

SẢN PHẨM BẢO HIỂM SỨC KHỎE BẢO TÍN TÂM AN

TÀI LIỆU TÓM TẮT QUY TẮC, ĐIỀU KIỆN,
ĐIỀU KHOẢN BẢO HIỂM & QUY TẮC BẢO HIỂM

PHẦN 1.

TÀI LIỆU TÓM TẮT QUY TẮC,
ĐIỀU KIỆN, ĐIỀU KHOẢN BẢO HIỂM

I. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Tùy theo quy định cụ thể trên Hợp đồng bảo hiểm (HĐBH)/Giấy chứng nhận bảo hiểm (GCNBH), Công ty bảo hiểm sẽ chi trả một, một số hoặc toàn bộ các quyền lợi sau:

- Tử vong hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn;
- Tử vong hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn do ốm đau, bệnh tật, thai sản;
- Thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn;
- Hỗ trợ giáo dục;
- Hỗ trợ viện phí do tai nạn;
- Tử vong không rõ nguyên nhân;
- Trợ cấp mai táng.

Chi tiết quyền lợi bảo hiểm, điều kiện nhận quyền lợi và các giới hạn chi trả được nêu tại HĐBH/GCNBH.

II. ĐIỀU KHOẢN LOẠI TRỪ TRÁCH NHIỆM BẢO HIỂM

Các điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm được liệt kê tại Điều 11, Chương III Quy tắc bảo hiểm, cụ thể như sau:

Các rủi ro, các bệnh, các hạng mục được liệt kê hoặc bắt nguồn từ các nguyên nhân dưới đây không thuộc phạm vi, trách nhiệm của Công ty bảo hiểm:

1. Hành động tự tử hoặc cố ý tự tử của Người được bảo hiểm; Hành vi cố ý của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm và/hoặc Người thụ hưởng (trừ trường hợp quy định tại khoản 2 điều 40 Luật Kinh doanh bảo hiểm hoặc các văn bản sửa đổi, bổ sung, thay thế (nếu có));
2. Tử vong không rõ nguyên nhân. Điều khoản này không áp dụng nếu Bên mua bảo hiểm tham gia điều khoản “Quyền lợi bảo hiểm tử vong không rõ nguyên nhân” và được Công ty bảo hiểm chấp nhận trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm;
3. Người được bảo hiểm thực hiện hoặc tham gia thực hiện hành động trộm cắp, đánh nhau (trừ khi chứng minh được bằng văn bản xác nhận của cơ quan có thẩm quyền về việc hành động đánh nhau đó chỉ với mục đích tự vệ), gây rối trật tự công cộng hoặc chống cự việc bắt giữ người hợp pháp và/hoặc thực hiện hoặc tham gia thực hiện các hành vi phạm tội (theo kết luận của cơ quan nhà nước có thẩm quyền);
4. Người được bảo hiểm có các hành vi sau đây khi tham gia giao thông:
 - 4.1. Đua xe (hợp pháp hoặc trái phép), lạng lách, đánh võng, điều khiển xe cơ giới chạy quá tốc độ quy định, giành đường, vượt ẩu;

- 4.2. Điều khiển phương tiện tham gia giao thông mà trong cơ thể có chất ma túy, các chất kích thích, chất gây nghiện;
- 4.3. Điều khiển phương tiện tham gia giao thông mà trong máu hoặc hơi thở có nồng độ cồn vượt quá 50 miligam/100 mililít máu hoặc 0,25 miligam/1 lít khí thở;
- 4.4. Điều khiển xe khi không đủ điều kiện về độ tuổi theo quy định của Pháp luật;
- 4.5. Người điều khiển xe không có Giấy phép lái xe hoặc Giấy phép lái xe không hợp lệ theo quy định của pháp luật;
- 4.6. Vận chuyển trái phép hoặc không thực hiện đầy đủ các quy định về vận chuyển hàng nguy hiểm, vận chuyển hàng cấm;
- 4.7. Xe đi ngược chiều của đường một chiều, đi ngược chiều trên đường có biển "Cấm đi ngược chiều"; đi vào đường cấm hoặc khu vực cấm;
- 4.8. Không chấp hành hệ thống báo hiệu đường bộ;
- 4.9. Điều khiển xe công nông, xe máy kéo nhỏ phục vụ cho sản xuất nông nghiệp, lâm nghiệp, xe hết niên hạn sử dụng;
- 4.10. Điều khiển các phương tiện không có Giấy chứng nhận kiểm định an toàn kỹ thuật và bảo vệ môi trường hợp lệ theo quy định của pháp luật hiện hành.
5. Người được bảo hiểm sử dụng hoặc bị ảnh hưởng của rượu, bia, ma túy hoặc các chất có cồn, các chất kích thích, các chất gây nghiện hoặc sử dụng thuốc không theo chỉ dẫn của Bác sĩ điều trị là nguyên nhân dẫn đến tai nạn hoặc ốm đau, bệnh tật;
6. Người được bảo hiểm tham gia vào các hoạt động hàng không (trừ khi với tư cách là hành khách trên máy bay có giấy phép chở khách), tham gia các cuộc diễn tập huấn luyện quân sự, tham gia chiến đấu của lực lượng vũ trang;
7. Động đất, núi lửa, sóng thần; chiến tranh, nội chiến, đình công, khủng bố, bạo động, dân biến, phiến loạn, các hoạt động quân sự hoặc hành động của bất kỳ người cầm đầu của tổ chức nào nhằm lật đổ, đe dọa chính quyền, kiểm soát bằng vũ lực;
8. Dịch bệnh hoặc tình trạng khẩn cấp y tế theo công bố của Tổ chức y tế thế giới (WHO) hoặc cơ quan Nhà nước có thẩm quyền;
9. Người được bảo hiểm tham gia thể thao chuyên nghiệp hoặc thể thao nguy hiểm; Người được bảo hiểm đang làm việc/đang tham gia các công việc có tính chất nguy hiểm;
10. Các hình thức thẩm mỹ, chỉnh hình, làm giả các bộ phận cơ thể; điều trị kiểm soát trọng lượng cơ thể (tăng hoặc giảm cân);
11. Những thương tật có sẵn hoặc chỉ định điều trị có từ trước Ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm năm đầu tiên; bệnh bẩm sinh, dị tật bẩm sinh, bệnh di truyền, rối loạn tâm thần và hành vi; bệnh lao, bệnh phong;

12. Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS); tình trạng và bệnh liên quan đến vi rút HIV;
13. Điều trị khả năng sinh sản hoặc hiếm muộn; điều trị các vấn đề về giới tính, chuyển đổi giới tính; và bất kỳ biến chứng nào từ những điều trị trên;
14. Những bệnh/rủ ro trong thời gian chờ như quy định tại Điều 12;
15. Phục hồi chức năng, vật lý trị liệu bằng tất cả mọi hình thức (áp dụng riêng với Quyền lợi bảo hiểm chi phí nằm viện do tai nạn);
16. Mọi hình thức khám và điều trị về răng (trừ việc nhập viện điều trị răng cấp cứu do tai nạn xảy ra trong vòng 24 giờ kể từ thời điểm tai nạn).

III. THỜI HẠN HỢP ĐỒNG, THỜI HẠN ĐÓNG PHÍ

1. Thời hạn hợp đồng bảo hiểm: được ghi cụ thể trên HDBH/GCNBH.
2. Thời hạn thanh toán phí: được ghi cụ thể trên HDBH/GCNBH.

IV. CÁC ĐIỀU KIỆN, ĐIỀU KHOẢN BẢO HIỂM VÀ NỘI DUNG KHÁC

Trong trường hợp Người thụ hưởng không có tài khoản ngân hàng tại Việt Nam, Công ty bảo hiểm sẽ chi trả số tiền bồi thường đến tài khoản ngân hàng tại nước ngoài của Người thụ hưởng và chi phí chuyển khoản tới tài khoản ngân hàng tại nước ngoài sẽ được chi trả bởi Người thụ hưởng.

Trường hợp Người được bảo hiểm nhập viện bắt đầu điều trị trong thời hạn bảo hiểm và ra viện khi đã kết thúc thời hạn bảo hiểm, BHBV xem xét giải quyết quyền lợi bảo hiểm cho cả đợt điều trị.

Các nội dung điều kiện, điều khoản khác thực hiện theo HDBH/GCNBH và Quy tắc bảo hiểm Bảo Tín Tâm An ban hành kèm theo Quyết định số 5989/QĐ-BHBV ngày 26/06/2025 của Tổng Giám đốc Công ty bảo hiểm Bảo Việt.

PHẦN 2.

QUY TẮC BẢO HIỂM SỨC KHỎE
BẢO TÍN TÂM AN

**QUY TẮC BẢO HIỂM SỨC KHỎE
BẢO TÍN TÂM AN**

*(Ban hành kèm theo Quyết định số 5989/QĐ-BHBV ngày 26/06/2025
của Tổng Giám đốc Tổng Công ty Bảo hiểm Bảo Việt)*

MỤC LỤC

CHƯƠNG I. QUY ĐỊNH CHUNG

Điều 1. Giải thích từ ngữ 3

Điều 2. Phạm vi địa lý được bảo hiểm 8

Điều 3. Đối tượng tham gia bảo hiểm 8

CHƯƠNG II. PHẠM VI VÀ QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Điều 4. Tử vong hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn 8

Điều 5. Tử vong hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn do ốm đau, bệnh tật, thai sản 8

Điều 6. Thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn 9

Điều 7. Hỗ trợ giáo dục 9

Điều 8. Hỗ trợ viện phí do tai nạn 9

Điều 9. Tử vong không rõ nguyên nhân 9

Điều 10. Trợ cấp mai táng 10

CHƯƠNG III. CÁC ĐIỀU KHOẢN LOẠI TRỪ TRÁCH NHIỆM BẢO HIỂM

Điều 11. Các điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm 10

CHƯƠNG IV. THỜI GIAN CHỜ

Điều 12. Thời gian chờ 11

CHƯƠNG V. PHÍ BẢO HIỂM

Điều 13. Phí bảo hiểm và Thời hạn thanh toán phí bảo hiểm 12

Điều 14. Quyền lợi bảo hiểm theo thời hạn bảo hiểm 13

CHƯƠNG VI. GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Điều 15. Thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm 13

Điều 16. Hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm 13

Điều 17. Thời hạn giải quyết trả tiền bảo hiểm 14

Điều 18. Giám định, xác minh rủi ro 15

CHƯƠNG VII. QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA CÁC BÊN

Điều 19. Quyền và nghĩa vụ của Công ty bảo hiểm 15

Điều 20. Quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm 16



CHƯƠNG VIII. CÁC QUY ĐỊNH KHÁC

Điều 21. Điều khoản tái tục bảo hiểm.....	17
Điều 22. Nghĩa vụ khai báo trung thực	17
Điều 23. Chấm dứt hiệu lực bảo hiểm	18
Điều 24. Bảo vệ và xử lý dữ liệu cá nhân	18
Điều 25. Ngôn ngữ.....	19
Điều 26. Giải quyết tranh chấp	19

CHƯƠNG I. QUY ĐỊNH CHUNG

Điều 1. Giải thích từ ngữ

1. **Công ty bảo hiểm:** Là Tổng Công ty Bảo hiểm Bảo Việt (Bảo hiểm Bảo Việt) hoặc các công ty thành viên trực thuộc được thành lập và hoạt động theo pháp luật Việt Nam.

