

ĐIỀU KHOẢN SẢN PHẨM BẢO HIỂM HỖN HỢP ĐẾN TUỔI 85 (NỮ)

(Được phê chuẩn tại Công văn số: 5560/BTC - QL BH ngày 28 tháng 4 năm 2011 của Bộ Tài Chính)

Được sửa đổi bổ sung tại Công văn số 1364/BTC - QL BH và Công văn số 1365/BTC - QL BH ngày 25 tháng 1 năm 2013 và Công văn số: 16377/BTC - QL BH ngày 16 tháng 11 năm 2016 của Bộ Tài Chính)

CHƯƠNG I ▸ CÁC ĐIỀU KHOẢN CHUNG

1 ▸ ĐỊNH NGHĨA

Công ty: là Công Ty Trách Nhiệm Hữu Hạn Manulife (Việt Nam), một công ty bảo hiểm nhân thọ được thành lập và hoạt động theo pháp luật Việt Nam. Công ty có các quyền và nghĩa vụ được nêu trong Hợp đồng bảo hiểm và bị ràng buộc bởi các điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm.

Bên mua bảo hiểm: là cá nhân hoặc tổ chức có nhu cầu mua bảo hiểm, giao kết Hợp đồng bảo hiểm với Công ty, đóng Phí bảo hiểm và được ghi tên Bên mua bảo hiểm trong Trang hợp đồng, hoặc Xác nhận thay đổi hợp đồng (nếu có). Bên mua bảo hiểm sẽ có tất cả các quyền và các nghĩa vụ được nêu trong Hợp đồng bảo hiểm và bị ràng buộc bởi các điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm. Vào ngày cấp Hợp đồng bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm nếu là cá nhân phải đủ 18 tuổi, đang cư trú tại Việt Nam và có năng lực hành vi dân sự đầy đủ. Trong trường hợp là tổ chức, vào ngày cấp Hợp đồng bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm phải được thành lập và đang hoạt động theo pháp luật Việt Nam. Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm phải có quan hệ có thể được bảo hiểm tuân theo quy định của pháp luật về kinh doanh bảo hiểm.

Người được bảo hiểm: là người mà tính mạng và sức khỏe của người đó là đối tượng của Hợp đồng bảo hiểm và được ghi tên Người được bảo hiểm trong Trang hợp đồng. Người được bảo hiểm phải đang cư trú tại nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam vào lúc được cấp Hợp đồng bảo hiểm và được Công ty bảo hiểm theo quy tắc và điều khoản của sản phẩm bảo hiểm này. Người được bảo hiểm có thể nhưng không nhất thiết là Bên mua bảo hiểm của Hợp đồng.

Tuổi: là tuổi của Người được bảo hiểm vào Ngày hiệu lực hợp đồng tính theo ngày sinh nhật gần nhất trước Ngày hiệu lực hợp đồng. Tuổi được dùng để xác định Phí bảo hiểm. Tuổi của Người được bảo hiểm là từ 18 tuổi đến 50 tuổi.

Ngày cấp Hợp đồng: là ngày Công ty hoàn tất thẩm định và chấp thuận bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm với điều kiện Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm còn sống vào thời điểm hồ sơ yêu cầu bảo hiểm được Công ty chấp nhận. Ngày cấp hợp đồng được ghi trong Trang hợp đồng hoặc Xác nhận thay đổi hợp đồng, nếu có.

Ngày hiệu lực hợp đồng: là ngày Hợp đồng bảo hiểm bắt đầu

có hiệu lực được ghi trong Trang hợp đồng hoặc Xác nhận thay đổi hợp đồng, nếu có. Đây là ngày Bên mua bảo hiểm hoàn tất hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và đóng Phí bảo hiểm theo quy định tại hợp đồng bảo hiểm hoặc ngày được Bên mua bảo hiểm và Công ty thỏa thuận với điều kiện Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm còn sống vào Ngày cấp hợp đồng.

Ngày đáo hạn hợp đồng: là ngày Hợp đồng bảo hiểm kết thúc và được ghi trong Trang hợp đồng.

Ngày kỷ niệm hợp đồng: là ngày kỷ niệm hàng năm của Ngày hiệu lực hợp đồng, Ngày kỷ niệm hợp đồng có cùng ngày và tháng với Ngày hiệu lực hợp đồng.

Năm hợp đồng: là khoảng thời gian một năm dương lịch tính từ Ngày hiệu lực hợp đồng cho đến Ngày kỷ niệm hợp đồng đầu tiên hoặc bất kỳ năm tiếp theo nào tính từ Ngày kỷ niệm hợp đồng gần nhất đến Ngày kỷ niệm hợp đồng tiếp theo.

Trang hợp đồng: là một phần của Hợp đồng bảo hiểm thể hiện một số chi tiết cụ thể của Hợp đồng bảo hiểm.

Phí bảo hiểm: là số tiền mà Bên mua bảo hiểm phải đóng cho Công ty theo các điều khoản và điều kiện của Hợp đồng bảo hiểm.

Số tiền bảo hiểm: được ghi trong Trang hợp đồng hoặc Xác nhận thay đổi hợp đồng, nếu có.

Thời hạn đóng phí: là thời gian tính từ Ngày hiệu lực hợp đồng đến ngày trả hết Phí bảo hiểm được ghi trong Trang hợp đồng. Trong Thời hạn đóng phí, Phí bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm phải được đóng khi đến hạn.

Thời hạn hợp đồng: là thời gian tính từ Ngày hiệu lực hợp đồng đến Ngày đáo hạn hợp đồng.

Xác nhận thay đổi Hợp đồng: Là văn bản xác nhận việc Công ty chấp thuận các yêu cầu thay đổi liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm theo yêu cầu của Bên mua bảo hiểm và/hoặc quyết định của Công ty về việc thay đổi điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm. Xác nhận thay đổi Hợp đồng được làm thành văn bản có chữ ký của Tổng Giám đốc hoặc người được ủy quyền của Công ty và là một phần của Hợp đồng bảo hiểm.

Nợ: là bất kỳ khoản tiền nợ, Phí bảo hiểm hoặc phí còn nợ Công ty theo Hợp đồng bảo hiểm này cộng với lãi tích lũy. Tất cả các khoản tiền này sẽ được coi là còn nợ Công ty và Nợ sẽ được Công ty khấu trừ trước khi thanh toán bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào theo Hợp đồng bảo hiểm này.

Tai nạn: là một sự kiện hoặc chuỗi sự kiện không bị gián đoạn

gây ra bởi tác động của một lực hoặc một vật bất ngờ từ bên ngoài, không chủ định và ngoài ý muốn của Người được bảo hiểm lên cơ thể Người được bảo hiểm. Sự kiện hoặc chuỗi sự kiện nêu trên phải xảy ra trong thời gian có hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm và là nguyên nhân trực tiếp gây ra thương tật nhìn thấy được hoặc tử vong cho Người được bảo hiểm. Thương tật hoặc tử vong bởi Tai nạn phải xảy ra trong thời gian 90 (chín mươi) ngày kể từ ngày xảy ra Tai nạn.

Bác sĩ: nghĩa là cá nhân đăng ký hành nghề bác sĩ được luật pháp cho phép tại khu vực hành nghề của người ấy để cung cấp dịch vụ y tế và/hoặc phẫu thuật. Bác sĩ không được đồng thời là Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm, thành viên trực hệ trong gia đình của Người được bảo hiểm hoặc Bên mua bảo hiểm và cũng không phải là đối tác kinh doanh của Người được bảo hiểm hoặc Bên mua bảo hiểm.

Bệnh viện: là (i) bệnh viện và có chữ “bệnh viện” trong tên gọi và trên con dấu chính thức hoặc (ii) (các) trung tâm y tế cấp quận/huyện trở lên, được thành lập hợp pháp và thực hiện điều trị theo phương pháp tây y để chăm sóc và điều trị cho những người bị bệnh hoặc bị thương, và có đủ các thiết bị chuyên môn để tiến hành việc chẩn đoán, có y tá chăm sóc 24/24 và có bác sĩ trực thường xuyên. Bệnh viện đó phải được cơ quan nhà nước có thẩm quyền cấp giấy phép hoạt động hợp pháp.

Vì Mục đích của Hợp đồng này, các cơ sở sau đây không được xem là Bệnh Viện:

- Nhà an dưỡng, nhà dưỡng lão; và
- Nơi chữa trị dành cho những người nghiện rượu, nghiện ma túy hoặc người bị bệnh tâm thần; và
- Nơi điều trị bệnh phong; và
- Phòng khám, bao gồm cả phòng khám trực thuộc Bệnh viện và/hoặc trực thuộc trung tâm y tế các cấp.

Cần thiết về mặt y khoa: Cần thiết về mặt y khoa nghĩa là một dịch vụ y tế hoặc điều trị y tế:

- Nhất quán với chẩn đoán và điều trị y tế thông thường cho cùng một bệnh lý hoặc rối loạn của cơ thể.
- Phù hợp với tiêu chuẩn thực hành y tế tốt được quốc tế hoặc Việt Nam Công nhận.

Khoa chăm sóc đặc biệt: là một khoa hoặc một bộ phận của Bệnh Viện, mà không phải là khoa, phòng hậu phẫu hay khoa, phòng hồi sức, cấp cứu và:

- được Bệnh viện thành lập nhằm chăm sóc và điều trị tích cực 24/24 giờ; và
- chỉ dành riêng cho các bệnh nhân mắc bệnh nặng mà các chức năng quan trọng của cơ thể đang bị đe dọa đòi hỏi sự theo dõi, quan sát liên tục do Bác sĩ chỉ định; và
- cung cấp tất cả các trang thiết bị, thuốc men và các phương

tiện cấp cứu cần thiết ngay bên cạnh để có thể can thiệp ngay.

Bệnh có sẵn: là tình trạng bệnh tật hoặc tổn thương của Người được bảo hiểm đã được bác sĩ kiểm tra, chẩn đoán hay điều trị trước: (i) Ngày cấp hợp đồng, hoặc (iii) Ngày khôi phục hiệu lực gần nhất của Hợp đồng, lấy ngày nào đến sau. Hồ sơ y tế, tình trạng tiền sử bệnh được lưu giữ tại các cơ sở y tế được thành lập hợp pháp hoặc các thông tin do Người được bảo hiểm tự kê khai được xem là bằng chứng đầy đủ và hợp pháp về Bệnh có sẵn.

Sinh hoạt hàng ngày: bao gồm

- Tắm rửa: là khả năng tắm trong bồn hoặc dưới vòi hoa sen (bao gồm cả việc vào và ra khỏi bồn tắm hoặc nhà tắm) hoặc tắm/rửa bằng các phương tiện khác.
- Thay quần áo: là việc mặc và cởi các món quần áo, dây đeo, chân tay giả hoặc các phụ kiện lắp vào sau phẫu thuật.
- Chuyển chỗ: là việc di chuyển từ giường sang ghế ngồi hoặc xe lăn và ngược lại.
- Di chuyển: là khả năng di chuyển trong nhà, từ phòng này sang phòng khác trên mặt bằng.
- Vệ sinh: là khả năng sử dụng phòng vệ sinh, hoặc kiểm soát chức năng của ruột và bàng đái để duy trì vệ sinh cá nhân.
- Ăn uống: là việc tự ăn uống các thức ăn đã được chuẩn bị.

Giá trị hoàn lại: là giá trị tiền mặt ghi trong Trang hợp đồng cộng với bảo tức tích lũy, phiếu tiền mặt và lãi tích lũy từ phiếu tiền mặt, nếu có, trừ đi các khoản Nợ.

Hợp đồng bảo hiểm giảm: là một lựa chọn quyền lợi theo đó Bên mua bảo hiểm có thể giảm Số tiền bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm và tiếp tục duy trì hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm mà không phải tiếp tục đóng Phí bảo hiểm.

ĐIỀU 2 ▸ HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

Đơn yêu cầu bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm bao gồm tất cả các mẫu đơn, bản kê khai, bản trả lời hoặc bất cứ chứng từ nào được cung cấp cho Công ty vì mục đích yêu cầu cấp Hợp đồng bảo hiểm. Đơn yêu cầu bảo hiểm phải được Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm ký.

Đơn yêu cầu bảo hiểm, Trang hợp đồng, Điều khoản Hợp đồng bảo hiểm và bất kỳ điều khoản bổ sung nào, nếu có, cùng với bất kỳ Xác nhận thay đổi hợp đồng nào sẽ tạo thành bộ Hợp đồng bảo hiểm hoàn chỉnh.

