



Công ty TNHH Bảo Hiểm FWD Việt Nam

QUY TẮC ĐIỀU KHOẢN HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM HỒN HỢP PHÍ NGẮN HẠN

*(Được chấp thuận theo công văn số: 11311/BTC-QLBH, ngày 24 tháng 08 năm 2017
của Bộ Tài chính)*

Mục Lục

Chương 1: Những điều khoản chung	4
Điều 1: Quy định chung	4
Điều 2: Một số khái niệm	4
Điều 3: Hợp đồng bảo hiểm.....	9
Điều 4: Thời gian cân nhắc.....	10
Điều 5: Bảo hiểm tạm thời.....	10
Điều 6: Bảo hiểm có điều kiện	11
Điều 7: Trách nhiệm kê khai, cung cấp và bảo mật thông tin	11
Điều 8: Phí bảo hiểm và thời hạn đóng phí.....	14
Điều 9: Tạm ứng đóng phí tự động / tạm ứng từ giá trị hoàn lại.....	15
Điều 10: Khôi phục hiệu lực hợp đồng	16
Chương 2: Các điều khoản về quyền lợi bảo hiểm	17
Điều 11: Quyền lợi tiền mặt định kỳ.....	17
Điều 12: Quyền lợi chăm sóc sức khỏe.....	17
Điều 13: Quyền lợi bảo hiểm trong trường hợp tử vong hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn	19
Điều 14: Quyền lợi đáo hạn hợp đồng	20
Điều 15: Điều khoản loại trừ.....	20
Điều 16: Lãi chia cho bên mua bảo hiểm.....	22
Chương 3: Các thay đổi trong quá trình thực hiện hợp đồng bảo hiểm	23
Điều 17: Chuyển nhượng hợp đồng bảo hiểm	23
Điều 18: Thay đổi người thụ hưởng	24

Điều 19:	Giảm số tiền bảo hiểm.....	24
Điều 20:	Duy trì hợp đồng với số tiền bảo hiểm giảm	24
Điều 21:	Thay đổi nghề nghiệp/ nơi cư trú/ ra khỏi lãnh thổ việt nam	25
Điều 22:	Thay đổi định kỳ đóng phí	26
Điều 23:	Trường hợp nhầm lẫn khi kê khai tuổi và/hoặc giới tính của người được bảo hiểm	26
Điều 24:	Thay đổi trong trường hợp bên mua bảo hiểm tử vong	27
Điều 25:	Chấm dứt hiệu lực hợp đồng	28
Chương 4:	Giải quyết quyền lợi bảo hiểm và tranh chấp	29
Điều 26:	Giải quyết quyền lợi bảo hiểm.....	29
Điều 27:	Trọng tài và giải quyết tranh chấp	33

CHƯƠNG 1: NHỮNG ĐIỀU KHOẢN CHUNG

Điều 1: Quy định chung

Hợp đồng bảo hiểm này quy định các điều kiện và điều khoản bảo hiểm giữa chúng tôi - CÔNG TY TNHH BẢO HIỂM FWD VIỆT NAM, và BÊN MUA BẢO HIỂM được ghi tên trong Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Với điều kiện tất cả các thông tin trong Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm là chính xác và đúng sự thật, đồng thời Phí bảo hiểm được đóng đúng theo quy định trong Giấy chứng nhận bảo hiểm, Công ty có trách nhiệm giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo các điều kiện nêu tại Quy tắc, điều khoản sản phẩm bảo hiểm này và các điểm loại trừ được quy định hoặc được bổ sung kèm theo Hợp đồng bảo hiểm.

Điều 2: Một số khái niệm

- 2.1 “Công ty”: là Công ty TNHH Bảo Hiểm FWD Việt Nam, có giấy phép thành lập và hoạt động số 55GP/KDBH do Bộ Tài chính cấp ngày 23 tháng 10 năm 2008 tại Hà Nội và được sửa đổi theo từng thời điểm.
- 2.2 “Bên mua bảo hiểm”: là tổ chức được thành lập và hoạt động hợp pháp tại Việt Nam, hoặc cá nhân từ đủ 18 (mười tám) tuổi trở lên tại thời điểm tham gia Hợp đồng bảo hiểm đang sinh sống tại Việt Nam, có năng lực hành vi dân sự đầy đủ; là bên trực tiếp kê khai, ký tên trên Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, đóng Phí bảo hiểm và thực hiện các quyền và nghĩa vụ quy định trong Hợp đồng bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm phải có quan hệ có thể được bảo hiểm với Người được bảo hiểm theo quy định của pháp luật.
- 2.3 “Người được bảo hiểm”: là cá nhân có độ tuổi từ 30 (ba mươi) ngày đến 60 (sáu mươi) tuổi vào ngày hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm và được Công ty chấp nhận bảo hiểm theo quy tắc, điều khoản sản phẩm bảo hiểm này. Tuổi tối đa của Người được bảo hiểm khi kết thúc Hợp đồng bảo hiểm là 80 (tám mươi) tuổi.
- 2.4 “Người thụ hưởng”: là cá nhân hoặc tổ chức được Bên mua bảo hiểm chỉ định (với sự đồng ý của Người được bảo hiểm hoặc cha hay mẹ của Người được bảo hiểm nếu Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi) nhận quyền lợi bảo hiểm trong trường hợp Tử vong theo Quy tắc, điều khoản sản phẩm bảo hiểm này.

Người thụ hưởng được ghi tên trong Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, Giấy chứng nhận bảo hiểm và các thỏa thuận bổ sung của Hợp đồng bảo hiểm (nếu có).

Trường hợp Bên mua bảo hiểm là cá nhân, Bên mua bảo hiểm sẽ là người thụ hưởng đầu tiên.

- 2.5 “Tuổi bảo hiểm”: là tuổi của Người được bảo hiểm tính theo (i) ngày sinh nhật gần nhất trước Ngày hiệu lực Hợp đồng (áp dụng cho khoảng thời gian từ Ngày hiệu lực hợp đồng cho đến trước Ngày kỷ niệm hợp đồng năm đầu tiên); hoặc (ii) ngày sinh nhật gần nhất ngay trước Ngày kỷ niệm hợp đồng gần nhất tại thời điểm xác định tuổi (áp dụng cho khoảng thời gian từ Ngày kỷ niệm hợp đồng năm đầu tiên trở đi).
- 2.6 “Thời hạn bảo hiểm”: thời hạn bảo hiểm của sản phẩm này có thể là 10 năm; 15 năm hoặc 20 năm. Thời hạn bảo hiểm cụ thể của từng Hợp đồng bảo hiểm sẽ được quy định trong Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- 2.7 “Thời hạn đóng phí”: thời hạn đóng phí của sản phẩm này có thể là 5 năm; 10 năm; 15 năm. Tùy theo Thời hạn bảo hiểm mà khách hàng sẽ lựa chọn Thời hạn đóng phí khi tham gia sản phẩm bảo hiểm này. Thời hạn đóng phí phải ngắn hơn Thời hạn bảo hiểm ít nhất là 5 năm. Thời hạn đóng phí được quy định cụ thể trong Giấy chứng nhận bảo hiểm và không thay đổi trong suốt Thời hạn bảo hiểm của sản phẩm này.
- 2.8 “Phí bảo hiểm”: là khoản tiền mà Bên mua bảo hiểm đóng cho Công ty theo định kỳ đóng phí được các bên thỏa thuận tại Hợp đồng bảo hiểm hoặc các sửa đổi, bổ sung liên quan gần nhất (nếu có). Phí bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm sẽ bao gồm phí bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm này và các sản phẩm bổ sung (nếu có).
- 2.9 “Ngày đến hạn đóng phí”: là (các) ngày đến hạn nộp Phí bảo hiểm định kỳ theo thỏa thuận tại Hợp đồng bảo hiểm hoặc các sửa đổi, bổ sung liên quan gần nhất (nếu có).
- 2.10 “Ngày hiệu lực hợp đồng”: nếu Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm còn sống vào thời điểm Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm được Công ty chấp thuận, Ngày hiệu lực hợp đồng là ngày Bên mua bảo hiểm hoàn tất Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và nộp đủ Phí bảo hiểm tạm tính. Ngày hiệu lực hợp đồng được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- 2.11 “Ngày kỷ niệm hợp đồng”: là ngày kỷ niệm tương ứng hàng năm của Ngày hiệu lực hợp đồng trong suốt Thời hạn bảo hiểm. Nếu năm không có ngày này thì ngày cuối

cùng của tháng đó sẽ là Ngày kỷ niệm hợp đồng.

2.12 “Ngày đáo hạn hợp đồng”: là ngày cuối cùng của Thời hạn bảo hiểm được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm nếu Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực đến thời điểm đó.

2.13 “Năm hợp đồng”: là khoảng thời gian một năm kể từ Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc từ Ngày kỷ niệm hợp đồng.

2.14 “Số tiền bảo hiểm”: là số tiền Công ty chấp nhận bảo hiểm theo Quy tắc, điều khoản của sản phẩm bảo hiểm này và được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm và/hoặc các sửa đổi, bổ sung liên quan gần nhất (nếu có).

2.15 “Thương tật toàn bộ vĩnh viễn”: thương tật toàn bộ vĩnh viễn là trường hợp:

a. Người được bảo hiểm bị mất, liệt hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của:

- Hai tay; hoặc hai chân; hoặc hai mắt; hoặc
- Một tay và một chân; hoặc một tay và thị lực một mắt; hoặc một chân và thị lực một mắt.

Trong trường hợp này, mất hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của tay được tính từ cổ tay trở lên, chân được tính từ mắt cá chân trở lên, mắt được hiểu là mất hẳn mắt hoặc mất thị lực hoàn toàn.

Việc chứng nhận Người được bảo hiểm bị mất hoàn toàn bộ phận cơ thể (tay, chân hoặc mắt) có thể được thực hiện sau khi sự kiện Thương tật toàn bộ vĩnh viễn xảy ra.