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 tuổi trở lên tại thời điểm giao kết Hợp đồng bảo hiểm và có năng lực hành vi dân sự đầy đủ, giao kết Hợp đồng bảo hiểm với Công ty bảo hiểm và đóng phí bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm phải đáp ứng các điều kiện để mua bảo hiểm theo quy tắc, điều kiện, điều khoản bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm phải có quyền lợi có thể được bảo hiểm với Người được bảo hiểm theo quy định của pháp luật.

3. **Người được bảo hiểm:** Là người có tính mạng, sức khỏe được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

4. **Người thụ hưởng:** Là cá nhân hoặc tổ chức được Bên mua bảo hiểm chỉ định để nhận tiền bảo hiểm theo thỏa thuận tại Hợp đồng bảo hiểm cá nhân, hoặc Người được bảo hiểm trong Hợp đồng bảo hiểm nhóm chỉ định để nhận tiền bảo hiểm theo thỏa thuận tại Hợp đồng bảo hiểm nhóm.

Trường hợp Bên mua bảo hiểm không đồng thời là Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm phải có sự đồng ý bằng văn bản của Người được bảo hiểm khi chỉ định người thụ hưởng; trường hợp Người được bảo hiểm chưa thành niên thì việc chỉ định người thụ hưởng phải được người đại diện theo pháp luật đồng ý.

5. **Người phụ thuộc:** Là con của Người được bảo hiểm (bao gồm con ruột, con nuôi hợp pháp) có độ tuổi tối đa đến 18 tuổi tại Ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm.

6. **Hợp đồng bảo hiểm:** Là sự thỏa thuận giữa Công ty bảo hiểm và Bên mua bảo hiểm, theo đó Bên mua bảo hiểm phải đóng phí bảo hiểm, Công ty bảo hiểm phải chi trả quyền lợi bảo hiểm cho Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng (trong trường hợp có chỉ định Người thụ hưởng) theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm.

Bộ Hợp đồng bảo hiểm bao gồm:

- Yêu cầu bảo hiểm của Bên mua bảo hiểm;
- Văn bản có tên là Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm do Bảo hiểm Bảo Việt phát hành;
- Quy tắc bảo hiểm này, tài liệu tóm tắt quy tắc, điều kiện, điều khoản bảo hiểm;
- Các sửa đổi bổ sung, phụ lục điều chỉnh (nếu có);
- Các thỏa thuận khác (nếu có) của hai bên phát sinh trong quá trình giao kết, thực hiện Hợp đồng bảo hiểm và được ghi nhận là một phần của Hợp đồng bảo hiểm.

Hợp đồng bảo hiểm phải được lập bằng văn bản. Hợp đồng bảo hiểm được giao kết thông qua phương tiện điện tử dưới hình thức thông điệp dữ liệu theo quy định của pháp luật về giao dịch điện tử cũng được coi là Hợp đồng bảo hiểm được lập bằng văn bản.

7. **Thời điểm có hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm (Ngày hiệu lực):** Là thời điểm Hợp đồng bảo hiểm được giao kết giữa Công ty bảo hiểm và Bên mua bảo hiểm.

8. **Thời hạn bảo hiểm:** Tối đa là 01 năm tính từ thời điểm Công ty bảo hiểm bắt đầu nhận bảo hiểm (thời điểm bắt đầu nhận bảo hiểm/ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm) đến khi kết thúc bảo hiểm (thời điểm kết thúc bảo hiểm/ngày kết thúc thời hạn bảo hiểm) và được ghi cụ thể trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

9. Năm hợp đồng: Là khoảng thời gian 01 năm kể từ thời điểm bắt đầu nhận bảo hiểm. Giới hạn theo năm trong bộ Hợp đồng bảo hiểm được hiểu là Năm hợp đồng.

10. Tái tục bảo hiểm: Là việc Hợp đồng bảo hiểm được tái tục vào thời điểm kế tiếp thời điểm kết thúc bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm hiện tại (hoặc thời điểm được Công ty bảo hiểm chấp nhận) với Số tiền bảo hiểm tương đương hoặc thấp hơn, với điều kiện Hợp đồng bảo hiểm hiện tại không bị chấm dứt/hủy bỏ trong thời hạn bảo hiểm.

11. Số tiền bảo hiểm: Là hạn mức trách nhiệm tối đa của Công ty bảo hiểm đối với Người được bảo hiểm theo từng quyền lợi bảo hiểm và được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

12. Phí bảo hiểm: Là số tiền mà Bên mua bảo hiểm phải trả cho Công ty bảo hiểm để được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm được lựa chọn các hình thức đóng phí bảo hiểm theo kỳ và được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

13. Tuổi bảo hiểm: Là tuổi tính theo ngày sinh nhật liền trước Ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm. Tất cả các từ tuổi được sử dụng trong Quy tắc bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm đều được hiểu là tuổi bảo hiểm.

14. Thời gian chờ: Là khoảng thời gian mà các sự kiện bảo hiểm xảy ra sẽ không được Công ty bảo hiểm chi trả đối với một số quyền lợi bảo hiểm, bao gồm cả những trường hợp quá trình điều trị kéo dài, thời điểm bắt đầu điều trị trong thời gian chờ nhưng thời điểm kết thúc của đợt điều trị này nằm ngoài thời gian chờ quy định.

Thời gian chờ được tính kể từ Ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm. Đối với các Hợp đồng bảo hiểm tái tục liên tục hàng năm và không thay đổi quyền lợi bảo hiểm, thời gian chờ được tính từ Ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm năm đầu tiên. Với các trường hợp tham gia bảo hiểm bị gián đoạn, thời gian chờ tính từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm mới nhất trừ khi có thỏa thuận khác với Công ty bảo hiểm và được thể hiện cụ thể trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

15. Cơ sở y tế: Là một cơ sở khám, chữa bệnh được thành lập và hoạt động hợp pháp, không phải là nơi để an dưỡng phục hồi sức khỏe hoặc là nơi đặc biệt nhằm mục đích duy nhất phục vụ cho người già, dưỡng lão; nuôi dưỡng người tàn tật, không nơi nương tựa, lang thang cơ nhỡ; hoặc giúp đỡ cai nghiện rượu, thuốc phiện, ma túy, các chất kích thích; hoặc để điều trị rối loạn tâm thần, điều trị bệnh phong; hoặc nơi điều trị suối khoáng, xông hơi, massage.

16. Bệnh viện: Là một cơ sở khám, chữa bệnh được thành lập và hoạt động hợp pháp. Cơ sở khám, chữa bệnh đó phải được cấp phép là Bệnh viện hoặc Viện theo quy định của pháp luật và đáp ứng đầy đủ các điều kiện sau:

- Có khả năng và phương tiện chẩn đoán, điều trị và phẫu thuật;
- Có điều kiện thuận lợi cho việc điều trị nội trú, ngoại trú và có hệ thống theo dõi sức khỏe hàng ngày cho mỗi bệnh nhân của mình;
- Không phải là nơi để an dưỡng phục hồi sức khỏe hoặc là nơi đặc biệt nhằm mục đích duy nhất phục vụ cho người già, dưỡng lão; nuôi dưỡng người tàn tật, không nơi nương tựa, lang thang cơ nhỡ; hoặc giúp đỡ cai nghiện rượu, thuốc phiện, ma túy, các chất kích thích; hoặc để điều trị rối loạn tâm thần, điều trị bệnh phong; hoặc nơi điều trị suối khoáng, xông hơi, massage.

Theo Quy tắc bảo hiểm này, Bệnh viện còn bao gồm Trung tâm y tế huyện/khu vực có chức năng khám bệnh, chữa bệnh ở những địa phương chưa có bệnh viện huyện/khu vực; đồng thời không bao gồm: Các cơ sở khám chữa bệnh Đông y, y học cổ truyền, các khoa khám chữa bệnh Đông y, y học cổ truyền tại các Bệnh viện, Trung tâm y tế dự phòng, Trung tâm y tế huyện/khu vực (ở địa phương đã có bệnh viện huyện/khu vực), Trung tâm y tế quân – dân y, Bệnh xá, Đội điều trị, Trạm y tế, Phòng y tế, Trạm xá, Nhà hộ sinh, Nhà điều dưỡng, Phòng khám, các cơ sở y tế không thỏa mãn định nghĩa Bệnh viện như trên.

17. Bác sĩ: Là người được phép hành nghề hợp pháp, được luật pháp công nhận, đang điều trị, hành nghề trong phạm vi giấy phép được cấp và trong phạm vi chuyên ngành đào tạo của mình.

Theo quy tắc bảo hiểm này, Bác sĩ không bao gồm những người sau đây:

- Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm;
- Thành viên gia đình trực hệ của Người được bảo hiểm hoặc Bên mua bảo hiểm (ông nội, bà nội, ông ngoại, bà ngoại, bố đẻ, mẹ đẻ, bố/mẹ vợ, bố/mẹ chồng, bố/mẹ nuôi hợp pháp, vợ, chồng, con ruột, con nuôi hợp pháp, anh/chị/em ruột).

18. Đợt điều trị: Là khoảng thời gian từ khi Người được bảo hiểm nhập viện đến khi xuất viện để điều trị tại Bệnh viện. Giấy ra viện là bằng chứng chứng minh kết thúc một Đợt điều trị.

19. Nằm viện (điều trị nội trú): Là việc Người được bảo hiểm phải nhập viện tại Bệnh viện theo chỉ định của Bác sĩ và lưu trú ít nhất 24 giờ liên tục ở trong Bệnh viện để điều trị bệnh tật hoặc thương tật thuộc phạm vi bảo hiểm. Người được bảo hiểm phải lưu trú liên tục tại Bệnh viện trong suốt thời gian điều trị theo đúng chỉ định của Bác sĩ điều trị và quy định điều trị nội trú của Bộ Y tế.

Trường hợp Người được bảo hiểm lưu trú tại bệnh viện để thực hiện xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, nội soi và các thủ thuật chỉ nhằm mục đích chẩn đoán bệnh mà không thực hiện điều trị thì không được coi là nằm viện.

