

**MỤC LỤC: SẢN PHẨM BẢO HIỂM LIÊN KẾT CHUNG THỜI HẠN 20 NĂM
VỚI QUYỀN LỢI TRỢ CẤP NĂM VIỆN VÀ QUYỀN LỢI BỆNH LÝ
NGHIÊM TRỌNG**

| | |
|--|----|
| CHƯƠNG I: NHỮNG ĐIỀU KHOẢN CHUNG | 3 |
| ĐIỀU 1: ĐỊNH NGHĨA | 3 |
| ĐIỀU 2: HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM..... | 7 |
| ĐIỀU 3: BẢO HIỂM TẠM THỜI..... | 8 |
| ĐIỀU 4: THỜI GIAN CÂN NHẮC..... | 8 |
| ĐIỀU 5: NGHĨA VỤ CUNG CẤP THÔNG TIN CỦA CÔNG TY..... | 9 |
| ĐIỀU 6: NGHĨA VỤ KÊ KHAI TRUNG THỰC CỦA BÊN MUA BẢO HIỂM VÀ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM | 9 |
| ĐIỀU 7: TRƯỜNG HỢP KÊ KHAI SAI TUỔI VÀ GIỚI TÍNH CỦA NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM | 9 |
| ĐIỀU 8: MIỄN TRUY XÉT | 10 |
| ĐIỀU 9: TIỀN TỆ VÀ NƠI THANH TOÁN | 10 |
| ĐIỀU 10: QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA BÊN MUA BẢO HIỂM VÀ NGƯỜI THỤ HƯỞNG.. | 10 |
| 10.1 Bên mua bảo hiểm | 10 |
| 10.2 Người thụ hưởng..... | 11 |
| ĐIỀU 11: PHỤC VỤ HỢP ĐỒNG | 11 |
| 11.1 Thay đổi thông tin liên hệ và nghề nghiệp..... | 11 |
| 11.2 Chuyển nhượng | 12 |
| CHƯƠNG II - QUYỀN LỢI BẢO HIỂM | 12 |
| ĐIỀU 12: QUYỀN LỢI | 12 |
| 12.1 Quyền lợi bảo hiểm tử vong..... | 12 |
| 12.2 Quyền lợi bảo hiểm trợ cấp năm viện..... | 12 |
| 12.3 Quyền lợi bảo hiểm các bệnh lý nghiêm trọng..... | 13 |
| 12.4 Loại trừ quyền lợi bảo hiểm | 21 |
| 12.5 Quyền lợi đáo hạn..... | 22 |
| 12.6 Quyền lợi hưởng lãi từ kết quả đầu tư của Quỹ liên kết chung | 22 |
| 12.7 Quyền lợi đặc biệt khi duy trì hợp đồng..... | 22 |
| 12.8 Không tham gia chia lãi của Công ty..... | 23 |
| CHƯƠNG III - NGHĨA VỤ VÀ QUYỀN CỦA BÊN MUA BẢO HIỂM | 23 |
| ĐIỀU 13: PHÍ BẢO HIỂM..... | 23 |
| 13.1 Phí bảo hiểm và nghĩa vụ đóng phí bảo hiểm | 23 |
| 13.2 Thời gian tạm ngưng đóng phí bảo hiểm cho Kế Hoạch đóng phí Sáu Năm | 23 |
| 13.3 Gia hạn đóng phí bảo hiểm & Hợp đồng mất hiệu lực | 24 |
| 13.4 Khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm | 24 |
| ĐIỀU 14: RÚT TỪ GIÁ TRỊ TÀI KHOẢN | 25 |
| 14.1 Rút một phần Giá trị tài khoản hợp đồng..... | 25 |
| 14.2 Rút toàn bộ Giá trị tài khoản hợp đồng | 25 |
| 14.3 Tạm ứng từ Giá trị tài khoản hợp đồng | 26 |
| 14.4 Hạn chế rút trong tình huống bất thường..... | 26 |
| ĐIỀU 15: QUYỀN THAY ĐỔI CHI TIẾT CỦA HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM..... | 26 |
| 15.1 Thay đổi Số tiền bảo hiểm..... | 26 |
| 15.2 Thay đổi Phí bảo hiểm cơ bản cho Kế hoạch đóng phí Sáu Năm | 27 |
| 15.3 Tham gia thêm các sản phẩm bảo hiểm bổ trợ..... | 27 |
| CHƯƠNG IV - THÔNG TIN VỀ QUỸ LIÊN KẾT CHUNG VÀ GIÁ TRỊ TÀI KHOẢN HỢP ĐỒNG | 27 |
| ĐIỀU 16: THÔNG TIN VỀ QUỸ LIÊN KẾT CHUNG VÀ GIÁ TRỊ TÀI KHOẢN HỢP ĐỒNG | 27 |
| 16.1 Thông tin về cơ cấu và hoạt động của Quỹ liên kết chung | 27 |
| 16.2 Phương pháp xác định Lãi suất công bố | 28 |
| 16.3 Thông tin về Giá trị tài khoản hợp đồng..... | 28 |
| CHƯƠNG V - CÁC KHOẢN PHÍ BẢO HIỂM | 29 |
| ĐIỀU 17: CÁC LOẠI PHÍ..... | 29 |

| | | |
|---|--|-----------|
| 17.1 | Phí ban đầu | 29 |
| 17.2 | Phí quản lý hợp đồng | 29 |
| 17.3 | Phí bảo hiểm rủi ro..... | 29 |
| 17.4 | Phí chấm dứt hợp đồng trước thời hạn | 30 |
| 17.5 | Phí rút một phần Giá trị tài khoản hợp đồng | 30 |
| 17.6 | Phí quản lý quỹ | 30 |
| CHƯƠNG VI - GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM..... | | 31 |
| ĐIỀU 18: CHẤM DỨT HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM..... | | 31 |
| ĐIỀU 19: THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM..... | | 31 |
| 19.1 | Thông báo và bằng chứng về sự kiện bảo hiểm | 31 |
| 19.2 | Thời hạn nộp yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm | 32 |
| 19.3 | Thời gian giải quyết quyền lợi bảo hiểm. | 32 |
| ĐIỀU 20: GIẢI QUYẾT Mâu thuẫn và Tranh chấp..... | | 32 |
| PHỤ LỤC: BẢNG TỶ LỆ PHÍ RỦI RO KHI TỬ VONG, TỶ LỆ PHÍ RỦI RO KHI | | |
| NĂM VIỆN VÀ TỶ LỆ PHÍ RỦI RO CHO BỆNH LÝ NGHIÊM TRỌNG | | 33 |

ĐIỀU KHOẢN

SẢN PHẨM BẢO HIỂM LIÊN KẾT CHUNG THỜI HẠN 20 NĂM VỚI QUYỀN LỢI TRỢ CẤP NĂM VIỆN VÀ QUYỀN LỢI BỆNH LÝ NGHIÊM TRỌNG

(Được phê chuẩn theo Công Văn số 10793/BTC-QLBH ngày 10 tháng 08 năm 2012 của Bộ Tài Chính)

CHƯƠNG I: NHỮNG ĐIỀU KHOẢN CHUNG

ĐIỀU 1: ĐỊNH NGHĨA

- 1.1 Công ty:** nghĩa 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.
- 1.2 Kế hoạch đóng phí:** là Kế hoạch đóng phí Sáu Năm hoặc Kế hoạch đóng phí Một Lần của Hợp đồng bảo hiểm đã được chọn và ghi trong Trang hợp đồng.
- 1.3 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 Luật Kinh Doanh Bảo Hiểm hiện hành.
- 1.4 Người được bảo hiểm:** là người mà tính mạng và sức khỏe của người đó là đối tượng của Hợp đồng bảo hiểm. Tên Người được bảo hiểm được thể hiện trong Trang hợp đồng. Người được bảo hiểm có thể nhưng không nhất thiết là Bên mua bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm. Vào lúc được cấp Hợp đồng bảo hiểm hoặc vào Ngày hiệu lực hợp đồng, Người được bảo hiểm phải đang cư trú tại nước Cộng Hòa Xã Hội Chủ Nghĩa Việt Nam và trong độ tuổi từ 18 Tuổi đến 50 Tuổi. Người được bảo hiểm và Bên mua bảo hiểm phải có quan hệ có thể được bảo hiểm tuân theo quy định của Luật Kinh Doanh Bảo Hiểm hiện hành.
- 1.5 Người thụ hưởng:** là cá nhân, hoặc tổ chức được Bên mua bảo hiểm chỉ định nhận toàn bộ hoặc một phần các quyền lợi bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm này. Người thụ hưởng được ghi tên trong Giấy Yêu cầu bảo hiểm và các Xác nhận thay đổi hợp đồng (nếu có).

- 1.6 Số tiền bảo hiểm:** là số tiền mà Công ty nhận bảo hiểm và được quy định trong Trang hợp đồng hoặc các Xác nhận thay đổi hợp đồng (nếu có), tương ứng với quyền lợi bảo hiểm theo các điều kiện quy định trong Hợp đồng bảo hiểm này.
- 1.7 Tuổi:** là tuổi của Người được bảo hiểm vào Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc Ngày kỷ niệm tháng hợp đồng tính theo ngày sinh nhật gần nhất trước Ngày hiệu lực hợp đồng. Tuổi được dùng làm cơ sở tính Phí bảo hiểm rủi ro của Hợp đồng bảo hiểm. Tuổi của Người được bảo hiểm vào Ngày hiệu lực hợp đồng phải trong khoảng từ 18 đến 50 tuổi.
- 1.8 Ngày / Tháng / Năm**
- 1.8.1 Ngày cấp hợp đồng:** là ngày Hợp đồng bảo hiểm được Công ty chấp thuận và phát hành, được ghi trong Trang Hợp đồng hoặc Xác nhận thay đổi hợp đồng (nếu có).
- 1.8.2 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). Ngày hiệu lực hợp đồng được dùng để xác định ngày đến hạn đóng phí bảo hiểm, các Ngày kỷ niệm năm hợp đồng, các Ngày kỷ niệm tháng hợp đồng, Năm hợp đồng, và Ngày đáo hạn hợp đồng.
- 1.8.3 Ngày kỷ niệm năm hợp đồng:** là ngày lập lại (hoặc ngày gần nhất nếu không có ngày trùng lập) hàng năm của Ngày hiệu lực hợp đồng. Ngày kỷ niệm năm hợp đồng có cùng ngày và tháng với Ngày hiệu lực hợp đồng.
- 1.8.4 Ngày kỷ niệm tháng hợp đồng:** là ngày lập lại (hoặc ngày gần nhất nếu không có ngày trùng lập) hàng tháng của Ngày hiệu lực hợp đồng. Ngày kỷ niệm tháng hợp đồng có cùng ngày với Ngày hiệu lực hợp đồng.
- 1.8.5 Năm hợp đồng:** là khoảng thời gian một năm kể từ Ngày hiệu lực hợp đồng cho đến Ngày kỷ niệm năm hợp đồng thứ nhất hay từ Ngày kỷ niệm năm hợp đồng liền trước cho đến Ngày kỷ niệm năm hợp đồng liền sau.
- 1.8.6 Ngày đáo hạn hợp đồng:** là ngày Hợp đồng bảo hiểm kết thúc và được ghi ở Trang Hợp đồng hoặc Xác nhận thay đổi hợp đồng (nếu có).
- 1.8.7 Ngày trả phí đến:** là thời điểm cuối cùng phí bảo hiểm đã được thanh toán đến.
- 1.8.8 Năm phí bảo hiểm:** là năm mà Phí bảo hiểm cơ bản đã được đóng đủ.
- 1.8.9 Ngày yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm:** là ngày mà Công ty nhận được văn bản chính thức từ Bên mua bảo hiểm yêu cầu giải quyết quyền lợi theo Hợp đồng bảo hiểm.
- 1.8.10 Ngày nhận yêu cầu thay đổi:** là Ngày Công ty nhận đầy đủ các yêu cầu bằng văn bản thay đổi của Bên mua bảo hiểm.
- 1.8.11 Ngày giao dịch có hiệu lực:** là ngày có hiệu lực của kỳ phí bảo hiểm đầu tiên, các kỳ phí bảo hiểm định kỳ tiếp theo, phí bảo hiểm đóng thêm, hoặc là ngày Công ty nhận bất kỳ yêu cầu giao dịch nào của Bên mua bảo hiểm.
- 1.9 Trang hợp đồng:** là một phần của Hợp đồng bảo hiểm thể hiện một số chi tiết cụ thể của Hợp đồng.
- 1.10 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 hoặc quyết định của Công ty về việc thay đổi điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm. Xác nhận thay đổi Hợp đồng được lập thành văn bản có chữ ký của Tổng Giám Đốc Công ty hoặc người được ủy quyền và là một phần của Hợp đồng bảo hiểm.
- 1.11 Quỹ liên kết chung:** là quỹ được hình thành từ nguồn phí bảo hiểm của các Hợp đồng bảo hiểm liên kết chung. Quỹ liên kết chung được quản lý và đầu tư theo danh