ĐIỀU 3 ▸ BẢO HIỂM TẠM THỜI

Trong thời hạn bảo hiểm tạm thời, nếu Người được bảo hiểm tử vong, Công ty sẽ chi trả một khoản tiền bằng tổng Số tiền bảo hiểm cơ bản ghi trên Đơn yêu cầu bảo hiểm của tất cả hồ sơ yêu cầu bảo hiểm đang được xem xét của cùng một Người được

bảo hiểm, nhưng không vượt quá 200.000.000 (hai trăm triệu) đồng. Công ty sẽ thanh toán quyền lợi cho Người thụ hưởng có tên trong Đơn yêu cầu bảo hiểm.

Thời hạn bảo hiểm tạm thời nêu trên sẽ bắt đầu sau khi Công ty đã nhận đầy đủ hồ sơ yêu cầu bảo hiểm hợp lệ và đã thu Phí bảo hiểm đầu tiên. Thời hạn bảo hiểm tạm thời sẽ chấm dứt vào ngày Công ty cấp giấy chứng nhận bảo hiểm, tạm hoãn hoặc từ chối bảo hiểm.

Bảo hiểm tạm thời chỉ áp dụng đối với các Hợp đồng bảo hiểm chính và không áp dụng cho các sản phẩm bảo hiểm bổ trợ. Trong trường hợp quyền lợi bảo hiểm tạm thời này được chi trả, Phí bảo hiểm đã đóng sẽ không được hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm. Trong trường hợp tổng Phí bảo hiểm đầu tiên của tất cả các hồ sơ yêu cầu bảo hiểm tạm thời lớn hơn 200.000.000 (hai trăm triệu) đồng, Công ty sẽ chỉ trả lại tổng Phí bảo hiểm đã đóng.

Quyền lợi bảo hiểm tạm thời nêu trên sẽ không có hiệu lực và Công ty sẽ chỉ trả lại Phí bảo hiểm đã đóng, không tính lãi, trừ các khoản chi phí y tế Công ty phải thanh toán trong việc đánh giá rủi ro theo Hợp đồng bảo hiểm nếu Người được bảo hiểm tử vong do bất kỳ nguyên nhân nào sau đây gây ra, dù trực tiếp hay gián tiếp:

- Tự tử, dù trong trạng thái tinh táo hay mất trí, hoặc
- Sử dụng ma túy, chất kích thích, chất gây nghiện hoặc các thức uống có cồn vi phạm pháp luật hiện hành; hoặc
- Các hành vi phạm tội của Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm hoặc của Người thụ hưởng; hoặc
- Bất kỳ sự tử vong nào do liên quan đến Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS) và tình trạng hoặc bệnh tật nào liên quan đến AIDS (ARC), hoặc nhiễm vi rút (virus) gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV); hoặc
- Sự kiện dẫn đến tử vong của Người được bảo hiểm xảy ra trước khi thời hạn bảo hiểm tạm thời bắt đầu.

ĐIỀU 4 ▶ THỜI GIAN CÂN NHẮC

Trong vòng 21(hai mươi mốt) ngày kể từ ngày nhận được Hợp đồng bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm có quyền từ chối không tiếp tục tham gia bảo hiểm bằng cách gửi văn bản thông báo đến Công ty, trả lại Hợp đồng bảo hiểm và các hóa đơn thu Phí bảo hiểm. Sau khi nhận được đầy đủ giấy tờ, Công ty sẽ hoàn lại Phí bảo hiểm đã đóng, không có lãi, sau khi trừ đi các khoản chi phí hợp lý hoặc chi phí khám, xét nghiệm y khoa liên quan đến việc thẩm định Hợp đồng bảo hiểm nếu có.

ĐIỀU 5 ▶ TRÁCH NHIỆM CUNG CẤP THÔNG TIN 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. Công ty có trách nhiệm giữ bí mật về thông tin do Bên mua bảo hiểm cung cấp.

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 đình chỉ Hợp đồng bảo hiểm và yêu cầu Công ty bồi thường thiệt hại phát sinh cho Bên mua bảo hiểm do việc cung cấp thông tin sai sự thật. Tổng số tiền mà Công ty bồi thường sẽ không vượt quá Số tiền bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm này.

ĐIỀU 6 ▶ NHĂM LẤN KHI KHAI TUỔI VÀ/HOẶC GIỚI TÍNH

Trường hợp nhầm lẫn khi kê khai tuổi và/hoặc giới tính của Người được bảo hiểm hoặc Bên mua 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:

Nếu Phí bảo hiểm đã đóng thấp hơn Phí bảo hiểm tính theo tuổi và/hoặc giới tính đúng, Công ty sẽ điều chỉnh giảm Số tiền bảo hiểm phù hợp với khoản Phí bảo hiểm đã đóng. Bên mua bảo hiểm tiếp tục đóng Phí bảo hiểm theo mức Phí bảo hiểm cũ.

Nếu Phí bảo hiểm đã đóng cao hơn Phí bảo hiểm tính theo tuổi và/hoặc giới tính đúng, Công ty sẽ hoàn lại phần Phí bảo hiểm đóng thừa, không tính lãi.

Nếu tuổi và giới tính đúng của Người được bảo hiểm hoặc Bên mua bảo hiểm không nằm trong giới hạn tuổi có thể được bảo hiểm, Công ty có quyền hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm và hoàn lại toàn bộ số Phí bảo hiểm đã đóng, không có lãi, sau khi khấu trừ các khoản Nợ chưa thanh toán và các quyền lợi bảo hiểm đã trả.

ĐIỀU 7 ▶ NGHĨA VỤ KÊ KHAI TRUNG THỰC CỦA BÊN MUA BẢO HIỂM

Bên mua bảo hiểm có nghĩa vụ kê khai trung thực và cung cấp đầy đủ các thông tin theo yêu cầu của Công ty để được đánh giá khả năng chấp nhận bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm. Việc kiểm tra y tế, nếu có, không thay thế cho nghĩa vụ này của Bên mua bảo hiểm.

Nếu Bên mua bảo hiểm cố ý vi phạm nghĩa vụ này vào bất kỳ thời điểm nào khi Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực, Công ty có quyền đơn phương chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm và không có nghĩa vụ phải hoàn trả lại bất kỳ khoản phí nào mà khách hàng đã nộp.

ĐIỀU 8 ▶ MIỄN TRUY XÉT

Ngoại trừ trường hợp nhầm lẫn khi kê khai tuổi và/hoặc giới tính như ở Điều 6, khi Người được bảo hiểm còn sống, việc Bên mua bảo hiểm kê khai không chính xác hoặc bỏ sót các thông

tin trong hồ sơ yêu cầu bảo hiểm hoặc các mẫu đơn, bản kê khai liên quan đến việc thẩm định và cấp hợp đồng bảo hiểm của Công ty sẽ không làm cho Hợp đồng bảo hiểm bị hủy bỏ nếu Hợp đồng bảo hiểm đã có hiệu lực được 24 tháng kể từ Ngày hiệu lực Hợp đồng hoặc kể từ ngày khôi phục hiệu lực Hợp đồng gần nhất, lấy ngày nào đến sau.

Điều khoản này sẽ không áp dụng trong trường hợp Bên mua bảo hiểm cố ý không kê khai hoặc không cung cấp đầy đủ và trung thực những thông tin mà nếu biết được các thông tin đó, Công ty sẽ từ chối chấp nhận bảo hiểm hoặc chỉ chấp nhận bảo hiểm với mức Phí bảo hiểm cao hơn.

ĐIỀU 9 › NGƯỜI THỤ HƯỞNG

- 9.1** Người thụ hưởng là người được chỉ định trong Hợp đồng bảo hiểm hoặc do Bên mua bảo hiểm công bố bằng văn bản. Người thụ hưởng được hưởng các quyền lợi của Hợp đồng bảo hiểm nếu và khi được Công ty đồng ý chi trả các quyền lợi bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm tử vong. Tất cả các quyền lợi khác của Hợp đồng bảo hiểm trong thời gian Người được bảo hiểm còn sống, sẽ được thanh toán cho Bên mua bảo hiểm hoặc theo thỏa thuận khác giữa Công ty và Bên mua bảo hiểm.
- 9.2** Nếu Hợp đồng bảo hiểm không được chỉ định Người thụ hưởng hoặc tất cả Người thụ hưởng tử vong trước Người được bảo hiểm, quyền lợi bảo hiểm sẽ chi trả cho Bên mua bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm.
- 9.3** Nếu có từ hai Người thụ hưởng trở lên thì Quyền lợi bảo hiểm tử vong sẽ được chia đều cho tất cả mọi Người thụ hưởng, trừ khi có quy định khác trong Hợp đồng bảo hiểm, đơn yêu cầu bảo hiểm hoặc trong văn bản chỉ định Người thụ hưởng có hiệu lực.
- 9.4** Việc chỉ định Người thụ hưởng phải được lập thành văn bản và được sự chấp thuận của Công ty. Trong thời gian Người được bảo hiểm còn sống, Bên mua bảo hiểm có thể thay đổi Người thụ hưởng bằng văn bản với sự chấp thuận của Công ty mà không cần có sự đồng ý của bất kỳ Người thụ hưởng nào.
- 9.5** Bất kể đã có các quy định khác tại Hợp đồng bảo hiểm này và trừ trường hợp Công ty chấp thuận bằng văn bản khác đi, trong trường hợp Bên mua bảo hiểm là tổ chức, tất cả các quyền lợi bảo hiểm sẽ được chi trả cho Người thụ hưởng, trừ các quyền lợi liên quan đến đáo hạn hợp đồng, giá trị hoàn lại, bảo tức, và phiếu tiền mặt. Nếu không có Người thụ hưởng nào được chỉ định hợp lệ, các quyền lợi bảo hiểm được chi trả cho Người thụ hưởng

theo quy định của Điều này sẽ được chi trả cho Người được bảo hiểm hoặc người thừa kế của Người được bảo hiểm, nếu Người được bảo hiểm đã tử vong hoặc không đủ năng lực hành vi theo quy định của pháp luật. Trong mọi trường hợp, việc thay đổi Người thụ hưởng phải được Người được bảo hiểm đồng ý.

ĐIỀU 10 › THAY ĐỔI TRONG TRƯỜNG HỢP BÊN MUA BẢO HIỂM TỬ VONG

- 10.1** Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực, nếu Bên mua bảo hiểm tử vong hoặc chấm dứt hoạt động, (những) người thừa kế hợp pháp/bên tiếp nhận của Bên mua bảo hiểm là tổ chức sẽ tiếp nhận tất cả các quyền và nghĩa vụ phát sinh từ Hợp đồng bảo hiểm.
- 10.2** Nếu có từ hai người thừa kế/bên tiếp nhận trở lên thì tất cả những người thừa kế/bên tiếp nhận sẽ phải thỏa thuận bằng văn bản chỉ định một người/bên hội đủ các điều kiện để trở thành Bên mua bảo hiểm theo quy định trong Hợp đồng bảo hiểm này và các quy định của pháp luật để làm Bên mua bảo hiểm mới.
- 10.3** Nếu (những) người thừa kế/bên tiếp nhận của Bên mua bảo hiểm không cung cấp được cho Công ty đầy đủ các giấy tờ cần thiết để có thể xác định được Bên mua bảo hiểm mới trong vòng 60 (sáu mươi) ngày kể từ ngày Bên mua bảo hiểm tử vong, thì tất cả các quyền và nghĩa vụ được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm sẽ được chuyển sang cho Người được bảo hiểm.
- 10.4** Công ty sẽ không chịu trách nhiệm về tính hiệu lực và tranh chấp về việc chỉ định Bên mua bảo hiểm mới của (những) người thừa kế/bên tiếp nhận.

ĐIỀU 11 › CÁC THAY ĐỔI CỦA HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu thay đổi Hợp đồng bảo hiểm, trừ trường hợp thay đổi Người thụ hưởng sẽ được thực hiện theo quy định tại Điều 9. Các yêu cầu thay đổi, bao gồm nhưng không giới hạn việc chuyển nhượng Hợp đồng bảo hiểm, địa chỉ, định kỳ đóng phí, Số tiền bảo hiểm và bổ sung hoặc hủy bỏ sản phẩm bổ sung phải được lập thành văn bản gửi cho Công ty và phải được Công ty chấp thuận. Công ty sẽ gửi Xác nhận thay đổi Hợp đồng bảo hiểm cho các yêu cầu được Công ty chấp thuận.

Công ty sẽ không chịu trách nhiệm cho bất kỳ sự thay đổi nào liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm không thông báo bằng văn bản đến Công ty.

11.1 Chuyển nhượng Hợp đồng bảo hiểm

Bên mua bảo hiểm có thể chuyển nhượng Hợp đồng

bảo hiểm khi Người được bảo hiểm còn sống và Hợp đồng bảo hiểm đang có hiệu lực. Bên nhận chuyển nhượng Hợp đồng phải hội đủ điều kiện để trở thành Bên mua bảo hiểm như quy định tại Điều 1.