20. Phục hồi chức năng: Là phương pháp điều trị nhằm mục đích khôi phục lại tình trạng bình thường và/hoặc chức năng sinh lý sau thương tật thân thể hoặc đồ bệnh. Theo Quy tắc bảo hiểm này, phục hồi chức năng bao gồm những phương pháp được liệt kê theo danh sách đính kèm Thông tư 50/2014/TT-BYT ngày 26/12/2014 của Bộ Y tế và các văn bản sửa đổi, bổ sung, thay thế (nếu có); hoặc điều trị tại các Bệnh viện phục hồi chức năng hoặc chuyên khoa phục hồi chức năng tại các Bệnh viện.

21. Tai nạn: Là bất kỳ sự kiện hoặc chuỗi sự kiện bất ngờ, khách quan, không lường trước, gây ra bởi một tác nhân hoặc một lực từ bên ngoài và ngoài sự kiểm soát của Người được bảo hiểm, xảy ra trong thời hạn bảo hiểm, là nguyên nhân trực tiếp và duy nhất dẫn đến thương tật thân thể hoặc tử vong cho Người được bảo hiểm, loại trừ bất cứ quá trình nào xảy ra do bệnh tật, tuổi tác hay sự thoái hóa.

Theo Quy tắc bảo hiểm này, các rủi ro do nguyên nhân bị côn trùng đốt và/hoặc bị động vật cắn; đuối nước; điện giật; hỏa hoạn; ngộ độc thức ăn, đồ uống; hít phải khí độc, khí gas, hơi độc, chất độc được coi là tai nạn.

22. Thương tật bộ phận vĩnh viễn: Là hậu quả trực tiếp của một tai nạn dẫn đến việc Người được bảo hiểm bị cắt, mất hoặc mất toàn bộ chức năng của một hoặc nhiều bộ phận cơ thể mà không thể phục hồi được. Theo Quy tắc bảo hiểm này, tình trạng thương tật được coi là vĩnh viễn nếu thương tật đó:

- Là hậu quả trực tiếp của một tai nạn xảy ra trong thời hạn bảo hiểm;
- Đã được xác nhận của cơ quan y tế hoặc Hội đồng giám định Y khoa cấp tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương hoặc tổ chức giám định y tế hợp pháp được Công ty bảo hiểm chấp thuận. Việc cắt hoặc mất có thể được xác nhận sau khi xảy ra Sự kiện bảo hiểm hoặc sau khi kết thúc đợt điều trị.

Trường hợp mất toàn bộ chức năng của một hoặc nhiều bộ phận cơ thể được xác định không sớm hơn 180 ngày liên tục tính từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm hoặc từ ngày được chẩn đoán.

Công ty bảo hiểm chỉ chi trả đối với các thương tật bộ phận vĩnh viễn được liệt kê trong Bảng tỷ lệ trả tiền thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn tại Phụ lục đính kèm Quy tắc bảo hiểm này.

23. Thương tật toàn bộ vĩnh viễn: Là hậu quả trực tiếp của một tai nạn hoặc ốm đau, bệnh tật xảy ra trong thời hạn bảo hiểm. Theo Quy tắc bảo hiểm này, Quyền lợi thương tật toàn bộ vĩnh viễn được xem xét chi trả khi xảy ra một trong các trường hợp sau:

- Người được bảo hiểm bị mất, liệt hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của: hai tay; hoặc hai chân; hoặc một tay và một chân; hoặc hai mắt; hoặc một tay và một mắt; hoặc một chân và một mắt. Trong trường hợp này, mất hoàn toàn, liệt hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của tay được tính từ cổ tay trở lên; mất hoàn toàn, liệt hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của chân được tính từ mắt cá chân trở lên; mất hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của mắt được hiểu là mất hoàn toàn hoặc mù hoàn toàn;

- Người được bảo hiểm bị tổn thương cơ thể từ 81% trở lên theo xác nhận của cơ quan y tế hoặc Hội đồng giám định Y khoa cấp tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương hoặc tổ chức giám định y tế hợp pháp được Công ty bảo hiểm chấp thuận.

Việc chứng nhận Người được bảo hiểm bị mất hoàn toàn bộ phận cơ thể (tay, chân hoặc mắt) có thể được thực hiện ngay sau khi sự kiện bảo hiểm xảy ra hoặc sau khi kết thúc việc điều trị.

Việc chứng nhận bị liệt hoàn toàn và không thể phục hồi chức năng của các bộ phận cơ thể hoặc mù hoàn toàn hoặc bị tổn thương cơ thể từ 81% trở lên được thực hiện không sớm hơn 180 ngày kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm hoặc từ ngày bệnh lý được chẩn đoán.

24. Thể thao chuyên nghiệp: Là hoạt động thể thao, trong đó huấn luyện viên, vận động viên lấy huấn luyện, biểu diễn, thi đấu thể thao là nghề của mình. Các huấn luyện viên chuyên nghiệp phải ký hợp đồng lao động với câu lạc bộ thể thao chuyên nghiệp hoặc liên đoàn thể thao quốc gia theo quy định của pháp luật về lao động. Các vận động viên chuyên nghiệp phải ký hợp đồng lao động với câu lạc bộ thể thao chuyên nghiệp theo quy định của pháp luật về lao động.

25. Thể thao nguy hiểm: Là các hoạt động thể thao như các cuộc đua (không bao gồm các cuộc đua mang tính chất từ thiện, các cuộc đua mang tính chất nội bộ do Bên mua bảo hiểm tổ chức), nhảy mạo hiểm, leo vách đá, leo núi tự do, leo núi có hoặc không có dây leo, đi bộ leo núi với độ cao trên hai nghìn năm trăm (2.500) mét, đi thăng bằng trên dây (slackline), võ thuật, đua trượt trên mặt nước, trượt tuyết, trượt băng, đu bám, nhảy dù (trừ mục đích thoát hiểm), lặn xuống hoặc di chuyển bằng khinh khí cầu, dù lượn, nhảy bungee, vượt thác, khám phá hang động, lặn với bình oxy và thiết bị thở dưới nước.

26. Công việc có tính chất nguy hiểm: Là các hoạt động phá dỡ các công trình xây dựng, làm việc dưới hầm mỏ hoặc dưới mặt đất, làm việc ở độ cao trên 30m so với mặt đất; cưa và xẻ gỗ; làm việc trong các nhà máy chế biến chất nổ, vũ khí, đạn dược; công việc liên quan đến mỏ; chế biến dầu thô, khai thác gas và dầu mỏ, khai thác đá, khai thác Amiang, năng lượng hạt nhân nguyên tử và nghiên cứu khoa học ngoài không gian.

27. Mất tích: Trường hợp Người được bảo hiểm mất tích trong 24 tháng liên tục, được Tòa án có thẩm quyền tuyên bố là đã tử vong và có bằng chứng đầy đủ kết luận nguyên nhân tử vong đó là do tai nạn, Công ty bảo hiểm sẽ chi trả 100% Số tiền bảo hiểm quyền lợi Tử vong do tai nạn được ghi tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm. Tuy nhiên, nếu vào bất cứ thời điểm nào sau khi Công ty bảo hiểm đã chi trả tiền bảo hiểm, Người được bảo hiểm được chứng minh còn sống thì Người thụ hưởng quyền lợi bảo hiểm có trách nhiệm hoàn trả đầy đủ số tiền đó cho Công ty bảo hiểm.

28. Ốm đau, bệnh tật (bệnh): Là tình trạng cơ thể có dấu hiệu của một bệnh lý khác với tình trạng sức khỏe bình thường cần thiết phải điều trị.

Theo Quy tắc bảo hiểm này, trường hợp Người được bảo hiểm bị biến chứng do tiêm vắc-xin phòng bệnh được coi là bệnh.

29. Bệnh có sẵn: Là tình trạng bệnh tật hoặc thương tật của Người được bảo hiểm đã được Bác sĩ chẩn đoán hoặc điều trị trước ngày hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm; hoặc các dấu hiệu, triệu chứng bệnh/thương tật đã khởi phát trong vòng 36 tháng trước ngày hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm mà nếu biết được các dấu hiệu, triệu chứng này Công ty bảo hiểm không chấp nhận bảo hiểm hoặc chấp nhận bảo hiểm có điều kiện.

Việc xác định bệnh có sẵn phải căn cứ vào hồ sơ y tế được lưu trữ tại bệnh viện hoặc cơ sở y tế được thành lập hợp pháp, các tài liệu y khoa được Bộ Y tế và các cơ quan có thẩm quyền ban

hành hoặc các thông tin do Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm tự kê khai trên hồ sơ yêu cầu bảo hiểm hoặc giấy yêu cầu bảo hiểm bổ sung.

30. Bệnh đặc biệt: Là những bệnh u, bướu, ung thư, bệnh tim, huyết áp, tiểu đường (đái tháo đường), viêm màng não, viêm não, viêm tủy, viêm não tủy, bệnh hoặc hội chứng Parkinson, bệnh Alzheimer hoặc sa sút trí tuệ trầm trọng, hội chứng Apallie hoặc hội chứng mất trí nhớ, bại não, tràn khí màng phổi, tràn dịch màng phổi, suy hô hấp, tai biến mạch máu não (đột quỵ), các bệnh mạch máu não khác, xơ vữa động mạch, viêm gan các loại, xơ gan, suy gan, viêm tụy, sỏi, suy thận, hội chứng thận hư, rối loạn đông máu, suy tủy xương, bệnh Lupus ban đỏ, bệnh Pemphigus.

31. Bệnh di truyền: Là bất kỳ bệnh nào xuất hiện ở những người có cùng huyết thống hay sự chuyển những bệnh lý của bố, mẹ cho con cái thông qua gen của bố, mẹ và/hoặc được truyền từ đời này sang đời khác, từ thế hệ này sang thế hệ khác trong những người có cùng huyết thống bao gồm cả di truyền đột biến gen lặn.

32. Bệnh bẩm sinh, dị tật bẩm sinh: Là bất kỳ bệnh, bất thường cấu trúc hoặc chức năng (bao gồm cả bất thường chuyển hóa) hoặc dị tật nào được hình thành trên thai nhi trong quá trình mang thai của người mẹ, có thể được phát hiện trước, trong hoặc sau khi sinh. Bệnh bẩm sinh, dị tật bẩm sinh có thể được cơ quan y tế mô tả dưới nhiều tên gọi khác nhau như bệnh bẩm sinh, dị tật bẩm sinh, khuyết tật bẩm sinh, dị dạng về gen, bất thường của nhiễm sắc thể, bất thường bẩm sinh, dị tật bào thai.

33. Thai sản: Theo quy tắc bảo hiểm này, thai sản bao gồm biến chứng thai sản, sinh con, biến chứng sau sinh.

34. Biến chứng thai sản: Là tình trạng bất thường của bào thai, biến chứng do nguyên nhân tai nạn hoặc bệnh lý phát sinh trong quá trình mang thai của Người được bảo hiểm (nhưng không liên quan đến việc điều trị vô sinh, sinh con, biến chứng sau sinh) phải điều trị theo chỉ định của Bác sĩ.

