

OGÓLNE WARUNKI RODZINNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

(ubezpieczenie podstawowe)

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1.

Niniejsze ogólne warunki mają zastosowanie do umów rodzinnego ubezpieczenia na życie zawieranych z BENEFIA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. zwane dalej **Towarzystwem**.

§ 2.

Określenia użyte w ogólnych warunkach rodzinnego ubezpieczenia na życie oznaczają:

1. **Ubezpieczający** - osoba zawierająca umowę ubezpieczenia. Ubezpieczającym może być osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, osoba prawna lub inna jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej.
2. **Ubezpieczony** - pracownik, który przystąpił do ubezpieczenia lub wskazana w umowie ubezpieczenia pełnoletnia osoba fizyczna, która ma prawo do określonych umową świadczeń. Osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych może w umowie ubezpieczenia występować równocześnie w charakterze Ubezpieczającego i Ubezpieczonego.
3. **Uprawniony** - osoba uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego (imiennie wyznaczona przez Ubezpieczonego). W razie nie_wyznaczenia osoby Uprawnionej albo gdy Uprawniony w chwili zgonu Ubezpieczonego nie żył lub utracił prawo do świadczenia, świadczenie przysługuje członkom rodziny Ubezpieczonego w następującej kolejności:
 4. małżonkowi,
 5. dzieciom,
 6. rodzicom,
 7. innym ustawowym spadkobiercom.
8. Jeżeli świadczenie przypada kilku równoprawnym osobom, dzieli się je między te osoby w równych częściach.
9. **Okres ubezpieczenia** – okres dwunastu miesięcy, na który została zawarta umowa ubezpieczenia podstawowego wraz z umowami ubezpieczeń dodatkowych.
10. **Dziecko** – dziecko własne lub przysposobione w wieku do 18 lat. Określenie dziecko obejmuje także pełnoletnie dziecko własne lub przysposobione w wieku do 25 lat i uczęszczające do szkoły, oraz każde pełnoletnie dziecko własne lub przysposobione, które z uwagi na swoje upośledzenie lub chorobę nie mogło rozpocząć pracy zawodowej i pozostaje pod opieką i na utrzymaniu Ubezpieczonego.
11. **Nieszczęśliwy wypadek** - nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w wyniku którego Ubezpieczony, niezależnie od swej woli, doznał trwałego uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł. Nieszczęśliwym wypadkiem, w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków, nie są choroby zawodowe i wszelkie inne choroby lub stany chorobowe, nawet takie, które występują nagle (np. choroby zakaźne, zaziębienia, zapalenia płuc, krwawienia narządów wewnętrznych, zakłócenia ciąży i porodu, wypadnięcie jądra miazdzystego) oraz wszelkie zawały, wylewy i udary, chyba, że strony umówią się inaczej. Jeżeli, w drodze negocjacji, strony ustalą, że którakolwiek z wymienionych chorób rozszerza pojęcie nieszczęśliwego wypadku musi być to zapisane w polisie.
12. **Ubezpieczenie podstawowe** – rodzinne ubezpieczenie na życie zawarte na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.
13. **Ubezpieczenie dodatkowe** – każde z ubezpieczeń zawarte na podstawie ogólnych warunków ubezpieczeń dodatkowych, stanowiących załączniki do niniejszych warunków.
14. **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§ 3.

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 4.

1. Sumę ubezpieczenia ustala Ubezpieczający w porozumieniu z Towarzystwem.
2. Suma ubezpieczenia nie może być niższa niż 2000 PLN i nie wyższa niż 200000 PLN.
3. W trakcie okresu ubezpieczenia suma ubezpieczenia nie może ulegać zmianie.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 5.