Việc chứng nhận Người được bảo hiểm bị liệt hoàn toàn và không thể phục hồi chức năng của các bộ phận cơ thể (tay, chân hoặc thị lực mắt) phải được thực hiện không sớm hơn 6 (sáu) tháng kể từ ngày xảy ra thương tật hoặc từ ngày bệnh lý được chẩn đoán xác định.

Hoặc:

b. Người được bảo hiểm bị thương tật từ 81% (tám mươi một phần trăm) theo xác nhận của cơ quan y tế/ hội đồng giám định y khoa cấp tỉnh trở lên.

2.16 “Tai nạn”: là một hoặc một chuỗi sự kiện liên tục, khách quan, xảy ra do tác động của một lực, một vật bất ngờ từ bên ngoài, không chủ động và ngoài ý muốn lên cơ thể Người được bảo hiểm. Các sự kiện hoặc chuỗi sự kiện nêu trên được xem là Tai

nạn nếu hội đủ các điều kiện sau:

- a. Xảy ra ngoài sự tiên liệu, kiểm soát cũng như ý muốn của Người được bảo hiểm;
- b. Phải là nguyên nhân trực tiếp, duy nhất gây ra thương tật hoặc tử vong cho Người được bảo hiểm trong vòng 180 (một trăm tám mươi) ngày kể từ ngày xảy ra sự kiện hoặc chuỗi sự kiện đó;
- c. Không phải là những tổn thương thân thể do: đau ốm; bệnh tật; nhiễm các loại vi khuẩn hoặc vi-rút; ngộ độc; sử dụng trái phép các loại thuốc hoặc chất gây nghiện bất kỳ.

2.17 “Giá trị hoàn lại”: là số tiền Bên mua bảo hiểm sẽ nhận được khi Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt trước thời hạn được thể hiện trong cơ sở kỹ thuật đã được Bộ Tài chính xem xét. Hợp đồng bảo hiểm có Giá trị hoàn lại khi Bên mua bảo hiểm đã nộp đủ 01 (một) năm Phí bảo hiểm và Hợp đồng bảo hiểm đã có hiệu lực ít nhất 01 (một) năm.

2.18 “Bảo tức”: là khoản lãi chia (nếu có) được thông báo cho Bên mua bảo hiểm vào đầu mỗi năm dương lịch. Việc chi trả Bảo tức được quy định tại Điều 16 của Quy tắc, điều khoản sản phẩm bảo hiểm này.

2.19 “Lãi chia cuối hợp đồng”: là khoản lãi chia ((nếu có) được chi trả khi đáo hạn hợp đồng hoặc khi có Sự kiện bảo hiểm xảy ra trong năm cuối cùng của Thời hạn bảo hiểm.

2.20 “Khoản giảm thu nhập đầu tư”: là số tiền thu nhập từ hoạt động đầu tư bị giảm do việc tạm ứng từ Giá trị hoàn lại và tạm ứng đóng phí tự động. Khoản giảm thu nhập đầu tư được tính bằng phần trăm của số tiền tạm ứng đóng phí tự động và/hoặc tạm ứng từ Giá trị hoàn lại dựa theo quy định của Công ty tại từng thời điểm. Tỷ lệ phần trăm dùng để tính Khoản giảm thu nhập đầu tư sẽ được Công ty công bố tại từng thời điểm trên website của Công ty.

2.21 “Khoản nợ”: là khoản tiền bao gồm các khoản tạm ứng từ Giá trị hoàn lại, tạm ứng đóng phí tự động, Khoản giảm thu nhập đầu tư, các khoản phí đến hạn và các khoản tiền khác mà Bên mua bảo hiểm chưa thanh toán cho Công ty theo Hợp đồng bảo hiểm này.

2.22 “Ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm”: là một trong hai ngày sau, tùy thuộc ngày nào đến trước:

- Ngày Người được bảo hiểm tử vong;
- Ngày Người được bảo hiểm bị Thương tật toàn bộ vĩnh viễn theo chứng nhận của cơ quan y tế có thẩm quyền.

“Sự kiện bảo hiểm” là sự kiện Người được bảo hiểm tử vong hoặc bị Thương tật toàn bộ vĩnh viễn, xảy ra trong Thời hạn hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm.

2.23 “Bệnh viện”: là một cơ sở khám chữa bệnh được thành lập và đăng ký hợp pháp theo pháp luật Việt Nam hoặc nước ngoài. Cơ sở đó phải được cấp phép như một bệnh viện/cơ sở y tế theo quy định của Việt Nam hoặc pháp luật nước sở tại.

Đối với Bệnh viện trong lãnh thổ Việt Nam, tư cách của bệnh viện phải được thể hiện bằng chữ “Bệnh viện” trên con dấu chính thức. Đối với Bệnh viện ngoài lãnh thổ Việt Nam, tư cách của bệnh viện phải được thể hiện bằng ngôn ngữ của quốc gia/ lãnh thổ đó mà được hiểu là “bệnh viện” theo tiếng Việt.

2.24 “Phòng khám”: là tổ chức được thành lập và hoạt động theo pháp luật của Việt Nam hoặc nước ngoài. Phòng khám hoạt động với mục đích chủ yếu là khám và điều trị y tế nhưng không có chức năng lưu bệnh nhân qua đêm.

2.25 “Bác sỹ”: là người có bằng cấp chuyên môn y khoa được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc thừa nhận được thực hành nghề y hợp pháp trong phạm vi giấy phép theo quy định của pháp luật.

2.26 “Bác sỹ nha khoa”: là người có bằng cấp chứng nhận và được phép hành nghề nha khoa tại Việt Nam theo luật và các quy định có liên quan của Việt Nam.

2.27 “Điều trị nội trú”: là việc Người được bảo hiểm nằm viện ít nhất qua một đêm tại Bệnh viện khi bị bệnh hoặc thương tật để được điều trị y tế theo chỉ định của Bác sỹ và phải có tên trong danh sách bệnh nhân nội trú của Bệnh viện.

2.28 “Điều trị ngoại trú”: là việc Người được bảo hiểm điều trị bệnh hoặc thương tật ở Phòng khám, khoa điều trị ngoại trú của Bệnh viện, hoặc phòng cấp cứu hoặc trải qua một phương thức điều trị mà không cần thiết (về mặt y khoa) phải lưu trú trong Bệnh viện.

2.29 “Điều trị nha khoa”: là bất kỳ sự kiểm tra, điều trị và phẫu thuật liên quan đến những bệnh của răng, nướu và hàm trong trường hợp có liên quan đến răng; và được thực hiện bởi Bác sỹ nha khoa.

2.30 “Khám sức khỏe định kỳ hàng năm”: là việc kiểm tra sức khỏe định kỳ hàng năm của Người được bảo hiểm được thực hiện tại Bệnh viện hoặc Phòng khám. Chi phí khám sức khỏe định kỳ hàng năm bao gồm các chi phí phát sinh cho các xét nghiệm được thực hiện khi không có bất cứ triệu chứng lâm sàng nào bao gồm X-quang phổi, xét nghiệm công thức máu, đường huyết, tổng phân tích nước tiểu, khám phụ khoa (đối với nữ), chi phí chích ngừa ...

2.31 “Bệnh có sẵn”: là tình trạng bệnh tật hoặc thương tật của Người được bảo hiểm đã được bác sỹ khám, chẩn đoán hoặc điều trị trước Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc ngày khôi phục hợp đồng gần nhất (nếu có). Hồ sơ y tế, tiền sử bệnh được lưu giữ tại bệnh viện/cơ sở y tế được thành lập hợp pháp hoặc các thông tin do Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm tự kê khai được xem là bằng chứng đầy đủ và hợp pháp về bệnh có sẵn.

Điều 3: Hợp đồng bảo hiểm

3.1 “Hợp đồng bảo hiểm”: là thỏa thuận bằng văn bản giữa Bên mua bảo hiểm và Công ty, trong đó ghi nhận quyền và nghĩa vụ của các bên trong quá trình thực hiện Hợp đồng bảo hiểm. Hợp đồng bảo hiểm bao gồm các tài liệu sau:

- Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm;
- Giấy chứng nhận bảo hiểm;
- Quy tắc, điều khoản của sản phẩm bảo hiểm này;
- Quy tắc, điều khoản của các sản phẩm bổ trợ (nếu có);
- Bảng minh họa;
- Thư chấp thuận bảo hiểm có điều kiện (nếu có);
- Các văn bản sửa đổi, bổ sung Hợp đồng bảo hiểm (nếu có).

3.2 “Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm”: là văn bản yêu cầu bảo hiểm theo mẫu của Công ty, trong đó ghi các nội dung đề nghị tham gia bảo hiểm và thông tin do Bên mua bảo hiểm cung cấp để Công ty đánh giá rủi ro, làm căn cứ chấp nhận hoặc từ chối bảo hiểm. Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm do Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm hoặc cha hoặc mẹ của Người được bảo hiểm (nếu Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi) kê khai, ký tên và cung cấp cho Công ty.

3.3 “Giấy chứng nhận bảo hiểm”: là văn bản do Công ty phát hành cho Bên mua bảo hiểm, trong đó thể hiện các thông tin cơ bản của Hợp đồng bảo hiểm, và là một phần không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm.

3.4 “Bảng minh họa”: là tài liệu minh họa về sản phẩm được cung cấp cho Bên mua bảo hiểm, thể hiện các thông tin cơ bản về Hợp đồng bảo hiểm theo điều kiện, điều khoản bảo hiểm được thỏa thuận giữa Bên mua bảo hiểm và Công ty.

Điều 4: Thời gian cân nhắc

Trong vòng 21 (hai mươi mốt) ngày kể từ ngày khách hàng nhận được Hợp đồng bảo hiểm, và với điều kiện là chưa xảy ra sự kiện bảo hiểm và chưa có yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm nào, Bên mua bảo hiểm có quyền yêu cầu thay đổi, chỉnh sửa hoặc hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm. Trong thời gian này, nếu Bên mua bảo hiểm từ chối không tiếp tục tham gia bảo hiểm bằng cách gửi văn bản thông báo đến Công ty, Công ty sẽ chấm dứt hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm và hoàn trả lại Phí bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm đã đóng, không có lãi, sau khi đã trừ đi chi phí khám sức khỏe (nếu có).