Theo Quy tắc bảo hiểm này, biến chứng thai sản được bảo hiểm gồm các trường hợp sau:

- Sảy thai hoặc thai nhi chết trong tử cung;
- Mang thai trứng nước;
- Thai ngoài tử cung;
- Phá thai do điều trị bao gồm các trường hợp phá thai do các bệnh lý di truyền/ dị tật bẩm sinh của thai nhi hoặc phải phá thai để bảo vệ tính mạng của người mẹ;
- Dọa sinh non đối với thai từ tuần thứ 22 đến tuần thứ 35 của thai kỳ.

35. Sinh con, biến chứng sau sinh: Theo Quy tắc bảo hiểm này, sinh con và biến chứng sau sinh được bảo hiểm bao gồm các trường hợp sau: Sinh thường, sinh mổ (mổ lấy thai), sinh khó bằng các can thiệp chuyên môn, sinh non; nhiễm trùng hậu sản, sản giật, băng huyết sau khi sinh, sót nhau thai trong tử cung sau khi sinh.

36. Nghiện rượu, nghiện ma túy hoặc chất kích thích: Là tình trạng Người được bảo hiểm phụ thuộc và lạm dụng vào rượu, ma túy hoặc các chất kích thích do uống hoặc sử dụng quá nhiều. Khi điều này xảy ra, rượu, ma túy, các chất kích thích có thể tác động đến não và làm cho người đó mất kiểm soát hành động của mình.

37. Nhóm khách hàng tham gia bảo hiểm: Là tập hợp những khách hàng tham gia theo Hợp đồng bảo hiểm cá nhân có chung tổ chức hoặc tham gia bảo hiểm qua cùng trung gian bảo hiểm hoặc tham gia giống nhau về cơ cấu quyền lợi bảo hiểm, có rủi ro được bảo hiểm tương đồng.

38. Tài khoản: Là tài khoản điện thoại, tài khoản ngân hàng, ví điện tử hay phương thức thanh toán khác mà Bên mua bảo hiểm đã chỉ định trong Yêu cầu bảo hiểm hoặc trong một thông báo bằng văn bản, sau đó phí bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm sẽ được thanh toán từ tài khoản đó hoặc bằng các phương thức thanh toán khác theo thỏa thuận của Bên mua bảo hiểm và Công ty bảo hiểm.

Điều 2. Phạm vi địa lý được bảo hiểm

Phạm vi địa lý được bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này là lãnh thổ Việt Nam, bao gồm trường hợp Người được bảo hiểm bị tai nạn xảy ra trong lãnh thổ Việt Nam sau đó Người được bảo hiểm điều trị và/hoặc bị tử vong do hậu quả của tai nạn này ngoài lãnh thổ Việt Nam (trừ trường hợp có quy định khác tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm).

Điều 3. Đối tượng tham gia bảo hiểm

1. Đối tượng tham gia bảo hiểm: Là công dân Việt Nam hoặc người nước ngoài cư trú hợp pháp tại Việt Nam được Công ty bảo hiểm chấp nhận bảo hiểm, có độ tuổi từ 15 ngày tuổi (tính từ ngày sinh hoặc ngày xuất viện sau sinh trong tình trạng sức khỏe tốt, tùy theo ngày nào đến sau) đến 75 tuổi.
2. Các đối tượng không được tham gia bảo hiểm gồm:
 - 2.1. Những người bị bệnh (hội chứng) tâm thần, động kinh, tự kỷ, phong;
 - 2.2. Những người bị bệnh ung thư;
 - 2.3. Những người bị tàn tật/khuyết tật hoặc thương tật vĩnh viễn từ 50% trở lên;
 - 2.4. Những người đang trong thời gian điều trị bệnh tật, thương tật;
 - 2.5. Những người đang trong thời gian bị tạm giam, bị giữ, tạm giữ hoặc khởi tố bị can;
 - 2.6. Những người nghiện rượu/ma túy hoặc các chất kích thích khác.
3. Trường hợp Công ty bảo hiểm nhận bảo hiểm với đối tượng tham gia bảo hiểm có độ tuổi khác quy định nêu trên sẽ được quy định cụ thể tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

CHƯƠNG II. PHẠM VI VÀ QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Bên mua bảo hiểm có quyền lựa chọn tham gia và Công ty bảo hiểm có quyền chấp nhận cung cấp một hoặc một số hoặc tất cả quyền lợi bảo hiểm dưới đây. Quyền lợi bảo hiểm áp dụng cho Hợp đồng bảo hiểm của Bên mua bảo hiểm sẽ được ghi cụ thể tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Điều 4. Tử vong hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn

Trường hợp Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi này bị tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, trong vòng 365 ngày kể từ ngày xảy ra tai nạn đó, Người được bảo hiểm bị tử vong hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn, Công ty bảo hiểm trả 100% Số tiền bảo hiểm của Quyền lợi bảo hiểm tử vong hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn được ghi tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Điều 5. Tử vong hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn do ốm đau, bệnh tật, thai sản

1. Trường hợp Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi này bị ốm đau, bệnh tật, thai sản (trừ ung thư) thuộc phạm vi bảo hiểm dẫn tới tử vong hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn trong thời hạn bảo hiểm, Công ty bảo hiểm trả 100% Số tiền bảo hiểm của Quyền lợi bảo hiểm tử vong hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn do ốm đau, bệnh tật, thai sản được ghi tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.
2. Riêng trường hợp Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi này bị ung thư thuộc phạm vi bảo hiểm dẫn tới tử vong hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn trong thời hạn bảo hiểm, Công ty bảo

hiêm áp dụng tỷ lệ chi trả như sau nhân với Số tiền bảo hiểm của Quyền lợi bảo hiểm tử vong hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn do ốm đau, bệnh tật, thai sản, trừ trường hợp được quy định khác tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm:

Thời điểm tử vong hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn	Tỷ lệ chi trả
Từ Thời điểm bắt đầu nhận bảo hiểm của năm hợp đồng đầu tiên	0%
Từ Thời điểm bắt đầu nhận bảo hiểm của năm hợp đồng thứ 2	50%
Từ Thời điểm bắt đầu nhận bảo hiểm của năm hợp đồng thứ 3	75%
Từ Thời điểm bắt đầu nhận bảo hiểm của năm hợp đồng thứ 4 trở đi	100%

Điều 6. Thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn

Trường hợp Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi này bị tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, trong vòng 365 ngày kể từ ngày xảy ra tai nạn đó, Người được bảo hiểm bị thương tật bộ phận vĩnh viễn, Công ty bảo hiểm trả theo tỷ lệ thương tật tương ứng được quy định trong Bảng tỷ lệ trả tiền thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn đính kèm Quy tắc bảo hiểm này nhân với Số tiền bảo hiểm của Quyền lợi bảo hiểm thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn. Tổng số tiền được chi trả không vượt quá Số tiền bảo hiểm của Quyền lợi thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn.

Điều 7. Hỗ trợ giáo dục

Trường hợp Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi này bị tử vong/thương tật toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm (trong vòng 365 ngày kể từ ngày xảy ra tai nạn đó), hoặc trong thời hạn bảo hiểm bị tử vong/thương tật toàn bộ vĩnh viễn do ốm đau, bệnh tật, thai sản hoặc tử vong không rõ nguyên nhân thuộc phạm vi bảo hiểm, Công ty bảo hiểm sẽ chi trả cho Người phụ thuộc 100% số tiền bảo hiểm của Quyền lợi bảo hiểm chi phí giáo dục được quy định cụ thể tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Điều 8. Hỗ trợ viện phí do tai nạn

1. Trường hợp Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi này bị tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm phải nằm viện tại bệnh viện từ 2 ngày liên tiếp trở lên, Công ty bảo hiểm sẽ chi trả cho Người được bảo hiểm số tiền/ngày nằm viện được quy định cụ thể tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.
2. Số tiền chi trả cho mỗi ngày nằm viện căn cứ theo chương trình bảo hiểm đang có hiệu lực tại ngày nằm viện đầu tiên. Số ngày chi trả quyền lợi bảo hiểm này được tính từ ngày nằm viện đầu tiên. Tổng số ngày nằm viện được chi trả tối đa là 100 ngày/năm và không quá 15 ngày nằm viện/đợt điều trị.

Điều 9. Tử vong không rõ nguyên nhân

1. Trường hợp Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi này bị tử vong không rõ nguyên nhân trong thời hạn bảo hiểm, Công ty bảo hiểm sẽ trả 100% Số tiền bảo hiểm của Quyền lợi bảo hiểm tử vong không rõ nguyên nhân ghi trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.
2. Tử vong không rõ nguyên nhân bao gồm các trường hợp sau:
 - 2.1. Người được bảo hiểm tử vong ngoài Cơ sở y tế và không có chứng từ y tế điều trị tại Cơ sở y tế để xác định được nguyên nhân tử vong;

- 2.2. Người được bảo hiểm tử vong tại Cơ sở y tế tuy nhiên Cơ sở y tế không xác định được nguyên nhân tử vong;
- 2.3. Người được bảo hiểm tử vong, có cơ quan Công an tiếp nhận thụ lý nhưng không tiến hành giám định pháp y, không xác định được nguyên nhân tử vong hoặc có tiến hành giám định pháp y mà không xác định được nguyên nhân tử vong.
3. Công ty bảo hiểm sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm mắc Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS) hoặc tình trạng và/hoặc bệnh liên quan đến vi rút HIV bị tử vong không rõ nguyên nhân.