Nếu Bên mua bảo hiểm chuyển nhượng Hợp đồng bảo hiểm thì các quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này sẽ chấm dứt kể từ ngày ghi trên Xác nhận thay đổi Hợp đồng bảo hiểm; bên nhận chuyển nhượng sẽ trở thành Bên mua bảo hiểm mới và sẽ tiếp tục thực hiện mọi quyền và nghĩa vụ nêu trong Hợp đồng bảo hiểm này.

Công ty sẽ xem như không biết về việc chuyển nhượng trừ khi Bên mua bảo hiểm nộp cho Công ty yêu cầu bằng văn bản về việc chuyển nhượng cùng các giấy tờ cần thiết khác và được Công ty xác nhận. Công ty không chịu trách nhiệm về tính hiệu lực hay tính đầy đủ của bất kỳ việc chuyển nhượng nào.

11.2 Nơi cư trú, đi lại, nghề nghiệp

Nếu Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm thay đổi địa chỉ liên hệ, họ tên, hoặc chứng minh nhân dân, Bên mua bảo hiểm phải thông báo bằng văn bản cho Công ty trong vòng 30 (ba mươi) ngày kể từ ngày thay đổi.

Nếu Người được bảo hiểm thay đổi nghề nghiệp, Bên mua bảo hiểm cần phải thông báo bằng văn bản cho Công ty ngay khi có sự thay đổi nghề nghiệp trong vòng 30 (ba mươi) ngày kể từ ngày thay đổi. Công ty sẽ tiếp tục duy trì Quyền lợi bảo hiểm cho Người được bảo hiểm tương ứng với các điều kiện không thay đổi; hoặc thay đổi Phí bảo hiểm và/hoặc Số tiền bảo hiểm, hoặc loại trừ bảo hiểm theo những điều kiện do Công ty quyết định.

Trong trường hợp Công ty có căn cứ để xác định được Bên mua bảo hiểm không thông báo thay đổi nghề nghiệp theo quy định tại Điều này, Công ty sẽ điều chỉnh lại khoản chênh lệch Phí bảo hiểm phát sinh từ sự thay đổi nghề nghiệp và yêu cầu Bên mua bảo hiểm thanh toán.

CHƯƠNG II › QUYỀN LỢI BẢO HIỂM CỦA NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

ĐIỀU 12 › QUYỀN LỢI BẢO HIỂM KHI TỬ VONG

Khi Người được bảo hiểm chết trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực, phụ thuộc vào Mục 17.1 dưới đây, Công ty

sẽ thanh toán quyền lợi bảo hiểm khi tử vong cho Người thụ hưởng theo điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm khi Công ty nhận đầy đủ chứng từ cần thiết theo quy định. Quyền lợi bảo hiểm khi tử vong được chi trả như sau:

- 100% Số tiền bảo hiểm nếu Người được bảo hiểm tử vong trước Năm kỷ niệm hợp đồng thứ 10; hoặc
- 150% Số tiền bảo hiểm nếu Người được bảo hiểm tử vong sau Năm kỷ niệm hợp đồng thứ 10;
- Cộng bảo tức tích lũy và phiếu tiền mặt tích lũy;
- Cộng tất cả các quyền lợi phải trả theo các điều khoản bảo hiểm bổ trợ của Hợp đồng bảo hiểm;
- Trừ đi các khoản Nợ (nếu có).

ĐIỀU 13 › QUYỀN LỢI BẢO HIỂM CÁC BỆNH LÝ NGHIÊM TRỌNG

13.1 Quyền lợi các Bệnh lý nghiêm trọng

Quyền lợi các Bệnh lý nghiêm trọng bằng với Quyền lợi bảo hiểm khi tử vong ở Điều 12.

Theo điều này, sau khi Công ty nhận được các bằng chứng bệnh lý và các bằng chứng này được Công ty chấp thuận, Công ty sẽ thanh toán Quyền lợi các Bệnh lý nghiêm trọng khi Người được bảo hiểm được Bác sĩ chẩn đoán là mắc bất kỳ Bệnh lý nghiêm trọng nào được nêu dưới đây trong thời gian Người được bảo hiểm còn sống. Đối với bệnh Nhồi máu cơ tim và Đột quy, Quyền lợi các Bệnh lý nghiêm trọng chỉ được chi trả nếu Người được bảo hiểm còn sống ít nhất 21 (hai mươi mốt) ngày kể từ ngày được chẩn đoán đã mắc phải bệnh lý đó.

Sau khi việc thanh toán Quyền lợi các Bệnh lý nghiêm trọng hoàn tất, Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực ngay lập tức.

Người nhận quyền lợi bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này chỉ có thể yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm cho một trong hai trường hợp, hoặc Quyền lợi các Bệnh lý nghiêm trọng theo Điều 13 này hoặc Quyền lợi bảo hiểm khi tử vong theo Điều 12 ở trên.

13.2 Thời gian chờ

Công ty sẽ không thanh toán Quyền lợi các Bệnh lý nghiêm trọng nếu Người được bảo hiểm mắc phải các Bệnh lý nghiêm trọng:

- trước Ngày cấp hợp đồng bảo hiểm hoặc trước Ngày khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm, lấy ngày nào đến sau; hoặc
- trong thời gian 90 (chín mươi) ngày kể từ Ngày cấp Hợp đồng bảo hiểm này hoặc kể từ ngày khôi phục

hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm gần nhất, lấy ngày nào đến sau.

Công ty cũng sẽ không thanh toán Quyền lợi các Bệnh lý nghiêm trọng trong trường hợp Người được bảo hiểm có tình trạng sức khỏe liên quan đến Bệnh lý nghiêm trọng:

- (a) Được chẩn đoán; hoặc
- (b) Được điều trị; hoặc
- (c) Được Bác sĩ tư vấn; hoặc
- (d) Có bất kỳ dấu hiệu hoặc triệu chứng bệnh nào

Trong hoặc trước thời gian chờ.

Thời gian chờ sẽ không được áp dụng nếu Bệnh lý nghiêm trọng bị gây ra một cách trực tiếp và riêng biệt bởi Tai nạn xảy ra trong Thời gian chờ.

13.3 Định nghĩa các Bệnh lý nghiêm trọng

13.3.1. Nhồi máu cơ tim

Là chết một phần cơ tim do không cung cấp đủ máu nuôi những nơi liên quan. Chẩn đoán phải được căn cứ vào các tiêu chuẩn sau và phải nhất quán với trường hợp nhồi máu cơ tim cấp:

- i) Bệnh sử của cơn đau ngực.
- ii) Các diễn biến điện tâm đồ mới nhất.
- iii) Tăng các men (enzyme) tim có giá trị chẩn đoán CK-MB hoặc troponin T > 0.6 mcg/L hoặc troponin I > 2 mcg/L

Loại trừ bao gồm nhưng không chỉ giới hạn đối với các hội chứng vành cấp, đau thắt ngực không ổn định, nhồi máu hoặc tổn thương cơ tim ở mức vi thể hoặc rất nhỏ.

13.3.2. Phẫu thuật nối tắt động mạch vành

Là thực sự trải qua một phẫu thuật tim hở để sửa chữa chỗ hẹp hoặc tắc nghẽn của một hoặc nhiều động mạch vành bằng mảnh ghép nối tắt.

Phải có hình chụp mạch máu đồ với kết quả tắc nghẽn động mạch vành hơn 50% và việc thực hiện chụp mạch máu đồ phải được xem là Cần thiết về mặt y khoa và được Bác sĩ chuyên khoa tim mạch chỉ định.

Loại trừ phẫu thuật tạo hình mạch máu, đặt giá đỡ mạch máu (stent) và tất cả các kỹ thuật thông lòng động mạch khác, hoặc điều trị bằng la-de (laser).

13.3.3. Đột quy

Tai biến mạch máu não bao gồm nhồi máu nhu mô não, xuất huyết não và xuất huyết dưới nhện, huyết khối và huyết tắc não gây ra khiếm khuyết chức năng thần kinh vĩnh viễn. Khiếm khuyết này phải được các Bác sĩ chuyên khoa thần kinh xác nhận ít nhất 6 (sáu) tuần

sau khi đột quy.

Chẩn đoán đột quy phải có các kết quả của chụp cộng hưởng từ nhân (MRI), chụp điện toán cắt lớp (CT) hoặc các kết quả của kỹ thuật hình ảnh đáng tin cậy nhất quán với chẩn đoán cho một đột quy mới.

Loại trừ các trường hợp sau:

- Cơn thiếu máu não thoáng qua và bất kỳ khiếm khuyết thần kinh có hồi phục
- Tổn thương não do Tai nạn hoặc do chấn thương, nhiễm trùng, viêm mạch, bệnh lý viêm nhiễm và chứng đau nửa đầu
- Rối loạn thần kinh thị giác hoặc rối loạn mạch máu ảnh hưởng đến mắt
- Rối loạn thiếu máu của hệ tuần hoàn

13.3.4. Ung thư

Ung thư có nghĩa là khối u ác tính, đặc trưng bởi sự tăng trưởng không kiểm soát và lan rộng của những tế bào ác tính có sự xâm lấn và phá hủy mô bình thường. Ung thư phải được xác nhận bởi bằng chứng mô học ác tính trong kết quả tế bào học.

Loại trừ các trường hợp sau:

- Các khối u chỉ tình trạng thay đổi ác tính của ung thư tại chỗ (bao gồm nghịch sản cổ tử cung CIN-1, CIN-2 và CIN-3) hoặc các tình trạng được mô tả tiền ác tính trong kết quả tế bào học.
- Mọi trường hợp ung thư da không phải u melanin ác tính.
- Bệnh bạch cầu dòng lim-phô (lympho) mạn tính trước giai đoạn 3 theo phân loại Rai.
- Tất cả các khối u có liên quan đến nhiễm HIV.

13.3.5. Suy thận

Suy thận không hồi phục mạn tính của cả 2 thận cần phải lọc thận vĩnh viễn.

13.3.6. Ghép cơ quan chính

Người được bảo hiểm là người nhận cấy ghép, thật sự đã được thực hiện việc cấy ghép tủy xương bằng cách dùng tế bào gốc của người cho cấy ghép để cấy ghép cho người nhận đã bị hủy hoại toàn bộ tủy xương hoặc được cấy ghép tim, phổi, gan, tụy hoặc thận từ người cho cơ quan. Việc cấy ghép này phải Cần thiết về mặt y khoa nhằm mục đích điều trị bệnh ở giai đoạn cuối do suy cơ quan liên quan không có khả năng hồi phục.

Loại trừ các hình thức cấy ghép các loại tế bào gốc khác, cấy ghép tế bào đảo tụy và ghép một phần cơ quan.

13.3.7. Liệt

Là liệt gây mất hoàn toàn và vĩnh viễn khả năng sử dụng của từ 2 (hai) chi trở lên.

13.3.8. Mù

Mất thị lực hoàn toàn, vĩnh viễn và không hồi phục của cả 2 (hai) mắt (cho dù được hay không được hỗ trợ thị lực).

13.3.9. Bệnh xơ cứng rải rác

Là bệnh lý do sự phá hủy chất mi-e-lin (myelin) ở mô thần kinh não. Bệnh phải được Bác sĩ chuyên khoa thần kinh chẩn đoán căn cứ vào định nghĩa xác định lâm sàng bệnh xơ cứng rải rác dựa vào bệnh sử theo dõi chặt chẽ tiến triển và hồi phục của bệnh.

Các kết quả chẩn đoán hình ảnh như chụp cộng hưởng từ nhân (MRI), chụp điện toán cắt lớp (CT) hoặc các kết quả chẩn đoán hình ảnh đáng tin cậy khác phải xác nhận cho chẩn đoán.

Phải có các dấu hiệu tổn thương thần kinh vĩnh viễn, kéo dài liên tục trong khoảng thời gian ít nhất 6 tháng.

Loại trừ các nguyên nhân gây tổn thương thần kinh khác như bệnh Lupus ban đỏ hệ thống (SLE) và nhiễm HIV.

13.3.10. Cụt các chi

Là sự cụt cụt của 2 chi từ cổ tay hoặc mắt cá chân trở lên.

13.3.11. Hôn mê

Là tình trạng không có ý thức không đáp ứng với kích thích ngoại sinh hoặc nội sinh, kéo dài liên tục cần phải sử dụng hệ thống cơ học hỗ trợ sự sống nhân tạo trong thời gian ít nhất một tháng và gây ra một khiếm khuyết thần kinh có tính chất vĩnh viễn do Bác sĩ chuyên khoa thần kinh xác nhận.

