wyżej choroby, albo
 - b) 182 dni – gdy jest spowodowana inną chorobą niż wskazana pod lit. a lub nieszczerliwym wypadkiem, przy czym okres ten musi rozpocząć się w ciągu 12 miesięcy od dnia wystąpienia tej choroby lub nieszczerliwego wypadku;
 - 2) po upływie okresu wskazanego w ppkt. 1 ubezpieczony:
 - a) nadal pozostaje niezdolny do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej oraz
 - b) nie rokuje odzyskania tej zdolności przez kolejne 12 miesięcy.

9. Prawo do wypłaty drugiego świadczenia przysługuje, jeśli ubezpieczony jest uprawniony do pierwszego świadczenia oraz długotrwała niezdolność do pracy ubezpieczonego łącznie spełnia następujące warunki:
- 1) trwa nieprzerwanie przez 12 miesięcy następujących po upływie terminów wskazanych w pkt. 8 ppkt. 1 lit a lub b, oraz
 - 2) po upływie okresu wskazanego w ppkt. 1 ubezpieczony:
 - a) nadal pozostaje niezdolny do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej oraz
 - b) nie rokuje odzyskania tej zdolności przez kolejne 12 miesięcy.
10. Prawo do wypłaty trzeciego świadczenia przysługuje, jeśli ubezpieczony jest uprawniony do drugiego świadczenia oraz długotrwała niezdolność do pracy ubezpieczonego łącznie spełnia następujące warunki:
- 1) trwa nieprzerwanie przez 24 miesiące następujące po upływie terminów wskazanych w pkt. 8 ppkt. 1 lit a lub b, oraz
 - 2) po upływie okresu wskazanego w ppkt. 1 ubezpieczony:
 - a) nadal pozostaje niezdolny do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej oraz
 - b) nie rokuje odzyskania tej zdolności przez kolejne 12 miesięcy.



PRZYKŁAD (wariant I – Wypadkowy):

Jest 1 lutego 2027 r. i właśnie zawarłeś z nami umowę w wariantcie I – Wypadkowym, na sumę ubezpieczenia 200 000 zł.

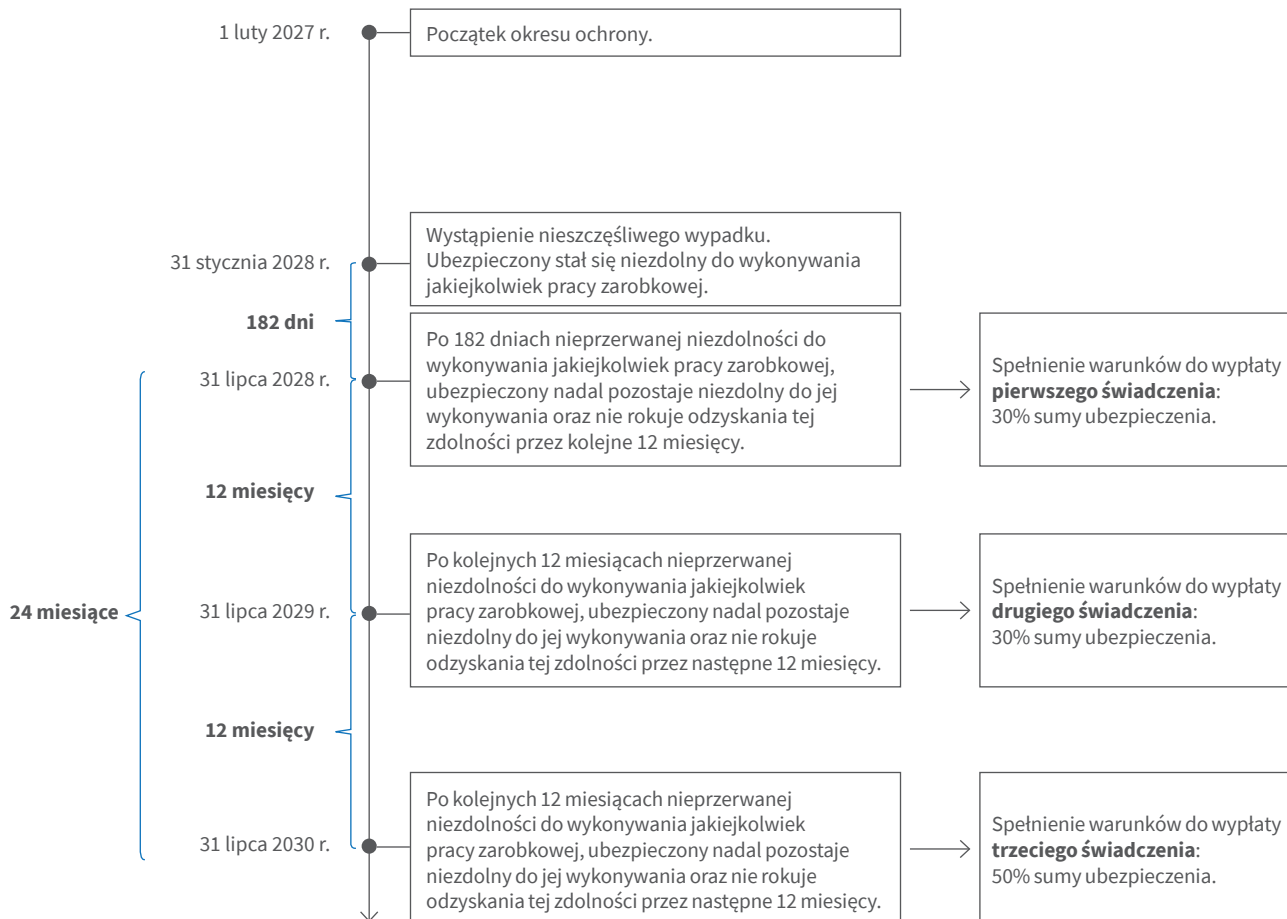
31 stycznia 2028 r. potrafił Cię samochód, w wyniku tego wypadku doznałeś bardzo poważnych obrażeń ciała i nie byłeś w stanie wykonywać jakiejkolwiek pracy zarobkowej.