Điều 10. Trợ cấp mai táng

Trường hợp Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi này bị tử vong do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm (trong vòng 365 ngày kể từ ngày xảy ra tai nạn đó), hoặc trong thời hạn bảo hiểm Người được bảo hiểm bị tử vong do ốm đau, bệnh tật, thai sản hoặc tử vong không rõ nguyên nhân thuộc phạm vi bảo hiểm, Công ty bảo hiểm sẽ chi trả 100% số tiền bảo hiểm của Quyền lợi bảo hiểm chi phí mai táng được quy định cụ thể tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

CHƯƠNG III. CÁC ĐIỀU KHOẢN LOẠI TRỪ TRÁCH NHIỆM BẢO HIỂM

Điều 11. Các điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm

Các rủi ro, các bệnh, các hạng mục được liệt kê hoặc bắt nguồn từ các nguyên nhân dưới đây không thuộc phạm vi, trách nhiệm của Công ty bảo hiểm:

1. Hành động tự tử hoặc cố ý tự tử của Người được bảo hiểm; Hành vi cố ý của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm và/hoặc Người thụ hưởng (trừ trường hợp quy định tại khoản 2 điều 40 Luật Kinh doanh bảo hiểm hoặc các văn bản sửa đổi, bổ sung, thay thế (nếu có));
2. Tử vong không rõ nguyên nhân. Điều khoản này không áp dụng nếu Bên mua bảo hiểm tham gia điều khoản “Quyền lợi bảo hiểm tử vong không rõ nguyên nhân” và được Công ty bảo hiểm chấp nhận trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm;
3. Người được bảo hiểm thực hiện hoặc tham gia thực hiện hành động trộm cắp, đánh nhau (trừ khi chứng minh được bằng văn bản xác nhận của cơ quan có thẩm quyền về việc hành động đánh nhau đó chỉ với mục đích tự vệ), gây rối trật tự công cộng hoặc chống cự việc bắt giữ người hợp pháp và/hoặc thực hiện hoặc tham gia thực hiện các hành vi phạm tội (theo kết luận của cơ quan nhà nước có thẩm quyền);
4. Người được bảo hiểm có các hành vi sau đây khi tham gia giao thông:
 - 4.1. Đua xe (hợp pháp hoặc trái phép), lạng lách, đánh võng, điều khiển xe cơ giới chạy quá tốc độ quy định, giành đường, vượt ẩu;
 - 4.2. Điều khiển phương tiện tham gia giao thông mà trong cơ thể có chất ma túy, các chất kích thích, chất gây nghiện;
 - 4.3. Điều khiển phương tiện tham gia giao thông mà trong máu hoặc hơi thở có nồng độ cồn vượt quá 50 miligam/100 mililít máu hoặc 0,25 miligam/1 lít khí thở;
 - 4.4. Điều khiển xe khi không đủ điều kiện về độ tuổi theo quy định của Pháp luật;
 - 4.5. Người điều khiển xe không có Giấy phép lái xe hoặc Giấy phép lái xe không hợp lệ theo quy định của pháp luật;
 - 4.6. Vận chuyển trái phép hoặc không thực hiện đầy đủ các quy định về vận chuyển hàng nguy hiểm, vận chuyển hàng cấm;
 - 4.7. Xe đi ngược chiều của đường một chiều, đi ngược chiều trên đường có biển "Cấm đi ngược chiều"; đi vào đường cấm hoặc khu vực cấm;

- 4.8. Không chấp hành hệ thống báo hiệu đường bộ;
- 4.9. Điều khiển xe công nông, xe máy kéo nhỏ phục vụ cho sản xuất nông nghiệp, lâm nghiệp, xe hết niên hạn sử dụng;
- 4.10. Điều khiển các phương tiện không có Giấy chứng nhận kiểm định an toàn kỹ thuật và bảo vệ môi trường hợp lệ theo quy định của pháp luật hiện hành.
5. Người được bảo hiểm sử dụng hoặc bị ảnh hưởng của rượu, bia, ma túy hoặc các chất có cồn, các chất kích thích, các chất gây nghiện hoặc sử dụng thuốc không theo chỉ dẫn của Bác sĩ điều trị là nguyên nhân dẫn đến tai nạn hoặc ốm đau, bệnh tật;
6. Người được bảo hiểm tham gia vào các hoạt động hàng không (trừ khi với tư cách là hành khách trên máy bay có giấy phép chở khách), tham gia các cuộc diễn tập huấn luyện quân sự, tham gia chiến đấu của lực lượng vũ trang;
7. Động đất, núi lửa, sóng thần; chiến tranh, nội chiến, đình công, khủng bố, bạo động, dân biến, phiến loạn, các hoạt động quân sự hoặc hành động của bất kỳ người cầm đầu của tổ chức nào nhằm lật đổ, đe dọa chính quyền, kiểm soát bằng vũ lực;
8. Dịch bệnh hoặc tình trạng khẩn cấp y tế theo công bố của Tổ chức y tế thế giới (WHO) hoặc cơ quan Nhà nước có thẩm quyền;
9. Người được bảo hiểm tham gia thể thao chuyên nghiệp hoặc thể thao nguy hiểm; Người được bảo hiểm đang làm việc/đang tham gia các công việc có tính chất nguy hiểm;
10. Các hình thức thẩm mỹ, chỉnh hình, làm giả các bộ phận cơ thể; điều trị kiểm soát trọng lượng cơ thể (tăng hoặc giảm cân);
11. Những thương tật có sẵn hoặc chỉ định điều trị có từ trước Ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm năm đầu tiên; bệnh bẩm sinh, dị tật bẩm sinh, bệnh di truyền, rối loạn tâm thần và hành vi; bệnh lao, bệnh phong;
12. Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS); tình trạng và bệnh liên quan đến vi rút HIV;
13. Điều trị khả năng sinh sản hoặc hiếm muộn; điều trị các vấn đề về giới tính, chuyển đổi giới tính; và bất kỳ biến chứng nào từ những điều trị trên;
14. Những bệnh/rủi ro trong thời gian chờ như quy định tại Điều 12;
15. Phục hồi chức năng, vật lý trị liệu bằng tất cả mọi hình thức (áp dụng riêng với Quyền lợi bảo hiểm chi phí nằm viện do tai nạn);
16. Mọi hình thức khám và điều trị về răng (trừ việc nhập viện điều trị răng cấp cứu do tai nạn xảy ra trong vòng 24 giờ kể từ thời điểm tai nạn).

CHƯƠNG IV. THỜI GIAN CHỜ

Điều 12. Thời gian chờ

Thời gian chờ được áp dụng như sau trừ trường hợp có quy định khác trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm:

- 1. Đối với cá nhân hoặc Hợp đồng bảo hiểm nhóm có số lượng tham gia bảo hiểm dưới 50 nhân viên**
 - 1.1. Quyền lợi Tử vong hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn; Quyền lợi Thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn, Quyền lợi Hỗ trợ viện phí do tai nạn:** Không áp dụng.
 - 1.2. Quyền lợi tử vong không rõ nguyên nhân:** 365 ngày.

1.3. Quyền lợi hỗ trợ giáo dục; Quyền lợi trợ cấp mai táng:

- Không áp dụng đối với trường hợp tai nạn;
- 7 ngày đối với bệnh ruột thừa, biến chứng do tiêm vắc-xin phòng bệnh;
- 30 ngày đối với ốm đau, bệnh tật thông thường;
- 90 ngày đối với biến chứng thai sản;
- 365 ngày đối với sinh con, biến chứng sau sinh, bệnh đặc biệt, bệnh/thương tật có sẵn;
- 365 ngày đối với rủi ro từ vong không rõ nguyên nhân.

1.4. Quyền lợi Tử vong hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn do ốm đau, bệnh tật, thai sản:

- 7 ngày đối với bệnh ruột thừa, biến chứng do tiêm vắc-xin phòng bệnh;
- 30 ngày đối với ốm đau, bệnh tật thông thường;
- 90 ngày đối với biến chứng thai sản;
- 365 ngày đối với sinh con, biến chứng sau sinh, bệnh đặc biệt, bệnh/thương tật có sẵn.

2. Đối với Hợp đồng bảo hiểm nhóm có số lượng tham gia bảo hiểm từ 50 đến dưới 100 nhân viên

2.1. Quyền lợi Tử vong hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn; Quyền lợi Thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn, Quyền lợi Hỗ trợ viện phí do tai nạn: Không áp dụng.

2.2. Quyền lợi tử vong không rõ nguyên nhân: 365 ngày.

2.3. Quyền lợi hỗ trợ giáo dục; Quyền lợi trợ cấp mai táng:

- Không áp dụng đối với trường hợp tai nạn; bệnh ruột thừa, biến chứng do tiêm vắc-xin phòng bệnh, ốm đau, bệnh tật thông thường; biến chứng thai sản;
- 365 ngày đối với sinh con, biến chứng sau sinh, bệnh đặc biệt, bệnh/thương tật có sẵn;
- 365 ngày đối với tử vong không rõ nguyên nhân.

2.4. Quyền lợi Tử vong hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn do ốm đau, bệnh tật, thai sản:

- Không áp dụng đối với bệnh ruột thừa, biến chứng do tiêm vắc-xin phòng bệnh, ốm đau, bệnh tật thông thường; biến chứng thai sản;
- 365 ngày đối với sinh con, biến chứng sau sinh, bệnh đặc biệt, bệnh/thương tật có sẵn.

3. Đối với Hợp đồng bảo hiểm nhóm có số lượng tham gia bảo hiểm từ 100 nhân viên trở lên: Không áp dụng.

CHƯƠNG V. PHÍ BẢO HIỂM

Điều 13. Phí bảo hiểm và Thời hạn thanh toán phí bảo hiểm

1. Phí bảo hiểm, Số tiền bảo hiểm được ban hành kèm theo Quy tắc bảo hiểm này.

Phí bảo hiểm cho Hợp đồng bảo hiểm nhóm hoặc cho nhóm khách hàng tham gia bảo hiểm sẽ bằng tổng phí bảo hiểm của những Người được bảo hiểm trong nhóm đó.

2. Thời hạn thanh toán và phương thức thanh toán phí bảo hiểm được quy định cụ thể trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm và phù hợp với quy định của pháp luật. Trong mọi trường hợp, Bên mua bảo hiểm có nghĩa vụ đóng phí bảo hiểm đúng thời hạn quy định trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm cho dù có nhận được thông báo nhắc đóng phí của Công ty bảo hiểm hay không.

Điều 14. Quyền lợi bảo hiểm theo thời hạn bảo hiểm

1. Thời hạn bảo hiểm bằng một năm: được sử dụng quyền lợi bảo hiểm một năm.
2. Thời hạn bảo hiểm dưới một năm: được sử dụng quyền lợi bảo hiểm một năm nếu áp dụng phí bảo hiểm ngắn hạn, hoặc quyền lợi theo tỷ lệ nếu áp dụng phí bảo hiểm tỷ lệ, hoặc quy định khác theo thỏa thuận tại Hợp đồng bảo hiểm.
3. Biểu phí ngắn hạn trong trường hợp có áp dụng:

- Thời hạn bảo hiểm đến 1 tháng	= tối đa 15% phí bảo hiểm năm;
- Thời hạn bảo hiểm từ trên 1 đến 2 tháng	= 25% phí bảo hiểm năm;
- Thời hạn bảo hiểm từ trên 2 đến 3 tháng	= 35% phí bảo hiểm năm;
- Thời hạn bảo hiểm từ trên 3 đến 4 tháng	= 45% phí bảo hiểm năm;
- Thời hạn bảo hiểm từ trên 4 đến 6 tháng	= 60% phí bảo hiểm năm;
- Thời hạn bảo hiểm từ trên 6 đến 8 tháng	= 75% phí bảo hiểm năm;
- Thời hạn bảo hiểm từ trên 8 đến 10 tháng	= 90% phí bảo hiểm năm;
- Thời hạn bảo hiểm từ trên 10 tháng trở lên	= phí bảo hiểm năm.