Loại trừ hôn mê do sử dụng rượu hoặc sử dụng thuốc.

13.3.12. Bệnh xơ cứng cột bên teo cơ (Lateral Sclerosis)

Là một tình trạng khiếm khuyết thần kinh được xác định chắc chắn với các dấu hiệu dai dẳng liên quan đến các cột tủy sống và các trung tâm vận động tại não và với sự yếu và teo của các cơ tứ chi. Bệnh phải được một Bác sĩ chuyên khoa thần kinh chẩn đoán xác định và có các xét nghiệm thần kinh-cơ thích hợp xác nhận chẩn đoán như Điện cơ đồ (EMG).

13.3.13. Thiếu máu bất sản

Là tình trạng suy tủy mạn tính, kéo dài gây ra thiếu máu, giảm bạch cầu, giảm tiểu cầu cần phải điều trị bằng ít nhất một trong các phương pháp sau:

- Truyền sản phẩm máu; hoặc
- Thuốc kích thích tủy; hoặc
- Thuốc ức chế miễn dịch; hoặc

- Ghép tủy.

Chẩn đoán thiếu máu bất sản phải được Bác sĩ chuyên khoa huyết học xác nhận.

13.3.14. Bệnh gan mãn tính

Là suy gan giai đoạn cuối có tính chất vĩnh viễn và không hồi phục, được biểu hiện qua tất cả các dấu hiệu sau:

- Vàng da kéo dài;
- Cổ trướng;
- Bệnh não do gan;

Loại trừ bệnh gan thứ phát do lạm dụng rượu hoặc do dùng thuốc gây hại cho gan.

13.3.15 Viêm tụy mãn tái phát (Chronic relapsing pancreatitis)

Có trên 3 đợt viêm tụy làm rối loạn chức năng của tụy gây ra chứng kém hấp thu cần phải dùng liệu pháp men (enzyme) thay thế.

Bệnh phải được Bác sĩ chuyên khoa tiêu hóa chẩn đoán và phải được xác nhận bằng kết quả chụp mật tụy ngược dòng qua nội soi (ERCP).

Loại trừ viêm tụy mãn tái phát gây ra do sử dụng rượu.

13.3.16. Bệnh phổi giai đoạn cuối

Bệnh phổi giai đoạn cuối gây ra suy hô hấp mạn tính với kết quả đo thể tích khí thở ra gắng sức trong giây đầu (FEV1) luôn luôn cho kết quả dưới 1 lít và cần phải điều trị với liệu pháp cung cấp oxy liên tục do tình trạng giảm ô xy máu.

Kết quả phân tích khí máu động mạch phải thể hiện áp lực oxy bán phần từ 55 mmHg trở xuống ($PaO_2 \leq 55\text{mmHg}$), phải có triệu chứng khó thở lúc nghỉ.

13.3.17. Thay thế van tim

Là thật sự phải trải qua phẫu thuật tim hở để thay thế hay sửa chữa các bất thường của van tim. Các bất thường của van tim phải căn cứ vào kết quả từ thủ thuật thông tim (cardiac catheterization) hoặc siêu âm tim và việc thực hiện các chẩn đoán hình ảnh này phải Cần thiết về mặt y khoa do Bác sĩ chuyên khoa tim chỉ định.

Loại trừ thủ thuật nong van tim bằng bóng (balloon valvotomy).

13.3.18. Điếc (Mất thính lực)

Là sự mất hoàn toàn, không hồi phục khả năng nghe tất cả các âm thanh của cả hai tai (được hay không được trợ thính) do bệnh lý cấp tính hoặc Tai nạn. Các bằng chứng y tế do một Bác sĩ chuyên khoa cấp và bao gồm các xét nghiệm kiểm tra thính lực và kiểm tra ngưỡng

nghe (sound- threshold test).

13.3.19. Câm

Mất khả năng nói hoàn toàn và không hồi phục do tổn thương thực thể lên dây thanh âm, được xác lập qua thời gian 12 tháng liên tục. Các bằng chứng y tế phải do một Bác sĩ chuyên khoa cấp và xác nhận tổn thương hoặc bệnh lý lên dây thanh âm. Loại trừ mọi tình trạng câm có nguyên nhân liên quan đến tâm thần.

13.3.20. Bỏng nặng

Các vết bỏng độ III (ba) gây phá hủy hoàn toàn độ dày lớp da và chiếm tối thiểu 20% diện tích bề mặt cơ thể.

13.3.21. Bệnh nang tủy thận (medullary cystic disease)

Là một rối loạn của thận do di truyền với đặc điểm ngày càng mất dần chức năng thận do các nang trong tủy thận.

Phải có kết quả chẩn đoán hình ảnh kèm theo cho thấy có nhiều nang ở tủy thận và tình trạng teo vỏ thận.

13.3.22. Loạn dưỡng cơ

Là nhóm bệnh thoái hóa cơ di truyền có đặc điểm gây teo và yếu cơ tiến triển. Loạn dưỡng cơ phải được Bác sĩ chuyên khoa thần kinh chẩn đoán xác định với các xét nghiệm về thần kinh-cơ thích hợp xác định chẩn đoán như Điện cơ đồ (EMG). Bệnh phải gây ra tình trạng vĩnh viễn mất khả năng thực hiện tối thiểu ba trong số sáu chức năng sinh hoạt hàng ngày, nếu không có sự trợ giúp.

13.3.23. Bệnh Bạc-Kinh-Sơn (Parkinson)

Bệnh thoái hóa tiến triển chậm của hệ thần kinh trung ương do sự mất các nơ-ron (neuron) chứa sắc tố của não (chất xám) khi có các tình trạng dưới đây. Bệnh phải do một Bác sĩ chuyên khoa thần kinh chẩn đoán xác định với các đặc điểm sau:

- Bệnh không thể kiểm soát được bằng thuốc;
- Biểu hiện các dấu hiệu của tình trạng tổn thương thần kinh tiến triển; và
- Vĩnh viễn mất khả năng thực hiện tối thiểu ba trong số sáu chức năng sinh hoạt hàng ngày, nếu không có sự trợ giúp.

Định nghĩa này chỉ bao gồm bệnh bạc-kinh-sơn tự phát. Loại trừ tình trạng bệnh (parkinsonism) bị mắc do nguyên nhân ngộ độc hoặc dùng thuốc.

13.3.24. Bệnh sốt bại liệt (Poliomyelitis)

Là tình trạng nhiễm virút gây sốt bại liệt (polio virus) gây ra liệt biểu hiện bởi chức năng vận động bị suy giảm hoặc hô hấp kéo dài ít nhất 3 tháng. Virút gây sốt bại liệt phải được xác định là nguyên nhân gây bệnh.

Loại trừ những trường hợp không có tình trạng liệt.

13.3.25. Phẫu thuật động mạch chủ

Là thật sự trải qua phẫu thuật mở bụng hoặc mở ngực để sửa chữa hay điều chỉnh phình, hẹp, tắc nghẽn hay giải phẫu động mạch chủ bằng phẫu thuật mở lồng ngực hoặc mở ổ bụng. Loại trừ loại phẫu thuật dùng kỹ thuật xâm lấn tối thiểu hoặc kỹ thuật chỉ được thực hiện trong lòng động mạch. Loại trừ tổn thương do chấn thương của động mạch chủ.

Theo yêu cầu của định nghĩa này, động mạch chủ phải được xác định là động mạch chủ ngực và động mạch chủ bụng nhưng không bao gồm các nhánh của nó.

13.3.26. Bệnh hiểm nghèo giai đoạn cuối

Người được bảo hiểm mắc phải một bệnh lý mà theo quan điểm của Bác sĩ chuyên khoa và được sự đồng ý của Bác sĩ của Công ty bệnh lý này chắc chắn sẽ gây tử vong cho Người được bảo hiểm trong vòng 6 tháng.

13.3.27. Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn

Đối với những người trước 65 Tuổi, thương tật toàn bộ và vĩnh viễn được định nghĩa là tình trạng gây ra do bệnh lý hoặc tổn thương cơ thể khiến Người được bảo hiểm không thể làm bất cứ nghề nghiệp nào hoặc làm bất cứ việc gì để có thu nhập. Tình trạng mất khả năng này phải diễn ra liên tục trong thời gian 180 ngày hoặc trong thời gian lâu hơn theo yêu cầu hợp lý của Công ty để cho thấy rằng tình trạng mất khả năng này là có tính chất vĩnh viễn.

Đối với những người tuổi từ 65 trở lên, thương tật toàn bộ và vĩnh viễn được định nghĩa là tình trạng người được bảo hiểm vĩnh viễn mất khả năng thực hiện tối thiểu ba trong số sáu chức năng sinh hoạt hàng ngày, nếu không có sự trợ giúp.

13.3.28. Bệnh Lupus ban đỏ hệ thống

Là một bệnh lý tự miễn đa cơ quan đặc trưng bởi sự phát triển của các tự kháng thể trực tiếp chống lại các tự kháng nguyên khác nhau.

Đối với điều khoản này, bệnh Lupus ban đỏ hệ thống được giới hạn trong những thể Lupus ban đỏ hệ thống liên quan đến thận hoặc hệ thần kinh trung ương như sau:

- Bệnh viêm thận do Lupus: phải ở mức độ nặng được chẩn đoán dựa trên kết quả sinh thiết thận, xếp loại từ III đến IV theo hệ thống phân loại của Tổ chức y tế thế giới.
- Bệnh hệ thần kinh trung ương do Lupus: bệnh lupus gây ra động kinh hoặc khiếm khuyết thần kinh vĩnh viễn.

Loại trừ Lupus do thuốc, Lupus ban đỏ hình đĩa và tất cả các dạng khác của Lupus.

Chẩn đoán xác định bệnh phải do Bác sĩ chuyên khoa khớp và miễn dịch học xác nhận.

13.3.29. Viêm não

Là tình trạng viêm của não (bán cầu đại não, thân não hoặc tiểu não) do nhiễm vi-rút (virus) hoặc nhiễm trùng, gây ra các biến chứng đáng kể bao gồm các khiếm khuyết thần kinh vĩnh viễn kéo dài ít nhất 6 tuần và được một Bác sĩ chuyên khoa thần kinh xác nhận.

Loại trừ viêm não do nhiễm ký sinh trùng như sốt rét.

13.3.30. Viêm đa khớp dạng thấp nặng

Là tình trạng hủy hoại khớp tiến triển mãn tính lan rộng gây ra các biến dạng nghiêm trọng ảnh hưởng trên tối thiểu 3 khớp lớn (như chân, tay, cổ tay, gối, hông). Chẩn đoán được dựa vào tất cả các tình trạng sau:

- Cứng khớp buổi sáng;
- Viêm khớp đối xứng;
- Hiện diện các nốt dạng thấp;
- Tăng hàm lượng các yếu tố dạng thấp; và
- Bằng chứng X-quang của các biến dạng nghiêm trọng.

Bệnh phải được Bác sĩ chuyên khoa khớp học chẩn đoán xác định.

13.3.31. U não lành tính

Là khối u trong não không phải ung thư nhưng đe dọa tính mạng, gây ra tổn thương nặng và vĩnh viễn chức năng thần kinh, kéo dài liên tục ít nhất 6 tháng.

Có sự hiện diện của khối u trên các chẩn đoán hình ảnh như chụp điện toán cắt lớp (CT scan) và cộng hưởng từ nhân (MRI).

Loại trừ các dạng nang, u hạt, dị dạng mạch máu não, khối máu tụ, áp-xe, u thần kinh thính giác, các u tuyến yên, u màng não hoặc cột sống.

13.4 Chấm dứt Quyền lợi các Bệnh lý nghiêm trọng

Quyền lợi các Bệnh lý nghiêm trọng sẽ chấm dứt khi một trong các trường hợp sau đây xảy ra, tùy thuộc vào trường hợp nào xảy ra sớm nhất:

- Khi Công ty đã thanh toán cho Quyền lợi các bệnh lý nghiêm trọng; hoặc
- Khi Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt hiệu lực; hoặc
- Khi Bảo hiểm giảm có hiệu lực; hoặc
- Vào Ngày đáo hạn được ghi trong Trang hợp đồng

khi Người được bảo hiểm đạt 85 Tuổi.

Việc chấm dứt Quyền lợi các Bệnh lý nghiêm trọng không làm ảnh hưởng đến các yêu cầu thanh toán quyền lợi bảo hiểm xảy ra trước khi chấm dứt hiệu lực của quyền lợi này.