Twoja niezdolność do pracy rozpoczęła się w dniu wypadku i trwała nieprzerwanie 182 dni. Jeśli po upływie tego okresu nadal pozostawałbyś niezdolny do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej i nie rokowałbyś odzyskania tej zdolności przez kolejne 12 miesięcy, wypłacilibyśmy Ci **pierwsze świadczenie** w wysokości 60 000 zł (30% sumy ubezpieczenia).

Jeśli przez następne 12 miesięcy (liczone od upływu 182 dni Twojej nieprzerwanej niezdolności do pracy) nadal pozostawałbyś niezdolny do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej i nie rokowałbyś jej odzyskania przez kolejne 12 miesięcy to wypłacilibyśmy Ci **drugie świadczenie** w wysokości 60 000 zł (30% sumy ubezpieczenia).

Jeśli przez następne 12 miesięcy (liczone od upływu 182 dni i 12 miesięcy Twojej nieprzerwanej niezdolności do pracy) nadal pozostawałbyś niezdolny do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej i nie rokowałbyś jej odzyskania przez kolejne 12 miesięcy to wypłacilibyśmy Ci **trzecie świadczenie** w wysokości 100 000 zł (50% sumy ubezpieczenia).

W opisanym przykładzie łączna kwota świadczeń może wynieść **220 000 zł**, czyli wypłacilibyśmy Ci łącznie **110% sumy ubezpieczenia**.





PRZYKŁAD (wariant II – Chorobowo-Wypadkowy):

Jest 1 lutego 2027 r. i właśnie zawarłeś z nami umowę w wariantcie II – Chorobowo-Wypadkowym, na sumę ubezpieczenia 100 000 zł.