CHƯƠNG VI. GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Điều 15. Thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm

1. Trừ trường hợp có quy định khác tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm, trong vòng 30 ngày kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm (Người được bảo hiểm tử vong, tai nạn,...), Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm (Người được bảo hiểm/Người thụ hưởng/Người thừa kế/Người được ủy quyền hợp pháp/bố hoặc mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của trẻ em dưới 18 tuổi) phải gửi thông báo cho Công ty bảo hiểm bằng văn bản, hoặc tin nhắn, hoặc thư điện tử về sự kiện bảo hiểm xảy ra, hậu quả, diễn biến của rủi ro, nơi điều trị của Người được bảo hiểm).
2. Thời hạn nộp hồ sơ yêu cầu bồi thường, trả tiền bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm là 1 năm kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm. Thời gian xảy ra sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan không tính vào thời hạn nộp hồ sơ yêu cầu bồi thường, trả tiền bảo hiểm.
3. Trường hợp Người được bảo hiểm hoặc người thụ hưởng chứng minh được rằng không biết thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm thì thời hạn quy định trên được tính từ ngày Người được bảo hiểm hoặc người thụ hưởng biết việc xảy ra sự kiện bảo hiểm đó.
4. Quá các thời hạn nêu trên, mọi yêu cầu trả tiền bảo hiểm liên quan đều không có giá trị, Công ty bảo hiểm không phải chịu trách nhiệm bồi thường, trả tiền bảo hiểm cho Người được bảo hiểm/Người thụ hưởng trừ trường hợp xảy ra sự kiện bất khả kháng hoặc có trở ngại khách quan.

Điều 16. Hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm

1. Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải bằng chi phí của mình, thu thập và cung cấp cho Công ty bảo hiểm hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm (bằng Tiếng Anh hoặc Tiếng Việt):
 - 1.1. Yêu cầu trả tiền bảo hiểm theo mẫu của Công ty bảo hiểm;
 - 1.2. Bản tường trình/Biên bản tai nạn (có xác nhận của cơ quan/tổ chức nơi Người được bảo hiểm công tác trong trường hợp tai nạn lao động hoặc tai nạn xảy ra tại nơi Người được bảo hiểm đang thực hiện công việc/học tập; hoặc xác nhận của chính quyền địa phương trừ trường hợp khác được Công ty bảo hiểm chấp thuận); hồ sơ giải quyết tai nạn như biên bản tai nạn, biên bản khám nghiệm hiện trường, thông báo kết quả giải quyết nguồn tin về tội phạm hoặc các văn bản khác liên quan đến tai nạn có xác nhận của cơ quan Công an (trong trường hợp có cơ quan Công

an tham gia hoặc trường hợp tử vong); Giấy phép lái xe theo quy định (trong trường hợp tai nạn giao thông);

1.3. Các chứng từ y tế liên quan đến việc điều trị (trong trường hợp điều trị) như Giấy ra viện, Giấy chứng nhận phẫu thuật, các chứng từ y tế liên quan đến việc khám, chẩn đoán và điều trị... Tất cả các chứng từ trên đều phải có chữ ký, đóng dấu của cơ sở y tế hoặc có mã vạch bệnh nhân kèm đường dẫn, tài khoản và mật khẩu đăng nhập do cơ sở y tế cung cấp để tra cứu, trừ trường hợp khác được Công ty bảo hiểm chấp nhận;

1.4. Giấy xác nhận của cơ quan y tế có thẩm quyền về tình trạng thương tật của Người được bảo hiểm hoặc Biên bản giám định y khoa của Hội đồng giám định y khoa về tình trạng thương tật của Người được bảo hiểm (trong trường hợp thương tật vĩnh viễn chưa được xác định ngay sau khi kết thúc điều trị);

1.5. Giấy tờ chứng minh nhân thân người nhận tiền; Giấy ủy quyền hợp pháp (trong trường hợp được ủy quyền nhận tiền);

1.6. Giấy chứng tử hoặc trích lục khai tử (trong trường hợp tử vong);

1.7. Giấy tờ liên quan đến thừa kế (trong trường hợp Người được bảo hiểm tử vong và không chỉ định người thụ hưởng);

1.8. Giấy tờ chứng minh mối quan hệ của Người phụ thuộc với Người được bảo hiểm (trong trường hợp yêu cầu chi trả Quyền lợi bảo hiểm chi phí giáo dục);

1.9. Các giấy tờ, tài liệu khác có liên quan theo yêu cầu của Công ty bảo hiểm.

2. Các giấy tờ nêu tại Khoản 1 Điều này cung cấp cho Công ty bảo hiểm phải là bản gốc hoặc bản sao được chứng thực bởi cơ quan có thẩm quyền theo quy định của pháp luật, hoặc bản sao được xác nhận bởi cán bộ Công ty bảo hiểm (trừ một số trường hợp được Công ty bảo hiểm chấp nhận). Trong mọi trường hợp, Công ty bảo hiểm có quyền yêu cầu cung cấp bản gốc để kiểm tra.

Điều 17. Thời hạn giải quyết trả tiền bảo hiểm

1. Công ty bảo hiểm có trách nhiệm xem xét, giải quyết và thanh toán tiền bảo hiểm trong vòng 15 ngày làm việc kể từ ngày nhận được hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm đầy đủ và hợp lệ, trừ các trường hợp sau:

1.1. Công ty bảo hiểm cần phải giám định, xác minh rủi ro;

1.2. Vụ việc yêu cầu bồi thường có liên quan đến vụ án đang được cơ quan có thẩm quyền điều tra, truy tố, xét xử. Công ty bảo hiểm sẽ xem xét, giải quyết bồi thường sau khi có kết luận cuối cùng của cơ quan nhà nước có thẩm quyền;

1.3. Các trường hợp có thỏa thuận khác trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

2. Thời gian để Công ty bảo hiểm xác minh hồ sơ: tối đa 90 ngày kể từ ngày nhận đầy đủ hồ sơ. Đối với các hồ sơ xác minh có liên quan đến công an, tòa án hoặc có tính chất đặc biệt/phức tạp, Công ty bảo hiểm sẽ thông báo theo từng sự vụ cụ thể.

3. Thời gian yêu cầu hoàn trả hồ sơ trong trường hợp bị từ chối bồi thường: tối đa 60 ngày kể từ ngày Công ty bảo hiểm gửi thông báo.

4. Thời hạn để khách hàng bổ sung hồ sơ là trong vòng 30 ngày kể từ ngày Công ty bảo hiểm thông báo.

5. Tất cả mọi quyền lợi sẽ được chi trả bằng đồng Việt Nam. Trong trường hợp yêu cầu bồi thường có đơn vị tiền tệ không phải đồng Việt Nam thì sẽ được quy đổi sang đồng Việt Nam theo tỷ giá bán ra của Ngân hàng thương mại cổ phần Ngoại thương Việt Nam tại thời điểm giải quyết bồi thường trừ trường hợp có quy định khác trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Điều 18. Giám định, xác minh rủi ro

1. Để phục vụ cho việc thực hiện Hợp đồng bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm có nghĩa vụ ủy quyền cho Công ty bảo hiểm đại diện cho Người được bảo hiểm làm việc với các cơ quan, tổ chức, cá nhân liên quan để phục vụ công tác giám định, xác minh rủi ro; ủy quyền cho Công ty bảo hiểm đại diện cho Người được bảo hiểm làm việc với các Bác sĩ, cơ sở y tế để đọc, xem, sao chụp, ghi chép hồ sơ bệnh án và cho phép cơ sở y tế được cung cấp bản tóm tắt hồ sơ bệnh án hoặc các chứng từ y tế liên quan đến chẩn đoán/điều trị của Người được bảo hiểm cho Công ty bảo hiểm khi có yêu cầu của Công ty bảo hiểm.
2. Trong một số trường hợp, Công ty bảo hiểm có quyền yêu cầu kiểm tra y tế đối với người được bảo hiểm tại các cơ sở y tế do Công ty bảo hiểm chỉ định trong quá trình giải quyết chi trả tiền bảo hiểm, hoặc có quyền xác minh các thông tin có liên quan đến việc giải quyết chi trả tiền bảo hiểm. Mọi chi phí phát sinh liên quan đến việc giám định, xác minh sẽ do Công ty bảo hiểm chi trả.
3. Công ty bảo hiểm có quyền dùng xem xét giải quyết quyền lợi bảo hiểm nếu Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng hoặc Người thừa kế hợp pháp của họ không thực hiện các yêu cầu trên.

CHƯƠNG VII. QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA CÁC BÊN

Điều 19. Quyền và nghĩa vụ của Công ty bảo hiểm

1. Quyền của Công ty bảo hiểm

- 1.1. Thu phí bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm;
- 1.2. Yêu cầu Bên mua bảo hiểm cung cấp đầy đủ, trung thực mọi thông tin có liên quan đến việc giao kết và thực hiện Hợp đồng bảo hiểm;
- 1.3. Hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm hoặc đơn phương chấm dứt thực hiện Hợp đồng bảo hiểm theo quy định của pháp luật;
- 1.4. Từ chối bồi thường, trả tiền bảo hiểm trong trường hợp không thuộc phạm vi trách nhiệm bảo hiểm hoặc trường hợp loại trừ trách nhiệm bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm;
- 1.5. Yêu cầu Bên mua bảo hiểm áp dụng các biện pháp đề phòng, hạn chế tổn thất theo quy định của Luật kinh doanh bảo hiểm và các quy định khác của pháp luật có liên quan;
- 1.6. Các quyền khác theo quy định của pháp luật và/hoặc quy định tại Quy tắc bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm (nếu có).

2. Nghĩa vụ của Công ty bảo hiểm

- 2.1. Cung cấp cho Bên mua bảo hiểm bản yêu cầu bảo hiểm, bảng câu hỏi liên quan đến rủi ro được bảo hiểm, đối tượng bảo hiểm, quy tắc, điều kiện, điều khoản bảo hiểm;
- 2.2. Giải thích rõ ràng, đầy đủ cho Bên mua bảo hiểm về quyền lợi bảo hiểm, điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm, quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm khi giao kết Hợp đồng bảo hiểm;
- 2.3. Cung cấp cho Bên mua bảo hiểm bằng chứng giao kết Hợp đồng bảo hiểm theo quy định của Luật kinh doanh bảo hiểm;
- 2.4. Cấp hóa đơn thu phí bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm và quy định của pháp luật có liên quan;
- 2.5. Bồi thường, trả tiền bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm;

- 2.6. Giải thích bằng văn bản lý do từ chối bồi thường, trả tiền bảo hiểm;
- 2.7. Lưu trữ hồ sơ Hợp đồng bảo hiểm theo quy định của pháp luật;
- 2.8. Bảo mật thông tin do Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm cung cấp, trừ trường hợp theo yêu cầu của cơ quan nhà nước có thẩm quyền hoặc được sự đồng ý của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm;
- 2.9. Các nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật và/hoặc quy định tại Quy tắc bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm (nếu có).