ĐIỀU 14 ▶ QUYỀN LỢI BẢO HIỂM CÁC BỆNH LÝ DÀNH RIÊNG CHO NỮ GIỚI

14.1 Định nghĩa các Bệnh lý dành riêng cho nữ giới

14.1.1 Ung thư biểu mô (Carcinoma) tại chỗ của vú, cổ tử cung, tử cung, buồng trứng, ống dẫn trứng hoặc âm đạo

Ung thư biểu mô tại chỗ của cổ tử cung được định nghĩa là một sự tự phát triển các tế bào ung thư biểu mô ở một nơi, chưa xâm lấn vào mô bình thường. Xâm lấn có nghĩa là sự thâm nhiễm và/hoặc tích cực phá vỡ mô bình thường vượt quá màng đáy. Chẩn đoán ung thư biểu mô phải luôn luôn căn cứ vào kết quả chẩn đoán tế bào học.

- Đối với ung thư biểu mô tại chỗ của cổ tử cung: chẩn đoán phải dựa vào xét nghiệm vi thể các mẫu mô cố định từ sinh thiết hình nón cổ tử cung hay qua sinh thiết khi thực hiện soi cổ tử cung. Chẩn đoán lâm sàng không đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán cho loại ung thư này. Loại trừ trường hợp CIN I, CIN II đối với tân sinh trong biểu mô của cổ tử cung (Cervical Intraepithelial Neoplasia - CIN).
- Đối với ung thư tại chỗ của tử cung: khối u được phân loại TisNOMO đối với phương pháp xếp hạng ung thư theo hệ thống TNM hay giai đoạn FIGO 0 đối với phương pháp xếp hạng FIGO – (phương pháp của Liên Đoàn Sản Phụ Khoa Quốc Tế - The Federation Internationale de Gynecologie et d'Obstetrique).
- Đối với ung thư tại chỗ của buồng trứng: khối u còn nguyên trong vỏ bọc, không có khối u trên bề mặt buồng trứng, được phân loại T1aNOMO đối với phương pháp xếp hạng ung thư theo hệ thống TNM hoặc FIGO 1A đối với phương pháp xếp hạng FIGO (phương pháp của Liên Đoàn Sản Phụ Khoa Quốc Tế - The Federation Internationale de Gynecologie et d'Obstetrique).
- Đối với ung thư tại chỗ của ống dẫn trứng: khối u giới hạn ở lớp niêm mạc của ống dẫn trứng và được phân loại Tis đối với phương pháp xếp hạng ung thư theo hệ thống TNM.
- Đối với ung thư tại chỗ của âm đạo: khối u phải

được phân loại Tis đối với phương pháp xếp hạng ung thư TNM hoặc FIGO 0 đối với phương pháp xếp hạng FIGO (phương pháp của Liên Đoàn Sản Phụ Khoa Quốc Tế - The Federation Internationale de Gynecologie et d'Obstetrique).

14.1.2. Các biến chứng của thai kỳ

- Đông máu nội mạch lan tỏa (D.I.C): là sự phát sinh tơ huyết (fibrin) trong dòng máu gây ra do sự tham gia của các chất với yếu tố hoạt hóa mô khởi phát cục máu đông. Sự sử dụng quá mức của các yếu tố đông máu gây ra tình trạng xuất huyết nghiêm trọng.
- Bệnh gai nhau nước: là giai đoạn cuối của một thai kỳ thoái hoá trong đó gai nhau màng đệm tạo thành những túi gắn vào một thân gai nhau chính giống như hình chùm nho.
- Loạn tâm thần hậu sản: là tình trạng tâm thần được gây ra trực tiếp từ sinh đẻ và đặc trưng bởi sự mất sáng suốt, hoang tưởng, ác mộng, ảo giác và ý nghĩ hại bản thân và con. Người được bảo hiểm cần phải được nhập viện để điều trị tâm thần.
- Tử sản: là sự tử vong của bào thai của Người được bảo hiểm từ tuần thứ hai mươi chín của thai kỳ trở đi.

14.1.3. Dị Tật Bẩm Sinh

- Hội chứng Đào (Down): là sự sai lệch nhiễm sắc thể đặc biệt, được xác định là thừa nhiễm sắc thể 21 và đặc trưng bởi tình trạng giảm trương lực cơ, tật đầu nhỏ, tật đầu ngắn, chòm bẹ và chậm phát triển cả về tâm thần và thể chất. Chẩn đoán sẽ được dựa trên tiêu chuẩn Hội chứng Đào (Down) hiện đang được chấp nhận và do Bác sĩ xác nhận.
- Tật gai sống đôi: là tình trạng đóng khuyết của cột sống do khiếm khuyết của ống thần kinh hậu quả là thoát vị màng tủy - tủy sống hoặc thoát vị màng não. Loại trừ tật gai sống đôi ẩn.
- Tử chứng Pha-lô (Fallot): là một bệnh lý tim bẩm sinh với tình trạng tắc nghẽn đường chảy ra của tâm thất phải toàn bộ hoặc nghiêm trọng, phì đại tâm thất phải và một khiếm khuyết vách tâm thất làm cho máu bị khử Oxygen từ tâm thất phải đi qua động mạch phổi và trực tiếp đổ vào động mạch chủ.
- Bít thực quản và dò khí quản - thực quản: là sự phát triển bất thường của đoạn thực quản gần mà kết thúc bằng một túi kín hoặc tạo thành đường dò thông với khí quản.
- Não úng thủy: là tình trạng tích lũy quá mức dịch

não tủy trong các não thất.

- Tử vong sơ sinh: là sự tử vong của đứa con của Người được bảo hiểm trong vòng ba mươi ngày sau khi sinh.

14.1.4. Phẫu thuật phục hồi

Phẫu thuật phục hồi được định nghĩa là:

- Phẫu thuật tạo hình lớn do Tai nạn là việc trải qua cuộc phẫu thuật để tái tạo hình dạng của các cấu trúc của cơ thể bị khiếm khuyết, mất đi, hư tổn hay biến dạng do Tai nạn được Bác sĩ phẫu thuật thực hiện. Phẫu thuật Cần thiết về mặt y khoa có liên quan trực tiếp đến phẫu thuật tạo hình lớn do Tai nạn cũng được xem là Phẫu thuật phục hồi.
- Ghép da do Tai nạn gây ra bỏng là việc trải qua việc ghép da cho các cấu trúc bề mặt bị khiếm khuyết do Tai nạn gây ra bỏng, hoặc chịu ghép da do bị bỏng ít nhất 10% diện tích bề mặt cơ thể tính theo "quy tắc số 9" của sơ đồ bề mặt Lund & Browder.

14.2. Quyền lợi bảo hiểm các bệnh lý dành riêng cho nữ giới

14.2.1 Quyền lợi bảo hiểm của Ung thư biểu mô (Carcinoma) tại chỗ của vú, cổ tử cung, tử cung, buồng trứng, ống dẫn trứng hoặc âm đạo

Công ty sẽ thanh toán 20% Số tiền bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm nếu Người được bảo hiểm được Bác sĩ chẩn đoán là mắc phải bệnh lý Ung thư biểu mô (Carcinoma) tại chỗ của vú, cổ tử cung, tử cung, buồng trứng, ống dẫn trứng hoặc âm đạo trong khi Quyền lợi này đang có hiệu lực.

14.2.2 Quyền lợi bảo hiểm của Các biến chứng của thai kỳ

Công ty sẽ thanh toán 20 % Số tiền bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm nếu Người được bảo hiểm được Bác sĩ chẩn đoán là mắc phải bất kỳ một trong các Biến chứng của thai kỳ như được mô tả trong Mục 14.1.2.

Quyền lợi Dành riêng cho nữ này sẽ không được thanh toán nếu:

- Người được bảo hiểm sống dưới 30 (ba mươi) ngày sau khi Người được bảo hiểm được Bác sĩ chẩn đoán là mắc phải một biến chứng thai kỳ, hoặc
- Đặc biệt về bất kỳ tình trạng Đông máu nội mạch lan tỏa (D.I.C) do phá thai hoặc khởi phát trong 7 (bảy) tháng đầu tiên của thai kỳ.

14.2.3 Quyền lợi bảo hiểm của Dị tật bẩm sinh

Công ty sẽ thanh toán 20% Số tiền bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm nếu con của Người được bảo hiểm khi

sinh được Bác sĩ chẩn đoán là mắc phải một trong các Dị tật bẩm sinh theo quy định trong Mục 14.1.3.

14.2.4. Quyền lợi bảo hiểm của Phẫu thuật phục hồi

Công ty sẽ thanh toán chi phí điều trị liên quan đến Phẫu thuật phục hồi do Tai nạn của nữ với số tiền tối đa cho mỗi hợp đồng là 20% Số tiền bảo hiểm.

Chi phí điều trị được trả bao gồm:

- Tiền phòng và khám
- Tiền phòng tại Khoa chăm sóc đặc biệt
- Chi phí phẫu thuật
- Chi phí gây mê

Công ty sẽ không thanh toán quyền lợi bảo hiểm nêu trong mục này nếu:

- Phẫu thuật không Cần thiết về mặt y khoa.
- Người được bảo hiểm chết trong vòng 30 (ba mươi) ngày sau khi xảy ra Tai nạn.
- Tổng chi phí Công ty đã thanh toán cho Quyền lợi này vượt 20% Số tiền bảo hiểm.

14.3 Thời gian chờ và giới hạn Quyền lợi các bệnh lý dành riêng cho nữ giới

Thời gian chờ của các bệnh dành riêng cho nữ giới là

- (a) 90 (chín mươi) ngày cho bệnh ung thư biểu mô
- (b) 1 (một) năm cho các biến chứng của thai kỳ và dị tật bẩm sinh

kể từ Ngày cấp Hợp đồng bảo hiểm này hoặc kể từ ngày khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm gần nhất, lấy ngày nào đến sau.

Công ty sẽ không thanh toán Quyền lợi Các bệnh lý dành riêng cho nữ giới trong trường hợp Người được bảo hiểm có tình trạng sức khỏe liên quan đến Bệnh lý nghiêm trọng, với tình trạng này Người được bảo hiểm:

- (a) Được chẩn đoán; hoặc
- (b) Được điều trị; hoặc
- (c) Được Bác sĩ tư vấn; hoặc
- (d) Có bất kỳ dấu hiệu hoặc triệu chứng bệnh nào

Trong hoặc trước thời gian chờ.

Với mỗi Quyền lợi 14.2.1, 14.2.2 và 14.2.3, Công ty sẽ không thanh toán Quyền lợi dành riêng cho nữ giới cho lần yêu cầu thanh toán quyền lợi bảo hiểm thứ hai trở đi hoặc lần mắc bệnh lý thứ hai trở đi nếu có từ hai yêu cầu thanh toán quyền lợi bảo hiểm trở lên hoặc mắc từ hai bệnh lý trở lên trong cùng một loại quyền lợi.

14.4 Chấm dứt Quyền lợi các bệnh lý dành riêng cho

nữ giới

Quyền lợi các bệnh lý dành riêng cho nữ giới sẽ chấm dứt khi một trong các trường hợp sau đây xảy ra sớm nhất:

- Vào ngày kỷ niệm hợp đồng khi Người được bảo hiểm đủ 65 Tuổi.
- Khi Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt hiệu lực
- Khi Bảo hiểm giảm có hiệu lực

Việc chấm dứt Quyền lợi bảo hiểm các bệnh lý dành riêng cho nữ này không làm ảnh hưởng đến các yêu cầu thanh toán quyền lợi bảo hiểm xảy ra trước khi chấm dứt hiệu lực của quyền lợi này.

ĐIỀU 15 ▸ QUYỀN LỢI BẢO HIỂM TRỢ CẤP NẪM VIỆN

15.1 Định nghĩa

“**Nằm viện qua đêm**” nghĩa là Người được bảo hiểm là một bệnh nhân điều trị nội trú qua một đêm ở bệnh viện.

“**Ngày nằm viện**” (hoặc được gọi tắt là “Ngày”): để được tính là một “Ngày nằm viện” cho việc chi trả quyền lợi bảo hiểm theo quy định của điều khoản này, Người được bảo hiểm phải nằm viện đủ hai mươi bốn (24) giờ liên tục.

“**Bệnh nhân nội trú**” nghĩa là một người cần thiết phải được điều trị tại Bệnh viện và sự điều trị này yêu cầu người đó phải ở lại Nằm viện qua đêm theo yêu cầu của Bác sĩ và đáp ứng các điều kiện Cần thiết về mặt y khoa.

“**Thai sản**” nghĩa là việc sinh đẻ, sẩy thai, phá thai, điều trị trước hoặc sau khi sinh đẻ hoặc bất kỳ bệnh tật ốm đau nào hoặc tổn thương nào liên quan đến thai sản hoặc do thai sản gây ra.