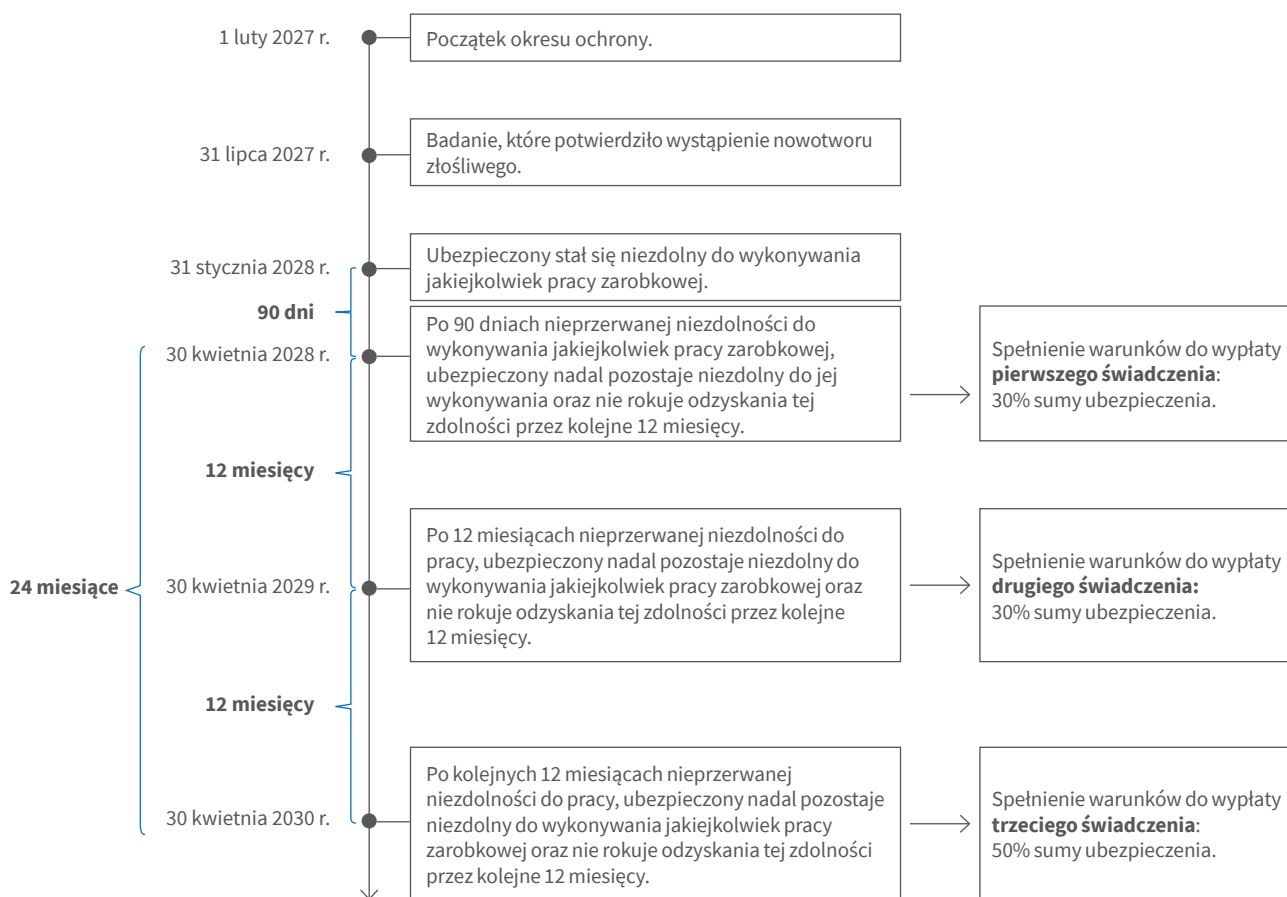
31 lipca 2027 r. wykonano u Ciebie badanie, które potwierdziło wystąpienie nowotworu złośliwego. W październiku 2027 r. rozpocząłeś chemioterapię, a 31 stycznia 2028 r. przestałeś pracować z uwagi na pogarszający się stan zdrowia.

Twoja niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej trwała nieprzerwanie 90 dni. Jeśli po upływie tego okresu nadal pozostawałbyś niezdolny do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej i nie rokowałbyś odzyskania tej zdolności przez kolejne 12 miesięcy, wypłacilibyśmy Ci **pierwsze świadczenie** w wysokości 30 000 zł (30% sumy ubezpieczenia).

Jeśli przez następne 12 miesięcy (liczone od upływu 90 dni Twojej nieprzerwanej niezdolności do pracy) nadal pozostawałbyś niezdolny do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej i nie rokowałbyś jej odzyskania przez kolejne 12 miesięcy to wypłacilibyśmy Ci **drugie świadczenie** w wysokości 30 000 zł (30% sumy ubezpieczenia).

Jeśli przez następne 12 miesięcy (liczone od upływu 90 dni i 12 miesięcy Twojej nieprzerwanej niezdolności do pracy) nadal pozostawałbyś niezdolny do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej i nie rokowałbyś jej odzyskania przez kolejne 12 miesięcy to wypłacilibyśmy Ci **trzecie świadczenie** w wysokości 50 000 zł (50% sumy ubezpieczenia).

W opisanym przykładzie łączna kwota świadczeń może wynieść **110 000 zł**, czyli wypłacilibyśmy Ci łącznie **110% sumy ubezpieczenia**.



11. Wysokość świadczeń ustalamy na podstawie sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu wystąpienia nowotworu złośliwego, zawału serca, udaru mózgu lub innej choroby lub nieszczęśliwego wypadku, które spowodowały długotrwałą niezdolność do pracy.
12. W ramach umowy przysługują świadczenia wyłącznie z tytułu jednej długotrwałej niezdolności do pracy objętej ochroną ubezpieczeniową niezależnie od przyczyny jej powstania.
13. Wariant umowy możesz zmienić w każdym czasie, nie wcześniej jednak niż po upływie 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.
14. Aby zmienić wariant umowy, złóż nam wniosek o zmianę.
15. Jeśli wystąpisz o zmianę wariantu umowy, możemy:
 - 1) zwrócić się do ubezpieczonego aby:
 - a) udostępnić nam dodatkowe informacje o swoim stanie zdrowia, uprawianym sporcie, hobby lub wykonywanym zawodzie,
 - b) poddać się badaniom medycznym w wyznaczonych placówkach medycznych, których koszt pokryjemy;
 - 2) zgodzić się na zmianę wariantu umowy, o którą wnioskujesz albo
 - 3) zaproponować Ci indywidualny zakres ochrony, który z Tobą uzgodnimy albo
 - 4) odmówić Ci zmiany wariantu umowy.

16. Zmieniony wariant umowy oraz nowa wysokość składki będzie obowiązywać od dnia najbliższej płatności składki za umowę podstawową, nie wcześniej jednak niż po wyrażeniu przez nas zgody na zmianę wariantu umowy.
17. Zmieniony wariant umowy i nową wysokość składki potwierdzimy w polisie.

SUMA UBEZPIECZENIA

– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość, kiedy i na jakich warunkach można ją zmienić

18. Suma ubezpieczenia to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość świadczeń należnych z umowy.
19. Wysokość sumy ubezpieczenia wskazujemy w polisie.
20. Wysokość sumy ubezpieczenia może ulec podwyższeniu w wyniku indeksacji, o której piszemy w pkt. 67-76.
21. Sumę ubezpieczenia możesz zmienić w każdym czasie, nie wcześniej jednak niż po upływie 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.
22. Jeśli złożysz wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia, możemy:
- 1) zwrócić się do ubezpieczonego z prośbą, aby:
 - a) udostępnić nam dodatkowe informacje o swoim stanie zdrowia, uprawianym sporcie, hobby lub wykonywanym zawodzie,
 - b) poddać się badaniom medycznym w wyznaczonych placówkach medycznych, których koszt pokryjemy;
 - 2) zgodzić się na wysokość sumy ubezpieczenia o którą wnioskujesz, albo
 - 3) zaproponować Ci inną wysokość sumy ubezpieczenia, którą uzgodnimy z Tobą, albo
 - 4) odmówić Ci podwyższenia sumy ubezpieczenia.
23. W razie zmiany sumy ubezpieczenia, zmienia się wysokość składki.
24. W wyniku zmiany sumy ubezpieczenia nową wysokość składki obliczamy na podstawie:
- 1) składek taryfowych obowiązujących przy zawarciu umowy;
 - 2) wieku polisowego ubezpieczonego w dniu zawarcia umowy;
 - 3) nowej sumy ubezpieczenia;
 - 4) częstotliwości opłacania składki;
 - 5) wyniku oceny ryzyka.
25. Nowa wysokość sumy ubezpieczenia i składki będzie obowiązywać od dnia najbliższej płatności składki przypadającej po wyrażeniu przez nas zgody na zmianę wysokości sumy ubezpieczenia.
26. Nową wysokość sumy ubezpieczenia i składki potwierdzimy w polisie.

OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nasza odpowiedzialność jest ograniczona lub wyłączona

27. 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, przed zmianą wysokości sumy ubezpieczenia oraz przed zmianą wariantu umowy.
28. Nie ponosimy odpowiedzialności za skutki okoliczności, których z naruszeniem pkt. 27 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, przed zmianą wysokości sumy ubezpieczenia oraz przed zmianą wariantu umowy, to w razie wątpliwości, przyjmuje się, że zdarzenie objęte naszą ochroną i jego następstwa są skutkiem tych okoliczności.
29. Opisane w pkt. 28 konsekwencje naruszenia postanowień pkt. 27 przy zmianie wysokości sumy ubezpieczenia lub zmianie wariantu umowy dotyczą okoliczności, o które zapytamy Ciebie lub ubezpieczonego przed wyrażeniem przez nas zgody na zmianę sumy ubezpieczenia lub zmianę wariantu umowy i mają zastosowanie w zakresie różnicy pomiędzy zmienioną a dotychczasową wysokością sumy ubezpieczenia, zaś przy zmianie wariantu umowy – w zakresie różnicy pomiędzy zmienionym a dotychczasowym zakresem ubezpieczenia.
30. Nie ponosimy odpowiedzialności z tytułu długotrwałej niezdolności do pracy spowodowanej zdarzeniem wskazanym w pkt. 6, które zaistniało:
- 1) wskutek działań wojennych;
 - 2) wskutek czynnego uczestnictwa ubezpieczonego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
 - 3) wskutek popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 4) w wyniku wypadku komunikacyjnego – jeśli ubezpieczony prowadził pojazd:
 - a) bez uprawnień do prowadzenia pojazdu, które są określone w przepisach prawa lub
 - b) w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu przepisów o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub
 - c) 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 zajście wypadku komunikacyjnego;
 - 5) wskutek nietrzeźwości ubezpieczonego w rozumieniu przepisów o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, użycia przez niego: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
 - 6) wskutek zatrucia spożytym alkoholem, użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii oraz wskutek schorzeń spowodowanych nadużywaniem ww. substancji;
 - 7) wskutek działania promieniowania radioaktywnego lub jonizującego w wyniku reakcji termojądrowych, wybuchu nuklearnego;
 - 8) wskutek samookaleczenia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa;
 - 9) wskutek udziału ubezpieczonego w następujących aktywnościach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sporty walki, sporty motorowe i motorowodne, sporty lotnicze, sporty powietrzne (spadochroniarstwo, baloniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo), wspinaczka górską lub skałkową przy użyciu sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego lub wymagająca użycia takiego sprzętu, speleologia, nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem, który umożliwia oddychanie pod wodą (z wyłączeniem fajki nurkowej), skoki do wody, nurkowanie ze skrzydłem (ang. wing diving), skoki na

linie (ang. bungee jumping), skoki z wysokich obiektów (ang. base jumping), pokonywanie przeszkód w przestrzeni miejskiej (ang. parkour, free-running, rooftopping), narciarstwo/snowboard poza wyznaczonymi trasami, kajakarstwo górskie, kolarstwo górskie, udział w wyścigach z wyjątkiem biegów i pływania.

31. Nie ponosimy odpowiedzialności z tytułu długotrwałej niezdolności do pracy spowodowanej chorobą psychiczną lub zaburzeniem zachowania.

ZAWARCIE UMOWY

– jak się odbywa i co jest do tego potrzebne

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

KTO MOŻE ZAWRZEĆ UMOWĘ I BYĆ OBJĘTY OCHRONĄ

38. Umowę zawieramy z Tobą, czyli ubezpieczającym.
39. Ubezpieczonym w umowie jest:
- 1) ubezpieczony z umowy podstawowej lub
 - 2) współmałżonek/partner ubezpieczonego z umowy podstawowej objęty ochroną w ramach umowy terminowej.
40. Umowę możesz zawrzeć na rzecz ubezpieczonego, którego wiek polisowy wynosi co najmniej 18 lat i nie więcej niż 60 lat, przy czym wiek polisowy ubezpieczonego w chwili końca okresu ubezpieczenia nie może przekroczyć 65 lat.
41. Na rzecz każdego ubezpieczonego zostaje zawarta odrębna umowa.

CZAS TRWANIA UMOWY

– czyli jak długo trwa umowa

42. Umowę zawierasz z nami na czas określony zwany okresem ubezpieczenia. Okres ubezpieczenia trwa:
- 1) 5 lat, jeśli zawierasz umowę wraz z umową podstawową albo w rocznicę umowy podstawowej, albo
 - 2) 4 lata i taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej rocznicy umowy podstawowej – jeśli umowę zawierasz po zawarciu umowy podstawowej i opłacasz składki z częstotliwością miesięczną, kwartalną lub półroczną.