Điều 20. Quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm

1. Quyền của Bên mua bảo hiểm

- 1.1. Lựa chọn doanh nghiệp bảo hiểm để giao kết Hợp đồng bảo hiểm;
- 1.2. Yêu cầu Công ty bảo hiểm cung cấp bản yêu cầu bảo hiểm, bảng câu hỏi liên quan đến rủi ro được bảo hiểm, đối tượng bảo hiểm, quy tắc, điều kiện, điều khoản bảo hiểm và giải thích các điều kiện, điều khoản bảo hiểm;
- 1.3. Yêu cầu Công ty bảo hiểm cung cấp bằng chứng giao kết Hợp đồng theo quy định của luật kinh doanh bảo hiểm;
- 1.4. Yêu cầu Công ty bảo hiểm cấp hóa đơn thu phí bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm và quy định của pháp luật có liên quan;
- 1.5. Hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm hoặc đơn phương chấm dứt thực hiện Hợp đồng bảo hiểm theo quy định của pháp luật;
- 1.6. Yêu cầu Công ty bảo hiểm bồi thường, trả tiền bảo hiểm khi xảy ra sự kiện được bảo hiểm;
- 1.7. Chuyển giao Hợp đồng bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm hoặc theo quy định của pháp luật;
- 1.8. Các quyền khác theo quy định của pháp luật và/hoặc quy định tại Quy tắc bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm (nếu có).

2. Nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm

- 2.1. kê khai đầy đủ, trung thực mọi thông tin có liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm theo yêu cầu của Công ty bảo hiểm;
- 2.2. Đọc, hiểu rõ điều kiện, điều khoản bảo hiểm, các trường hợp loại trừ bảo hiểm, quyền, nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm khi giao kết Hợp đồng bảo hiểm, nội dung khác của Hợp đồng bảo hiểm;
- 2.3. Đóng phí bảo hiểm đầy đủ, đúng hạn theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm;
- 2.4. Thông báo cho Công ty bảo hiểm các trường hợp có thể làm tăng rủi ro hoặc giảm rủi ro hoặc làm phát sinh thêm trách nhiệm của Công ty bảo hiểm trong quá trình thực hiện Hợp đồng bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm;
- 2.5. Thông báo cho Công ty bảo hiểm về việc xảy ra sự kiện bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm; phối hợp với Công ty bảo hiểm trong giám định xác minh rủi ro, tổn thất;
- 2.6. Áp dụng các biện pháp đề phòng, hạn chế tổn thất theo quy định của Luật kinh doanh bảo hiểm và các quy định khác của pháp luật có liên quan;
- 2.7. Khi giao kết Hợp đồng bảo hiểm, trường hợp Bên mua bảo hiểm lựa chọn tham gia quyền lợi bảo hiểm tử vong cho người khác, Bên mua bảo hiểm có trách nhiệm về việc nhận được sự đồng ý bằng văn bản của Người được bảo hiểm, hoặc của cha mẹ/người giám hộ hợp pháp của Người được bảo hiểm (với trường hợp Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi) về việc giao kết hợp đồng cho quyền lợi tử vong của người đó;

2.8. Các nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật và/hoặc quy định tại Quy tắc bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm (nếu có).

CHƯƠNG VIII. CÁC QUY ĐỊNH KHÁC

Điều 21. Điều khoản tái tục bảo hiểm

1. Hợp đồng bảo hiểm phải được thu xếp tái tục trước thời điểm kết thúc bảo hiểm. Các nội dung kê khai trong Giấy yêu cầu bảo hiểm/Yêu cầu bảo hiểm tại thời điểm tham gia bảo hiểm Năm hợp đồng đầu tiên và kê khai bổ sung trong quá trình thực hiện Hợp đồng bảo hiểm hiện tại là cơ sở để xem xét chấp nhận tái tục.
2. Tại thời điểm thu xếp tái tục, căn cứ tỷ lệ bồi thường, Công ty bảo hiểm có quyền điều chỉnh quyền lợi, các điều kiện, điều khoản, phí bảo hiểm cho phù hợp và sẽ thông báo tới Bên mua bảo hiểm.
3. Bên mua bảo hiểm có thể lựa chọn tiếp tục tái tục hoặc từ chối tái tục Hợp đồng bảo hiểm. Công ty bảo hiểm có quyền chấp nhận tái tục hoặc từ chối yêu cầu tái tục của Bên mua bảo hiểm mà không cần phải đưa ra bất kỳ lý do nào. Phí bảo hiểm của Hợp đồng tái tục phải đảm bảo được thanh toán đúng hạn theo quy định của Hợp đồng tái tục.
4. Trường hợp Người được bảo hiểm tham gia tái tục với Số tiền bảo hiểm cao hơn Số tiền bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm năm trước hoặc tham gia thêm quyền lợi bảo hiểm so với năm trước, phần chênh lệch về số tiền bảo hiểm và/hoặc quyền lợi tham gia thêm sẽ không được coi là tái tục và sẽ phải áp dụng thời gian chờ theo quy định tại Điều 12 của Quy tắc này trừ trường hợp có quy định khác tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.
5. Trường hợp Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm không được tái tục, tất cả các quyền lợi bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm đã ký kết sẽ chấm dứt hiệu lực vào thời điểm kết thúc bảo hiểm hoặc vào thời điểm chấm dứt hiệu lực bảo hiểm tùy theo thời điểm nào đến trước bao gồm cả những rủi ro phát sinh trong thời hạn bảo hiểm nhưng hậu quả xảy ra ngoài thời hạn bảo hiểm (trừ trường hợp tử vong do tai nạn).

Điều 22. Nghĩa vụ khai báo trung thực

1. Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm phải kê khai đầy đủ và trung thực các thông tin có liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm theo yêu cầu của Công ty bảo hiểm, và những thông tin cần thiết để Công ty bảo hiểm đánh giá khả năng chấp nhận bảo hiểm theo hợp đồng, đồng thời hoàn toàn chịu trách nhiệm về những thông tin đã cung cấp. Việc kiểm tra y tế của Người được bảo hiểm (nếu có) theo yêu cầu của Công ty bảo hiểm sẽ không thay thế cho nghĩa vụ này.
2. Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm vi phạm nghĩa vụ cung cấp thông tin được quy định ở trên, Công ty bảo hiểm có quyền giảm một phần hoặc toàn bộ số tiền bồi thường, hoặc hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm. Trong trường hợp hủy bỏ hợp đồng, Công ty bảo hiểm không phải bồi thường, trả tiền bảo hiểm và phải hoàn lại 70% phí bảo hiểm đã đóng cho Bên mua bảo hiểm. Trường hợp Công ty bảo hiểm đã bồi thường, trả tiền bảo hiểm cho Người được bảo hiểm/Người thụ hưởng (nếu có), Bên mua bảo hiểm phải hoàn trả lại cho Công ty bảo hiểm toàn bộ tiền bồi thường, tiền bảo hiểm mà Người được bảo hiểm/Người thụ hưởng đã nhận trước đó (nếu có). Công ty bảo hiểm có quyền khấu trừ khoản phí bảo hiểm mà Công ty bảo hiểm có nghĩa vụ hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm.

Theo đó, vi phạm nghĩa vụ cung cấp thông tin được hiểu là việc Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm (hoặc người đại diện theo pháp luật của Người được bảo hiểm) cung cấp, kê khai không chính xác, không đầy đủ, không trung thực hoặc che giấu thông tin quan trọng quy định tại Khoản 1 Điều này hoặc tham gia bảo hiểm không đúng đối tượng quy định tại Điều 3 của Quy tắc bảo hiểm.

Điều 23. Chấm dứt hiệu lực bảo hiểm

1. Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực đối với Người được bảo hiểm và Bên mua bảo hiểm không được hoàn lại phí trong các trường hợp sau:
 - 1.1. Khi trong thời gian thực hiện hợp đồng, Người được bảo hiểm bị tử vong/thương tật toàn bộ vĩnh viễn ngoài phạm vi bảo hiểm.
 - 1.2. Khi Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng, Người thừa kế, Người được ủy quyền hợp pháp của Người được bảo hiểm có bất kỳ yêu cầu trả tiền bảo hiểm nào thể hiện gian lận hoặc trục lợi bảo hiểm dựa trên cơ sở các chứng từ, tài liệu cung cấp cho Công ty bảo hiểm hoặc các chứng từ, tài liệu mà Công ty bảo hiểm thu thập/xác minh được.
 - 1.3. Khi Người được bảo hiểm đã được giải quyết quyền lợi tử vong hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn.
2. Công ty bảo hiểm có quyền đơn phương chấm dứt thực hiện Hợp đồng bảo hiểm trong trường hợp Bên mua bảo hiểm không đóng phí bảo hiểm hoặc không đóng đủ phí bảo hiểm theo thời hạn thỏa thuận hoặc sau thời gian gia hạn đóng phí.
3. Ngoài các trường hợp nêu trên, khi một trong hai bên muốn đơn phương chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm, bên muốn chấm dứt phải thông báo bằng văn bản hoặc thư điện tử cho bên kia biết trước 30 ngày kể từ ngày định chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm.
 - 3.1. Nếu Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt hiệu lực bảo hiểm của một hoặc một số Người được bảo hiểm hoặc chấm dứt toàn bộ Hợp đồng bảo hiểm, Công ty bảo hiểm sẽ hoàn trả 70% phí bảo hiểm cho thời gian còn lại đã đóng phí của những Người được bảo hiểm tương ứng, với điều kiện trong thời gian trước đó của hợp đồng, chưa có yêu cầu trả tiền bảo hiểm nào cho những Người được bảo hiểm liên quan được Công ty bảo hiểm chấp nhận chi trả.
 - 3.2. Nếu Công ty bảo hiểm yêu cầu chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm, Công ty bảo hiểm sẽ hoàn lại 100% phí bảo hiểm của thời gian còn lại đã đóng phí.
4. Các trường hợp chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm khác theo quy định tại Quy tắc bảo hiểm, Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm và quy định pháp luật.
5. Công ty bảo hiểm không chịu trách nhiệm bồi thường đối với các rủi ro, thiệt hại xảy ra sau khi Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm bị chấm dứt.

Điều 24. Bảo vệ và xử lý dữ liệu cá nhân

Khi tham gia các quyền lợi bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này, bằng việc xác nhận đồng ý/ký vào Giấy yêu cầu bảo hiểm và/hoặc Hợp đồng bảo hiểm và/hoặc đóng phí bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm:

1. Đồng ý nhận tài liệu “Điều khoản và điều kiện chung về bảo vệ và xử lý dữ liệu cá nhân” do Công ty bảo hiểm cung cấp/bàn giao dưới hình thức tự chủ động tiếp cận/đọc/tải xuống tài liệu này trên trang thông tin điện tử chính thức của Công ty bảo hiểm; và
2. Tự nguyện, biết rõ và đồng ý với danh mục các loại dữ liệu cá nhân được xử lý, mục đích xử lý dữ liệu cá nhân, quyền, nghĩa vụ của chủ thể dữ liệu đã được liệt kê cụ thể tại “Điều khoản và điều kiện chung về bảo vệ và xử lý dữ liệu cá nhân” của Công ty bảo hiểm; và
3. Đồng ý để Công ty bảo hiểm tiếp cận, thu thập (trực tiếp thu thập; thuê, sử dụng bất kỳ bên thứ ba nào do Công ty bảo hiểm chủ động quyết định mà không phải thông báo cho Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm để thu thập; hoặc cách thức thu thập khác phù hợp với quy định pháp luật), kiểm soát, xử lý (trực tiếp xử lý; thuê, sử dụng bất kỳ bên thứ ba nào do Công ty bảo hiểm chủ động quyết định mà không phải thông báo cho Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm để xử lý dữ liệu; hoặc cách thức xử lý dữ liệu khác phù hợp với quy định pháp luật) và lưu

trữ dữ liệu cá nhân theo nội dung tại “Điều khoản và điều kiện chung về bảo vệ và xử lý dữ liệu cá nhân” và với các mục đích xử lý dữ liệu cá nhân đã được liệt kê tại “Điều khoản và điều kiện chung về bảo vệ và xử lý dữ liệu cá nhân” trên trang thông tin điện tử chính thức của Công ty bảo hiểm.