mục đầu tư được Công ty lựa chọn và tuân thủ đầy đủ các yêu cầu và quy định của pháp luật Việt Nam.

- 1.12 Phí bảo hiểm cơ bản đóng định kỳ:** là khoản phí đóng cho Hợp đồng bảo hiểm được ghi trong Trang hợp đồng hay Xác nhận thay đổi hợp đồng (nếu có), do Bên mua bảo hiểm chọn.
- 1.13 Phí bảo hiểm cơ bản đóng một lần:** là khoản phí đóng một lần cho Hợp đồng bảo hiểm được ghi trong Trang hợp đồng đã được Bên mua bảo hiểm chọn.
- 1.14 Phí bảo hiểm đóng thêm:** là khoản phí do Bên mua bảo hiểm đóng thêm ngoài Phí bảo hiểm cơ bản định kỳ và tuân theo quy định của Công ty nêu trong Điều 13.1.
- 1.15 Phí bảo hiểm được phân bổ:** là phần phí bảo hiểm được phân bổ vào Giá trị tài khoản hợp đồng để hưởng lãi và làm tăng Giá trị tài khoản hợp đồng, sau khi đã trừ đi Phí ban đầu.
- 1.16 Khoản đặc biệt khi duy trì hợp đồng:** (gọi tắt là Khoản đặc biệt) cho mỗi lần được hưởng sẽ bằng 30% (ba mươi phần trăm) tổng Phí ban đầu trên phí bảo hiểm cơ bản đã thu, sẽ được hưởng vào cuối năm hợp đồng thứ 10, 12, 14, 16, 18 và 20.
- 1.17 Quyền lợi bảo hiểm bổ trợ:** là các quyền lợi bảo hiểm bổ trợ (sản phẩm bổ trợ) được ghi rõ trong Trang hợp đồng hay Xác nhận thay đổi Hợp đồng bảo hiểm (nếu có).
- 1.18 Phí bảo hiểm rủi ro:** là khoản Phí được khấu trừ hàng tháng để đảm bảo chi trả quyền lợi bảo hiểm theo quy định của sản phẩm bảo hiểm này. Mức Phí bảo hiểm rủi ro gồm Phí bảo hiểm rủi ro cho Quyền lợi bảo hiểm tử vong, Quyền lợi bảo hiểm trợ cấp nằm viện và Quyền lợi bảo hiểm các bệnh lý nghiêm trọng. Mức Phí bảo hiểm rủi ro thay đổi theo độ tuổi, giới tính, tình trạng sức khỏe và nghề nghiệp của Người được bảo hiểm. Phí bảo hiểm rủi ro được điều chỉnh theo tuổi vào từng thời điểm của Người được bảo hiểm và tương ứng với số tiền bảo hiểm rủi ro tại từng thời điểm. Số tiền bảo hiểm rủi ro là khoản chênh lệch giữa Quyền lợi bảo hiểm tử vong (chưa trừ đi các khoản Nợ) và Giá trị tài khoản hợp đồng.
- 1.19 Phí quản lý hợp đồng:** là khoản phí được khấu trừ hàng tháng để Công ty thực hiện công việc cần thiết liên quan đến việc quản lý, duy trì Hợp đồng bảo hiểm và cung cấp các thông tin liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm.
- 1.20 Phí chấm dứt hợp đồng trước thời hạn:** là khoản phí Bên mua bảo hiểm phải chịu khi yêu cầu chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm trước thời hạn.
- 1.21 Phí rút một phần Giá trị tài khoản hợp đồng:** là khoản phí Bên mua bảo hiểm phải chịu khi yêu cầu rút tiền từ Giá trị tài khoản hợp đồng.
- 1.22 Khoản khấu trừ hàng tháng:** là khoản tiền Công ty khấu trừ hàng tháng từ Giá trị tài khoản hợp đồng bao gồm Phí bảo hiểm rủi ro và Phí quản lý hợp đồng.
- 1.23 Nợ:** là bất kỳ khoản tiền nợ bao gồm các khoản tạm ứng từ hợp đồng, phí tạm ứng chưa hoàn trả, các khoản phí đến hạn và các khoản khác, cộng với lãi tích lũy mà Bên mua bảo hiểm nợ Công ty theo quy định của Hợp đồng bảo hiểm này. Tất cả các

khoản tiền này sẽ được coi là còn nợ Công ty và sẽ được Công ty khấu trừ trước khi thanh toán bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào theo Hợp đồng bảo hiểm này.

- 1.24 Giá trị tài khoản hợp đồng:** là số tiền được tích lũy từ các khoản Phí bảo hiểm được phân bổ sau khi đã trừ đi Khoản khấu trừ hàng tháng. Việc tính toán Giá trị tài khoản hợp đồng được quy định tại Điều 16 của Hợp đồng bảo hiểm này.
- 1.25 Giá trị hoàn lại:** là giá trị thu được sau khi lấy Giá trị tài khoản hợp đồng trừ đi phí chấm dứt hợp đồng trước hạn.
- 1.26 Giá trị tiền mặt thực trả:** là giá trị thu được sau khi lấy Giá trị hoàn lại trừ đi các khoản Nợ (nếu có).
- 1.27 Hành vi phạm tội:** là các hành vi do lỗi cố ý của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm/Người thụ hưởng gây ra nguy hiểm cho chính mình hoặc cho xã hội đã được quy định theo Bộ luật hình sự của nước Cộng Hòa Xã Hội Chủ Nghĩa Việt Nam.
- 1.28 Bệnh viện:** là bệnh viện được thành lập hợp pháp và có cung cấp dịch vụ y tế theo phương pháp tây y để chăm sóc và điều trị cho những người bị ốm hoặc bị thương, và có đủ các thiết bị chuyên môn để tiến hành việc chẩn đoán, đại phẫu thuật, gây mê tổng quát, 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, có chữ "bệnh viện" trong tên gọi và trên con dấu chính thức hoặc được cấp giấy phép như một Viện chuyên khoa cấp Trung ương. Vì mục đích của Hợp Đồng này, nhà an dưỡng, nhà dưỡng lão, nơi chữa trị dành cho những người nghiện rượu, nghiện ma túy hoặc người bị bệnh tâm thần; nơi điều trị bệnh phong; bệnh viện/viện/khoa hoặc bất cứ cơ sở chữa bệnh y học cổ truyền/y học dân tộc; bệnh viện/viện/khoa hoặc bất cứ cơ sở điều dưỡng và phục hồi chức năng và trung tâm y tế các cấp đều không được xem là Bệnh viện.
- 1.29 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 hay Bên mua bảo hiểm và cũng không phải là đối tác kinh doanh của Người được bảo hiểm hay Bên mua bảo hiểm.
- 1.30 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.
- 1.31 Tình trạng tồn tại trước:** nghĩa là tình trạng bệnh tật của một căn bệnh hoặc tổn thương của Người được bảo hiểm đã có trước:
- Ngày cấp hợp đồng; hay
 - Ngày khôi phục hiệu lực Hợp đồng gần nhất

ngoại trừ căn bệnh hoặc tổn thương, hoặc bất kỳ tình trạng tồn tại trước có liên quan đã được kê khai một cách đầy đủ trong Đơn yêu cầu bảo hiểm hoặc bằng chứng về khả năng có thể bảo hiểm và đã được Công ty chấp thuận.

- 1.32 Nằm viện qua đêm:** nghĩa là Người được bảo hiểm phải trải qua ít nhất một đêm trong Bệnh viện như là một bệnh nhân nội trú, được điều trị trong các điều kiện cần thiết về mặt y khoa.
- 1.33 Ngày nằm viện qua đêm:** (gọi tắt là “Ngày” trong tính toán Quyền lợi bảo hiểm trợ cấp nằm viện) Để được đếm là một Ngày nằm viện qua đêm (“Ngày”) thì Bệnh nhân nội trú phải được Bác sỹ yêu cầu hoặc đồng ý cho ở lại trong bệnh viện để điều trị vượt qua 12h đêm ngày hôm đó.
- 1.34 Tai nạn và Nằm viện do tai nạn:** tai nạn nghĩa là một hoặc một chuỗi sự kiện khách quan xảy ra do tác động của một lực, một vật bất ngờ từ bên ngoài lên cơ thể Người được bảo hiểm và gây ra sự kiện cho Người được bảo hiểm. Các sự kiện này chỉ được xem là nằm viện do tai nạn theo định nghĩa của Hợp đồng này, nếu hội đủ các điều kiện sau:
- Xảy ra do ngoài sự tiên liệu, kiểm soát cũng như ý muốn của Người được bảo hiểm;
 - Phải là nguyên nhân trực tiếp, duy nhất gây ra sự kiện nằm viện cho Người được bảo hiểm;
 - Nằm viện không phải là những tổn thương thân thể do đau ốm, bệnh tật, nhiễm các loại vi khuẩn hoặc vi rút, do rối loạn chuyển hóa hoặc rối loạn miễn dịch;
 - Ngày nhập viện phải trong vòng 90 ngày kể từ ngày xảy ra tai nạn và trong thời gian Quyền lợi bảo hiểm trợ cấp nằm viện có hiệu lực.
- 1.35 Thai sản:** nghĩa là việc sinh đẻ, sảy thai, nạo thai, điều trị trước và sau khi sinh đẻ hay bất kỳ bệnh tật ốm đau nào hoặc tổn thương nào liên quan đến thai sản hoặc do thai sản gây ra.
- 1.36 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) hay tắm/rửa bằng các phương tiện khác.
 - Thay quần áo: là việc mặc và cởi các món quần áo, dây đeo, chân tay giả hay 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.