Điều 5: Bảo hiểm tạm thời

5.1 Thời hạn bảo hiểm tạm thời

Thời hạn bảo hiểm tạm thời bắt đầu từ khi Bên mua bảo hiểm hoàn tất Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và đóng đủ Phí bảo hiểm tạm tính. Thời hạn bảo hiểm tạm thời sẽ kết thúc vào ngày Công ty cấp Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc tạm hoãn hoặc từ chối chấp nhận bảo hiểm hoặc Bên mua bảo hiểm đề nghị hủy bỏ Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm bằng văn bản, tùy ngày nào đến trước.

5.2. Quyền lợi bảo hiểm tạm thời

Nếu Người được bảo hiểm tử vong do Tai nạn trong thời hạn bảo hiểm tạm thời, Công ty sẽ chi trả số tiền nào nhỏ hơn giữa 200.000.000 (hai trăm triệu đồng) và (tổng) Số tiền bảo hiểm của (các) sản phẩm chính trên cùng một Người được bảo hiểm. Trong trường hợp tổng phí bảo hiểm đã đóng lớn hơn số tiền nêu trên thì Công ty sẽ chỉ hoàn lại tổng Phí bảo hiểm đã đóng.

Quyền lợi bảo hiểm tạm thời sẽ không áp dụng với Người được bảo hiểm dưới 18 (mười tám) Tuổi bảo hiểm.

5.3. Loại trừ đối với bảo hiểm tạm thời

Công ty không chi trả quyền lợi bảo hiểm tạm thời và hoàn lại toàn bộ Phí bảo hiểm đã đóng (không có lãi) sau khi trừ đi chi phí xét nghiệm y khoa (nếu có), nếu Người được bảo hiểm tử vong do hậu quả trực tiếp của một trong các nguyên nhân sau:

- a) Hành động tự tử; hoặc
- b) Do hành vi cố ý của Bên mua bảo hiểm, Người thụ hưởng đối với Người được bảo hiểm; hoặc
- c) Bị ảnh hưởng trực tiếp hoặc gián tiếp do sử dụng trái phép ma túy, các chất gây nghiện, các chất kích thích tương tự ma túy hoặc ảnh hưởng của rượu bia mà trong máu hoặc hơi thở có nồng độ cồn vượt quá mức quy định của pháp luật.

Điều 6: Bảo hiểm có điều kiện

Căn cứ vào kết quả thẩm định Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, Công ty có thể chấp thuận bảo hiểm với những điều kiện và thỏa thuận đặc biệt với Số tiền bảo hiểm/quyền lợi bảo hiểm có điều chỉnh, Phí bảo hiểm có điều chỉnh hoặc điều chỉnh phạm vi trách nhiệm bảo hiểm. Các điều kiện, thỏa thuận đặc biệt này sẽ là một phần không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm và là cơ sở để giải quyết quyền lợi bảo hiểm, bất kể Hợp đồng bảo hiểm có quy định khác.

Điều 7: Trách nhiệm kê khai, cung cấp và bảo mật thông tin

7.1 Trách nhiệm cung cấp, giải thích đầy đủ, trung thực và chính xác thông tin cho Bên mua bảo hiểm của Công ty

Công ty có trách nhiệm cung cấp đầy đủ thông tin liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm, giải thích các điều kiện, điều khoản bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm.

Trường hợp Công ty cố ý cung cấp thông tin sai sự thật nhằm giao kết Hợp đồng bảo hiểm thì Bên mua bảo hiểm có quyền đơn phương chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm, Công ty có trách nhiệm bồi thường thiệt hại phát sinh cho Bên mua bảo hiểm do việc cung cấp thông tin sai sự thật.

7.2 Trách nhiệm bảo mật thông tin khách hàng của Công ty

Công ty không được chuyển giao thông tin cá nhân do Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm cung cấp tại Hợp đồng bảo hiểm cho bất kỳ bên thứ ba nào khác, trừ các trường hợp sau đây:

- a. Thu thập, sử dụng, chuyển giao theo yêu cầu của cơ quan nhà nước có thẩm quyền hoặc cho mục đích thẩm định, tính toán phí bảo hiểm, phát hành hợp đồng bảo hiểm, thu phí bảo hiểm, tái bảo hiểm, trích lập dự phòng nghiệp vụ, giải quyết chi trả quyền lợi bảo hiểm, nghiên cứu thiết kế sản phẩm, phòng chống trục lợi bảo hiểm, nghiên cứu, đánh giá tình hình tài chính, khả năng thanh toán, mức độ đầy đủ vốn, yêu cầu vốn.
- b. Các trường hợp khác được Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm đồng ý bằng văn bản, với điều kiện:
 - Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm phải được thông báo về mục đích chuyển giao thông tin và được quyền lựa chọn giữa đồng ý hoặc không đồng ý với việc chuyển giao đó; và
 - Việc Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm từ chối cho phép chuyển giao thông tin cho bên thứ ba ngoài điểm a khoản này không được sử dụng làm lý do để từ chối giao kết hợp đồng.

7.3 Trách nhiệm kê khai thông tin trung thực, đầy đủ và chính xác của Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm

Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm có trách nhiệm kê khai đầy đủ, trung thực theo hiểu biết của mình tất cả các thông tin cần thiết để Công ty đánh giá khả năng chấp nhận bảo hiểm. Việc thẩm định/kiểm tra sức khỏe, nếu có, không thay thế cho nghĩa vụ kê khai đầy đủ và trung thực của Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm theo quy định tại điều này.

Nếu Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm cố ý kê khai không trung thực, không chính xác các thông tin cần thiết theo yêu cầu của Công ty, theo đó, nếu với thông tin đầy đủ và chính xác Công ty sẽ không chấp nhận bảo hiểm hoặc không khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm, Công ty không có trách nhiệm chi trả nếu xảy ra sự kiện bảo hiểm liên quan trực tiếp đến thông tin kê khai không trung thực,

không chính xác và có quyền đơn phương chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm.

Trường hợp chấm dứt toàn bộ Hợp đồng bảo hiểm, Công ty sẽ hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm tổng số Phí bảo hiểm đã đóng (không có lãi) của Hợp đồng bảo hiểm sau khi khấu trừ: (i) các khoản quyền lợi tiền mặt định kỳ, lãi phát sinh mà Bên mua bảo hiểm đã nhận; (ii) các khoản chi trả quyền lợi chăm sóc sức khỏe, rút tiền mặt và lãi phát sinh từ quỹ Chăm sóc sức khỏe mà Bên mua bảo hiểm đã nhận; (iii) các quyền lợi bảo hiểm đã chi trả của sản phẩm bổ trợ (nếu có); (iv) Khoản nợ (nếu có) và chi phí khám sức khỏe (nếu có). Trong trường hợp này, Công ty sẽ không chi trả thêm bất kỳ khoản quyền lợi tiền mặt định kỳ và bất kỳ quyền lợi chăm sóc sức khỏe nào.

Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm vi phạm nghĩa vụ kê khai thông tin tại Điều này nhưng việc vi phạm này không làm ảnh hưởng tới quyết định chấp thuận bảo hiểm hoặc quyết định khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm theo quy định của Công ty tại từng thời điểm, Công ty vẫn có thể chi trả quyền lợi bảo hiểm nếu có sự kiện bảo hiểm xảy ra theo Quy tắc và điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm này. Trong trường hợp Hợp đồng bảo hiểm tiếp tục duy trì hiệu lực, Công ty và Bên mua bảo hiểm có thể thỏa thuận về việc thu thêm khoản Phí bảo hiểm hoặc điều chỉnh Số tiền bảo hiểm giảm tương ứng với mức rủi ro (nếu có).

7.4 Cung cấp thông tin theo yêu cầu của Đạo luật thuế đối với các chủ tài khoản nước ngoài (“Đạo luật FATCA”)

Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm thuộc đối tượng chịu thuế theo yêu cầu của Đạo luật FATCA, Bên mua bảo hiểm đồng ý và cam kết cung cấp đầy đủ, chính xác các thông tin sau đây cho Công ty tại thời điểm giao kết Hợp đồng bảo hiểm và cập nhật thay đổi (nếu có) trong suốt thời gian hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm:

- Số hộ chiếu hoặc chứng minh nhân dân hoặc giấy tờ chứng minh Bên mua bảo hiểm là công dân Hoa Kỳ hoặc được phép cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ;
- Mã số thuế tại Hoa Kỳ;
- Nơi sinh, số điện thoại liên lạc tại Hoa Kỳ;
- Địa chỉ liên lạc, địa chỉ hộp thư tại Hoa Kỳ.

Công ty được phép cung cấp các thông tin nêu trên và các thông tin liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm (số Hợp đồng bảo hiểm, giá trị tài khoản hoặc giá trị tiền mặt

của Hợp đồng bảo hiểm tính đến thời điểm cung cấp thông tin) cho Cơ quan quản lý thuế vụ Hoa Kỳ, phù hợp với nghĩa vụ của người phải khai báo hoặc nộp thuế tại Hoa Kỳ.

7.5 Miễn truy xét

Khi Người được bảo hiểm còn sống, các nội dung kê khai không chính xác hoặc bỏ sót trong Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và các giấy tờ có liên quan sẽ được Công ty miễn truy xét sau 24 (hai mươi bốn) tháng kể từ Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc kể từ Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng gần nhất.

Quy định trên sẽ không được áp dụng trong trường hợp Bên mua bảo hiểm và/ hoặc Người được bảo hiểm đã cố ý kê khai không trung thực hoặc không cung cấp những thông tin mà nếu biết được những thông tin đó, Công ty sẽ từ chối chấp thuận bảo hiểm hoặc chỉ chấp thuận bảo hiểm có điều kiện.