Điều 25. Ngôn ngữ

Tất cả các văn bản được Công ty bảo hiểm dịch sang ngôn ngữ khác ngoài Tiếng Việt chỉ dùng để tham khảo. Trong trường hợp có tranh chấp hoặc sai sót trong diễn đạt hay dịch thuật, bản Tiếng Việt sẽ được ưu tiên áp dụng.

Điều 26. Giải quyết tranh chấp

1. Quy tắc bảo hiểm này chịu sự điều chỉnh của pháp luật Việt Nam. Mọi tranh chấp có liên quan đến Quy tắc bảo hiểm này nếu các bên không giải quyết được bằng thương lượng, một trong hai bên có quyền khởi kiện tại Tòa án có thẩm quyền ở Việt Nam theo quy định pháp luật hiện hành (mọi chi phí liên quan đến án phí sẽ do tòa án quyết định).
2. Thời hiệu khởi kiện theo quy định của pháp luật.

-----***-----

**PHỤ LỤC - BẢNG TỶ LỆ TRẢ TIỀN THƯƠNG TẬT BỘ PHẬN VĨNH VIỄN
DO TAI NẠN**

STT	THƯƠNG TẬT BỘ PHẬN VĨNH VIỄN	TỶ LỆ TRẢ TIỀN BẢO HIỂM (%)
	Chi trên	
1.	Mất 1 cánh tay từ vai xuống (tháo khớp vai)	75
2.	Cắt cụt cánh tay từ dưới vai xuống	70
3.	Cắt cụt 1 cánh tay từ khuỷu xuống (tháo khớp khuỷu)	65
4.	Mất trọn 1 bàn tay hay năm ngón của một bàn	60
5.	Tháo khớp cổ tay 1 bên	52
6.	Mất 4 ngón tay trên một bàn	40
7.	Mất ngón cái và ngón trỏ	35
8.	Mất 1 ngón cái và 2 ngón khác	35
9.	Mất 1 ngón cái và 1 ngón khác (trừ ngón trỏ)	30
10.	Mất 1 ngón trỏ và 2 ngón khác (trừ ngón cái)	30
11.	Mất 1 ngón trỏ và ngón giữa	25
12.	Mất 1 ngón trỏ và ngón đeo nhẫn	23
13.	Mất 1 ngón trỏ và ngón út	21
14.	Mất 1 ngón giữa và ngón đeo nhẫn	19
15.	Mất 1 ngón giữa và ngón út	18
16.	Mất 1 ngón đeo nhẫn và ngón út	18
17.	<i>Ngón cái:</i>	
17.1.	- Mất 1 ngón cái và 1 đốt bàn	25
17.2.	- Mất 1 ngón cái	20
17.3.	- Mất cả đốt ngoài	10
17.4.	- Mất 1/2 đốt ngoài	7
18.	<i>Ngón trỏ:</i>	
18.1.	- Mất 1 ngón trỏ và một đốt bàn	20
18.2.	- Mất 1 ngón trỏ	18
18.3.	- Mất đốt 2 và 3	10
18.4.	- Mất đốt 3	8
19.	<i>Ngón giữa hoặc ngón đeo nhẫn:</i>	
19.1.	- Mất trọn 1 ngón giữa hoặc ngón đeo nhẫn và cả một đốt bàn	18

19.2.	- Mất 1 ngón giữa hoặc 1 ngón nhẫn	15
19.3.	- Mất đốt 2 và 3	8
19.4.	- Mất đốt 3	4
20.	<i>Ngón út:</i>	
20.1.	- Mất hoàn toàn 1 ngón út và đốt bàn	15
20.2.	- Mất cả ngón út	10
20.3.	- Mất đốt 2 và 3	8
20.4.	- Mất đốt 3	4
	Chi dưới	
21.	Mất 1 chân từ háng xuống (tháo khớp háng 1 đùi)	75
22.	<i>Cắt cụt 1 đùi:</i>	
22.1.	- 1/3 trên	70
22.2.	- 1/3 giữa hoặc dưới	55
23.	Cắt cụt 1 chân từ gối xuống (tháo khớp gối)	60
24.	Tháo khớp cổ chân hoặc mất 1 bàn chân	55
25.	Mất cả 5 ngón chân	45
26.	Mất 4 ngón cả ngón cái	38
27.	Mất 4 ngón trừ ngón cái	35
28.	Mất 3 ngón cả ngón cái	30
29.	Mất 3 ngón trừ ngón cái	25
30.	Mất 1 ngón cái và ngón 2	20
31.	Mất 1 ngón cái và 1 ngón khác (trừ ngón 2)	16
32.	Mất 1 ngón 2 và ngón khác (trừ ngón cái)	11
33.	Mất 2 ngón 3 và 4; hoặc 3 và 5; hoặc 4 và 5	6
34.	Mất 1 ngón cái	15
35.	Mất 1 ngón ngoài ngón cái	10
36.	Mất 1 đốt ngoài của ngón cái	8
37.	Mất 1 đốt của ngón chân khác	1
38.	Mất 2 đốt của ngón chân khác	2
	Lồng ngực	
39.	Cắt bỏ 1 xương sườn	15
40.	Cắt bỏ từ 2 xương sườn trở lên. Cứ cắt bỏ thêm 1 xương sườn, cộng thêm 2%, không vượt quá tỷ lệ tối đa	16-36

41.	Cắt bỏ đoạn xương sườn	8
42.	Cắt toàn bộ một bên phổi	70
43.	Cắt nhiều thủy phổi ở 2 bên, DTS giảm trên 50%	65
44.	Cắt nhiều thủy phổi ở 1 bên	50
45.	Cắt 1 thủy phổi	35
	Bụng	
46.	Cắt toàn bộ dạ dày	75
47.	Cắt đoạn dạ dày	50
48.	Cắt gần hết ruột non (còn lại dưới 1m)	75
49.	Cắt đoạn ruột non	40
50.	Cắt toàn bộ đại tràng	75
51.	Cắt đoạn đại tràng	50
52.	Cắt bỏ gan phải đơn thuần	70
53.	Cắt bỏ gan trái đơn thuần	60
54.	Cắt phân thủy gan	40
55.	Cắt bỏ túi mật	45
56.	Cắt bỏ lá lách	40
57.	Cắt bỏ đuôi tụy, lách	60
	Tiết niệu – sinh dục	
58.	Cắt bỏ một thận	45
59.	<i>Tinh hoàn/buồng trứng</i>	
59.1.	- Mất một bên	11
59.2.	- Mất cả hai bên	36
60.	Mất hoàn toàn dương vật	41
61.	Cắt tử cung hoàn toàn	41
	Mắt	
62.	<i>Mất hoặc mù hoàn toàn 1 mắt:</i>	
62.1.	- Không lắp được mắt giả	55
62.2.	- Lắp được mắt giả	50
63.	Mất hoặc mù hoàn toàn 1 mắt nhưng trước khi xảy ra tai nạn đã mất hoặc mù 1 mắt	80
	Tai – Mũi – Họng	
64.	<i>Điếc 2 tai:</i>	

64.1.	- Hoàn toàn không phục hồi được	75
64.2.	- Nặng (Nói to hoặc thét vào tai còn nghe được)	60
64.3.	- Vừa (Nói to 1 - 2 m còn nghe được)	35
64.4.	- Nhẹ (Nói to 3 – 4 m còn nghe được)	15
65.	<i>Điếc 1 tai:</i>	
65.1.	- Hoàn toàn không phục hồi được	30
65.2.	- Nặng (Nói to hoặc thét vào tai còn nghe được)	20
65.3.	- Vừa (Nói to 1 - 2 m còn nghe được)	15
65.4.	- Nhẹ (Nói to 3 – 4 m còn nghe được)	8
66.	Mất hoàn toàn mũi	18
	Răng – Hàm – Mặt	
67.	<i>Mất 1 phần xương hàm trên và 1 phần xương hàm dưới từ cạnh cao trở xuống:</i>	
67.1.	- Khác bên	80
67.2.	- Cùng bên	70
68.	Mất toàn bộ xương hàm trên hoặc dưới	70
69.	Mất 1 phần xương hàm trên hoặc 1 phần xương hàm dưới (từ 1/3 đến 1/2 bị mất) từ cạnh cao trở xuống	35
70.	Mất 3/4 lưỡi còn gốc lưỡi (từ đường gai V trở ra)	75
71.	Mất 2/3 lưỡi từ đầu lưỡi	50
72.	Mất 1/3 lưỡi ảnh hưởng đến phát âm	15
73.	Mất 1 phần nhỏ lưỡi (dưới 1/3) ảnh hưởng đến phát âm	10

Một số nguyên tắc xét trả tiền bảo hiểm:

1. Bảng tỷ lệ trả tiền là tài liệu đối chiếu chi trả bảo hiểm trong trường hợp rủi ro thuộc phạm vi bảo hiểm. Trường hợp rủi ro không thuộc phạm vi bảo hiểm, bảng tỷ lệ trên sẽ không được xét tới.

2. Trường hợp Người được bảo hiểm bị một thương tật vĩnh viễn, mà thương tật vĩnh viễn này được liệt kê trong nhiều quyền lợi chi trả khác nhau, thì mức chi trả cho phần thương tật nằm trong hạng mục nào cao hơn (hoặc cao nhất) sẽ được áp dụng. Nếu quyền lợi bảo hiểm đã được chi trả cho việc mất toàn bộ bộ phận cơ thể, thì sẽ không còn quyền lợi chi trả cho việc mất một phần của bộ phận cơ thể đó nữa.

Trường hợp đa vết thương được trả tiền bảo hiểm cho từng vết thương nhưng tổng số tiền trả cho Người được bảo hiểm không vượt quá Số tiền bảo hiểm. Trường hợp đa vết thương ở cùng một chi, tổng số tiền trả cho các vết thương không được vượt quá tỷ lệ mất chi đó.