15.2 Quyền lợi

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực, Công ty sẽ xem xét để thanh toán các quyền lợi bảo hiểm sau:

15.2.1. Quyền lợi trợ cấp nằm viện

Nếu Người được bảo hiểm phải Nằm viện qua đêm, Công ty sẽ thanh toán Quyền lợi trợ cấp nằm viện cho mỗi Ngày nằm viện bằng 0,2% Số tiền bảo hiểm được ghi trong Trang hợp đồng. Quyền lợi trợ cấp nằm viện theo Điều 15.2.1 này sẽ không được chi trả cho số Ngày nằm viện đã được chi trả theo Quyền lợi trợ cấp nằm viện tại Khoa chăm sóc đặc biệt nêu tại Điều 15.2.2.

15.2.2. Quyền lợi trợ cấp nằm viện tại Khoa chăm sóc đặc biệt

Nếu Người được bảo hiểm phải Nằm viện qua đêm và được điều trị tại Khoa chăm sóc đặc biệt, Công ty sẽ

thanh toán quyền lợi này bằng 0,4% Số tiền bảo hiểm được ghi trong Trang hợp đồng cho mỗi Ngày nằm viện để điều trị tại Khoa chăm sóc đặc biệt.

15.2.3. Giới Hạn Và Điều Kiện Chi Trả Chung

Ngoài các quy định cụ thể nêu trên, việc thanh toán các quyền lợi bảo hiểm được quy định tại Điều 15.2.1 và Điều 15.2.2 cũng sẽ phụ thuộc vào các giới hạn và điều kiện chi trả chung như sau:

- Tổng số Ngày nằm viện tối đa mà Công ty có nghĩa vụ chi trả cho từng quyền lợi bảo hiểm được nêu tại Điều 15.2.1 hoặc Điều 15.2.2 không vượt quá một nghìn (1.000) Ngày nằm viện cho toàn Thời hạn hợp đồng; và
- Trong trường hợp Người được bảo hiểm phải nằm viện tại các trung tâm y tế cấp quận/huyện hoặc các bệnh viện không trực thuộc sự quản lý của Bộ Y Tế, số Ngày nằm viện tối đa mà Công ty xem xét chi trả trong trường hợp này không vượt quá năm (05) Ngày nằm viện cho mỗi lần Nằm viện qua đêm.
- Trong trường hợp Người được bảo hiểm phải Nằm viện qua đêm tại các bệnh viện/viện/khoa hoặc bất cứ cơ sở y học cổ truyền/y học dân tộc/điều dưỡng và phục hồi chức năng nào, số Ngày nằm viện tối đa mà Công ty xem xét chi trả trong trường hợp này không vượt quá năm (05) Ngày nằm viện cho mỗi lần Nằm viện qua đêm.

15.2.4. Tiêu chuẩn về số ngày nằm viện đối với một số bệnh thông thường

Ngoài các giới hạn ở điều 15.2.3 nêu trên, Công ty sẽ căn cứ vào số Ngày nằm viện tối đa được xem là Cần thiết về mặt y khoa theo bảng dưới đây để chi trả cho mỗi lần Nằm viện qua đêm của Người được bảo hiểm.

Những trường hợp cần thiết phải nằm viện vì những bệnh lý nặng ngoài bảng trên, Công ty sẽ chi trả theo số Ngày nằm viện thực tế mà được xem là Cần thiết về mặt y khoa và có sự chỉ định của bác sĩ điều trị. Trong những trường hợp này, khách hàng phải thông báo cho Công ty để được tư vấn và hướng dẫn thủ tục.

Bảng tiêu chuẩn về số ngày nằm viện tối đa đối với một số bệnh thông thường

SỐ THỨ TỰ	NHÓM BỆNH	SỐ NGÀY CHI TRẢ TỐI ĐA
1	BỆNH LAO	30
2	BỆNH VIÊM GAN SIÊU VI CÓ TRIỆU CHỨNG	15

3	NHÓM BỆNH CƠ-XƯƠNG-KHỚP	14
4	NHÓM BỆNH CỦA MẮT	13
5	NHÓM BỆNH CỦA HỆ MIỄN NHIỄM	13
6	NHÓM BỆNH CỦA HỆ TIM MẠCH	12
7	NHÓM BỆNH U BƯỚU	11
8	NHÓM BỆNH NHIỄM TRÙNG KHÁC	11
9	NHÓM BỆNH DO CHẤN THƯƠNG NGỘ ĐỘC	10
10	NHÓM BỆNH CỦA TAI	10
11	NHÓM BỆNH CỦA HỆ THẦN KINH	10
12	NHÓM BỆNH CỦA HỆ HÔ HẤP	10
13	NHÓM BỆNH CỦA HỆ TIẾT NIỆU; SINH DỤC	9
14	NHÓM BỆNH CỦA HỆ CHUYỂN HÓA; NỘI TIẾT	9
15	NHÓM BỆNH NHIỄM KÝ SINH TRÙNG	8
16	NHÓM BỆNH CỦA HỆ TIÊU HÓA	8
17	NHÓM BỆNH CỦA HỆ TẠO MÁU	8
18	NHÓM BỆNH CỦA DA	8
19	NHÓM BỆNH NHIỄM TRÙNG CỦA HỆ TIÊU HÓA	7
20	NHÓM BỆNH NHIỄM SIÊU VI KÈM SỐT CAO	6

15.3 Thời gian chờ

Trừ trường hợp tổn thương do Tai nạn, Quyền lợi trợ cấp nằm viện chỉ được chi trả nếu ngày bắt đầu nhập viện là sau 15 ngày kể từ Ngày cấp hợp đồng bảo hiểm hoặc ngày khôi phục hợp đồng bảo hiểm gần nhất, tùy thuộc vào ngày nào đến sau.

Công ty sẽ không thanh toán Quyền lợi trợ cấp nằm viện trong trường hợp Người được bảo hiểm có tình trạng sức khỏe liên quan đến Nằm viện qua đêm:

- Được chẩn đoán, hoặc
- Được điều trị, hoặc
- Được Bác sĩ tư vấn, hoặc
- Có bất kỳ dấu hiệu hoặc triệu chứng bệnh nào

Trong hoặc trước thời gian chờ.

15.4 Chấm dứt Quyền lợi trợ cấp nằm viện

Quyền lợi trợ cấp nằm viện sẽ chấm dứt khi một trong các trường hợp sau đây xảy ra, tùy thuộc vào trường hợp nào xảy ra sớm nhất:

- Khi tổng số ngày trợ cấp nằm viện đã chi trả là 1.000 (một ngàn) ngày cho từng quyền lợi được quy định tại điều 15.2.1 hoặc 15.2.2; hoặc

- Vào Ngày kỷ niệm Hợp đồng khi Người được bảo hiểm đủ 70 Tuổi; hoặc
- Khi bảo hiểm giảm có hiệu lực.

Việc chấm dứt Quyền lợi trợ cấp nằm viện không làm ảnh hưởng đến các yêu cầu thanh toán quyền lợi bảo hiểm xảy ra trước khi chấm dứt hiệu lực của quyền lợi này. Việc chấm dứt Quyền lợi trợ cấp nằm viện cũng không ảnh hưởng đến hiệu lực Hợp đồng và các quyền lợi bảo hiểm khác của Hợp đồng.

ĐIỀU 16 ▸ QUYỀN LỢI PHIẾU TIỀN MẶT

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực và Người được bảo hiểm còn sống, Công ty sẽ chi trả cho Bên mua bảo hiểm Quyền lợi phiếu tiền mặt đảm bảo bằng 20% của Số tiền bảo hiểm vào Ngày kỷ niệm Hợp đồng thứ 20.

Bất kỳ khoản Nợ chưa trả nào theo Hợp đồng bảo hiểm vào thời điểm thanh toán sẽ bị khấu trừ vào Quyền lợi phiếu tiền mặt.

Phiếu tiền mặt sẽ được chi trả theo một trong hai phương thức sau, tùy vào sự lựa chọn của Bên mua bảo hiểm:

- Đề lại Công ty và được tích lãi. Mức lãi suất sẽ được Công ty quyết định và công bố tại từng thời điểm. Bên mua bảo hiểm có thể rút khoản này bất cứ lúc nào; hoặc
- Rút ra bằng tiền mặt.

Nếu Bên mua bảo hiểm không chọn phương thức nào thì phương thức (i) sẽ mặc nhiên được áp dụng.

Số dư Quyền lợi Phiếu tiền mặt được tích lũy đến thời điểm Người được bảo hiểm tử vong hoặc khi Người được bảo hiểm mắc Bệnh lý nghiêm trọng, hoặc khi Hợp đồng bảo hiểm bị hủy ngang hoặc đáo hạn, sẽ được chi trả như là một phần của quyền lợi bảo hiểm.

ĐIỀU 17 ▸ CÁC TRƯỜNG HỢP LOẠI TRỪ ĐỐI VỚI QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

17.1 Các trường hợp loại trừ chung

Công ty sẽ không thanh toán bất kỳ Quyền lợi bảo hiểm tử vong, Quyền lợi bảo hiểm Bệnh lý nghiêm trọng, Quyền lợi bảo hiểm các bệnh lý dành riêng cho nữ giới hoặc Quyền lợi trợ cấp nằm viện nếu sự kiện bảo hiểm xảy ra có liên quan đến bất kỳ nguyên nhân nào dưới đây, dù trực tiếp hay gián tiếp:

- Tự tử hoặc có ý định tự tử trong thời gian 2 năm kể từ ngày cấp Hợp đồng bảo hiểm này hoặc ngày khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm gần nhất, lấy ngày nào đến sau, cho dù Người được bảo hiểm có bị mất trí hay không; hoặc

- Do hành vi phạm tội của Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm hay bất kỳ Người thụ hưởng nào. Trong trường hợp có hơn một người thụ hưởng, và một hoặc một số người trong đó cố ý gây ra các hành vi phạm tội đối với Người được bảo hiểm, Công ty vẫn trả quyền lợi bảo hiểm cho những người thụ hưởng khác theo tỷ lệ tương ứng với tỷ lệ mà Bên mua bảo hiểm đó chỉ định trong Hợp đồng bảo hiểm; hoặc
- Bất kỳ sự tử vong nào do liên quan đến Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS) và tình trạng hoặc bệnh tật, sự điều trị hay kiểm tra y tế nào liên quan đến AIDS (ARC), hoặc nhiễm vi rút (virus) gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV).

Trong trường hợp này, Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt và Công ty sẽ hoàn lại 100% số Phí bảo hiểm đã đóng, không có lãi, sau khi khấu trừ các chi phí kiểm tra y tế và các khoản Nợ liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm.

17.2 Các trường hợp loại trừ thêm đối với Quyền lợi phẫu thuật phục hồi do Tai nạn

Cùng với các trường hợp loại trừ ở Mục 17.1, Công ty cũng sẽ không thanh toán Quyền lợi thương tật do Tai nạn nếu thương tật, toàn bộ hoặc từng phần, bị gây ra bởi một trong các nguyên nhân sau, dù trực tiếp hay gián tiếp:

- Bất kỳ trường hợp tự ý gây ra tổn thương cho dù có hoặc không bị mất trí; hoặc
- Do Người được bảo hiểm tự ý sử dụng, uống, hút hoặc hít bất kỳ loại thuốc kích thích, ma túy, các chất có cồn, chất độc hoặc thuốc không theo chỉ định của Bác sĩ; hoặc
- Do chiến tranh hoặc hành động nào liên quan đến chiến tranh, tham gia lực lượng vũ trang của bất kỳ nước nào đang có chiến tranh hay lực lượng dân phòng. "Chiến tranh" có nghĩa là bất kỳ cuộc chiến nào cho dù có tuyên chiến hay không hoặc bất kỳ xung đột nào xảy ra giữa các lực lượng có vũ trang của các nước, các tổ chức quốc tế hoặc cả hai. "Lực lượng có vũ trang của bất kỳ các nước nào đang có chiến tranh" có nghĩa là lực lượng quân đội, hải quân và không quân và bao gồm cả lực lượng vũ trang của bất kỳ tổ chức quốc tế nào tham gia chiến tranh; hoặc
- Người được bảo hiểm bị Tai nạn khi di chuyển hoặc đi lại bằng máy bay trừ khi Người được bảo hiểm là hành khách có mua vé trên một chuyến bay thương mại; hoặc

- Bạo loạn, ẩu đả, khởi nghĩa, bạo động dân sự, biểu tình, đình công hay khủng bố, cho dù Người được bảo hiểm có thực sự tham gia hay không; hoặc
- Bất kỳ tổn thương nào của Người được bảo hiểm trong khi phạm tội hoặc cố tình cản trở hoặc chống lại việc truy bắt của người thi hành pháp luật hoặc do hậu quả trực tiếp hoặc gián tiếp của các hành vi chạy xe quá tốc độ hoặc uống rượu bia vượt quá mức quy định theo luật giao thông hiện hành; hoặc
- Bất kỳ loại bệnh lý, ốm đau, suy nhược hoặc nhiễm trùng nào; trừ trường hợp nhiễm trùng là hậu quả trực tiếp của tổn thương do Tai nạn gây ra.