1. Zgodnie z zawartą na podstawie niniejszych ogólnych warunków umową ubezpieczenia Towarzystwo wypłaca świadczenie za zgon Ubezpieczonego.
2. Jeżeli Ubezpieczający tak wybierze, i wskaże to we wniosku o ubezpieczenie, zakres ubezpieczenia zawartego na podstawie niniejszych ogólnych warunków może zostać rozszerzony o:
 - dodatkowe świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - dodatkowe świadczenie dla każdego niepełnoletniego dziecka z tytułu zgonu Ubezpieczonego.
3. Zakres ubezpieczenia przewidziany niniejszymi ogólnymi warunkami może zostać rozszerzony o świadczenia przewidziane w poszczególnych ogólnych warunkach grupowych ubezpieczeń dodatkowych, i tak:
 - 1) Pod warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia dodatkowego z tytułu zgonu Małżonka i/lub Dziecka, zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o:
 - a) świadczenie za zgon Małżonka lub Konkubenta/iny,
 - b) świadczenie za zgon Dziecka niepełnoletniego,
 - c) dodatkowe świadczenie za zgon Małżonka lub Konkubenta/iny w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - d) dodatkowe świadczenie za zgon Dziecka Niepełnoletniego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
 - 2) Pod warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia dodatkowego z tytułu zgonu Rodziców i Teściów, zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o:
 - a) świadczenie za zgon Rodziców Ubezpieczonego,
 - b) świadczenie za zgon Teściów Ubezpieczonego.
 - 3) Pod warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia dodatkowego z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o świadczenie za trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
 - 4) Pod warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia dodatkowego z tytułu trwałego częściowego inwalidztwa zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o:
 - a) świadczenie za trwałe częściowe inwalidztwo Ubezpieczonego,
 - b) świadczenie za trwałe częściowe inwalidztwo Współubezpieczonego.
 - 5) Pod warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia dodatkowego z tytułu całkowitej niezdolności do pracy zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o świadczenie za całkowitą niezdolność do pracy.
 - 6) Pod warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia dodatkowego z tytułu poważnego zachorowania zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o świadczenie z tytułu poważnego zachorowania.
 - 7) Pod warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia dodatkowego z tytułu pobytu w szpitalu zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o:
 - a) świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu z powodu choroby,
 - b) świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu z powodu nieszczęśliwego wypadku,
 - c) świadczenie z tytułu pobytu Współubezpieczonego w szpitalu z powodu nieszczęśliwego wypadku,
 - d) świadczenie z tytułu przebycia przez Ubezpieczonego operacji chirurgicznej,
 - e) świadczenie z tytułu przebycia przez Współubezpieczonego operacji chirurgicznej.
 - 8) Pod warunkiem zawarcia umowy z tytułu urodzenia się dziecka zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o świadczenie z tytułu urodzenia się ubezpieczonemu dziecku lub noworodka martwego.
4. Jeżeli Ubezpieczający wybierze do zakresu ubezpieczenia, Umowę ubezpieczenia dodatkowego z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku nie będzie miał prawa do wyboru Umowy ubezpieczenia dodatkowego z tytułu trwałego częściowego inwalidztwa.

§ 6.

Świadczenie nie przysługuje osobie, która czynem niedozwolonym stwierdzonym przez sąd spowodowała zgon Ubezpieczonego.

UMOWA UBEZPIECZENIA

§ 7.

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres 12 miesięcy (okres ubezpieczenia).
2. Jeżeli żadna ze stron, najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia nie wypowie umowy lub nie zaproponuje zmiany jej warunków, przedłuża się ona automatycznie na następny dwunastomiesięczny okres z zachowaniem dotychczasowych warunków i zakresu ubezpieczenia.
3. Umowa ubezpieczenia może być zawarta:
4. z pracodawcą,
5. z innymi podmiotami reprezentującymi określoną grupę osób,
6. z osobami fizycznymi, prowadzącymi samodzielną działalność gospodarczą które w dniu zawierania umowy nie przekroczyły 65 roku życia,
7. z osobą indywidualnie kontynuującą rodzinne ubezpieczenie na życie, zgodnie z zasadami obowiązującymi w ogólnych warunkach indywidualnej kontynuacji rodzinnego ubezpieczenia na życie.
8. Do ubezpieczenia zawieranego z pracodawcą może przystąpić pracownik zatrudniony u Ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, spółdzielczej umowy o pracę, osoba zatrudniona na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia lub innej umowy cywilno-prawnej. Do ubezpieczenia może przystąpić również osoba współpracująca, prowadząca samodzielną działalność gospodarczą tzw. samozatrudnienie. Osoba chcąca przystąpić do ubezpieczenia musi być na stałe zamieszkała w Polsce.
9. Jeżeli umowa ubezpieczenia zostanie zawarta na warunkach szczególnych tj. zakres i wysokość świadczeń i taryfy skalkulowane będą w oparciu o dostarczone przez Ubezpieczającego dane statystyczne dotyczące grupy (liczebność, średni wiek członków grupy, struktura płci) a faktycznie przystąpi grupa, której parametry odbiegają od przyjętych do kalkulacji Towarzystwo ma prawo zmienić warunki ubezpieczenia lub wypowiedzieć umowę ubezpieczenia – zgodnie z §12 ust. 1.