Điều 8: Phí bảo hiểm và thời hạn đóng phí

8.1 Bên mua bảo hiểm có nghĩa vụ đóng Phí bảo hiểm đầy đủ và đúng hạn theo số tiền và ngày đến hạn đóng phí theo định kỳ đóng phí quy định trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các thỏa thuận sửa đổi bổ sung (nếu có), ngay cả khi không nhận được thông báo của Công ty về việc đóng Phí bảo hiểm.

8.2 Khi Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt Thời hạn đóng phí theo quy định trong Giấy chứng nhận bảo hiểm, thời hạn đóng phí của các sản phẩm bổ trợ sẽ chấm dứt.

8.3 Thời gian gia hạn đóng Phí bảo hiểm

Thời gian gia hạn đóng Phí bảo hiểm là 60 (sáu mươi) ngày kể từ Ngày đến hạn đóng phí. Trong thời gian gia hạn đóng phí, Hợp đồng bảo hiểm vẫn duy trì hiệu lực. Trong khoảng thời gian gia hạn đóng phí này, nếu xảy ra bất cứ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm nào, Công ty sẽ khấu trừ phần Phí bảo hiểm còn thiếu trước khi chi trả quyền lợi bảo hiểm.

Khi thời gian gia hạn đóng phí kết thúc, nếu Bên mua bảo hiểm vẫn không thanh toán đủ Phí bảo hiểm, Hợp đồng bảo hiểm sẽ mất hiệu lực kể từ Ngày đến hạn đóng phí, trừ trường hợp áp dụng theo quy định tại Điều 9 và Điều 11 của Quy tắc, điều khoản sản phẩm bảo hiểm này.

Điều 9: Tạm ứng đóng phí tự động / tạm ứng từ giá trị hoàn lại

9.1 Tạm ứng đóng Phí bảo hiểm tự động

Khi kết thúc thời gian gia hạn đóng phí, nếu Bên mua bảo hiểm không đóng hoặc đóng không đủ Phí bảo hiểm và Hợp đồng bảo hiểm đã có Giá trị hoàn lại, Công ty sẽ tự động tạm ứng từ Giá trị hoàn lại để đóng Phí bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm theo các điều kiện sau:

- Nếu Giá trị hoàn lại trừ đi các Khoản nợ (nếu có) lớn hơn hoặc bằng Phí bảo hiểm theo định kỳ đóng phí của Hợp đồng bảo hiểm, Công ty sẽ tự động đóng Phí bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm theo định kỳ đóng phí của Hợp đồng bảo hiểm.
- Nếu Giá trị hoàn lại trừ đi các Khoản nợ (nếu có) nhỏ hơn Phí bảo hiểm theo định kỳ đóng phí của Hợp đồng bảo hiểm, Công ty sẽ tiếp tục tự động đóng Phí bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm theo định kỳ đóng phí ngắn hơn kế tiếp.
- Nếu Giá trị hoàn lại trừ đi các Khoản nợ (nếu có) nhỏ hơn Phí bảo hiểm theo định kỳ đóng phí ngắn nhất, Hợp đồng bảo hiểm vẫn được tiếp tục duy trì hiệu lực cho đến hết thời hạn của định kỳ đóng phí ngắn nhất đó. Lúc này, Giá trị hoàn lại trừ đi các khoản tạm ứng đóng Phí bảo hiểm tự động và lãi (nếu có) sẽ nhỏ hơn hoặc bằng 0 (không); khi đó Hợp đồng bảo hiểm sẽ mất hiệu lực.

9.2 Tạm ứng từ Giá trị hoàn lại

Khi Hợp đồng bảo hiểm đã có Giá trị hoàn lại và đang có hiệu lực, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu tạm ứng từ Giá trị hoàn lại với điều kiện số tiền tạm ứng không được vượt quá 80% (tám mươi phần trăm) Giá trị hoàn lại tại thời điểm yêu cầu tạm ứng sau khi trừ đi các Khoản nợ (nếu có) và đáp ứng số tiền tạm ứng tối thiểu là 01 (một) triệu đồng/lần tạm ứng. Trường hợp Công ty có thay đổi mức tạm ứng tối thiểu, Công ty sẽ công bố trên website của Công ty.

9.3 Hoàn trả các khoản tạm ứng

Bên mua bảo hiểm có thể hoàn trả số tiền đã tạm ứng đóng phí tự động, tạm ứng từ Giá trị hoàn lại và Khoản giảm thu nhập đầu tư vào bất cứ lúc nào. Công ty sẽ khấu trừ đi tổng số tiền tạm ứng đóng phí tự động, tiền tạm ứng từ Giá trị hoàn lại và Khoản giảm thu nhập đầu tư từ bất kỳ khoản tiền nào mà Công ty phải trả theo Hợp

đồng bảo hiểm này.

Nếu tổng số tiền tạm ứng đóng phí tự động, tạm ứng từ Giá trị hoàn lại và Khoản giảm thu nhập đầu tư và bất kỳ khoản tiền nào khác (nếu có) mà Bên mua bảo hiểm chưa thanh toán cho Công ty vượt quá Giá trị hoàn lại, Hợp đồng bảo hiểm sẽ mất hiệu lực. Trong trường hợp này, Bên mua bảo hiểm không được yêu cầu Công ty trả Giá trị hoàn lại của Hợp đồng bảo hiểm.

Điều 10: Khôi phục hiệu lực hợp đồng

Khi Hợp đồng bảo hiểm mất hiệu lực do không đóng đủ Phí bảo hiểm hoặc do tạm ứng từ Giá trị hoàn lại hoặc tạm ứng đóng phí tự động đã vượt quá Giá trị hoàn lại của Hợp đồng bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm nếu đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

- Bên mua bảo hiểm đưa ra yêu cầu khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm bằng văn bản gửi đến Công ty trong thời gian 24 (hai mươi bốn) tháng kể từ ngày Hợp đồng bảo hiểm mất hiệu lực. Bên mua bảo hiểm có thể đưa ra yêu cầu khôi phục hiệu lực của các sản phẩm bổ trợ (nếu có) với điều kiện các sản phẩm bổ trợ chưa hết thời hạn bảo hiểm ở thời điểm Công ty nhận được yêu cầu khôi phục hiệu lực;
- Bên mua bảo hiểm đóng tất cả Phí bảo hiểm đến hạn chưa đóng, khoản tạm ứng đóng phí bảo hiểm tự động, khoản tạm ứng từ Giá trị hoàn lại, Khoản giảm thu nhập đầu tư chưa thanh toán;
- Tại thời điểm yêu cầu khôi phục hiệu lực hợp đồng, Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm đủ điều kiện tham gia bảo hiểm theo quy định của Quy tắc, điều khoản sản phẩm bảo hiểm này.

Nếu được Công ty chấp nhận yêu cầu khôi phục hiệu lực hợp đồng, thời điểm có hiệu lực của việc khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm này được tính từ ngày Công ty xác nhận chấp thuận việc khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm bằng văn bản, với điều kiện Bên mua bảo hiểm còn sống (hoặc còn hoạt động nếu Bên mua bảo hiểm là tổ chức) và Người được bảo hiểm phải còn sống vào thời điểm Công ty chấp thuận khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm. Công ty không bảo hiểm cho những Sự kiện bảo hiểm xảy ra trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm này bị mất hiệu lực.

Bên mua bảo hiểm có nghĩa vụ điển đầy đủ, trung thực vào hồ sơ yêu cầu khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm và tuân thủ các điều kiện đã thỏa thuận theo Hợp đồng bảo hiểm. Nếu Bên mua bảo hiểm vi phạm các nghĩa vụ quy định tại Điều này, yêu cầu khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm được xem là vô hiệu và Công ty sẽ hoàn lại số tiền Bên mua bảo hiểm đã nộp khi yêu cầu khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm sau khi trừ đi chi phí khám, xét nghiệm y khoa, nếu có.

CHƯƠNG 2: CÁC ĐIỀU KHOẢN VỀ QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Điều 11: Quyền lợi tiền mặt định kỳ

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, bắt đầu từ Ngày kỷ niệm hợp đồng thứ 05 (năm) và cứ mỗi 05 (năm) năm sau đó cho đến khi kết thúc Thời hạn bảo hiểm, Công ty sẽ chi trả các khoản quyền lợi tiền mặt định kỳ là 5% (năm phần trăm) của Số tiền bảo hiểm.

Kể từ khi quyền lợi tiền mặt định kỳ phát sinh, Bên mua bảo hiểm có quyền rút toàn bộ hoặc một phần khoản tiền mặt định kỳ đã phát sinh vào bất kỳ thời điểm nào trong suốt Thời hạn bảo hiểm; hoặc để lại tại Công ty để tích lũy và được hưởng lãi theo lãi suất (cách tính lãi suất được thể hiện trong cơ sở kỹ thuật đã được Bộ Tài chính xem xét).

Trường hợp khi kết thúc thời gian gia hạn đóng phí, nếu Bên mua bảo hiểm không đóng Phí bảo hiểm và quyền lợi tiền mặt định kỳ đã phát sinh được để lại tại Công ty để tích lũy, Công ty sẽ tự động sử dụng quyền lợi tiền mặt định kỳ và lãi phát sinh của khoản quyền lợi tiền mặt định kỳ (nếu có) để đóng Phí bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm trước khi thực hiện tạm ứng đóng phí bảo hiểm tự động theo Điều 9.1.

Điều 12: Quyền lợi chăm sóc sức khỏe

12.1 Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực và bắt đầu từ Ngày kỷ niệm hợp đồng lần thứ 02 (hai) trở đi, Công ty sẽ thiết lập quỹ chăm sóc sức khỏe với số tiền là 5% (năm phần trăm) của Số tiền bảo hiểm mỗi năm vào mỗi Ngày kỷ niệm hợp đồng trong vòng 10 (mười) năm đối với Hợp đồng bảo hiểm có Thời hạn bảo hiểm trên 10 (mười) năm hoặc cho đến hết thời hạn nếu Thời hạn bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm

là 10 (mười) năm. Tổng số tiền tối đa Công ty đóng góp vào quỹ chăm sóc sức khỏe này không vượt quá 50% (năm mươi phần trăm) Số tiền bảo hiểm. Số tiền của quỹ chăm sóc sức khỏe trong thời gian Công ty đang đóng góp sẽ không được hưởng lãi suất.

12.2 Kể từ Ngày ký niệm hợp đồng lần thứ 02 (hai) cho đến khi chấm dứt quyền lợi chăm sóc sức khỏe và trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, trường hợp Bên mua bảo hiểm cá nhân, Người được bảo hiểm hoặc người thân của Người được bảo hiểm (bao gồm người hôn phối, con ruột/con nuôi, anh chị em ruột, cha mẹ ruột/cha mẹ người hôn phối của Người được bảo hiểm) điều trị bệnh tật hoặc thương tật, Công ty sẽ chi trả các chi phí y tế điều trị thực tế của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc người thân của Người được bảo hiểm từ quỹ chăm sóc sức khỏe cho:

- Điều trị nội trú;
- Điều trị ngoại trú;
- Điều trị nha khoa;
- Khám sức khỏe định kỳ hàng năm.

với điều kiện chi phí y tế thực tế không vượt quá khoản tiền còn lại của quỹ chăm sóc sức khỏe (là số tiền bằng tổng số tiền Công ty đã đóng góp cho quỹ chăm sóc sức khỏe trừ đi các quyền lợi chăm sóc sức khỏe Công ty đã chi trả) tại thời điểm yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

Các điều trị y tế và chi phí khám sức khỏe định kỳ hàng năm được chấp nhận chi trả phải được bắt đầu khi Quỹ chăm sóc sức khỏe đã được hình thành. Các chi phí y tế cho các điều trị y tế hoặc Chi phí khám sức khỏe định kỳ hàng năm xảy ra trước thời điểm có Quỹ chăm sóc sức khỏe sẽ không được chi trả.

12.3 Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, bắt đầu từ Ngày ký niệm hợp đồng lần thứ 12 (mười hai) trở đi:

- Khoản tiền mặt còn lại của quỹ chăm sóc sức khỏe (nếu có) sẽ được hưởng lãi theo lãi suất dựa theo kết quả đầu tư của Công ty sau khi trừ đi một số chi phí quản lý nhưng không quá 0,5%/năm; và Công ty tiếp tục chi trả các chi phí điều trị y tế và Chi phí khám sức khỏe định kỳ hàng năm như quy định tại Điều 12.2; hoặc

- Bên mua bảo hiểm có quyền rút toàn bộ hoặc một phần khoản tiền còn lại của quỹ chăm sóc sức khỏe (nếu có) tùy theo nhu cầu.

Trường hợp khoản tiền còn lại của quỹ Chăm sóc sức khỏe bằng 0 (không), quyền lợi Chăm sóc sức khỏe sẽ chấm dứt hiệu lực. Khi đó, Công ty sẽ không chi trả cho bất cứ yêu cầu giải quyết quyền lợi chăm sóc sức khỏe nào.

12.4 Quyền lợi Chăm sóc sức khỏe sẽ chấm dứt hiệu lực khi Bên mua bảo hiểm rút toàn bộ khoản tiền còn lại của quỹ chăm sóc sức khỏe hoặc khi khoản tiền còn lại của quỹ chăm sóc sức khỏe bằng 0 (không) theo quy định tại Điều 12.3; hoặc khi số tiền còn lại của quỹ chăm sóc sức khỏe (nếu có) đã được chi trả cùng với những quyền lợi khác theo Quy tắc, điều khoản sản phẩm bảo hiểm này. Khi đó, Công ty sẽ không chi trả cho bất cứ yêu cầu giải quyết quyền lợi chăm sóc sức khỏe nào.

Điều 13: Quyền lợi bảo hiểm trong trường hợp tử vong hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn

13.1 Quyền lợi bảo hiểm trong trường hợp tử vong hoặc Thương tật toàn bộ vĩnh viễn:

- a. Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm đang có hiệu lực, nếu Người được bảo hiểm từ đủ 18 (mười tám) Tuổi bảo hiểm trở lên tử vong; hoặc trong thời gian Người được bảo hiểm từ đủ 18 (mười tám) Tuổi bảo hiểm đến Ngày kỷ niệm năm hợp đồng ngay sau sinh nhật lần thứ 65 (sáu mươi lăm) bị Thương tật toàn bộ vĩnh viễn theo quy định tại Điều 2.15, Công ty sẽ chi trả:
 - giá trị nào cao hơn của 200% (hai trăm phần trăm) Số tiền bảo hiểm và tổng phí bảo hiểm đã đóng của sản phẩm bảo hiểm này (không bao gồm phí bảo hiểm của (các) sản phẩm bổ trợ và không có lãi); và
 - kèm theo Bảo tức tích lũy và Lãi chia cuối hợp đồng (nếu có), sau khi trừ đi Khoản nợ (nếu có).
- b. Trong trường hợp Người được bảo hiểm dưới 18 (mười tám) Tuổi bảo hiểm tử vong hoặc bị Thương tật toàn bộ vĩnh viễn theo quy định tại Điều 2.15 khi chưa đạt 18 (mười tám) Tuổi bảo hiểm, Công ty sẽ chi trả:
 - toàn bộ tổng Phí bảo hiểm đã đóng của sản phẩm bảo hiểm này (không bao gồm phí của (các) sản phẩm bổ trợ và không có lãi); và

- kèm theo Bảo tức tích lũy và Lãi chia cuối hợp đồng (nếu có), sau khi trừ đi Khoản nợ (nếu có).

c. Khi chi trả quyền lợi tử vong hoặc Thương tật toàn bộ vĩnh viễn, nếu số tiền còn lại của quỹ Chăm sóc sức khỏe và quyền lợi tiền mặt định kỳ đã phát sinh mà Bên mua bảo hiểm chưa nhận vẫn còn thì sẽ được Công ty chi trả cùng với chi trả quyền lợi tử vong và quyền lợi Thương tật toàn bộ vĩnh viễn.

13.2 Quyền lợi bảo hiểm trong trường hợp tử vong hoặc Thương tật toàn bộ vĩnh viễn do Tai nạn:

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm đang có hiệu lực, nếu Người được bảo hiểm tử vong hoặc bị Thương tật toàn bộ vĩnh viễn theo quy định tại Điều 2.15 do Tai nạn trong thời gian Người được bảo hiểm từ đủ 18 (mười tám) Tuổi bảo hiểm cho đến Ngày kỷ niệm hợp đồng ngay sau sinh nhật lần thứ 65 (sáu mươi lăm), ngoài quyền lợi bảo hiểm được quy định tại Điều 13.1, Công ty sẽ chi trả thêm 200% (hai trăm phần trăm) của Số tiền bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm này.

Điều 14: Quyền lợi đáo hạn hợp đồng

Trong trường hợp Người được bảo hiểm vẫn còn sống và Hợp đồng bảo hiểm vẫn còn hiệu lực vào Ngày đáo hạn hợp đồng, Công ty sẽ chi trả 100% (một trăm phần trăm) Số tiền bảo hiểm, cộng với Bảo tức tích lũy và Lãi chia cuối hợp đồng (nếu có) sau khi khấu trừ Khoản nợ (nếu có).

Khi thanh toán quyền lợi đáo hạn, nếu số tiền còn lại của quỹ chăm sóc sức khỏe và quyền lợi tiền mặt định kỳ đã phát sinh mà Bên mua bảo hiểm chưa nhận vẫn còn, sẽ được Công ty chi trả cùng với quyền lợi đáo hạn.

Điều 15: Điều khoản loại trừ

15.1 Công ty không chi trả quyền lợi bảo hiểm theo quy định tại Điều 13 nếu Người được bảo hiểm tử vong hoặc bị Thương tật toàn bộ vĩnh viễn do một trong các nguyên nhân sau đây:

a. Hành động tự tử trong thời hạn 02 (hai) năm kể từ Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng gần nhất, tùy theo ngày nào đến sau; hoặc

- b. Hành động tự gây thương tích, cho dù là trong trạng thái tinh thần bình thường hay mất trí; hoặc
- c. Các hành vi vi phạm pháp luật của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm; hoặc hành vi cố ý của Người thụ hưởng đối với Người được bảo hiểm; hoặc
- d. Ảnh hưởng của rượu bia mà trong máu hoặc hơi thở có nồng độ cồn vượt quá mức quy định của pháp luật; hoặc
- e. Ảnh hưởng của ma túy, chất kích thích, chất gây mê trừ khi được chỉ dẫn hoặc dùng theo đơn thuốc của Bác sỹ; hoặc do ảnh hưởng của bất kỳ quá trình điều trị hoặc phẫu thuật nào của những người không phải là Bác sỹ thực hiện; hoặc
- f. Tham gia vào các hoạt động thể thao chuyên nghiệp hoặc các hoạt động trên không trừ khi với tư cách là hành khách có mua vé trên một chuyến bay có giấy phép hoạt động và lịch trình bay thương mại; hoặc
- g. Thực hiện các Phẫu thuật theo yêu cầu. Phẫu thuật theo yêu cầu là (các) thủ thuật y tế, bao gồm cả giải phẫu thẩm mỹ, được thực hiện chỉ theo yêu cầu của Người được bảo hiểm mà không liên quan đến việc điều trị và phẫu thuật bình thường do ngành y tế quy định; hoặc
- h. Nhiễm HIV, bị AIDS (hội chứng suy giảm miễn dịch) hoặc các bệnh có liên quan đến HIV hoặc AIDS; hoặc
- i. Động đất, núi lửa, phản ứng hạt nhân; hoặc
- j. Chiến tranh, nội chiến, bạo động, nổi loạn, khủng bố và các sự kiện mang tính chất chiến tranh khác.
- k. do Bệnh có sẵn được quy định tại Điều 2.31.

15.2 Kể từ ngày Người được bảo hiểm tử vong hoặc Thương tật toàn bộ vĩnh viễn do các nguyên nhân quy định tại Điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm này, Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực. Công ty sẽ trả cho Bên mua bảo hiểm giá trị nào lớn hơn của:

- Giá trị hoàn lại sau khi trừ đi các Khoản nợ (nếu có); hoặc
- Tổng số phí bảo hiểm đã đóng (không có lãi) của sản phẩm bảo hiểm này sau khi khấu trừ: (i) các quyền lợi tiền mặt định kỳ và lãi phát sinh (nếu có) mà Bên mua

bảo hiểm đã nhận; (ii) các khoản chi trả giải quyết quyền lợi chăm sóc sức khỏe, rút tiền mặt và lãi phát sinh từ quỹ Chăm sóc sức khỏe mà Bên mua bảo hiểm đã nhận; (iii) Khoản nợ (nếu có) và chi phí khám sức khỏe (nếu có).

Trong trường hợp này, Công ty sẽ không chi trả thêm bất kỳ khoản quyền lợi tiền mặt định kỳ và quyền lợi chăm sóc sức khỏe nào.

Kể từ ngày Người được bảo hiểm bị Thương tật toàn bộ vĩnh viễn do các nguyên nhân được quy định tại Điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm này, nếu Bên mua bảo hiểm vẫn muốn tiếp tục duy trì hiệu lực hợp đồng, Bên mua bảo hiểm có thể gửi thông báo bằng văn bản cho Công ty để tiếp tục duy trì hiệu lực hợp đồng. Các quyền lợi bảo hiểm khác như quyền lợi tiền mặt định kỳ, quyền lợi chăm sóc sức khỏe, quyền lợi đáo hạn, quyền lợi bảo hiểm khi Người được bảo hiểm tử vong hoặc Thương tật toàn bộ vĩnh viễn theo quy định không thuộc phạm vi loại trừ vẫn sẽ được chi trả.

15.3 Trong trường hợp một hoặc một số Người thụ hưởng cố ý gây ra cái chết hay Thương tật toàn bộ vĩnh viễn cho Người được bảo hiểm, Công ty chi trả tiền bảo hiểm cho những người thụ hưởng khác tương ứng với phần thuộc về những người thụ hưởng này.

Điều 16: Lãi chia cho bên mua bảo hiểm

Lãi chia cho Bên mua bảo hiểm bao gồm Bảo tức và Lãi chia cuối hợp đồng, là khoản lãi chia, không đảm bảo, từ 80% lợi nhuận của quỹ chủ hợp đồng tham gia chia lãi cho Bên mua bảo hiểm và được tính bằng tỷ lệ phần trăm của Số tiền bảo hiểm.

Với các Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực trên 1 năm, Công ty sẽ thông báo Bảo tức hàng năm cho Bên mua bảo hiểm. Sau khi được thông báo, giá trị Bảo tức sẽ được đảm bảo, được tích lũy (không có lãi) cho đến hết Thời hạn bảo hiểm và được chi trả cùng với quyền lợi đáo hạn, quyền lợi tử vong hoặc Thương tật toàn bộ vĩnh viễn nêu trên. Bảo tức chỉ có giá trị tại thời điểm chi trả và không được rút trước.

Hợp đồng bảo hiểm sẽ không được tiếp tục chia Bảo tức khi Hợp đồng bảo hiểm được thực hiện duy trì hợp đồng với Số tiền bảo hiểm giảm theo Điều 20 hoặc Hợp đồng bảo hiểm bị chấm dứt theo quy định tại Điều 25.

CHƯƠNG 3: CÁC THAY ĐỔI TRONG QUÁ TRÌNH THỰC HIỆN HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

Điều 17: Chuyển nhượng hợp đồng bảo hiểm

- a. Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực và Người được bảo hiểm còn sống, Bên mua bảo hiểm có thể chuyển nhượng Hợp đồng bảo hiểm cho cá nhân khác (hoặc tổ chức khác) nếu việc chuyển nhượng phù hợp với quy định của Luật Kinh doanh Bảo hiểm. Bên nhận chuyển nhượng phải đáp ứng yêu cầu về mối quan hệ có thể được bảo hiểm và đáp ứng các quy định của pháp luật liên quan tại thời điểm chuyển nhượng.

Việc chuyển nhượng Hợp đồng bảo hiểm chỉ có hiệu lực khi Bên mua bảo hiểm thông báo yêu cầu chuyển nhượng bằng văn bản và được Công ty chấp thuận và xác nhận việc chuyển nhượng đó bằng văn bản với điều kiện bên nhận chuyển nhượng thỏa mãn các yêu cầu của quy tắc, điều khoản sản phẩm bảo hiểm này và các quy định pháp luật liên quan.

Khi việc chuyển nhượng có hiệu lực, bên nhận chuyển nhượng sẽ có toàn bộ quyền lợi và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm đối với Hợp đồng bảo hiểm. Tuy nhiên, Người được bảo hiểm sẽ không thay đổi.

Công ty không chịu trách nhiệm về tính hợp pháp của việc chuyển nhượng giữa Bên mua bảo hiểm và bên nhận chuyển nhượng.

- b. Trường hợp Bên mua bảo hiểm là một tổ chức đã bị tuyên bố giải thể, phá sản hoặc chấm dứt hoạt động trước khi chấm dứt hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm, Người được bảo hiểm, nếu đáp ứng điều kiện theo Quy tắc, điều khoản này và mong muốn trở thành Bên mua bảo hiểm, sẽ trở thành Bên mua bảo hiểm mới và có toàn bộ quyền lợi và nghĩa vụ đối với Hợp đồng bảo hiểm. (Những) người thụ hưởng do Bên mua bảo hiểm ban đầu chỉ định sẽ tự động hủy bỏ.

Trường hợp Người được bảo hiểm không muốn trở thành hoặc không đủ điều kiện theo quy định của Quy tắc, điều khoản này để trở thành Bên mua bảo hiểm mới, Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực và Công ty chi trả Giá trị hoàn lại (nếu có), khoản tiền còn lại của quỹ Chăm sóc sức khỏe (nếu có) và quyền lợi tiền mặt định kỳ đã phát sinh mà Bên mua bảo hiểm chưa nhận (nếu có) trừ đi Khoản nợ (nếu có) tại thời điểm Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt hiệu lực cho Người được bảo hiểm.

Điều 18: Thay đổi người thụ hưởng

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực và Người được bảo hiểm còn sống, với sự đồng ý của Người được bảo hiểm hoặc cha mẹ của Người được bảo hiểm nếu Người được bảo hiểm dưới 18 (mười tám) tuổi, Bên mua bảo hiểm có thể gửi yêu cầu thay đổi (những) Người thụ hưởng hoặc tỷ lệ thụ hưởng của mỗi Người thụ hưởng của Hợp đồng bảo hiểm cho Công ty. Việc thay đổi chỉ có hiệu lực khi Công ty chấp thuận bằng văn bản và Công ty không chịu trách nhiệm về tính hợp pháp cũng như tranh chấp (nếu có) của Bên mua bảo hiểm hoặc những người liên quan đến việc chỉ định thay đổi Người thụ hưởng.

Điều 19: Giảm số tiền bảo hiểm

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm đang có hiệu lực, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu giảm Số tiền bảo hiểm bằng cách gửi văn bản đến Công ty. Kể từ thời điểm Công ty chấp thuận bằng văn bản, Phí bảo hiểm và các điều kiện khác có liên quan (quyền lợi tiền mặt định kỳ, quyền lợi chăm sóc sức khỏe...) của Hợp đồng bảo hiểm sẽ được điều chỉnh tương ứng với Số tiền bảo hiểm mới.

Công ty sẽ trả lại cho Bên mua bảo hiểm phần chênh lệch giữa Giá trị hoàn lại của Số tiền bảo hiểm mới và Giá trị hoàn lại của Số tiền bảo hiểm trước khi giảm, sau khi trừ đi các Khoản nợ (nếu có).

Việc giảm Số tiền bảo hiểm sẽ có hiệu lực vào kỳ phí tiếp theo ngay sau ngày yêu cầu giảm Số tiền bảo hiểm được Công ty chấp thuận.

Điều 20: Duy trì hợp đồng với số tiền bảo hiểm giảm

Sau khi Hợp đồng bảo hiểm đã có Giá trị hoàn lại, Bên mua bảo hiểm có thể dừng nộp Phí bảo hiểm và tiếp tục duy trì Hợp đồng bảo hiểm này với Số tiền bảo hiểm mới thấp hơn Số tiền bảo hiểm ban đầu - gọi là “Số tiền bảo hiểm giảm”.

Bên mua bảo hiểm phải thông báo cho Công ty bằng văn bản yêu cầu dừng nộp Phí bảo hiểm và duy trì Hợp đồng bảo hiểm với Số tiền bảo hiểm giảm chậm nhất 30 (ba mươi) ngày trước ngày đến hạn nộp Phí bảo hiểm tiếp theo. Trong thời gian 30 (ba mươi) ngày kể từ ngày nhận được yêu cầu của Bên mua bảo hiểm, Công ty sẽ thông báo bằng văn bản về chấp thuận hoặc từ chối yêu cầu của Bên mua bảo hiểm. Trường hợp chấp thuận, Công ty sẽ thông báo Số tiền bảo hiểm giảm tại thời điểm

dừng nộp Phí bảo hiểm và các thay đổi tương ứng có liên quan.

Khi Hợp đồng bảo hiểm được duy trì với Số tiền bảo hiểm giảm:

- Hợp đồng bảo hiểm sẽ không có Giá trị hoàn lại; và
- Bảo tức tích lũy, quyền lợi tiền mặt định kỳ đã phát sinh mà Bên mua bảo hiểm chưa nhận (nếu có) và khoản tiền còn lại của quỹ chăm sóc sức khỏe (nếu có) tính đến thời điểm thực hiện yêu cầu duy trì hợp đồng với Số tiền bảo hiểm giảm sẽ được Công ty chi trả cho Bên mua bảo hiểm ngay sau khi Hợp đồng bảo hiểm chuyển sang tình trạng duy trì hợp đồng với Số tiền bảo hiểm giảm; và
- Quyền lợi tiền mặt định kỳ và Quyền lợi chăm sóc sức khỏe theo Điều 11 và Điều 12 của Quy tắc điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm sau khi Hợp đồng bảo hiểm được duy trì với Số tiền bảo hiểm giảm sẽ không phát sinh và không được chi trả; và
- Các sản phẩm bổ trợ theo Hợp đồng bảo hiểm này sẽ tự động chấm dứt; và
- Hợp đồng bảo hiểm sẽ không được tiếp tục chia Bảo tức và Lãi chia cuối hợp đồng.

Điều 21: Thay đổi nghề nghiệp/ nơi cư trú/ ra khỏi lãnh thổ Việt Nam

Trường hợp Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm thay đổi thông tin liên hệ, thông tin cá nhân, nghề nghiệp, Bên mua bảo hiểm phải thông báo bằng văn bản cho Công ty trong vòng 30 (ba mươi) ngày kể từ ngày có thay đổi.

Nếu Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm sản phẩm bảo hiểm này hoặc Người được bảo hiểm của các sản phẩm bổ trợ (nếu có) ra khỏi phạm vi lãnh thổ Việt Nam trong thời gian từ 03 (ba) tháng trở lên, Bên mua bảo hiểm cần phải thông báo bằng văn bản cho Công ty tối thiểu 30 (ba mươi) ngày trước ngày Người được bảo hiểm xuất cảnh.

Đối với các thay đổi nêu trên, Công ty có thể thẩm định lại rủi ro có thể được bảo hiểm hoặc điều kiện tham gia bảo hiểm để:

- xác định lại mức Phí bảo hiểm; hoặc
- loại trừ trách nhiệm bảo hiểm, giảm quyền lợi bảo hiểm; hoặc

- chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm. Nếu Công ty chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm, Công ty sẽ chi trả cho Bên mua bảo hiểm Giá trị hoàn lại tại thời điểm đó trừ đi các Khoản nợ (nếu có).

Công ty có quyền từ chối chi trả quyền lợi bảo hiểm nếu Bên mua bảo hiểm vi phạm nghĩa vụ thông báo về việc Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm thay đổi nghề nghiệp hoặc ra khỏi lãnh thổ Việt Nam theo quy định tại điều này.

Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm không thông báo về việc thay đổi nơi cư trú ra khỏi phạm vi lãnh thổ Việt Nam, tuy nhiên Công ty có được thông tin xác nhận về sự thay đổi này, Công ty sẽ có toàn quyền chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm và hoàn trả cho Bên mua bảo hiểm Giá trị hoàn lại của hợp đồng sau khi trừ đi các Khoản nợ (nếu có).

Trong mọi trường hợp, Công ty sẽ chỉ chấp nhận việc thanh toán thông qua tài khoản ngân hàng của Bên mua bảo hiểm được mở tại Việt Nam. Mọi thông báo sẽ được gửi tới địa chỉ liên hệ tại Việt Nam mà Bên mua bảo hiểm đã đăng ký với Công ty.

Điều 22: Thay đổi định kỳ đóng phí

Bên mua bảo hiểm có quyền yêu cầu thay đổi định kỳ đóng phí trong Thời hạn đóng phí, tùy thuộc vào sự chấp nhận của Công ty. Văn bản yêu cầu thay đổi định kỳ đóng phí phải được gửi tới Công ty chậm nhất 30 (ba mươi) ngày trước Ngày đến hạn đóng phí của kỳ phí tiếp theo.

Điều 23: Trường hợp nhầm lẫn khi kê khai tuổi và/hoặc giới tính của người được bảo hiểm

Trường hợp nhầm lẫn khi kê khai tuổi và/hoặc giới tính của Người được bảo hiểm, Số tiền bảo hiểm hoặc Phí bảo hiểm sẽ được điều chỉnh lại theo tuổi và/hoặc giới tính đúng, cụ thể như sau:

- 23.1 Nếu Phí bảo hiểm đã đóng thấp hơn số Phí bảo hiểm tính theo tuổi và/hoặc giới tính đúng, Công ty sẽ yêu cầu Bên mua bảo hiểm đóng thêm Phí bảo hiểm bổ sung tương ứng với Số tiền bảo hiểm được quy định trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc bản sửa đổi bổ sung, nếu có.

23.2 Nếu Phí bảo hiểm đã đóng cao hơn Phí bảo hiểm tính theo tuổi và/hoặc giới tính đúng, Công ty sẽ hoàn trả cho Bên mua bảo hiểm phần Phí bảo hiểm nộp thừa, không có lãi.

23.3 Nếu theo tuổi và/hoặc giới tính đúng, Người được bảo hiểm không được Công ty chấp nhận bảo hiểm thì Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực và Công ty không giải quyết quyền lợi bảo hiểm cho bất kỳ sự kiện bảo hiểm nào, kể cả các Sự kiện bảo hiểm đã phát sinh trước ngày Hợp đồng bảo hiểm bị hủy bỏ. Trong trường hợp này, Công ty sẽ hoàn trả giá trị nào lớn hơn giữa:

- Giá trị hoàn lại sau khi trừ đi Khoản nợ (nếu có) và chi phí khám sức khỏe (nếu có); và
- Tổng Phí bảo hiểm đã đóng, không có lãi của Hợp đồng bảo hiểm sau khi khấu trừ: (i) các khoản tiền mặt định kỳ, lãi phát sinh mà Bên mua bảo hiểm đã nhận; (ii) các khoản chi trả quyền lợi chăm sóc sức khỏe, rút tiền mặt và lãi phát sinh từ quỹ Chăm sóc sức khỏe mà Bên mua bảo hiểm đã nhận; (iii) các khoản chi trả quyền lợi bảo hiểm của sản phẩm bổ trợ (nếu có); (iv) Khoản nợ và chi phí khám sức khỏe (nếu có). Trong trường hợp này, Công ty sẽ không chi trả thêm bất kỳ các khoản quyền lợi tiền mặt định kỳ và quyền lợi chăm sóc sức khỏe nào.

Điều 24: Thay đổi trong trường hợp bên mua bảo hiểm tử vong

Trường hợp Bên mua bảo hiểm là cá nhân, trong thời gian hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm, nếu Bên mua bảo hiểm tử vong, nhưng Người được bảo hiểm còn sống thì Hợp đồng bảo hiểm được giải quyết theo thứ tự ưu tiên như sau:

- Trường hợp Người được bảo hiểm từ 18 (mười tám) tuổi trở lên và mong muốn trở thành Bên mua bảo hiểm: Người được bảo hiểm sẽ trở thành Bên mua bảo hiểm mới và có toàn bộ quyền lợi và nghĩa vụ đối với Hợp đồng bảo hiểm; hoặc
- Trường hợp Người được bảo hiểm dưới 18 (mười tám) tuổi hoặc Người được bảo hiểm không muốn trở thành Bên mua bảo hiểm: người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm có quyền thừa kế toàn bộ quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm với điều kiện người thừa kế hợp pháp này hội đủ các điều kiện quy định cho Bên mua bảo hiểm theo Quy

tác, điều khoản sản phẩm bảo hiểm này.

Nếu có từ 2 (hai) người thừa kế hợp pháp trở lên thì tất cả những người thừa kế sẽ phải thỏa thuận và chỉ định bằng văn bản cho 1 (một) người hội đủ điều kiện của Bên mua bảo hiểm theo Quy tắc, điều khoản của sản phẩm này để trở thành Bên mua bảo hiểm mới. Nếu (những) người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm không muốn tiếp tục thực hiện Hợp đồng bảo hiểm hoặc không thỏa mãn điều kiện theo quy định cho Bên mua bảo hiểm theo Quy tắc, điều khoản này thì phải thông báo bằng văn bản cho Công ty kể từ ngày Bên mua bảo hiểm tử vong.

- Trong thời hạn 60 ngày kể từ ngày Bên mua bảo hiểm tử vong, Người được bảo hiểm và (những) người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm có trách nhiệm hoàn tất việc chỉ định Bên mua bảo hiểm mới.

Nếu điều kiện trên không được đáp ứng, Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực và Công ty chi trả cho (những) người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm Giá trị hoàn lại (nếu có), khoản tiền còn lại của quỹ Chăm sóc sức khỏe (nếu có) và quyền lợi tiền mặt định kỳ đã phát sinh mà Bên mua bảo hiểm chưa nhận (nếu có); sau khi trừ đi Khoản nợ (nếu có) tại thời điểm Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt hiệu lực.

Công ty không chịu trách nhiệm về tính hợp pháp, hợp lệ, và tranh chấp liên quan đến việc chỉ định Bên mua bảo hiểm mới của (những) người thừa kế.

Điều 25: Chấm dứt hiệu lực hợp đồng

25.1 Bên mua bảo hiểm có quyền yêu cầu chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm trước thời hạn bằng cách gửi thông báo bằng văn bản cho Công ty trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực. Ngày chấm dứt hợp đồng là ngày Công ty nhận được yêu cầu bằng văn bản về việc chấm dứt hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm của Bên mua bảo hiểm.

Khi chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm trước thời hạn, Bên mua bảo hiểm sẽ nhận được Giá trị hoàn lại (nếu có), trừ đi Khoản nợ (nếu có). Nếu khoản tiền còn lại của quỹ Chăm sóc sức khỏe (nếu có) và quyền lợi tiền mặt định kỳ đã phát sinh mà Bên mua bảo hiểm chưa nhận tại thời điểm Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt hiệu lực sẽ được chi trả khi chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm trước thời hạn.

25.2 Ngoài các quy định về việc chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm tại Điều 7.3, 9.3, 17b, 21,

23.3, 24 theo quy tắc, điều khoản của sản phẩm bảo hiểm này, Hợp đồng bảo hiểm cũng sẽ chấm dứt hiệu lực tại thời điểm xảy ra sớm nhất của một trong các sự kiện sau:

- Hợp đồng bảo hiểm bị chấm dứt hiệu lực trước thời hạn theo yêu cầu của Bên mua bảo hiểm theo quy định tại Điều 25.1; hoặc
- Ngày đáo hạn hợp đồng; hoặc
- Ngày kỷ niệm hợp đồng tiếp theo ngay sau ngày sinh nhật lần thứ 80 (tám mươi) Người được bảo hiểm; hoặc
- Bên mua bảo hiểm không đóng Phí bảo hiểm theo quy định tại Điều 8.3; hoặc
- Ngày Người được bảo hiểm tử vong; hoặc
- Ngày Người được bảo hiểm bị Thương tật toàn bộ vĩnh viễn theo quy định tại Điều 2.15 trừ trường hợp Hợp đồng bảo hiểm vẫn được duy trì theo Điều 15.2; hoặc
- Hợp đồng bảo hiểm bị mất hiệu lực quá 24 tháng kể từ ngày Hợp đồng bảo hiểm bị mất hiệu lực.

CHƯƠNG 4: GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM VÀ TRANH CHẤP

Điều 26: Giải quyết quyền lợi bảo hiểm

26.1 Người nhận quyền lợi bảo hiểm và thứ tự ưu tiên nhận quyền lợi bảo hiểm

- a. Trường hợp Bên mua bảo hiểm là cá nhân: Công ty sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm cho những người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm theo thứ tự ưu tiên sau:
 - Bên mua bảo hiểm;
 - (Những) Người thụ hưởng; Trường hợp có nhiều Người thụ hưởng mà 01 (một) trong những người này không còn sống hoặc tồn tại (nếu Người thụ hưởng là tổ chức) tại thời điểm phát sinh sự kiện bảo hiểm, phần quyền lợi bảo hiểm của người này sẽ được chi trả cho (những) Người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm;
 - (Những) Người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm.

b. Trường hợp Bên mua bảo hiểm là tổ chức: Công ty sẽ chi trả:

- Quyền lợi tiền mặt định kỳ và quyền lợi đáo hạn cho Bên mua bảo hiểm.
- Quyền lợi Thương tật toàn bộ vĩnh viễn và quyền lợi Chăm sóc sức khỏe cho Người được bảo hiểm.
- Quyền lợi tử vong: sẽ được chi trả theo thứ tự ưu tiên sau:
 - Người thụ hưởng. Trường hợp có nhiều Người thụ hưởng mà 01 (một) trong những người này không còn sống hoặc tồn tại (nếu Người thụ hưởng là tổ chức) tại thời điểm phát sinh sự kiện bảo hiểm, phần quyền lợi bảo hiểm của người này sẽ được chi trả cho (những) Người thừa kế hợp pháp của Người được bảo hiểm.
 - Người thừa kế hợp pháp của Người được bảo hiểm trong trường hợp không có Người thụ hưởng.

26.2 Thời hạn nộp yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Bên mua bảo hiểm hoặc Người nhận quyền lợi bảo hiểm có nghĩa vụ thông báo cho Công ty về Sự kiện bảo hiểm (tử vong hoặc Thương tật toàn bộ vĩnh viễn) trong thời gian sớm nhất kể từ khi Bên mua bảo hiểm hoặc người nhận quyền lợi bảo hiểm biết được sự kiện bảo hiểm và cung cấp các chứng từ theo quy định để giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

Thời hạn nộp đơn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm tới Công ty tối đa là 01 (một) năm kể từ Ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm. Thời gian 01 (một) năm này không bao gồm thời gian trì hoãn do các trở ngại khách quan và sự kiện bất khả kháng.

26.3 Hồ sơ yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm

Bằng chi phí của mình, Người nhận quyền lợi bảo hiểm phải cung cấp các tài liệu trong các trường hợp yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm như sau:

a. Trường hợp giải quyết quyền lợi tiền mặt định kỳ, quyền lợi đáo hạn:

- Giấy yêu cầu nhận quyền lợi tiền mặt định kỳ hoặc quyền lợi đáo hạn (theo mẫu Công ty cung cấp);
- Bản gốc Giấy chứng nhận bảo hiểm (trường hợp nhận quyền lợi đáo hạn) và

các sửa đổi, bổ sung, nếu có. Trường hợp Giấy chứng nhận bảo hiểm bị mất, người nhận quyền lợi bảo hiểm phải thông báo cho Công ty bằng văn bản theo mẫu do Công ty quy định;

- Bản sao giấy tờ tùy thân của Người nhận quyền lợi bảo hiểm (chứng minh nhân dân/hộ chiếu/thẻ căn cước/giấy phép lái xe ...).

b. Trường hợp giải quyết quyền lợi chăm sóc sức khỏe:

- Giấy yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm (theo mẫu Công ty cung cấp);
- Các chứng từ liên quan đến việc điều trị: đơn thuốc, kết quả xét nghiệm, phiếu phẫu thuật (trong trường hợp phẫu thuật), giấy xuất viện, sổ khám bệnh hoặc giấy chứng nhận y khoa do Bác sỹ điều trị hoặc Bác sỹ ký tên có ghi rõ chẩn đoán và sự điều trị được áp dụng;
- Các chứng từ liên quan đến việc thanh toán chi phí y tế hợp lệ;
- Bản sao giấy tờ tùy thân của Người nhận quyền lợi bảo hiểm (chứng minh nhân dân/hộ chiếu/thẻ căn cước/giấy phép lái xe ...);
- Bản sao giấy tờ chứng minh mối quan hệ với Người được bảo hiểm (giấy khai sinh, hộ khẩu, giấy đăng ký kết hôn ...) trong trường hợp yêu cầu giải quyết quyền lợi chăm sóc sức khỏe cho người thân của Người được bảo hiểm.

c. Trường hợp giải quyết quyền lợi bảo hiểm tử vong, quyền lợi Thương tật toàn bộ vĩnh viễn:

- Giấy yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm (theo mẫu Công ty cung cấp) được điền đầy đủ, trung thực và chính xác;
- Bản gốc Giấy chứng nhận bảo hiểm và các sửa đổi, bổ sung, nếu có. Trường hợp Giấy chứng nhận bảo hiểm bị mất, người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải thông báo cho Công ty theo mẫu do Công ty quy định;
- Trường hợp tử vong: bản sao có chứng thực sao y bản chính của Giấy chứng tử, Giấy báo tử.
- Trường hợp Thương tật toàn bộ vĩnh viễn:
 - o Trường hợp Người được bảo hiểm bị mất hoàn toàn và không thể phục

hồi được chức năng của các bộ phận theo định nghĩa tại Điều 2.15: Bản gốc giấy ra viện, giấy chứng nhận phẫu thuật, tóm tắt hồ sơ bệnh án được bệnh viện cấp hợp lệ có đầy đủ thông tin.

- Trường hợp Người được bảo hiểm bị liệt hoàn toàn và không thể phục hồi chức năng của các bộ phận cơ thể hoặc bị thương tật từ 81% theo định nghĩa tại Điều 2.15: Biên bản giám định thương tật do cơ quan có thẩm quyền từ cấp tỉnh trở lên cấp nêu rõ tình trạng thương tật của Người được bảo hiểm đáp ứng các điều kiện mà Quy tắc và Điều khoản bảo hiểm này yêu cầu.
- Bản công chứng, chứng thực hợp pháp hóa lãnh sự các giấy tờ, bằng chứng (bằng tiếng Anh hoặc tiếng Việt) cho trường hợp khám và điều trị ở nước ngoài;
- Bản sao giấy tờ tùy thân của Người nhận quyền lợi bảo hiểm (chứng minh nhân dân/hộ chiếu/thẻ căn cước);
- Tài liệu chứng minh quyền được nhận quyền lợi bảo hiểm của người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm như giấy tờ chứng minh mối quan hệ với Người được bảo hiểm và/hoặc Bên mua bảo hiểm (tùy từng trường hợp), giấy ủy quyền, bản sao chứng thực di chúc hoặc giấy tờ xác nhận hợp pháp khác.
- Các giấy tờ chứng thực sự kiện bảo hiểm:
 - Trường hợp sự kiện bảo hiểm do Tai nạn: Biên bản tai nạn, biên bản khám nghiệm hiện trường, báo cáo kết luận điều tra, biên bản giám định pháp y được cơ quan có thẩm quyền cấp, xác nhận rằng các rủi ro của Người được bảo hiểm đáp ứng yêu cầu của Quy tắc và Điều khoản bảo hiểm này.
 - Trường hợp sự kiện bảo hiểm do bệnh: hồ sơ y tế liên quan đến khám, xét nghiệm, chẩn đoán và điều trị bệnh của Người được bảo hiểm có xác nhận của bệnh viện hoặc cơ sở y tế có thẩm quyền.

26.4 Thời gian giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Công ty sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm trong vòng 05 (năm) ngày làm việc đối với

quyền lợi đáo hạn và tối đa không quá 30 (ba mươi) ngày đối với quyền lợi khác kể từ ngày Công ty nhận được đầy đủ hồ sơ hợp lệ.

Nếu việc trì hoãn chi trả là do lỗi của Công ty thì Công ty sẽ trả thêm tiền lãi của số tiền này. Mức lãi suất áp dụng cho khoản chi trả chậm này được căn cứ trên lãi suất huy động của ngân hàng Vietcombank với kỳ hạn tương ứng gần nhất.

Điều 27: Trọng tài và giải quyết tranh chấp

Khi xảy ra tranh chấp liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm mà các bên không thể giải quyết được bằng thỏa thuận hoặc hòa giải, mỗi bên có thể yêu cầu Tòa án Việt Nam có thẩm quyền giải quyết theo quy định của pháp luật. Thời hiệu khởi kiện là 03 (ba) năm kể từ ngày xảy ra tranh chấp. Án phí do bên thua kiện chịu hoặc do Tòa án chỉ định.