ĐIỀU 2: HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

Đơn yêu cầu bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm bao gồm tất cả các đơn từ, bản kê khai, bản trả lời hay bất cứ chứng từ y tế 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, Hợp đồng bảo hiểm và bất kỳ điều khoản bổ sung nào, cùng với bất kỳ Xác nhận thay đổi hợp đồng nào sẽ tạo thành bộ Hợp đồng bảo hiểm hoàn chỉnh. Bất kỳ Xác nhận thay đổi hợp đồng nào sau này của Công ty sẽ được xem là một phần của Hợp đồng bảo hiểm.

Nếu Hợp đồng bảo hiểm được thay đổi hoặc được sửa đổi theo yêu cầu của Bên mua bảo hiểm thì những thay đổi hoặc sửa đổi đó chỉ có hiệu lực khi nó được thể hiện bằng văn bản và phải được Tổng giám đốc hoặc người được ủy quyền của Công ty ký.

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

Thời hạn bảo hiểm tạm thời nêu trên sẽ bắt đầu sau khi Công ty đóng dấu xác nhận đã nhận Đơn 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 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 tổng Số tiền bảo hiểm cơ bản (không bao gồm sản phẩm bảo hiểm bổ trợ) hoặc 200.000.000 (hai trăm triệu) đồng, Công ty sẽ chỉ trả lại tổng phí bảo hiểm đã đóng mà không có lãi.

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 hai mươi một (21) ngày kể từ ngày nhận được Hợp đồng bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm có quyền từ chối không tham gia bảo hiểm bằng cách gửi văn bản thông báo đến Công ty. Sau khi nhận được đầy đủ giấy tờ bao gồm các hóa đơn thu phí bảo hiểm (nếu có), bộ Hợp

đồng bảo hiểm, Công ty sẽ hoàn trả lại phí ban đầu đã đóng, không có lãi suất, sau khi trừ đi chi phí khám, xét nghiệm y khoa hoặc bất kỳ khoản tiền bảo hiểm nào đã trả liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm, nếu có.

ĐIỀU 5: NGHĨA VỤ CUNG CẤP THÔNG TIN CỦA CÔNG TY

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

Công ty sẽ thực hiện công bố thông tin định kỳ theo các quy định của pháp luật hiện hành liên quan đến việc kinh doanh bảo hiểm liên kết chung. Hàng năm, Công ty sẽ gửi bản Thông báo hàng năm với các chi tiết cụ thể về tình hình tài chính và các quyền lợi bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm.

Trong 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: NGHĨA VỤ KÊ KHAI TRUNG THỰC CỦA BÊN MUA BẢO HIỂM VÀ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm có nghĩa vụ kê khai và cung cấp đầy đủ và trung thực các thông tin theo yêu cầu của Công ty để Công ty 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 và Người được bảo hiểm.

Nếu Bên mua bảo hiểm hoặc Người được 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 ngay khi phát hiện ra việc vi phạm. Khi đó, Công ty sẽ tính lại và chỉ trả Giá trị tài khoản trừ Nợ (nếu có) theo quy định của sản phẩm này và không chi trả bất cứ quyền lợi bảo hiểm hay hoàn trả bất cứ khoản phí bảo hiểm nào mà Bên mua bảo hiểm đã đóng.

ĐIỀU 7: TRƯỜNG HỢP KÊ KHAI SAI TUỔI VÀ GIỚI TÍNH CỦA NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

Trong trường hợp kê khai sai tuổi và/hoặc giới tính của Người được bảo hiểm mà Tuổi đúng vẫn nằm trong nhóm tuổi được bảo hiểm, Công ty có thể tính toán lại các khoản phí khấu trừ hàng tháng từ lúc Hợp đồng bảo hiểm được cấp đến lúc phát hiện đúng và Công ty sẽ tiến hành điều chỉnh Giá trị tài khoản một cách thích hợp theo quy định của sản phẩm này. Hợp đồng bảo hiểm sẽ được điều chỉnh để cập nhật các thông tin chính xác và vẫn có hiệu lực.

Nếu kê khai sai về Tuổi trong Đơn yêu cầu bảo hiểm, mà Tuổi thực không nằm trong nhóm tuổi có thể được bảo hiểm (theo như quy định tại Điều 1), Công ty sẽ hoàn trả lại phí đã đóng,

không tính lãi, trừ các khoản chi phí khám, xét nghiệm y khoa Công ty đã trả trong việc thẩm định Hợp đồng bảo hiểm, các khoản tiền bảo hiểm đã thanh toán, các khoản rút từ Giá trị tài khoản, các khoản Nợ và các chi phí phát sinh hợp lý. Hợp đồng bảo hiểm trong trường hợp này sẽ chấm dứt hiệu lực sau khi hai bên hoàn tất nghĩa vụ thanh toán.

ĐIỀU 8: MIỄN TRUY XÉT

Ngoại trừ trường hợp kê khai sai về tuổi và/hoặc giới tính như quy định tại Điều 7, 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 hay 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 24 tháng kể từ Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc kể từ ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng gần nhất, tùy thuộc vào ngày nào đến sau.

Điều khoản này sẽ không áp dụng trong trường hợp Bên mua bảo hiểm hoặc Người được 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 có quyền từ chối chấp nhận bảo hiểm hoặc chỉ chấp nhận bảo hiểm với mức Phí bảo hiểm rủi ro cao hơn.

ĐIỀU 9: TIỀN TỆ VÀ NƠI THANH TOÁN

Tất cả các khoản tiền phải đóng cho Công ty hoặc do Công ty trả sẽ được thanh toán bằng đồng Việt Nam. Tất cả các khoản tiền do Công ty chi trả sẽ được thực hiện tại nước Cộng Hòa Xã Hội Chủ Nghĩa Việt Nam.

ĐIỀU 10: QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA BÊN MUA BẢO HIỂM VÀ NGƯỜI THỤ HƯỞNG

10.1 Bên mua bảo hiểm

Bên mua bảo hiểm sẽ thực hiện mọi quyền và nghĩa vụ của mình được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm hoặc do Công ty quy định trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực.

10.1.1 Trường hợp, trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực, Bên mua bảo hiểm là cá nhân bị tử vong:

(Những) người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm hoặc người được chỉ định bởi (những) người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm, nếu hội đủ các điều kiện để trở thành Bên mua bảo hiểm mới theo quy định trong Hợp đồng bảo hiểm này và các quy định của pháp luật, sẽ tiếp nhận tất cả các quyền và nghĩa vụ phát sinh từ Hợp đồng bảo hiểm và trở thành Bên mua bảo hiểm mới.

10.1.2 Trường hợp, trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực, Bên mua bảo hiểm là tổ chức chấm dứt hoạt động (giải thể, phá sản và các trường hợp chấm dứt hoạt động khác theo quy định của pháp luật):

Người được bảo hiểm từ đủ 18 tuổi trở lên được quyền làm thủ tục tiếp nhận tất cả các quyền và nghĩa vụ được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm.

10.1.3 Công ty sẽ không chịu trách nhiệm về tính hiệu lực và tranh chấp về việc chỉ định Bên mua bảo hiểm mới như được nêu tại Điều 10.1.1 và Điều 10.1.2.

10.2 Người thụ hưởng

Người thụ hưởng được Bên mua bảo hiểm 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.

Nếu Hợp đồng bảo hiểm không được chỉ định Người thụ hưởng hoặc tất cả Người thụ hưởng tử vong/châm dứt hoạt động 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. 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 hoặc trong văn bản chỉ định về Người thụ hưởng có hiệu lực theo Hợp đồng bảo hiểm.

Trừ trường hợp chỉ định Người thụ hưởng trong đơn yêu cầu bảo hiểm, việc chỉ định Người thụ hưởng phải được lập thành văn bản và được sự chấp thuận của Công ty bằng Xác nhận thay đổi Hợp đồng bảo hiểm. 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.

Công ty sẽ không chịu trách nhiệm về tính hiệu lực của sự chỉ định hoặc việc công bố Người thụ hưởng.

ĐIỀU 11: PHỤC VỤ HỢP ĐỒNG

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu thay đổi các chi tiết của Hợp đồng bảo hiểm. Tất cả yêu cầu thay đổi các chi tiết của Hợp đồng bảo hiểm bao gồm nhưng không giới hạn ở thay đổi Người thụ hưởng như quy định tại Điều 10, thay đổi thông tin liên hệ và nghề nghiệp, chuyển nhượng như quy định tại Điều 11.1 và 11.2, Phí bảo hiểm cơ bản, Số tiền bảo hiểm như quy định tại Điều 15, và/hoặc tham gia hoặc hủy bỏ các sản phẩm bảo hiểm bổ sung, phải được lập theo mẫu của Công ty và gửi đến Công ty. Các thay đổi này sẽ có hiệu lực khi được Công ty chấp thuận bằng cách ban hành Xác nhận thay đổi hợp đồng.

11.1 Thay đổi thông tin liên hệ và 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; và/hoặc thay đổi Phí bảo hiểm rủi ro; và/hoặc Số tiền bảo hiểm; và/hoặc loại trừ bảo hiểm theo những điều kiện riêng 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 có thể tính toán lại các khoản phí khấu trừ hàng tháng từ Ngày cấp hợp đồng đến thời điểm hiện tại và Công ty sẽ tiến hành điều chỉnh các giá trị hợp đồng theo quy định của sản phẩm này.

11.2 Chuyển nhượng

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. Đối tượng nhận chuyển nhượng hợp đồng phải hội đủ điều kiện để trở thành Bên mua bảo hiểm như quy định tại Điều 1.3.

Nếu Bên mua bảo hiểm chuyển nhượng Hợp đồng bảo hiểm thì các quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm mới theo Hợp đồng bảo hiểm sẽ tùy thuộc vào các điều khoản của việc chuyển nhượng.

Công ty sẽ xem như không biết về việc chuyển nhượng trừ khi nhận được thông báo bằng văn bản về việc chuyển nhượng cùng các giấy tờ cần thiết khác và văn bản chuyển nhượng gốc phải được nộp cho Công ty và được Công ty xác nhận. Công ty không chịu trách nhiệm về tính hiệu lực hay tính đầy đủ của bất kỳ yêu cầu chuyển nhượng nào. Sau khi chuyển nhượng, người được chuyển nhượng sẽ tiếp nhận các quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm theo quy định của Hợp đồng bảo hiểm.

CHƯƠNG II - QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

ĐIỀU 12: QUYỀN LỢI

12.1 Quyền lợi bảo hiểm tử vong

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm vẫn còn hiệu lực, nếu Người được bảo hiểm tử vong và phụ thuộc vào Điều 12.4, Công ty sẽ thanh toán Quyền lợi bảo hiểm tử vong theo đúng các quy định và điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm.

Cho Quyền lợi bảo hiểm tử vong, Công ty sẽ chi trả số tiền lớn hơn của:

- i) 100% (một trăm phần trăm) Số tiền bảo hiểm hiện tại* cộng với các quyền lợi bảo hiểm bổ sung theo quy định của các sản phẩm bảo hiểm bổ sung kèm theo Hợp đồng này trừ đi các khoản Nợ (nếu có); hoặc
- ii) Giá trị tài khoản tại ngày yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm cộng với các quyền lợi bảo hiểm bổ sung theo quy định của các sản phẩm bảo hiểm bổ sung kèm theo Hợp đồng này trừ đi các khoản Nợ (nếu có).

12.2 Quyền lợi bảo hiểm trợ cấp nằm viện

12.2.1 Quyền lợi

*Sản phẩm bảo hiểm Liên Kết Chung thời hạn 20 năm
với QL Trợ cấp nằm viện và QL Bệnh lý nghiêm trọng* 12/35

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực, nếu Người được bảo hiểm nằm viện qua đêm và thỏa quy định tại điều 1.31, Công ty sẽ thanh toán quyền lợi bảo hiểm trợ cấp nằm viện theo các quy định và điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm với số tiền cho mỗi Ngày nằm viện qua đêm được ghi trong Trang hợp đồng.

Số Ngày nằm viện qua đêm tối đa mà Công ty thanh toán theo Quyền lợi bảo hiểm trợ cấp nằm viện là 15 (mười lăm) ngày cho mỗi lần nằm viện. Riêng đối với các trường hợp nằm viện do tai nạn hoặc để điều trị các bệnh bao gồm: lao màng não, ung thư, tai biến mạch máu não và các bệnh mãn tính như suy thận, suy gan, suy tim và bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, Công ty sẽ thanh toán Quyền lợi trợ cấp nằm viện theo số Ngày nằm viện qua đêm thực tế.

Số Ngày nằm viện qua đêm tối đa mà Công ty thanh toán theo Quyền lợi bảo hiểm trợ cấp nằm viện là 500 (năm trăm) ngày cho suốt thời hạn Hợp đồng bảo hiểm.

12.2.2 Thời gian chờ

Trừ trường hợp nằm viện do tai nạn, Quyền lợi bảo hiểm trợ cấp nằm viện chỉ được chi trả nếu ngày bắt đầu nhập viện là sau 15 (mười lăm) 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 có quyền 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:

- (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.

12.2.3 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 nằm viện qua đêm đã được chi trả trợ cấp là 500 (năm trăm) ngày; hoặc
- Khi Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt theo Điều 18.

Việc chấm dứt Quyền lợi trợ cấp nằm viện không làm ảnh hưởng đến các yêu cầu thanh toán quyền lợi bảo hiểm cho các Ngày nằm viện qua đêm thuộc phạm vi bảo hiểm phát sinh 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.

12.3 Quyền lợi bảo hiểm các bệnh lý nghiêm trọng

12.3.1 Quyền lợi bảo hiểm các bệnh lý nghiêm trọng

Quyền lợi bảo hiểm các bệnh lý nghiêm trọng bằng với Quyền lợi bảo hiểm tử vong ở Điều 12.1.

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 bảo hiểm 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 Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực.

Sau khi việc thanh toán Quyền lợi bảo hiểm các bệnh lý nghiêm trọng hoàn tất, Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt theo Điều 18 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 bảo hiểm các bệnh lý nghiêm trọng theo Điều 12.3 này hoặc Quyền lợi bảo hiểm tử vong theo Điều 12.1 ở trên.

12.3.2 Thời gian chờ

Công ty sẽ không thanh toán Quyền lợi bảo hiểm các bệnh lý nghiêm trọng nếu Người được bảo hiểm được chẩn đoán hoặc được điều trị hoặc được Bác sĩ tư vấn hoặc có bất kỳ dấu hiệu hoặc triệu chứng nào của các Bệnh lý nghiêm trọng:

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

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

12.3.3 Định nghĩa các bệnh lý nghiêm trọng

12.3.3.1 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.

12.3.3.2 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).

12.3.3.3 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 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:

- Cơ 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 tiền đình.

12.3.3.4 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 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 mêlanin ác tính.
- Các ung thư tiền liệt tuyến có kết quả mô học phân loại T1a hoặc T1b theo phân loại TNM hoặc các phân loại khác tương đương hay ở giai đoạn sớm hơn.
- 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.

12.3.3.5 Suy thận

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

12.3.3.6 Ghép cơ quan chính

Người được bảo hiểm là người nhận cấy ghép, thật sự đã được thực hiện việc cấy ghép tùy xương bằng cách dùng tế bào gốc của người cho cấy ghép để cấy ghép cho người nhận đã bị

hủy 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 mà 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.

12.3.3.7 Liệt

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

12.3.3.8 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).

12.3.3.9 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 (sáu) tháng.

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

12.3.3.10 Cụt các chi

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

12.3.3.11 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.

12.3.3.12 Bệnh xơ cứng cột bên teo cơ (Multiple 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).

12.3.3.13 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.

12.3.3.14 Bệnh gan mạn 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.

12.3.3.15 Viêm tụy mạn tái phát (Chronic Relapsing Pancreatitis)

Có trên 3 (ba) 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 mạn tái phát gây ra do sử dụng rượu.

12.3.3.16 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.

12.3.3.17 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).

12.3.3.18 Điếc (Mất thính lực)

*Sản phẩm bảo hiểm Liên Kết Chung thời hạn 20 năm
với QL Trợ cấp nằm viện và QL Bệnh lý nghiêm trọng* 17/35

Là sự mất hoàn toàn, không hồi phục khả năng nghe tất cả các âm thanh của cả 2 (hai) tai (dù được hay không được trợ thính) do bệnh lý cấp tính hoặc tai nạn. Các bằng chứng y tế phải do Bác sĩ chuyên khoa cấp và bao gồm các xét nghiệm kiểm tra thính lực và kiểm tra ngưỡng nghe (sound-threshold test).

12.3.3.19 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 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.

12.3.3.20 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.

12.3.3.21 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.

12.3.3.22 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.

12.3.3.23 Bệnh Bạc-Kinh-Son (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:

- i) Bệnh không thể kiểm soát được bằng thuốc;
- ii) Biểu hiện các dấu hiệu của tình trạng tổn thương thần kinh tiến triển; và
- iii) 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-son tự phát. Loại trừ tình trạng bệnh (parkinsonism) bị mắc do nguyên nhân ngộ độc hoặc dùng thuốc.

12.3.3.24 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.

12.3.3.25 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.

12.3.26 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.

12.3.27 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.

12.3.28 Bệnh Lupus ban đỏ hệ thống

Là một bệnh lý tự miễn đa cơ quan, đa yếu tố thường xảy ra ở phụ nữ trong thời gian mang thai và 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 có các tổn thương thận (từ Lupus viêm thận nhóm III (ba) đến nhóm V (năm), xác định bằng sinh thiết thận theo cách phân loại của Tổ chức y tế thế giới (WHO) và những thể có tổn thương hệ thần kinh. Đặc biệt loại trừ các thể khác, lupus ban đỏ hình đĩa (discoid lupus) và các thể bao gồm rối loạn về huyết học và khớp. Bệnh phải được một Bác sĩ chuyên khoa miễn dịch và bệnh thấp khớp chẩn đoán xác định.

Loại trừ các hình thức 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 miễn dịch và bệnh thấp chẩn đoán xác nhận.

12.3.29 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.

12.3.30 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
- Bảng chứng X-quang của các biến dạng nghiêm trọng.

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

12.3.31 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.

12.3.4 Chấm dứt Quyền lợi bảo hiểm các bệnh lý nghiêm trọng

Quyền lợi bảo hiểm 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 bảo hiểm các bệnh lý nghiêm trọng; hoặc
- Khi Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt theo Điều 18.

Việc chấm dứt Quyền lợi bảo hiểm 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.

12.4 Loại trừ quyền lợi bảo hiểm

12.4.1 Công ty sẽ KHÔNG thanh toán Quyền lợi bảo hiểm tử vong theo quy định tại Điều 12.1 nếu tử vong liên quan trực tiếp hay gián tiếp đến một trong các sự kiện sau:

- Tự tử hoặc có hành vi tự tử trong thời gian 2 (hai) năm kể từ Ngày cấp Hợp đồng bảo hiểm này hoặc Ngày khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm gần nhất, tùy thuộc vào ngày nào xảy ra sau, cho dù Người được bảo hiểm có bị mất trí hay không; 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
- 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).

Trong trường hợp trên, Công ty sẽ chỉ hoàn lại số lớn hơn của 100% số phí bảo hiểm đã đóng, không có lãi, hoặc Giá trị hoàn lại sau khi khấu trừ các chi phí phát sinh hợp lý của Công ty, các khoản rút tiền từ Giá trị tài khoản, các khoản thanh toán quyền lợi bảo hiểm đã được thanh toán và các khoản Nợ theo quy định của Hợp đồng.

12.4.2 Công ty sẽ KHÔNG thanh toán Quyền lợi bảo hiểm trợ cấp nằm viện theo quy định tại Điều 12.2 của Hợp đồng bảo hiểm nếu như Người được bảo hiểm nằm viện qua đêm vì các nguyên nhân sau:

- Tình trạng tồn tại trước như đã định nghĩa ở trên; hoặc
- Việc khám sức khỏe định kỳ, kiểm tra sức khỏe 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 sự điều trị y tế không cần thiết khác; hoặc
- Điều trị 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 có điều trị do tai nạn xảy ra; hoặc
- Phẫu thuật thẩm mỹ, lắp mắt kính và kính khúc xạ hoặc thiết bị trợ giúp thính giác 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 kỳ bảo hiểm; hoặc
- Bất kỳ một hình thức phẫu thuật nào tự lựa chọn tham gia; hoặc
- Thai sản như đã được định nghĩa ở trên; hoặc
- Chấn thương hay ốm đau phát sinh trực tiếp hay gián tiếp từ chiến tranh hoặc bất kỳ hoạt động nào của chiến tranh, dù là được tuyên bố hay không được tuyên bố, các cuộc nổi loạn, khởi nghĩa hay nội chiến; hoặc
- Tỉnh dưỡng, điều trị ở nơi an dưỡng hoặc điều trị rối loạn chức năng của não; hoặc
- Bất kỳ sự điều trị hay kiểm tra liên quan đến Hội chứng suy giảm miễn dịch (AIDS) và bất kỳ tình trạng hoặc bệnh tật nào liên quan đến AIDS (ARC), hoặc nhiễm vi rút HIV; hoặc
- Tự gây thương tích, tự tử dù mất trí hay không, lạm dụng thức uống có cồn, 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
- Các Hình vi phạm tội của Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm hoặc của Người thụ hưởng.

12.4.3 Cùng với các trường hợp loại trừ được nêu trong Mục 12.4.1 Công ty sẽ KHÔNG thanh toán Quyền lợi bảo hiểm các bệnh lý nghiêm trọng theo quy định tại Điều 12.3 của Hợp đồng bảo hiểm nếu như 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.

12.5 Quyền lợi đáo hạn

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 chi trả toàn bộ Giá trị tiền mặt thực trả.

12.6 Quyền lợi hưởng lãi từ kết quả đầu tư của Quỹ liên kết chung

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm đang còn hiệu lực, Giá trị tài khoản hợp đồng sẽ được tính lãi hàng tháng theo mức lãi suất đầu tư được Công ty công bố định kỳ theo các quy định của sản phẩm bảo hiểm này, bao gồm nhưng không hạn chế quy định về Lãi suất đầu tư tại Điều 16.2.

12.7 Quyền lợi đặc biệt khi duy trì hợp đồng

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm đang còn hiệu lực, Bên mua bảo hiểm sẽ được hưởng một khoản tiền gọi là Khoản đặc biệt khi duy trì hợp đồng nếu đáp ứng các điều kiện sau:

- Quyền lợi đặc biệt khi duy trì hợp đồng được chi trả lần đầu tiên tại cuối Năm hợp đồng thứ 10 với điều kiện tại thời điểm đó:
 - Hợp đồng bảo hiểm không mất hiệu lực trong bất cứ thời điểm nào trước đó; và
 - Phí bảo hiểm cơ bản đã được đóng đầy đủ; và
 - Số tiền bảo hiểm hiện tại phải bằng hoặc lớn hơn Số tiền bảo hiểm lúc cấp hợp đồng.
- Sau Năm hợp đồng thứ 10, Quyền lợi đặc biệt khi duy trì hợp đồng sẽ được chi trả mỗi 2 (hai) năm. Cụ thể, Quyền lợi đặc biệt khi duy trì hợp đồng sẽ được chi trả vào cuối năm thứ 12, 14, 16, 18 và 20, khi Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực và với điều kiện tại mỗi thời điểm chi trả:
 - Hợp đồng bảo hiểm không mất hiệu lực trong bất cứ thời điểm nào giữa thời điểm chi trả này và thời điểm chi trả liền trước; và
 - Phí bảo hiểm cơ bản đã được đóng đầy đủ; và
 - Số tiền bảo hiểm hiện tại phải bằng hoặc lớn hơn Số tiền bảo hiểm lúc cấp hợp đồng.

Khoản đặc biệt khi duy trì hợp đồng sẽ được tự động cộng thêm vào Giá trị tài khoản hợp đồng vào thời điểm xem xét nếu Hợp đồng bảo hiểm đáp ứng tất cả các điều kiện nêu trên.

Giá trị Khoản đặc biệt khi duy trì hợp đồng tại từng thời điểm xem xét là 30% (ba mươi phần trăm) tổng Phí ban đầu trên phí bảo hiểm cơ bản đã thu của hợp đồng bảo hiểm.

12.8 Không tham gia chia lãi của Công ty

Hợp đồng bảo hiểm này không tham gia vào bất kỳ việc chia lãi nào của Công ty.

CHƯƠNG III - NGHĨA VỤ VÀ QUYỀN CỦA BÊN MUA BẢO HIỂM

ĐIỀU 13: PHÍ BẢO HIỂM

13.1 Phí bảo hiểm và nghĩa vụ đóng phí bảo hiểm

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

Bên mua bảo hiểm có thể tạm ngưng đóng Phí bảo hiểm theo quy định tại Điều 13.2.

Khoản tiền nộp vào sẽ được đóng cho Phí bảo hiểm cơ bản chưa đóng đến thời điểm hiện tại. Phần tiền dư ra sau khi đã đóng cho tất cả các năm Phí bảo hiểm cơ bản nêu trên sẽ được coi là Phí bảo hiểm đóng thêm nếu đáp ứng các điều kiện sau:

- Phí bảo hiểm cơ bản đã được đóng đầy đủ cho đến thời điểm hiện tại; và
- Cung cấp đơn yêu cầu Phí bảo hiểm đóng thêm đã được điền hoàn chỉnh theo quy định của Công ty và được Công ty xác nhận. Quy định về Phí bảo hiểm đóng thêm có thể được Công ty điều chỉnh hoặc hủy bỏ không áp dụng tại bất kỳ thời điểm nào; và
- Phí bảo hiểm đóng thêm phải tuân thủ mức yêu cầu tối đa và tối thiểu của Công ty. Mức yêu cầu tối đa và tối thiểu có thể thay đổi theo thời gian; và
- Trường hợp ngoại lệ cho những quy định trên chỉ được thực hiện khi Bên mua bảo hiểm cần đóng vào Phí bảo hiểm đóng thêm để Giá trị tài khoản đủ thanh toán Khoản khấu trừ hàng tháng, với mức thời gian theo quy định của Công ty, và Nợ nếu có.

Phí bảo hiểm cơ bản của sản phẩm sẽ được phân bổ vào Giá trị tài khoản sau khi khấu trừ các Phí hợp lệ bao gồm các Phí ban đầu theo quy định tại Điều 17.1.

Bên mua bảo hiểm sẽ chịu trách nhiệm đóng các loại thuế phát sinh liên quan đến việc thanh toán phí hoặc nhận bất kỳ khoản tiền nào từ Hợp đồng bảo hiểm này (nếu có) theo quy định của pháp luật hiện hành.

13.2 Thời gian tạm ngưng đóng phí bảo hiểm cho Kế Hoạch đóng phí Sáu Năm

Vào bất kỳ thời điểm nào, bắt đầu từ Năm hợp đồng thứ hai và khi Hợp đồng bảo hiểm vẫn còn hiệu lực, Bên mua bảo hiểm có thể lựa chọn quyền tạm ngưng đóng phí bảo hiểm. Hợp đồng bảo hiểm vẫn tiếp tục có hiệu lực và tuân theo quy định về Chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm tại Điều 18.

Khi muốn tạm ngưng đóng phí, Bên mua bảo hiểm phải thông báo cho Công ty theo mẫu do Công ty cung cấp. Nếu Bên mua bảo hiểm trì hoãn việc thanh toán phí mà không gửi thông báo tạm ngưng đóng phí đến Công ty, tất cả các quyền lợi bảo hiểm hỗ trợ sẽ tự động chấm dứt sau thời gian gia hạn đóng phí của các quyền lợi bảo hiểm hỗ trợ. Hợp đồng bảo hiểm

chính vẫn tiếp tục có hiệu lực và tuân thủ theo quy định về Chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm tại Điều 18.

Nếu Bên mua bảo hiểm áp dụng quyền lựa chọn tạm ngưng đóng phí và có thông báo bằng văn bản theo quy định đến Công ty, tất cả quyền lợi bảo hiểm của sản phẩm chính và quyền lợi bảo hiểm hỗ trợ vẫn tiếp tục có hiệu lực và tuân thủ theo quy định về Chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm tại Điều 18. Trong thời gian tạm ngưng đóng phí, phí bảo hiểm hỗ trợ được ghi trong Trang hợp đồng hay trong Xác nhận thay đổi Hợp đồng bảo hiểm (nếu có) sẽ được khấu trừ từ Giá trị tài khoản.

Tại bất kỳ thời điểm nào khi Giá trị tài khoản trừ Nợ (nếu có) không đủ thanh toán cho Khoản khấu trừ hàng tháng và phí bảo hiểm hỗ trợ, tất cả các quyền lợi bảo hiểm hỗ trợ sẽ tự động chấm dứt và Giá trị tài khoản lúc này chỉ được dùng để thanh toán cho Khoản khấu trừ hàng tháng. Khi Giá trị tài khoản trừ Nợ (nếu có) không đủ thanh toán Khoản khấu trừ hàng tháng, Hợp đồng bảo hiểm sẽ bắt đầu tính thời gian gia hạn như trong quy định tại Điều 13.3.

Khi Bên mua bảo hiểm bắt đầu đóng phí trở lại, khoản phí định kỳ mới đóng sẽ được áp cho các khoản phí chưa được thanh toán kể từ khi áp dụng việc tạm ngưng đóng phí.

13.3 Gia hạn đóng phí bảo hiểm & Hợp đồng mất hiệu lực

Hợp đồng bảo hiểm sẽ tiếp tục còn hiệu lực trong thời gian gia hạn đóng phí bảo hiểm là 60 (sáu mươi) ngày tính từ ngày Giá trị tài khoản trừ Nợ (nếu có) của Hợp đồng được xác định là không đủ để trang trải cho Khoản khấu trừ hàng tháng.

Vào Ngày kỷ niệm tháng hợp đồng ngay sau thời gian gia hạn đóng phí bảo hiểm, Hợp đồng bảo hiểm sẽ tự động mất hiệu lực và không còn Giá trị tiền mặt thực trả nếu Công ty không nhận được bất kỳ khoản tiền nào đủ để trang trải cho Khoản khấu trừ hàng tháng vào ngày cuối cùng của thời gian gia hạn đóng phí bảo hiểm.

Trong thời gian gia hạn đóng phí bảo hiểm, Hợp đồng bảo hiểm vẫn còn hiệu lực và các quyền lợi bảo hiểm vẫn được thanh toán theo quy định của Hợp đồng bảo hiểm sau khi trừ các khoản Nợ (nếu có).

13.4 Khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm

Nếu Hợp đồng bảo hiểm bị mất hiệu lực, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm trong vòng 2 (hai) năm kể từ ngày Hợp đồng bảo hiểm bị mất hiệu lực, nếu Hợp đồng bảo hiểm không bị chấm dứt trước thời hạn để nhận Giá trị tiền mặt thực trả. Công ty sẽ xem xét các điều kiện sau khi nhận được yêu cầu khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm:

- i. Bên mua bảo hiểm phải gửi yêu cầu khôi phục hiệu lực Hợp đồng bằng văn bản theo quy định của Công ty; và
- ii. Bằng chứng về khả năng có thể được bảo hiểm của Người được bảo hiểm được Công ty chấp nhận; và
- iii. Phí bảo hiểm rủi ro và Phí quản lý hợp đồng tính từ Ngày chấm dứt hiệu lực hợp đồng đến Ngày khôi phục hiệu lực Hợp đồng sẽ được miễn. Tuy nhiên, Bên mua bảo hiểm phải thanh toán toàn bộ Phí bảo hiểm rủi ro và Phí quản lý hợp đồng trong thời gian gia hạn đóng phí (nếu có) khi khôi phục hiệu lực Hợp đồng; và

- iv. Bên mua bảo hiểm phải thanh toán toàn bộ các khoản phí bảo hiểm cơ bản định kỳ đến hạn chưa thanh toán tính đến ngày Công ty chấp thuận việc khôi phục Hợp đồng; và
- v. Khi khôi phục hiệu lực Hợp đồng, các khoản phí bảo hiểm mới được thanh toán sẽ được áp vào Hợp đồng lần lượt cho các kỳ phí bảo hiểm trước đây chưa được đóng.
- vi.

Như vậy, Tổng phí bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm phải thanh toán khi khôi phục hiệu lực hợp đồng là:

- Phí bảo hiểm rủi ro và Phí quản lý hợp đồng còn nợ như đã nêu ở Mục (iii), cộng
- Các khoản phí bảo hiểm định kỳ đến hạn chưa đóng như đã nêu ở Mục (iv), cộng
- Thanh toán mọi khoản Nợ chưa trả, cộng
- Một khoản phí đủ để duy trì Giá trị tài khoản trừ Nợ (nếu có) cao hơn mức tối thiểu theo quy định của Công ty tại thời điểm khôi phục hợp đồng bảo hiểm.

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 quyền lợi bảo hiểm nếu sự kiện bảo hiểm xảy ra hoặc được chẩn đoán hoặc được điều trị hoặc được Bác sĩ tư vấn hoặc có bất kỳ dấu hiệu hoặc triệu chứng nào của bệnh tật gây ra sự kiện bảo hiểm đó đã xuất hiện trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm bị chấm dứt hiệu lực.

ĐIỀU 14: RÚT TỪ GIÁ TRỊ TÀI KHOẢN

14.1 Rút một phần Giá trị tài khoản hợp đồng

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm đang còn hiệu lực và sau Năm hợp đồng đầu tiên, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu rút tiền từ Giá trị tài khoản hợp đồng nếu đáp ứng các điều kiện sau:

- Giá trị rút một phần không vượt quá giá trị rút tối đa theo quy định của Công ty; và
- Giá trị rút một phần phải không thấp hơn giá trị rút tối thiểu theo quy định của Công ty; và
- Khi yêu cầu rút tiền từ Giá trị tài khoản hợp đồng, Giá trị tài khoản hợp đồng sẽ bị trừ một khoản tiền bao gồm giá trị rút được thanh toán và Phí rút một phần Giá trị tài khoản hợp đồng được quy định tại Điều 17.5; và
- Sau khi rút, số dư Giá trị tiền mặt thực trả phải bằng hoặc lớn hơn mức Giá trị tiền mặt thực trả tối thiểu theo quy định của Công ty tại từng thời điểm; và
- Sau khi rút, Số tiền bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm có thể được điều chỉnh để Số tiền bảo hiểm rủi ro sau khi rút bằng với Số tiền bảo hiểm rủi ro trước khi rút. Trong trường hợp điều chỉnh, Số tiền bảo hiểm mới phải đáp ứng điều kiện về Số tiền bảo hiểm tối thiểu theo quy định của Công ty.

14.2 Rút toàn bộ Giá trị tài khoản hợp đồng

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực, Bên mua bảo hiểm có quyền yêu cầu bằng văn bản theo quy định của Công ty để rút toàn bộ Giá trị tài khoản hợp đồng. Trường hợp này

sẽ được xem như chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm trước thời hạn và Bên mua bảo hiểm sẽ nhận lại Giá trị tiền mặt thực trả.

14.3 Tạm ứng từ Giá trị tài khoản hợp đồng

Nếu Hợp đồng bảo hiểm vẫn còn hiệu lực, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu Công ty tạm ứng từ Giá trị tài khoản hợp đồng nếu tổng giá trị tạm ứng (bao gồm yêu cầu tạm ứng trong quá khứ và hiện tại cộng lại) không vượt quá mức tối đa theo quy định của Công ty. Giá trị yêu cầu tạm ứng phải đáp ứng mức tối thiểu theo yêu cầu của Công ty tại từng thời điểm.

Bên mua bảo hiểm sẽ phải thanh toán cho Công ty lãi cho các khoản tạm ứng từ Giá trị tài khoản hợp đồng theo mức và cách thức do Công ty quyết định. Số tiền tạm ứng và lãi nên được trả vào Ngày kỷ niệm năm 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 lãi suất. Trong trường hợp tổng giá trị tạm ứng (tạm ứng cộng lãi) vượt quá Giá trị tài khoản, Hợp đồng này sẽ bắt đầu được gia hạn đóng phí và có thể mất hiệu lực như quy định tại Điều 13.3. Trong trường hợp này, Bên mua bảo hiểm có thể khôi phục Hợp đồng theo quy định tại Điều 13.4.

Bên mua bảo hiểm có thể hoàn trả giá trị tạm ứng và lãi phát sinh vào bất cứ lúc nào nếu khoản thanh toán mỗi lần đáp ứng giới hạn thanh toán tối thiểu do Công ty quy định tại từng thời điểm.

Công ty có quyền khấu trừ giá trị tạm ứng (cộng lãi) trước khi chi trả bất kỳ khoản quyền lợi bảo hiểm nào theo Hợp đồng bảo hiểm này.

14.4 Hạn chế rút trong tình huống bất thường

Vào bất kỳ thời điểm nào khi xảy ra tình huống bất thường, để đảm bảo quyền lợi của toàn bộ khách hàng tham gia sản phẩm bảo hiểm này và với sự phê chuẩn của Cục quản lý và giám sát bảo hiểm, Công ty có quyền trì hoãn hoặc tạm ngưng thực hiện yêu cầu rút một phần hoặc rút toàn bộ Giá trị tài khoản trong thời gian tối đa 6 (sáu) tháng. Các tình huống bất thường bao gồm nhưng không giới hạn bởi:

- Việc đóng cửa hay tạm ngưng giao dịch của trung tâm giao dịch chứng khoán,
- Việc không giao dịch trái phiếu chính phủ trên thị trường trong 6 (sáu) tháng vừa qua,
- Những thay đổi để phù hợp với quy định mới của luật pháp (nếu có).

ĐIỀU 15: QUYỀN THAY ĐỔI CHI TIẾT CỦA HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

15.1 Thay đổi Số tiền bảo hiểm

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực và sau Năm phí bảo hiểm đầu tiên, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu tăng hoặc giảm Số tiền bảo hiểm với các điều kiện sau:

- i) Cung cấp yêu cầu thay đổi đã được điền hoàn chỉnh theo quy định của Công ty; và
- ii) Cung cấp bằng chứng về khả năng có thể được bảo hiểm theo quy định của Công ty, nếu yêu cầu tăng Số tiền bảo hiểm; và

- iii) Số tiền bảo hiểm sau khi thay đổi phải tuân thủ theo quy định về Số tiền bảo hiểm tối thiểu và tối đa của sản phẩm này; và
- iv) Sau khi thay đổi, số dư Giá trị tài khoản trừ Nợ (nếu có) phải cao hoặc bằng mức yêu cầu của Công ty tại từng thời điểm; và
- v) Việc thay đổi Số tiền bảo hiểm sẽ có hiệu lực vào Ngày kỷ niệm tháng hợp đồng tiếp theo ngay sau ngày yêu cầu thay đổi được Công ty chấp thuận.

15.2 Thay đổi Phí bảo hiểm cơ bản cho Kế hoạch đóng phí Sáu Năm

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực và sau Năm phí bảo hiểm đầu tiên, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu thay đổi Phí bảo hiểm cơ bản với các điều kiện sau:

- i. Cung cấp yêu cầu thay đổi đã được điền hoàn chỉnh theo quy định của Công ty; và
- ii. Phí bảo hiểm cơ bản đã được đóng đầy đủ cho đến thời điểm yêu cầu thay đổi; và
- iii. Phí bảo hiểm cơ bản sau khi thay đổi tuân thủ mức Phí bảo hiểm cơ bản tối thiểu và tối đa theo quy định của Công ty tại từng thời điểm; và
- iv. Việc thay đổi Phí bảo hiểm cơ bản sẽ có hiệu lực vào kỳ đóng phí bảo hiểm tiếp theo ngay sau ngày yêu cầu thay đổi được Công ty chấp thuận.

15.3 Tham gia thêm các sản phẩm bảo hiểm bổ trợ

Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu tham gia thêm các sản phẩm bổ trợ với điều kiện:

- i. Công ty có cung cấp sản phẩm bổ trợ kèm với sản phẩm bảo hiểm này tại thời điểm yêu cầu; và
- ii. Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm đủ điều kiện tham gia bảo hiểm; và
- iii. Bên mua bảo hiểm đồng ý trả thêm Phí bảo hiểm cho sản phẩm bổ trợ đó.

Quyền lợi của sản phẩm bổ trợ sẽ bắt đầu có hiệu lực kể từ Ngày kỷ niệm tháng hợp đồng tiếp theo ngay sau ngày yêu cầu tham gia bảo hiểm của sản phẩm bổ trợ được Công ty chấp thuận.

CHƯƠNG IV - THÔNG TIN VỀ QUỸ LIÊN KẾT CHUNG VÀ GIÁ TRỊ TÀI KHOẢN HỢP ĐỒNG

ĐIỀU 16: THÔNG TIN VỀ QUỸ LIÊN KẾT CHUNG VÀ GIÁ TRỊ TÀI KHOẢN HỢP ĐỒNG

16.1 Thông tin về cơ cấu và hoạt động của Quỹ liên kết chung

Công ty lập và duy trì Quỹ liên kết chung (gọi tắt là Quỹ) để đầu tư phí bảo hiểm được phân bổ theo quy định pháp luật của sản phẩm này.

Nhằm đảm bảo quyền lợi của Bên mua bảo hiểm, Công ty thực hiện chính sách đầu tư thận trọng, tập trung đầu tư chủ yếu vào các tài sản có thu nhập ổn định như trái phiếu chính phủ, trái phiếu đô thị, trái phiếu doanh nghiệp và công cụ tiền tệ.

Công ty có toàn quyền quyết định hoạt động đầu tư cho Quỹ và toàn bộ các tài sản có liên quan đến Quỹ thuộc quyền sở hữu tuyệt đối của Công ty. Tại từng thời điểm, Công ty có quyền ủy quyền toàn bộ hoặc bất kỳ quyền quyết định và quyền đầu tư nào của Công ty cho bất kỳ người/tổ chức nào theo quy định của Công ty.

16.2 Phương pháp xác định Lãi suất công bố

Theo định kỳ hàng tháng, Công ty sẽ đánh giá triển vọng đầu tư của Quỹ liên kết chung căn cứ vào tình hình hoạt động đầu tư trên các thị trường tài chính để dự báo tỷ suất lợi nhuận đầu tư dự kiến của Quỹ trong thời gian sắp tới sau khi đã khấu trừ Phí hoạt động đầu tư. Phí hoạt động đầu tư bao gồm các chi phí liên quan đến việc giao dịch tài sản của Quỹ liên kết chung như phí ngân hàng, phí môi giới và các loại phí tương tự trả cho bên thứ ba hoặc các chi phí hợp lý khác tuân thủ yêu cầu của pháp luật.

Định kỳ hàng tháng, dựa trên dự báo tỷ suất lợi nhuận đầu tư dự kiến như nêu trên, sau khi trừ đi Phí quản lý quỹ, Công ty sẽ thông báo mức Lãi suất công bố áp dụng cho các Hợp đồng bảo hiểm.

Sau khi kết thúc mỗi năm tài chính, Công ty sẽ đánh giá lại kết quả hoạt động của Quỹ liên kết chung trong năm vừa qua. Nếu hoạt động đầu tư của Quỹ liên kết chung đạt kết quả tốt hơn dự kiến, tức là Lãi suất công bố thấp hơn kết quả thực tế, Công ty sẽ chi trả phần lãi suất chênh lệch này vào Giá trị tài khoản hợp đồng trong năm tài chính tiếp theo, sau khi khấu trừ các Phí liên quan (nếu có).

Trong trường hợp hoạt động đầu tư của Quỹ liên kết chung đạt kết quả thấp hơn dự kiến, tức là Lãi suất công bố cao hơn kết quả thực tế, Giá trị tài khoản hợp đồng của Bên mua bảo hiểm vẫn giữ nguyên theo mức Lãi suất công bố mà Công ty đã áp dụng.

Lãi suất đầu tư cam kết tối thiểu của Hợp đồng bảo hiểm này là 4%/năm (bốn phần trăm mỗi năm) cho 5 (năm) năm đầu của Hợp đồng bảo hiểm và 3%/năm (ba phần trăm mỗi năm) cho những năm tiếp theo.

Mức Lãi suất đầu tư cho Giá trị tài khoản sẽ là lãi suất cao hơn giữa lãi suất công bố và Lãi suất đầu tư cam kết tối thiểu.

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm đang còn hiệu lực, Giá trị tài khoản hợp đồng sẽ được tự động tính lãi hàng tháng theo mức Lãi suất đầu tư cho Giá trị tài khoản. Khoản lãi này sẽ được tự động cộng thêm vào Giá trị tài khoản hợp đồng.

16.3 Thông tin về Giá trị tài khoản hợp đồng

Giá trị tài khoản Hợp đồng bảo hiểm sẽ thay đổi và được điều chỉnh theo các giao dịch của Hợp đồng bảo hiểm bao gồm nhưng không giới hạn:

- Tăng sau khi cộng vào phí bảo hiểm được phân bổ
- Tăng sau khi được cộng phần lãi đầu tư
- Tăng sau khi được cộng vào Khoản đặc biệt khi duy trì hợp đồng
- Giảm sau khi phản ánh Khoản khấu trừ hàng tháng
- Giảm sau khi phản ánh rút một phần hoặc rút toàn bộ và Phí đi kèm
- Giảm sau khi phản ánh trừ Phí cho sản phẩm bảo hiểm bổ trợ kèm theo Hợp đồng.

Hàng năm, Giá trị tài khoản hợp đồng sẽ được thông báo đến Bên mua bảo hiểm bằng văn bản.

CHƯƠNG V - CÁC KHOẢN PHÍ BẢO HIỂM

ĐIỀU 17: CÁC LOẠI PHÍ

Các loại Phí sau sẽ được nêu ra trên Trang hợp đồng hoặc Xác nhận thay đổi hợp đồng (nếu có) và có thể được thay đổi theo Quy định của Công ty nhưng không vượt quá mức phí tối đa theo quy định của sản phẩm này. Các sự thay đổi về Phí sẽ có sự chấp thuận của Bộ Tài Chính. Công ty sẽ thông báo cho Bên mua bảo hiểm ba (03) tháng trước khi áp dụng bất kỳ sự thay đổi nào về Phí.

17.1 Phí ban đầu

Phí ban đầu sẽ được khấu trừ từ Phí bảo hiểm cơ bản và Phí bảo hiểm đóng thêm theo tỷ lệ như bảng sau:

| Năm phí bảo hiểm | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Kể từ năm thứ 7 trở về sau |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----------------------------|
| Phí bảo hiểm cơ bản cho Kế hoạch đóng phí Sáu Năm | 20% | 15% | 10% | 10% | 10% | 10% | |
| Phí bảo hiểm cơ bản cho Kế hoạch đóng phí Một lần | 15% | | | | | | |
| Phí bảo hiểm đóng thêm | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% |

17.2 Phí quản lý hợp đồng

Phí quản lý hợp đồng sẽ được khấu trừ hàng tháng vào Ngày kỷ niệm tháng hợp đồng từ Giá trị tài khoản hợp đồng.

Phí quản lý hợp đồng cho các hợp đồng được ghi trong Trang Hợp Đồng hoặc Xác nhận thay đổi hợp đồng hoặc Thông báo của Công ty (nếu có).

Nếu Công ty có thay đổi so với mức Phí đã trình bày trong Trang hợp đồng thì phải được Bộ Tài Chính chấp thuận. Tuy nhiên trong mọi trường hợp thay đổi, Công ty cam kết tỷ lệ tăng hàng năm của Phí quản lý hợp đồng sẽ không vượt quá mức lạm phát trong năm tài chính vừa qua và mức Phí quản lý hợp đồng hàng tháng mới sẽ không vượt quá 100.000 (một trăm ngàn) đồng. Nếu có sự thay đổi, Công ty sẽ gửi thông báo cho Bên mua bảo hiểm 3 (ba) tháng trước khi áp dụng mức Phí quản lý hợp đồng mới.

17.3 Phí bảo hiểm rủi ro

Phí bảo hiểm rủi ro được khấu trừ hàng tháng và tính dựa vào Số tiền bảo hiểm rủi ro đầu tháng nhân với tỷ lệ bảo hiểm rủi ro cho tử vong và bệnh lý nghiêm trọng cộng với mức trợ cấp nằm viện nhân với tỷ lệ bảo hiểm rủi ro cho nằm viện.

Số tiền bảo hiểm rủi ro là khoản chênh lệch giữa Quyền lợi bảo hiểm tử vong (không bao gồm Nợ) và Giá trị tài khoản.

Tỷ lệ bảo hiểm rủi ro thay đổi theo tuổi và giới tính của Người được bảo hiểm và tùy thuộc vào mức độ rủi ro của Người được bảo hiểm.

Tỷ lệ bảo hiểm rủi ro cho tử vong, bệnh lý nghiêm trọng và tỷ lệ bảo hiểm rủi ro nằm viện áp dụng theo Bảng tỷ lệ Phí bảo hiểm rủi ro quy định tại Phụ lục.

Bảng tỷ lệ Phí bảo hiểm tiêu chuẩn có thể thay đổi, sau khi có sự chấp thuận của Bộ Tài Chính - mức tỷ lệ Phí bảo hiểm rủi ro cho điều kiện sức khỏe dưới chuẩn cũng sẽ thay đổi một cách phù hợp. Nếu có sự thay đổi, Công ty sẽ gửi thông báo cho Bên mua bảo hiểm 3 (ba) tháng trước khi áp dụng mức Phí bảo hiểm rủi ro mới.

17.4 Phí chấm dứt hợp đồng trước thời hạn

Phí chấm dứt hợp đồng trước thời hạn, phát sinh khi Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm trước ngày đáo hạn, và sẽ thay đổi tùy thuộc vào Năm hợp đồng và tỷ lệ phần trăm trên Giá trị tài khoản như đã nêu trên Trang hợp đồng.

Phí chấm dứt hợp đồng trước thời hạn chỉ áp dụng trong 9 (chín) năm hợp đồng đầu tiên theo mức sau:

| Năm hợp đồng thứ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | Từ năm thứ 10 trở đi |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|----|----|----|----|----------------------|
| Tỷ lệ Phí tính trên Giá trị tài khoản hợp đồng | 50% | 40% | 30% | 20% | 10% | 8% | 6% | 4% | 2% | 0% |

17.5 Phí rút một phần Giá trị tài khoản hợp đồng

Phí rút một phần Giá trị tài khoản hợp đồng phát sinh khi Bên mua bảo hiểm yêu cầu rút tiền từ Giá trị tài khoản hợp đồng. Phí rút tiền từ Giá trị tài khoản hợp đồng cho mỗi giao dịch rút tiền là số lớn hơn giữa:

- i) 100.000 (một trăm ngàn) đồng; hoặc
- ii) 2% (hai phần trăm) số tiền rút từ Giá trị tài khoản hợp đồng.

17.6 Phí quản lý quỹ

Phí quản lý quỹ theo quy định trong Trang hợp đồng hoặc Xác nhận thay đổi hợp đồng hoặc Thông báo của Công ty (nếu có) sẽ được khấu trừ trước khi Công ty thông báo lãi suất công bố như quy định tại Điều 16.2.

Mức Phí quản lý quỹ có thể thay đổi tùy thuộc vào quyết định của Công ty tùy từng thời điểm, nhưng không vượt quá mức tối đa là 2,5%/năm (hai phẩy năm phần trăm /năm) tính trên Giá trị tài khoản hợp đồng.

Nếu có sự thay đổi so với mức Phí đã trình bày trong Trang hợp đồng, Công ty sẽ gửi thông báo cho Bên mua bảo hiểm 3 (ba) tháng trước khi áp dụng.

CHƯƠNG VI - GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

ĐIỀU 18: CHẤM DỨT HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

Trong thời gian hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm có quyền yêu cầu kết thúc Hợp đồng bảo hiểm trước thời hạn bằng cách gửi thông báo bằng văn bản đến Công ty. Ngày chấm dứt hợp đồng là ngày Công ty nhận được văn bản yêu cầu chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm.

Khi chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm trước thời hạn, Bên mua bảo hiểm sẽ nhận lại Giá trị tiền mặt thực trả.

Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt nếu một trong các sự kiện sau xảy ra:

- a) Hợp đồng bảo hiểm bị chấm dứt hiệu lực trước thời hạn theo yêu cầu của Bên mua bảo hiểm như nêu trên; hoặc
- b) Hợp đồng bảo hiểm mất hiệu lực quá thời hạn 24 (hai mươi bốn) tháng kể từ ngày hợp đồng bảo hiểm mất hiệu lực theo quy định tại Điều 13.3; hoặc
- c) Ngày đáo hạn như nêu trên Trang hợp đồng hoặc Trang xác nhận khác nếu có; hoặc
- d) Người được bảo hiểm tử vong; hoặc
- e) Ngày Quyền lợi bệnh lý nghiêm trọng được thanh toán; hoặc
- f) Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt theo các quy định khác trong Hợp đồng này hay theo quy định của pháp luật Việt Nam.

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.

ĐIỀU 19: THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

19.1 Thông báo và bằng chứng về sự kiện bảo hiểm

Trừ khi được quy định cụ thể khác, 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 đã được gửi cho Công ty trong thời gian sớm nhất có thể, nếu không Công ty 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 hợp lệ sau, tương ứng với từng sự kiện bảo hiểm:

- a. Các mẫu đơn do Công ty cung cấp đã được điền hoàn chỉnh và chính xác,
- b. Chứng từ chứng minh về sự kiện bảo hiểm theo quy định của Công ty bao gồm nhưng không giới hạn:
 - i. Giấy chứng tử cho thanh toán quyền lợi tử vong,
 - ii. Giấy ra viện (bản sao có chứng thực sao y bản chính) cho thanh toán quyền lợi nằm viện qua đêm,

- iii. 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 cho thanh toán quyền lợi bảo hiểm bệnh lý nghiêm trọng,
 - iv. Hợp đồng bản chính (hoặc bản sao y do Công ty cung cấp) cho thanh toán quyền lợi đáo hạn hoặc quyền lợi chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm trước thời hạn.
- c. Các giấy tờ khác bao gồm chứng minh nhân dân của Người thụ hưởng hoặc/và Người được ủy quyền nhận quyền lợi bảo hiểm, Văn bản chuyển nhượng tùy trường hợp cụ thể và cần thiết theo quy định của Công ty.

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

Công ty phải nhận được yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm và các bằng chứng về sự kiện bảo hiểm theo quy định tại mục 19.1 trong vòng 12 (mười hai) tháng sau khi xảy ra sự kiện bảo hiểm. Riêng với việc giải quyết quyền lợi trợ cấp nằm viện, các yêu cầu giải quyết và các bằng chứng về sự kiện bảo hiểm phải được nộp trong vòng 3 (ba) tháng sau khi xảy ra sự kiện bảo hiểm. Trong trường hợp yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm không được nộp đúng thời hạn quy định, người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải chứng minh được rằng yêu cầu này đã được gửi cho Công ty trong thời gian sớm nhất có thể. Nếu không, Công ty có quyền từ chối giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

19.3 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 về sự kiện bảo hiểm theo quy định trong Điều này. Trong trường hợp từ chối chi trả, Công ty sẽ 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 (ba) ngày làm việc sau khi Công ty nhận đầy đủ chứng từ theo quy định.

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 quyền lợi bảo hiểm được Công ty chấp nhận nhưng không được hoàn tất chi trả 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 tại thời điểm thanh toán.

ĐIỀU 20: GIẢI QUYẾT Mâu THuần 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 có bất kỳ tranh chấp nào không thể giải quyết thông qua thương lượng thì tranh chấp đó sẽ được đưa ra toà án có thẩm quyền nơi Bên mua bảo hiểm cư trú hợp pháp hoặc nơi Công ty có trụ sở chính để phân xử.

Thời hiệu khởi kiện đối với các tranh chấp phát sinh liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm này là 3 (ba) năm, hoặc thời hạn khác tùy vào quy định của pháp luật hiện hành, kể từ thời điểm phát sinh tranh chấp.

Chỉnh sửa theo công văn:

Số 5219/BTC-QLBH ngày 22 tháng 4 năm 2014

PHỤ LỤC: BẢNG TỶ LỆ PHÍ RỦI RO KHI TỬ VONG, TỶ LỆ PHÍ RỦI RO KHI NÀM VIỆN VÀ TỶ LỆ PHÍ RỦI RO CHO BỆNH LÝ NGHIÊM TRỌNG

A. Tỷ lệ Phí bảo hiểm rủi ro khi tử vong tính trên 1.000 đồng STBH: (100% Bảng tỷ lệ tử vong CSO 1980)

| Tỷ lệ bảo hiểm rủi ro cho tử vong (tính trên 1.000 đồng STBH) | | | | | | |
|--|------------|-----------|--|-------------|------------|-----------|
| Tuổi | Nam | Nữ | | Tuổi | Nam | Nữ |
| 18 | 1,82 | 1,00 | | 46 | 5,12 | 3,92 |
| 19 | 1,88 | 1,03 | | 47 | 5,53 | 4,19 |
| 20 | 1,90 | 1,06 | | 48 | 5,97 | 4,48 |
| 21 | 1,90 | 1,08 | | 49 | 6,46 | 4,79 |
| 22 | 1,88 | 1,10 | | 50 | 7,00 | 5,13 |
| 23 | 1,84 | 1,12 | | 51 | 7,63 | 5,50 |
| 24 | 1,80 | 1,15 | | 52 | 8,33 | 5,92 |
| 25 | 1,75 | 1,17 | | 53 | 9,13 | 6,38 |
| 26 | 1,72 | 1,20 | | 54 | 10,01 | 6,85 |
| 27 | 1,71 | 1,24 | | 55 | 10,96 | 7,33 |
| 28 | 1,70 | 1,28 | | 56 | 11,97 | 7,80 |
| 29 | 1,72 | 1,32 | | 57 | 13,04 | 8,25 |
| 30 | 1,75 | 1,37 | | 58 | 14,18 | 8,70 |
| 31 | 1,80 | 1,42 | | 59 | 15,42 | 9,20 |
| 32 | 1,87 | 1,47 | | 60 | 16,80 | 9,80 |
| 33 | 1,95 | 1,54 | | 61 | 18,36 | 10,54 |
| 34 | 2,05 | 1,61 | | 62 | 20,12 | 11,49 |
| 35 | 2,17 | 1,70 | | 63 | 22,09 | 12,63 |
| 36 | 2,32 | 1,82 | | 64 | 24,27 | 13,92 |
| 37 | 2,49 | 1,96 | | 65 | 26,62 | 15,29 |
| 38 | 2,68 | 2,13 | | 66 | 29,13 | 16,71 |
| 39 | 2,90 | 2,32 | | 67 | 31,79 | 18,13 |
| 40 | 3,15 | 2,53 | | 68 | 34,65 | 19,59 |
| 41 | 3,42 | 2,75 | | 69 | 37,81 | 21,23 |
| 42 | 3,71 | 2,98 | | 70 | 41,37 | 23,16 |
| 43 | 4,03 | 3,20 | | | | |
| 44 | 4,37 | 3,44 | | | | |
| 45 | 4,73 | 3,68 | | | | |

B. Tỷ lệ Phí bảo hiểm rủi ro khi nằm viện tính trên 1.000 đồng Quyền lợi bảo hiểm trợ cấp nằm viện

| Tỷ lệ bảo hiểm rủi ro khi nằm viện (tính trên 1.000 đồng QL BH) | | | | |
|--|-----------------------------|--|-------------|-----------------------------|
| Tuổi | Trên 1.000đ QLBH | | Tuổi | Trên 1.000đ QLBH |
| 18 | 661,77 | | 46 | 1.386,18 |
| 19 | 731,80 | | 47 | 1.456,52 |
| 20 | 796,02 | | 48 | 1.552,84 |
| 21 | 834,95 | | 49 | 1.651,43 |
| 22 | 886,36 | | 50 | 1.747,32 |
| 23 | 843,82 | | 51 | 1.850,44 |
| 24 | 800,85 | | 52 | 1.957,18 |
| 25 | 756,63 | | 53 | 2.102,05 |
| 26 | 712,22 | | 54 | 2.252,04 |
| 27 | 666,92 | | 55 | 2.399,98 |
| 28 | 678,00 | | 56 | 2.558,46 |
| 29 | 689,78 | | 57 | 2.720,96 |
| 30 | 702,44 | | 58 | 2.967,36 |
| 31 | 715,86 | | 59 | 3.221,03 |
| 32 | 730,21 | | 60 | 3.481,08 |
| 33 | 764,56 | | 61 | 3.749,15 |
| 34 | 800,53 | | 62 | 4.023,54 |
| 35 | 840,53 | | 63 | 4.384,50 |
| 36 | 880,83 | | 64 | 4.754,93 |
| 37 | 923,50 | | 65 | 5.144,46 |
| 38 | 960,78 | | 66 | 5.534,40 |
| 39 | 999,23 | | 67 | 5.933,82 |
| 40 | 1.040,21 | | 68 | 7.896,79 |
| 41 | 1.078,93 | | 69 | 9.921,16 |
| 42 | 1.116,92 | | 70 | 11.918,74 |
| 43 | 1.184,18 | | | |
| 44 | 1.251,10 | | | |
| 45 | 1.317,39 | | | |

C. Tỷ lệ Phí bảo hiểm rủi ro cho bệnh lý nghiêm trọng tính trên 1.000 đồng STBH

| Tỷ lệ bảo hiểm rủi ro cho bệnh lý nghiêm trọng (tính trên 1.000 đồng STBH) | | | | | | |
|---|------------|-----------|--|-------------|------------|-----------|
| Tuổi | Nam | Nữ | | Tuổi | Nam | Nữ |
| 18 | 0.42 | 0.42 | | 46 | 4.94 | 6.07 |
| 19 | 0.44 | 0.47 | | 47 | 5.46 | 6.50 |
| 20 | 0.46 | 0.50 | | 48 | 6.10 | 6.95 |
| 21 | 0.47 | 0.54 | | 49 | 6.70 | 7.34 |
| 22 | 0.48 | 0.58 | | 50 | 7.45 | 7.75 |
| 23 | 0.49 | 0.60 | | 51 | 8.15 | 8.12 |
| 24 | 0.50 | 0.62 | | 52 | 9.05 | 8.56 |
| 25 | 0.53 | 0.65 | | 53 | 9.88 | 8.93 |
| 26 | 0.56 | 0.68 | | 54 | 10.86 | 9.37 |
| 27 | 0.60 | 0.73 | | 55 | 11.78 | 9.73 |
| 28 | 0.65 | 0.80 | | 56 | 12.94 | 10.27 |
| 29 | 0.71 | 0.88 | | 57 | 13.94 | 10.73 |
| 30 | 0.77 | 1.00 | | 58 | 15.00 | 11.16 |
| 31 | 0.85 | 1.12 | | 59 | 16.00 | 11.58 |
| 32 | 0.94 | 1.27 | | 60 | 17.09 | 12.11 |
| 33 | 1.04 | 1.49 | | 61 | 18.12 | 12.79 |
| 34 | 1.16 | 1.73 | | 62 | 18.98 | 13.56 |
| 35 | 1.28 | 1.97 | | 63 | 19.74 | 14.51 |
| 36 | 1.44 | 2.22 | | 64 | 20.78 | 15.46 |
| 37 | 1.64 | 2.54 | | 65 | 21.48 | 16.60 |
| 38 | 1.90 | 2.86 | | 66 | 19.84 | 16.15 |
| 39 | 2.15 | 3.20 | | 67 | 20.60 | 17.04 |
| 40 | 2.46 | 3.58 | | 68 | 21.44 | 17.92 |
| 41 | 2.81 | 3.94 | | 69 | 22.14 | 18.77 |
| 42 | 3.19 | 4.36 | | 70 | 22.92 | 19.44 |
| 43 | 3.62 | 4.78 | | | | |
| 44 | 4.03 | 5.22 | | | | |
| 45 | 4.48 | 5.66 | | | | |