§ 8.

W celu zawarcia umowy ubezpieczenia Ubezpieczający składa do Towarzystwa:

- a. wniosek na formularzu Towarzystwa,
- b. listę osób przystępujących do ubezpieczenia,
- c. deklaracje zgody osób przystępujących do ubezpieczenia.

Jeżeli grupa przystępująca do ubezpieczenia liczy 100 lub więcej osób Towarzystwo odstąpi od wymagania dostarczenia deklaracji zgody przed zawarciem umowy ubezpieczenia, wyznaczając późniejszy termin złożenia deklaracji zgody. W takim przypadku do zawarcia ubezpieczenia niezbędna będzie lista ubezpieczonych zawierająca takie dane jak: nazwisko, imię, adres zamieszkania i PESEL. Listę tę ubezpieczający jest zobowiązany dostarczyć na nośniku magnetycznym, w formacie wskazanym przez Towarzystwo.

§ 9.

1. Przystępując do ubezpieczenia wszystkie osoby składają, na formularzu Towarzystwa, deklaracje zgody na ubezpieczenie.
2. Osoby, których Ubezpieczającym jest pracodawca muszą upoważnić go do potrącania składek za ubezpieczenie z wynagrodzenia za pracę lub z innych wypłat, chyba, że Ubezpieczający będzie opłacał składki ze środków własnych.
3. Jeżeli Ubezpieczony wyznacza Uprawnionego - powinien w deklaracji zgody podać jego imię, nazwisko, datę urodzenia, adres oraz PESEL.
4. Ubezpieczony ma prawo podać wielu Uprawnionych i określić procentowy udział w świadczeniu każdego z nich, przy czym łącznie udziały nie mogą przekroczyć 100% świadczenia.
5. Jeżeli Ubezpieczony poda wielu Uprawnionych i nie określi ich udziałów, świadczenie zostanie im wypłacone w częściach równych.
6. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie zmienić osobę Uprawnionego. Zmiana Uprawnionego powinna być zgłoszona do Towarzystwa na piśmie za potwierdzeniem odbioru lub listem poleconym.

§ 10.

1. Jeżeli strony nie umówią się inaczej umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą po wystawieniu przez Towarzystwo dokumentu ubezpieczenia (polisy) i przekazaniu go Ubezpieczającemu.
2. W czasie trwania umowy Towarzystwo ma prawo do kontrolowania prawidłowości obsługi ubezpieczenia prowadzonej przez Ubezpieczającego.
3. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w okresie 30 dni dla osób fizycznych i 7 dni dla osób prawnych od daty zawarcia umowy ubezpieczenia; odstąpienie od umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

§ 11.

1. Ubezpieczający, w czasie trwania umowy ubezpieczenia przesyła do FIAT Ubezpieczenia Życiowe S.A. deklaracje zgody przystępujących do ubezpieczenia przy comiesięcznym rozliczeniu zainkasowanych składek.
2. Kserokopie deklaracji po ustaleniu przez Towarzystwo daty początku odpowiedzialności, przesyłane są do Ubezpieczającego, który je przechowuje jako dowody przystąpienia pracowników do ubezpieczenia.

§ 12.