17.3 Các trường hợp loại trừ thêm đối với Quyền lợi Bệnh lý nghiêm trọng hoặc Quyền lợi dành riêng cho nữ giới

Cùng với các trường hợp loại trừ được nêu trong Mục 17.1, Công ty cũng sẽ không thanh toán Quyền lợi Bệnh lý nghiêm trọng nếu bệnh mắc phải có liên quan đến một trong các nguyên nhân sau, dù trực tiếp hay gián tiếp:

- Các khiếm khuyết hoặc bệnh bẩm sinh; hoặc
- Tự ý gây ra tổn thương cho bản thân cho dù có bị mất trí hay không.

17.4 Các trường hợp loại trừ thêm đối với Quyền lợi trợ cấp nằm viện

Cùng với các trường hợp loại trừ được nêu trong Mục 17.1, Công ty cũng sẽ không thanh toán Quyền lợi trợ cấp nằm viện nếu sự kiện bảo hiểm xảy ra có liên quan đến một trong các nguyên nhân sau, dù trực tiếp hoặc gián tiếp:

- Việc khám sức khỏe định kỳ, kiểm tra sức khỏe hoặc xét nghiệm mà không liên quan đến việc điều trị hay chẩn đoán thương tật hoặc ốm đau của Người được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm hoặc bất kỳ trường hợp điều trị y tế nào mà không Cần thiết về mặt y khoa; hoặc
- Khuyết tật bẩm sinh, vô sinh, triệt sản; hoặc
- Tất cả các điều trị về nha khoa hoặc phẫu thuật miệng trừ khi bắt buộc phải thực hiện do Tai nạn xảy ra trong thời gian được bảo hiểm; hoặc
- Phẫu thuật thẩm mỹ, lắp mắt kính và kính khúc xạ hoặc thiết bị trợ thính và đơn thuốc cho các dịch vụ này, trừ khi các trường hợp nêu trên hoàn toàn là hậu quả do Tai nạn gây ra trong thời gian được bảo hiểm; hoặc
- Bất kỳ một hình thức phẫu thuật nào tự lựa chọn tham gia; hoặc

- Thai sản như đã định nghĩa ở trên; hoặc
- Chấn thương hay ốm đau phát sinh trực tiếp hay gián tiếp bởi Chiến tranh hoặc bất kỳ hành động nào liên quan đến Chiến tranh, dù là được tuyên bố hay không được tuyên bố, các cuộc nổi loạn, khởi nghĩa hay nội chiến; hoặc
- Tinh dưỡng, điều trị ở nơi an dưỡng hoặc điều trị rối loạn chức năng của não hoặc điều trị bằng phương pháp trị liệu; hoặc
- Tự gây thương tích, tự tử, lạm dụng rượu, nghiện hoặc lạm dụng chất ma túy và do việc điều trị các bệnh lây qua đường tình dục; hoặc
- Tiêm phòng và tiêm miễn dịch; hoặc
- Điều trị bằng thuốc đông y/y học cổ truyền hoặc các biện pháp y học dân tộc; hoặc
- Việc điều trị các bệnh lý thông thường, bao gồm:
 - Đau lưng, đau khớp, viêm khớp, viêm cơ, thoái hóa cột sống; viêm kết mạc, mộng thịt không phẫu thuật;
 - Viêm xoang/đa xoang, viêm Amygdal không phẫu thuật, viêm mũi họng, viêm hô hấp, viêm phế quản, viêm tai ngoài và sốt siêu vi;
 - Rối loạn tiền đình, rối loạn tuần hoàn não, thiếu năng tuần hoàn não;
 - Rối loạn tiêu hóa;
 - Viêm dạ dày, viêm tá tràng, hội chứng dạ dày tá tràng;
 - Trĩ không có phẫu thuật;
 - Viêm phần phụ, nhiễm trùng tiểu ở phụ nữ;
 - Suy nhược cơ thể, suy nhược thần kinh;
 - Những thương tật không nghiêm trọng như rách da hoặc chấn thương phần mềm, gãy kín hay trật khớp ngón tay, ngón chân không phẫu thuật.

Công ty sẽ xem xét thanh toán quyền lợi trợ cấp nằm viện cho khách hàng trong trường hợp khách hàng phải nằm viện để điều trị biến chứng/diễn tiến nặng của các bệnh lý thông thường nêu trên.

- Bệnh có sẵn, ngoại trừ những trường hợp đã được kê khai và được sự chấp thuận của Công ty.

ĐIỀU 18 ▸ BẢO TỨC

Đây là một Hợp đồng bảo hiểm có tham gia chia lãi và hàng năm Công ty sẽ quyết định phần lãi chia của Hợp đồng bảo hiểm trong số lãi có thể chia được của Công ty.

Vào mỗi Ngày kỷ niệm Hợp đồng, Công ty sẽ lấy trong số lãi có thể chia được để trả bảo tức cho Hợp đồng bảo hiểm, nếu vào thời điểm đó Hợp đồng bảo hiểm vẫn có hiệu lực và tất cả các khoản Phí bảo hiểm đến hạn đã được đóng tính đến Ngày kỷ niệm Hợp đồng đó. Công ty chỉ trả bảo tức sau khi kỳ Phí bảo hiểm đầu tiên của năm thứ hai của Hợp đồng bảo hiểm đã được đóng.

Bảo tức, sau khi được Công ty quyết định chia sẽ được Công ty chi trả theo một trong các phương thức được Bên mua bảo hiểm lựa chọn sau đây:

- Để lại Công ty để tích lãi. Bên mua bảo hiểm có thể rút ra bất kỳ lúc nào. Mức lãi suất sẽ được Công ty quyết định và công bố tại từng thời điểm.
- Trả ra bằng tiền mặt.
- Để đóng Phí bảo hiểm khi đến hạn đóng Phí bảo hiểm.

Nếu Bên mua bảo hiểm không chọn phương thức nào, thì phương thức (a) sẽ mặc nhiên được áp dụng. Khi lựa chọn một phương thức đối với bất kỳ khoản bảo tức nào thì phương thức đó sẽ được áp dụng đối với các khoản bảo tức tiếp theo cho đến khi một phương thức khác được lựa chọn.

Nếu Phí bảo hiểm đến hạn không được đóng đầy đủ trong thời gian gia hạn đóng phí thì bảo tức tích lũy sẽ được tự động sử dụng để thanh toán Phí bảo hiểm đến hạn theo quy định ở Điều 21.

Bảo tức tích lũy chưa trả sẽ được chi trả như là một phần của quyền lợi bảo hiểm khi Người được bảo hiểm tử vong, hoặc khi Người được bảo hiểm được chẩn đoán mắc Bệnh lý nghiêm trọng, hoặc khi Hợp đồng bảo hiểm bị hủy ngang hoặc khi Hợp đồng bảo hiểm đáo hạn.

ĐIỀU 19 › ĐÁO HẠN HỢP ĐỒNG

Vào Ngày đáo hạn hợp đồng được ghi trong Trang hợp đồng và nếu Hợp đồng bảo hiểm vẫn còn hiệu lực, Công ty sẽ thanh toán cho Bên mua bảo hiểm hoặc cho người được Bên mua bảo hiểm ủy quyền bằng văn bản quyền lợi khi Hợp đồng bảo hiểm đáo hạn như sau:

- 150% của Số tiền bảo hiểm trên Trang hợp đồng hoặc được chấp thuận sau này trong Hợp đồng bảo hiểm, cộng với
- Tất cả các quyền lợi phải trả lúc đáo hạn theo các điều khoản bảo hiểm bổ trợ của Hợp đồng bảo hiểm này, cộng với
- Tất cả các khoản bảo tức tích lũy, cộng với
- Tất cả các khoản tiền mặt tích lũy, trừ đi
- Tất cả các khoản Nợ, nếu có

ĐIỀU 20 › THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

20.1 Thông báo và bằng chứng về sự kiện bảo hiểm

Thông báo về sự kiện bảo hiểm xảy ra phải được làm thành văn bản và gửi đến Công ty trong vòng 30 (ba mươi) ngày sau khi xảy ra sự kiện bảo hiểm. Trong trường hợp thông báo không được gửi trong thời hạn quy định, người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải chứng minh được rằng thông báo đó được gửi cho Công ty trong thời gian sớm nhất có thể, nếu không Công ty sẽ có quyền từ chối giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

Trước khi thanh toán cho bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào, Công ty phải nhận được đầy đủ các loại chứng từ sau, tương ứng với từng sự kiện bảo hiểm:

20.1.1 Bằng chứng trong trường hợp tử vong của Người được bảo hiểm

- Tất cả các mẫu đơn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm do Công ty cung cấp đã được điền đầy đủ
- Giấy chứng tử (bản có xác nhận của chính quyền địa phương) hoặc hồ sơ Tai nạn do Công An lập (bản sao có đóng dấu treo của Công An), nếu tử vong do Tai nạn
- Bằng chứng chứng minh tuổi của Người được bảo hiểm (trừ khi các chứng từ chứng minh tuổi đã được cung cấp)
- Chứng minh quan hệ của người yêu cầu thanh toán quyền lợi
- Bằng chứng y tế bao gồm bản tóm tắt bệnh án do Bệnh viện cấp, giấy ra viện, bản sao kết quả xét nghiệm, và đơn thuốc điều trị, nếu có.
- Hợp đồng bảo hiểm hoặc thông báo mất hợp đồng bảo hiểm theo mẫu của Công ty nếu hợp đồng bảo hiểm đã bị mất.

20.1.2 Bằng chứng trong trường hợp Người được bảo hiểm mắc Bệnh lý nghiêm trọng hay Bệnh lý dành riêng cho nữ giới

- Tất cả các mẫu đơn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm do Công ty cung cấp đã được điền đầy đủ
- Bằng chứng chứng minh tuổi của Người được bảo hiểm (trừ khi các chứng từ chứng minh tuổi đã được cung cấp)
- Bằng chứng y tế bao gồm bản tóm tắt bệnh án do Bệnh viện cấp, giấy ra viện, bản sao kết quả xét nghiệm, đơn thuốc điều trị.
- Chứng minh quan hệ của người yêu cầu thanh toán quyền lợi.
- Hợp đồng bảo hiểm hoặc thông báo mất Hợp đồng bảo hiểm theo mẫu Công ty nếu hợp đồng bảo hiểm đã bị mất.

20.1.3. Bằng chứng trong trường hợp Người được bảo hiểm phẫu thuật phục hồi do Tai nạn

- Tất cả các mẫu đơn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm do Công ty cung cấp đã được điền đầy đủ
- Bằng chứng chứng minh tuổi của Người được bảo hiểm (trừ khi các chứng từ chứng minh tuổi đã được cung cấp)
- Bằng chứng y tế bao gồm bản tóm tắt bệnh án do bệnh viện cấp, Giấy ra viện (bản chính), bản sao kết quả xét nghiệm, đơn thuốc điều trị, nếu có
- Hồ sơ Tai nạn do Công an lập (bản sao có đóng dấu treo của Công an), nếu có

20.1.4. Bằng chứng khi Người được bảo hiểm nằm viện qua đêm

- Tất cả các mẫu đơn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm do Công ty cung cấp đã được điền đầy đủ
- Giấy ra viện (bản chính)
- Bằng chứng y tế bao gồm bản tóm tắt bệnh án do bệnh viện cấp, bản sao kết quả xét nghiệm, đơn thuốc điều trị, nếu có

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

Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải nộp cho Công ty yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm và các bằng chứng và chứng từ liên quan đến sự kiện bảo hiểm theo quy định tại Mục 20.1 trong vòng 12 tháng sau khi xảy ra sự kiện bảo hiểm. Trong trường hợp không thể nộp yêu cầu trong thời hạn quy định, người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải chứng minh được rằng yêu cầu đã được nộp cho Công ty trong thời gian sớm nhất có thể, nếu không Công ty có quyền từ chối giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

20.3 Thời gian giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Công ty sẽ ra quyết định và chi trả quyền lợi bảo hiểm, nếu có chậm nhất là 30 (ba mươi) ngày kể từ ngày nhận được đầy đủ các bằng chứng và chứng từ về sự kiện bảo hiểm. Trong trường hợp từ chối chi trả, Công ty sẽ trả lời bằng văn bản nêu rõ lý do từ chối.