PRZYKŁAD:

1 czerwca 2026 r. zawarłeś umowę podstawową i 1 grudnia 2026 r. zawarłeś tę umowę. Umowa ta będzie trwać do 31 maja 2031 r. czyli 4 lata i 6 miesięcy. Jeżeli zawrzesz umowę na kolejny okres, będzie ona trwała od 1 czerwca 2031 r. do 31 maja 2036 r., czyli 5 pełnych lat.

43. Okres ubezpieczenia potwierdzimy w polisie.

PONOWNE ZAWARCIE UMOWY

– czyli kiedy możemy zaproponować Ci ponowne zawarcie umowy

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

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY

– czyli od kiedy ubezpieczamy ubezpieczonego

47. Nasza ochrona w stosunku do ubezpieczonego rozpocznie się zgodnie z zasadami przyjętymi w umowie podstawowej – jeśli umowę zawierasz razem z umową podstawową.
48. 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.
49. Jeśli Ty i ubezpieczony jesteście różnymi osobami, nasza ochrona rozpocznie się w dniu wskazanym w pkt. 47 albo 48, ale nie wcześniej niż następnego dnia po wyrażeniu przez ubezpieczonego zgody na objęcie go ochroną, w tym na wysokość sumy ubezpieczenia.
50. Datę początku ochrony wskazujemy w polisie.

KONIEC NASZEJ OCHRONY

– czyli kiedy kończy się ubezpieczenie

51. Nasza ochrona w ramach umowy zakończy się w dniu:

- 1) w którym otrzymamy Twoje oświadczenie o odstąpieniu od umowy;
- 2) w którym upłynie okres wypowiedzenia umowy;
- 3) śmierci ubezpieczonego;
- 4) w którym zakończy się okres ubezpieczenia umowy;
- 5) w którym zakończy się ochrona w umowie podstawowej;
- 6) w którym zakończy się ochrona w umowie terminowej – w stosunku do współmałżonka/partnera ubezpieczonego z umowy podstawowej;
- 7) w którym umowa podstawowa zamieni się na umowę bezskładkową;
- 8) w którym umowa podstawowa zamieni się na umowę z jednorazową płatnością składki – jeśli opłacisz składkę za umowę podstawową jednorazowo do końca okresu ubezpieczenia;
- 9) wystąpienia zdarzenia wskazanego w pkt. 6, które spowodowało długotrwałą niezdolność do pracy i z tytułu którego zostało wypłacone pierwsze świadczenie. W takiej sytuacji ubezpieczony nie traci prawa do drugiego i trzeciego świadczenia, o ile spełnione zostaną warunki określone w pkt. 9 i 10.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

– czyli do kiedy możesz się wycofać z zawartej umowy

52. Możesz odstąpić od umowy składając nam oświadczenie:

- 1) w ciągu 7 dni od jej zawarcia – jeśli jesteś przedsiębiorcą;
- 2) w ciągu 30 dni od jej zawarcia – jeśli nie jesteś przedsiębiorcą.

53. 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.

54. Jeżeli odstąpisz od umowy, zwrócimy Ci wpłaconą składkę. Pomniejszymy ją o kwotę, która odpowiada składce za okres ochrony udzielanej od dnia zawarcia umowy do dnia, w którym otrzymamy Twoje oświadczenie o odstąpieniu.

55. Odstąpienie od umowy podstawowej skutkuje odstąpieniem od umowy.

56. Odstąpienie od umowy terminowej skutkuje odstąpieniem od tej umowy, jeśli została zawarta na rzecz współmałżonka/partnera.

57. Odstąpienie od umowy nie skutkuje odstąpieniem od umowy podstawowej i od umowy terminowej.

WYPOWIEDZENIE UMOWY

– czyli jak możesz zrezygnować z umowy

58. 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.

59. Jeżeli wypowiesz umowę, zwrócimy Ci składkę za okres niewykorzystanej ochrony, jeśli okres taki występuje.

60. Wypowiedzenie umowy podstawowej skutkuje wypowiedzeniem umowy.

61. Wypowiedzenie umowy terminowej skutkuje wypowiedzeniem tej umowy, jeśli została zawarta na rzecz współmałżonka/partnera.

62. Wypowiedzenie umowy nie skutkuje wypowiedzeniem umowy podstawowej i umowy terminowej.

SKŁADKA

– od czego zależy i kiedy ją opłacać

63. Wysokość składki ustalamy na podstawie:

- 1) wieku polisowego ubezpieczonego;
- 2) wariantu umowy;
- 3) wysokości sumy ubezpieczenia;
- 4) częstotliwości opłacania składki;
- 5) wyniku oceny ryzyka.

64. Wysokość składki potwierdzamy w polisie.

65. Wysokość składki może się zmienić w przypadku:

- 1) zmiany wariantu umowy, o której piszemy w pkt. 13-17;
- 2) zmiany wysokości sumy ubezpieczenia, o której piszemy w pkt. 21-26;
- 3) w wyniku indeksacji sumy ubezpieczenia, o której piszemy w pkt. 67-76.

66. Składkę opłacasz z góry, w pełnej wymaganej kwocie, w terminach i z częstotliwością przyjętymi w umowie podstawowej.

INDEKSACJA SUMY UBEZPIECZENIA I SKŁADKI

– czyli w jaki sposób urealniamy świadczenia

67. Przez indeksację sumy ubezpieczenia rozumiemy podwyższenie, w rocznicę umowy podstawowej, dotychczasowej sumy ubezpieczenia o wskaźnik indeksacji. W takiej sytuacji nie przeprowadzamy ponownie oceny ryzyka. Na skutek indeksacji sumy ubezpieczenia wzrasta składka.

68. Najpóźniej 30 dni przed rocznicą umowy podstawowej proponujemy Ci indeksację sumy ubezpieczenia.

69. Jako wskaźnik indeksacji sumy ubezpieczenia przyjmujemy wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych, który publikuje Główny Urząd Statystyczny na koniec września danego roku kalendarzowego za okres 12 miesięcy, z zastrzeżeniem pkt. 70.

70. Jeżeli wskaźnik, o którym piszemy w pkt. 69 jest niższy niż 3%, przyjmujemy, że wskaźnik indeksacji wynosi 3%.
71. Wskaźnik indeksacji stosujemy do wszystkich umów, których rocznica przypada w następnym roku kalendarzowym.
72. Możesz:
- 1) wybrać podwyższenie sumy ubezpieczenia o wskaźnik indeksacji albo
 - 2) zrezygnować z indeksacji sumy ubezpieczenia.
73. Jeśli chcesz zrezygnować z indeksacji sumy ubezpieczenia, poinformuj nas o tym najpóźniej 14 dni przed rocznicą umowy podstawowej. W przypadku gdy Ty i ubezpieczony jesteście różnymi osobami musisz przedstawić nam zgodę ubezpieczonego na rezygnację z indeksacji.
74. Jeśli w terminie określonym w pkt. 73 nie poinformujesz nas o rezygnacji z indeksacji sumy ubezpieczenia lub do informacji nie dołączysz wymaganej zgody ubezpieczonego, podwyższymy sumę ubezpieczenia o wskaźnik indeksacji.
75. W wyniku indeksacji sumy ubezpieczenia dotychczasowa składka za umowę wzrasta o kwotę, którą obliczamy na podstawie:
- 1) nowej, dodatkowej sumy ubezpieczenia wyznaczonej w wyniku indeksacji w danym roku umowy;
 - 2) składek taryfowych obowiązujących przy zawarciu umowy;
 - 3) wieku polisowego ubezpieczonego w dniu zawarcia umowy;
 - 4) częstotliwości opłacania składki;
 - 5) wyniku oceny ryzyka obowiązującego przy zawarciu umowy.
76. Jeśli zawrzesz umowę w trakcie trwania umowy podstawowej lub jeśli zmienisz wysokość sumy ubezpieczenia w innym dniu niż dzień rocznicy umowy podstawowej, proponujemy Ci indeksację sumy ubezpieczenia najwcześniej w najbliższą rocznicę umowy podstawowej, która nastąpi po upływie pełnych 12 miesięcy trwania umowy liczonych od dnia zawarcia umowy lub zmiany wysokości sumy ubezpieczenia.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z UBEZPIECZENIA

– czyli komu i kiedy wypłacimy świadczenie oraz co jest do tego potrzebne

77. Świadczenie przysługuje ubezpieczonemu.
78. Aby otrzymać świadczenia, osoba, która się do nas zwraca, musi dostarczyć nam:
- 1) wniosek o świadczenie;
 - 2) dokumentację medyczną z przebiegu leczenia, która potwierdza wystąpienie długotrwałej niezdolności do pracy i jej przyczynę;
 - 3) dokumentację, która potwierdza okoliczności nieszczęśliwego wypadku – jeśli długotrwała niezdolność do pracy była spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem;
 - 4) inne dokumenty, które potwierdzają wystąpienie długotrwałej niezdolności do pracy, w szczególności zaświadczenia lekarskie, orzeczenia lub decyzje organu rentowego – o ile zostały wydane.
79. Jeśli dokumenty, które otrzymaliśmy, nie są wystarczające, aby ustalić naszą odpowiedzialność, możemy poprosić o dodatkowe dokumenty.
80. Jeśli dostarczone dokumenty są w innym języku niż polski, osoba, która składa wniosek musi dostarczyć nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.
81. Jeżeli nie otrzymamy dokumentów, o które prosiliśmy, a te które mamy nie pozwalają ustalić naszej odpowiedzialności, możemy odmówić wypłaty świadczenia.
82. Możemy dodatkowo:
- 1) poprosić o opinię lekarza, którego wskażemy,
 - 2) skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania – jeśli będzie to konieczne do ustalenia naszej odpowiedzialności.
83. Pokryjemy koszty opinii medycznej oraz dodatkowych badań, które zlecimy.

REKLAMACJE, SKARGI I ZAŻALENIA

– kto, gdzie i w jaki sposób może je złożyć

84. Reklamację, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce, w której obsługujemy klientów.
85. Reklamację, skargę lub zażalenie można złożyć:
- 1) na piśmie
 - a) w postaci papierowej – osobiście w jednostce, o której mowa w pkt. 84, 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. 84.
86. Na reklamację, skargę i zażalenie odpowiadamy najszybciej, jak to możliwe, nie później niż w ciągu 30 dni od dnia, kiedy ją otrzymaliśmy. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, jeśli nie będziemy mogli odpowiedzieć w ciągu 30 dni, informujemy 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.
87. 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. 87 ppkt 1 – na piśmie lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji.
- 88.** W przypadku, o którym mowa w pkt. 87 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.
- 89.** Osoba fizyczna, która złożyła reklamację, może wnieść do Rzecznika Finansowego wniosek dotyczący:
- 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.
- 90.** Reklamacje, skargi i zażalenia rozpatrywane są przez nasze jednostki organizacyjne, które są właściwe ze względu na przedmiot sprawy.
- 91.** Reklamacje reguluje Ustawa o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego, o Rzeczniku Finansowym i o Funduszu Edukacji Finansowej oraz Ustawa o dystrybucji ubezpieczeń.
- 92.** W PZU Życie przewidujemy możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.
- 93.** 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.
- 94.** Jeśli ubezpieczający, ubezpieczony i uprawniony z umowy ubezpieczenia są konsumentami, mogą zwrócić się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumentów.
- 95.** W PZU Życie SA podlegamy nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

POZOSTAŁE PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY ORAZ POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jest jeszcze ważne

- 96.** Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu umowy regulują w szczególności Ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz Ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych.
- 97.** Jeśli zgodnie z prawem będziemy musieli potrącić ze świadczenia jakiegokolwiek kwoty, zwłaszcza podatek dochodowy, pomniejszymy o nie wypłacaną kwotę.
- 98.** Prawem właściwym dla umowy jest prawo polskie.
- 99.** W sprawach, których nie reguluje umowa, stosuje się ogólne warunki umowy podstawowej, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy prawa.
- 100.** Wszystkie nasze powiadomienia, wnioski i oświadczenia, które dotyczą 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.
- 101.** Wszystkie powiadomienia, wnioski i oświadczenia, które dotyczą 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 zostaną nam doręczone.
- 102.** Jako ubezpieczający masz obowiązek zgłaszać nam zmiany swoich danych osobowych i teleadresowych oraz danych ubezpieczonego, chyba że ubezpieczony zgłosił nam zmiany swoich danych.
- 103.** Ubezpieczony ma obowiązek zgłaszać nam lub Tobie zmiany swoich danych osobowych i teleadresowych.
- 104.** 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 miejsca Twojego zamieszkania lub siedziby lub miejsca zamieszkania ubezpieczonego lub
 - 2) przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego.
- 105.** Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej publikujemy na pzu.pl w części o relacjach inwestorskich.