1. W trakcie okresu ubezpieczenia umowa rodzinnego ubezpieczenia na życie może być wypowiedziana na piśmie na koniec miesiąca kalendarzowego z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia przez:
 - 1) Ubezpieczającego - pod warunkiem, że co najmniej 75% Ubezpieczonych wyrazi pisemną zgodę na rozwiązanie zawartej umowy,
 - 2) Towarzystwo w razie, nie przekazywania składek w terminie przez Ubezpieczającego albo nie nadsyłania przez niego na bieżąco rozliczeń miesięcznych.
2. Zaprzestanie przekazywania składek przez Ubezpieczającego przez kolejne 2 miesiące jest równoznaczne z wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia, skutkującym jej rozwiązaniem z ostatnim dniem drugiego miesiąca.

SKŁADKA

§ 13.

1. Składka ubezpieczeniowa przypadająca na jednego ubezpieczonego wyceniana jest jako łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej i obliczana jest w oparciu o aktualnie obowiązujące taryfy składek. Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej taryfikowany jest zgodnie z zasadami matematyki aktuarialnej. Taryfikacja składki została przygotowana w oparciu o Tablice „Trwania Życia w 2000 roku” GUS oraz Rocznik Statystyczny 2002 GUS.
2. W szczególnych przypadkach taryfa składki negocjowana jest w oparciu o dane statystyczne przekazane przez Ubezpieczającego z uwzględnieniem cech charakterystycznych portfela Ubezpieczonych to znaczy w oparciu o strukturę wieku i płci oraz rodzaju wykonywanego zawodu.
3. W każdym przypadku wysokość składki podana jest w polisie, w rozbięciu na poszczególne ryzyka.

§ 14.

Jeśli strony nie umówią się inaczej, składka płacona jest miesięcznie z góry, za miesiąc następny.

Termin, w którym składka winna być opłacana podany jest w polisie.

Ubezpieczający jest obowiązany przekazać do Towarzystwa należne składki wraz z ich comiesięcznym rozliczeniem (na druku Towarzystwa).

Za dzień dokonania zapłaty składki uważa się:

- a. przy zapłacie gotówką - dzień wpłacenia w kasie Towarzystwa albo osobie upoważnionej do pobierania składki;
- b. przy zapłacie w drodze przelewu - dzień uznania rachunku bankowego Towarzystwa.

Obowiązek opłaty składek ustaje:

- a. z końcem okresu wypowiedzenia umowy;
- b. z dniem wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa.

§ 15.

1. Składki opłacone za czas, w którym istniała odpowiedzialność Towarzystwa nie podlegają zwrotowi.
2. Obowiązek opłaty składek ustaje z końcem miesiąca kalendarzowego, w którym nastąpił zgon Ubezpieczonego. Jeżeli Ubezpieczający opłacił składki za okresy dłuższe niż miesięczne – Towarzystwo zwraca nadpłacone składki.

§ 16.

1. Ubezpieczony może przed wygaśnięciem odpowiedzialności Towarzystwa w każdej chwili opłacić zaległe składki.

2. Po wygaśnięciu odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczony może ponownie przystąpić do ubezpieczenia z zachowaniem ograniczeń określonych w § 20.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 17.

1. Jeżeli strony nie umówią się inaczej odpowiedzialność Towarzystwa w odniesieniu do poszczególnego Ubezpieczonego rozpoczyna się od pierwszego dnia następnego miesiąca po podpisaniu przez pracownika deklaracji zgody i opłaceniu pierwszej składki z uwzględnieniem ograniczeń odpowiedzialności wymienionych w § 20.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych nie może rozpoczynać się wcześniej niż od daty początku ważności umowy rodzinnego ubezpieczenia na życie.

§ 18.

Odpowiedzialność Towarzystwa w odniesieniu do poszczególnego Ubezpieczonego wygasa:

- 1) z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, za który została opłacona ostatnia składka,
- 2) z końcem miesiąca kalendarzowego, w którym ustał stosunek pracy z Ubezpieczającym,
- 3) od następnego dnia po zgonie Ubezpieczonego,
- 4) w razie wypowiedzenia umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 12 - z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, za który opłacono składkę, najpóźniej jednak z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia.

OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 19.

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w razie zgonu Ubezpieczonego wskutek:
 - 1) działań wojennych,
 - 2) wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez niego przestępstwa,
 - 3) masowych rozruchów społecznych,
 - 4) działania Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu, zażyciu narkotyków lub innych środków odurzających, z wyjątkiem tych sytuacji, gdy spożycie tych środków nastąpiło zgodnie z zaleceniami lekarza,
 - 5) zatrucia w wyniku spożywania alkoholu, używania narkotyków lub innych środków odurzających,
 - 6) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez Ubezpieczonego nie posiadającego odpowiedniego prawa jazdy lub innego dokumentu uprawniającego do prowadzenia danego pojazdu (określonego w kodeksie drogowym),
 - 7) wyczynowego uprawiania sportu, za który uważa się uprawianie dyscyplin sportowych w ramach sekcji lub klubów sportowych albo w celach zarobkowych, jak również uczestniczenia w wyprawach/wyjazdach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi,
 - 8) popełnieniem samobójstwa, przed upływem dwóch lat od daty przystąpienia Ubezpieczonego do ubezpieczenia.
2. **Towarzystwo** nie ponosi odpowiedzialności za zgon Ubezpieczonego poza granicami Unii Europejskiej, jeśli nastąpił on później niż 3 m-ce od wyjazdu.

§ 20.

1. Jeżeli strony nie umówią się inaczej Towarzystwo jest wolne od obowiązku wypłaty świadczenia w razie zgonu Ubezpieczonego w przypadku gdy zgon nastąpił w ciągu 6 miesięcy licząc od początku odpowiedzialności Towarzystwa, jeżeli:
 - 1) Ubezpieczony był pracownikiem w dniu wskazanym w polisie jako początek obowiązywania umowy ubezpieczenia, a do ubezpieczenia przystąpił po upływie 3 miesięcy od daty początku obowiązywania umowy ubezpieczenia,
 - 2) Ubezpieczony został zatrudniony po dniu wskazanym w polisie jako początek obowiązywania umowy ubezpieczenia, a do ubezpieczenia przystąpił po upływie 3 miesięcy od daty zatrudnienia,
 - 3) w razie opłacenia przez Ubezpieczonego składek po upływie 3 miesięcy od daty ponownego zatrudnienia, po przerwie w zatrudnieniu spowodowanej odbywaniem zasadniczej służby wojskowej lub korzystaniem z urlopu bezpłatnego czy wychowawczego,
 - 4) liczba ubezpieczonych przez Ubezpieczającego pracowników jest mniejsza niż 20.
2. Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa, o których mowa w ust.1 nie mają zastosowania jeżeli zgon Ubezpieczonego nastąpił wskutek nieszczęśliwego wypadku.

POSTĘPOWANIE W RAZIE WYPADKU UBEZPIECZENIOWEGO

§ 21.

Przy roszczeniu o świadczenie Uprawniony powinien złożyć w Towarzystwie za pośrednictwem Ubezpieczającego:

- 1) dokładnie wypełniony formularz zgłoszenia wypadku ubezpieczeniowego,
- 2) dokumenty niezbędne do stwierdzenia wypadku, zgonu, urodzenia, pokrewieństwa, powinowactwa, przysposobienia, uczęszczania do szkoły - na życzenie Towarzystwa.

1. § 22.

2. Świadczenie za zgon w wyniku nieszczęśliwego wypadku może być ustalone po stwierdzeniu, że istnieje bezpośredni związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a zgonem Ubezpieczonego na podstawie dostarczonych dowodów wymienionych w § 21 oraz wyników badań lekarskich.
3. Świadczenie z tytułu zgonu wskutek nieszczęśliwego wypadku przysługuje jeżeli Ubezpieczony wskutek doznanej wypadku zmarł w okresie 2 lat od daty wypadku.
4. Jeżeli Towarzystwo wypłaci świadczenie za trwały uszczerbek na zdrowiu, a następnie w okresie 2 lat od daty wypadku nastąpi śmierć Ubezpieczonego, będąca następstwem wypadku, Towarzystwo potrąca to świadczenie z sumy przewidzianej na wypadek śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 23.

1. Towarzystwo wypłaca świadczenie niezwłocznie, najpóźniej w okresie do 30 dni od dnia otrzymania dokumentów uzasadniających wypłatę świadczenia.
2. W terminie 7 dni od dnia zgłoszenia roszczenia Towarzystwo powiadomi o tym fakcie Ubezpieczonego i przeprowadzi postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonego roszczenia i wysokości świadczenia, a także w uzasadnionych przypadkach informuje Uprawnionego jakie dokumenty należy dodatkowo złożyć aby możliwa była wypłata świadczenia.
3. Świadczenia z ubezpieczenia podstawowego Towarzystwo wypłaca Uprawnionemu/onym.
4. Opodatkowanie świadczeń wypłacanych z tytułu umowy ubezpieczenia regulują postanowienia ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych.

§ 24.

1. Jeżeli świadczenie nie przysługuje, Towarzystwo informuje o tym Ubezpieczonego lub Uprawnionego na piśmie w terminie, o którym mowa w § 23 wskazując okoliczności i podstawę prawną, uzasadniającą odmowę wypłaty świadczenia.
2. Wszelkie reklamacje oraz wnioski rozpatrywane są w Biurze Ubezpieczeń Towarzystwa.
3. Wszelkie reklamacje i odwołania od decyzji Biura Ubezpieczeń należy kierować do Zarządu Towarzystwa w Warszawie ul. Puławska 405 lub na adres internetowy: centrala@benefia.pl.

§ 25.

Roszczenia z umowy ubezpieczenia przedawniają się z upływem 3 lat. Bieg przedawnienia rozpoczyna się od dnia, w którym roszczenie stało się wymagalne.

OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH

§ 26.

1. Towarzystwo zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszelkich danych dotyczących osób wymienionych w umowie, jakie uzyskał w celu jej zawarcia.
2. Towarzystwo oświadcza, na podstawie Ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 roku (Dz. U. Nr 133, poz. 883), że jest Administratorem Danych Osobowych. Informacje podane przez Ubezpieczającego oraz Ubezpieczonych w dokumentach ubezpieczeniowych dotyczące danych osobowych przetwarzane są przez Towarzystwo w celu wywiązania się z umowy ubezpieczenia. Zarówno Ubezpieczającemu jak i Ubezpieczonym służy prawo wglądu do swoich danych osobowych, jak i ich poprawiania. W przypadku przetwarzania zebranych

danych osobowych do celów innych niż działalność statutowa Towarzystwa wymagana jest uprzednia zgoda Ubezpieczającego oraz Ubezpieczonych.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 27.

1. Za zgodą Zarządu Towarzystwa w porozumieniu z Ubezpieczającym, do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia.
2. Wszystkie zmiany postanowień niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia muszą być sporządzone na piśmie w formie aneksu do umowy ubezpieczenia pod rygorem ich nieważności.
3. Towarzystwo ma prawo:
 - 1) odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - 2) zastosować warunki odmienne jeżeli jest to uzasadnione strukturą wieku lub liczbą osób przyjętych do ubezpieczenia.

§ 28.

1. Zawiadomienia, oświadczenia i wnioski Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego powinny być, pod rygorem nieważności, składane na piśmie za potwierdzeniem odbioru lub wysyłane listem poleconym.
2. Jeżeli Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Uprawniony zmienił adres i nie zawiadomił o tym Towarzystwa, przyjmuje się, że Towarzystwo dopełniło swojego obowiązku zawiadomienia lub oświadczenia, jeżeli pismo zostało wysłane pod ostatni znany adres Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego
3. Wszelkie informacje na temat klauzul lub warunków stosowania umowy lub postępowania w razie zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, można uzyskać w Biurze Ubezpieczeń Towarzystwa.

§ 29.

Sądem właściwym do rozpatrywania roszczeń wynikających z umowy ubezpieczenia jest sąd powszechny ustalony według przepisów o właściwości ogólnej albo sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia..

§ 30.

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego oraz ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, (Dz. U. nr 124 z 2003r. poz. 1151).

§ 31.

Niniejsze ogólne warunki zbiorowego ubezpieczenia rodzinnego na życie zostały przyjęte uchwałą Zarządu BENEFIA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. nr 2/15/05 z dnia 06 kwietnia 2005r. i mają zastosowanie do umów zbiorowego ubezpieczenia rodzinnego na życie zawartych od dnia 15 kwietnia 2005 r