Khi Hợp đồng bảo hiểm đáo hạn, Quyền lợi bảo hiểm đáo hạn, nếu có, sẽ được chi trả trong vòng 3 ngày làm việc sau khi Công ty nhận đầy đủ chứng từ theo quy định của Công ty.

Công ty sẽ cố gắng giải quyết ngay tất cả các yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm. Nếu vì bất kỳ lý do gì mà yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm không được hoàn tất trong thời gian quy định thì Công ty sẽ trả lãi

cho thời gian trả chậm trên cơ sở lãi suất bằng với lãi suất cơ bản của Ngân hàng nhà nước Việt Nam được áp dụng tại thời điểm thanh toán.

CHƯƠNG III ▸ ĐÓNG PHÍ BẢO HIỂM VÀ GIÁ TRỊ HOÀN LẠI

ĐIỀU 21 ▸ ĐÓNG PHÍ BẢO HIỂM VÀ GIÁ HẠN ĐÓNG PHÍ BẢO HIỂM

Bên mua bảo hiểm có nghĩa vụ đóng các khoản Phí bảo hiểm đến hạn theo đúng kỳ hạn ghi trong Trang hợp đồng hoặc trong Xác nhận thay đổi hợp đồng.

Sau khi đóng Phí bảo hiểm lần đầu, việc Bên mua bảo hiểm không đóng các khoản Phí bảo hiểm tái tục cho Công ty vào hoặc trước Ngày đến hạn đóng Phí bảo hiểm sẽ bị xem là không đóng Phí bảo hiểm.

Công ty cho phép một thời gian gia hạn đóng Phí bảo hiểm là 60 (sáu mươi) ngày kể từ ngày đến hạn đóng Phí bảo hiểm. Trong thời gian gia hạn đóng Phí bảo hiểm, Hợp đồng bảo hiểm vẫn được duy trì hiệu lực.

Sau khi áp dụng Điều 22 về các quy định cho tạm ứng theo Hợp đồng bảo hiểm, nếu Phí bảo hiểm đến hạn vẫn không được đóng đủ trong thời gian gia hạn đóng Phí bảo hiểm thì Hợp đồng bảo hiểm sẽ mất hiệu lực và mọi trách nhiệm và nghĩa vụ của Công ty theo Hợp đồng này cũng chấm dứt. Tuy nhiên, Hợp đồng bảo hiểm có thể được khôi phục theo quy định tại Điều 23.

ĐIỀU 22 ▸ THANH TOÁN PHÍ BẢO HIỂM TỰ ĐỘNG

Sau khi kết thúc thời gian gia hạn đóng phí mà Phí bảo hiểm chưa được đóng, Phí bảo hiểm đến hạn sẽ được khấu trừ từ Bảo tức tích lũy, nếu có của Hợp đồng bảo hiểm. Nếu Bảo tức tích lũy không đủ đóng cho một kỳ phí, khoản Phí bảo hiểm còn thiếu sẽ được tự động cho tạm ứng từ Giá trị hoàn lại của Hợp đồng như là một khoản tạm ứng theo Mục 25.1 dưới đây. Hợp đồng bảo hiểm tiếp tục có hiệu lực.

Nếu Giá trị hoàn lại không đủ thanh toán cho một kỳ Phí bảo hiểm theo định kỳ hiện tại, Hợp đồng bảo hiểm sẽ tự động chuyển đổi sang định kỳ phí ngắn hơn để được tiếp tục tạm ứng từ Giá trị hoàn lại để đóng Phí bảo hiểm tự động, với điều kiện định kỳ phí tối thiểu là hàng tháng. Nếu giá trị hoàn lại không đủ đóng Phí bảo hiểm theo định kỳ phí tháng, Hợp đồng bảo hiểm sẽ bị chấm dứt khi kết thúc thời gian gia hạn đóng phí và mọi trách nhiệm và nghĩa vụ của Công ty cũng chấm dứt. Tuy nhiên, Hợp đồng bảo hiểm có thể được khôi phục theo Điều 23.

ĐIỀU 23 › KHÔI PHỤC HIỆU LỰC HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

Khi Hợp đồng bảo hiểm bị chấm dứt do không đóng Phí bảo hiểm đến hạn hoặc do tổng Nợ theo Hợp đồng bảo hiểm bằng hoặc lớn hơn giá trị tiền mặt của Hợp đồng bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm, nếu đáp ứng đầy đủ các điều kiện sau:

- Bên mua bảo hiểm đưa ra yêu cầu khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm trong thời gian 24 tháng kể từ ngày Hợp đồng bảo hiểm bị chấm dứt,
- Hợp đồng bảo hiểm chưa bị rút giá trị hoàn lại,
- Hợp đồng bảo hiểm chưa bị chuyển thành Hợp đồng bảo hiểm giảm,
- Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm đủ điều kiện tham gia bảo hiểm do Công ty quy định.

Bên mua bảo hiểm thanh toán tất cả Phí bảo hiểm quá hạn cùng với lãi theo lãi suất và cách thức do Công ty quyết định.

Khi khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm, bất kỳ khoản Nợ chưa trả theo Hợp đồng bảo hiểm sẽ được khôi phục với lãi suất ở mức và theo cách thức do Công ty quyết định.

Công ty sẽ không thanh toán cho quyền lợi bảo hiểm nào xảy ra hoặc triệu chứng của bệnh tật đã có trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm bị chấm dứt.

ĐIỀU 24 › BẢNG GIÁ TRỊ TIỀN MẶT

Với điều kiện Phí bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm được đóng đủ khi đến hạn và Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực, Hợp đồng bảo hiểm sẽ có giá trị tiền mặt kể từ Năm hợp đồng thứ 2 trở đi. Bảng giá trị tiền mặt và giá trị không bị tước đoạt ở Trang hợp đồng của Hợp đồng bảo hiểm thể hiện giá trị tiền mặt bảo đảm và giá trị bảo hiểm giảm vào cuối năm Hợp đồng bảo hiểm với giả định rằng các khoản Phí bảo hiểm trong Thời hạn đóng Phí bảo hiểm đã được đóng cho đến cuối Năm hợp đồng đó. Bảng này chưa tính đến bảo tức tích lũy, quyền lợi phiếu tiền mặt tích lũy cũng như các khoản tiền tạm ứng chưa hoàn lại.

Giá trị tiền mặt của bất cứ một Năm hợp đồng nào chưa tròn một năm sẽ được điều chỉnh dựa vào phương pháp hiện hành của Công ty vào thời điểm đó.

ĐIỀU 25 › TẠM ỨNG GIÁ TRỊ TIỀN MẶT VÀ QUYỀN LỢI KHÔNG BỊ TƯỚC ĐOẠT

Nếu Hợp đồng bảo hiểm có giá trị tiền mặt, Bên mua bảo hiểm có thể gửi yêu cầu bằng văn bản đến Công ty nếu muốn thực hiện các quyền sau:

25.1 Tạm ứng giá trị tiền mặt

Công ty có thể cấp khoản tạm ứng tiền mặt không vượt quá 80% Giá trị tiền mặt của Hợp đồng bảo hiểm tại thời điểm yêu cầu tạm ứng, trừ đi khoản tạm ứng để thanh toán Phí bảo hiểm tự động và khoản tạm ứng từ giá trị tiền mặt của Hợp đồng trước đó, nếu có.

Lãi (bao gồm cả lãi do tạm ứng để đóng Phí bảo hiểm tự động) sẽ được tính theo mức và cách thức do Công ty quyết định. Số tiền tạm ứng và lãi phải được trả vào Ngày kỷ niệm hợp đồng tiếp theo, nếu không tiền lãi sẽ được cộng thêm vào số tiền tạm ứng gốc và được tính là số tiền tạm ứng gốc mới và sẽ phải chịu cùng mức lãi suất và theo cùng cách thức như trên.

Bên mua bảo hiểm có thể hoàn trả các khoản tạm ứng và lãi tại bất kỳ thời điểm nào.

Khoản tiền tạm ứng cộng lãi sẽ được tự động khấu trừ trước khi Công ty thanh toán bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào theo Hợp đồng bảo hiểm này. Khi tổng số tiền tạm ứng và lãi này lớn hơn giá trị tiền mặt, Hợp đồng bảo hiểm sẽ tự động chấm dứt hiệu lực.

25.2 Giá trị hoàn lại

Bên mua bảo hiểm được nhận giá trị hoàn lại nếu có yêu cầu hủy ngang hợp đồng bảo hiểm bằng cách gửi văn bản thông báo đến Công ty và trả lại Hợp đồng bảo hiểm. Công ty sẽ chi trả Giá trị hoàn lại tại thời điểm yêu cầu cho Bên mua bảo hiểm hoặc người được Bên mua bảo hiểm chỉ định bằng văn bản và thông báo cho Công ty.

25.3 Bảo hiểm giảm

Khi Hợp đồng bảo hiểm có Giá trị tiền mặt, Bên mua bảo hiểm có thể dừng đóng Phí bảo hiểm và chuyển đổi Hợp đồng bảo hiểm này thành Hợp đồng bảo hiểm giảm. Hợp đồng bảo hiểm này sẽ được chuyển thành hợp đồng bảo hiểm có Số tiền bảo hiểm nhỏ hơn với các quyền lợi tương ứng được chi trả vào cùng các ngày và với cùng điều kiện như Hợp đồng bảo hiểm với Số tiền bảo hiểm gốc ban đầu mà không phải đóng thêm khoản Phí bảo hiểm nào trong tương lai. Tất cả các quyền lợi bảo hiểm bổ sung kèm theo sẽ bị hủy bỏ khi Hợp đồng bảo hiểm được chuyển đổi thành hợp đồng bảo hiểm giảm.

Ngay khi Hợp đồng bảo hiểm được chuyển đổi thành một hợp đồng bảo hiểm giảm:

- Công ty sẽ trả cho Bên mua bảo hiểm tất cả các khoản bảo tức tích lũy tính đến thời điểm chuyển đổi và sau đó Hợp đồng bảo hiểm sẽ không tiếp tục được tham gia chia lãi.
- Hợp đồng bảo hiểm sẽ không được khôi phục hiệu lực.
- Hợp đồng bảo hiểm vẫn có thể được hủy để lĩnh

giá trị hoàn lại được nêu trong bảng giá trị hoàn lại theo Số tiền bảo hiểm đã giảm.

- Các quyền lợi Quyền lợi Bệnh lý nghiêm trọng, Quyền lợi trợ cấp nằm viện và Quyền lợi bảo hiểm bệnh dành riêng cho nữ giới sẽ chấm dứt ngay lập tức.

ĐIỀU 26 › LOẠI TIỀN THANH TOÁN VÀ ĐỊA ĐIỂM THANH TOÁN

Tất cả các khoản tiền phải đóng cho Công ty hoặc Công ty trả sẽ được thanh toán bằng Việt Nam Đồng và sẽ được thực hiện tại các văn phòng của Công ty ở Việt Nam.

ĐIỀU 27 › GIẢI QUYẾT Mâu THUẬN VÀ TRANH CHẤP

Hợp đồng bảo hiểm được điều chỉnh và giải thích theo pháp luật của nước Cộng hòa Xã hội Chủ Nghĩa Việt Nam.

Nếu bất kỳ tranh chấp nào không được giải quyết thông qua thương lượng thì tranh chấp sẽ được đưa ra tòa án có thẩm quyền của Việt Nam để phân xử.

Thời hiệu khởi kiện của Hợp đồng bảo hiểm là 3 (ba) năm, hoặc thời hạn khác theo quy định của pháp luật Việt Nam hiện hành, kể từ thời điểm phát sinh tranh chấp.

ĐIỀU 28 › CHẤM DỨT HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt ngay khi có bất kỳ sự kiện nào dưới đây xảy ra:

- Khi kết thúc thời hạn gia hạn đóng Phí bảo hiểm theo quy định tại Điều 21 mà Phí bảo hiểm vẫn không được đóng đầy đủ.
- Ngày Bên mua bảo hiểm yêu cầu hủy ngang hoặc chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm để nhận giá trị hoàn lại.
- Ngày Người được bảo hiểm tử vong
- Ngày Quyền lợi Bệnh lý nghiêm trọng được thanh toán
- Ngày đáo hạn Hợp đồng bảo hiểm

Việc chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm sẽ không làm ảnh hưởng đến bất kỳ khoản thanh toán quyền lợi bảo hiểm phát sinh trước thời điểm chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm.