

ĐIỀU KHOẢN SẢN PHẨM BẢO HIỂM HỖN HỢP ĐẾN HẾT TUỔI 99 CÓ QUYỀN LỢI PHIẾU TIỀN MẶT VÀ QUYỀN LỢI TRỢ CẤP NĂM VIỆN

(Được phê chuẩn tại Công văn số: 8512/BTC - QL BH ngày 29 tháng 6 năm 2011 của Bộ Tài Chính)

(Được sửa đổi bổ sung tại Công văn số: 1365/BTC - QL BH ngày 25 tháng 1 năm 2013

và Công văn số: 16377/BTC - QL BH ngày 16/11/2016 của Bộ Tài Chính)

CHƯƠNG I ▶ CÁC ĐIỀU KHOẢN CHUNG

1 ▶ ĐỊNH NGHĨA

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

Bên mua bảo hiểm: là cá nhân hoặc tổ chức có nhu cầu mua bảo hiểm, giao kết Hợp đồng bảo hiểm với Công ty, đóng Phí bảo hiểm và được ghi tên Bên mua bảo hiểm trong Trang hợp đồng. 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 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. Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm phải có quan hệ có thể được bảo hiểm theo quy định của pháp luật về kinh doanh bảo hiểm.

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

Tuổi bảo hiểm: (tại Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc một Ngày kỷ niệm Hợp đồng) là tuổi tính theo ngày sinh nhật gần nhất trước Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc Ngày kỷ niệm Hợp đồng đó. Tuổi của Người được bảo hiểm vào Ngày hiệu lực hợp đồng phải từ 0 tuổi đến 60 tuổi. Tuổi này được dùng để xác định Phí bảo hiểm.

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

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

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

Ngày kỷ niệm Hợp đồng: là ngày hàng năm có cùng ngày và tháng với Ngày hiệu lực Hợp đồng. Nếu một năm không có ngày cùng ngày và tháng với Ngày hiệu lực Hợp đồng, thì ngày liền trước sẽ là Ngày kỷ niệm Hợp đồng của năm đó.

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

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

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

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

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

Thời hạn đóng phí: Thời hạn đóng phí của sản phẩm bảo hiểm này là 12 năm tính từ Ngày hiệu lực Hợp đồng.

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

Nợ: là tổng số các khoản tạm ứng thanh toán Phí bảo hiểm tự động từ giá trị tiền mặt, tạm ứng từ giá trị tiền mặt, Phí bảo hiểm đến hạn hoặc phí còn nợ Công ty theo Hợp đồng bảo hiểm này cộng với lãi tích lũy. Tất cả các khoản tiền này sẽ được coi là khoản nợ của Bên mua bảo hiểm đối với 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.

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

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

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

Vì mục đích của Hợp Đồng này, các cơ sở sau đây không được xem là Bệnh viện:

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

Nằm viện qua đêm: nghĩa là Người được bảo hiểm là một bệnh nhân điều trị nội trú qua một đêm ở Bệnh viện.

Ngày nằm viện qua đêm: (gọi tắt là "Ngày" trong tính toán Quyền lợi trợ cấp nằm viện) Để được đếm là một Ngày nằm viện qua đêm ("Ngày") thì Bệnh nhân nội trú phải được Bác sĩ yêu cầu hoặc đồng ý cho ở lại trong Bệnh viện để điều trị vượt qua 12h đêm ngày hôm đó.

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

Thai sản: nghĩa là việc sinh đẻ, sẩy thai, phá thai, điều trị trước hoặc sau khi sinh đẻ hoặc bất kỳ bệnh tật ốm đau nào hoặc tổn

thương nào liên quan đến thai sản hoặc do thai sản gây ra.

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

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

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

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

Tình trạng tổn tại trước: nghĩa là tình trạng bệnh tật hoặc dấu hiệu/triệu chứng 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 tổn tại trước có liên quan đã được kê khai một cách đầy đủ trong Đơn yêu cầu bảo hiểm hoặc Yêu cầu khôi phục hiệu lực Hợp đồng và đã được Công ty chấp thuận.

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

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

ĐIỀU 2 - HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

Đơn yêu cầu bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm bao gồm tất cả các mẫu đơn, bản kê khai, bản trả lời hay bất cứ chứng từ nào được cung cấp cho Công ty vì mục đích yêu cầu cấp Hợp đồng bảo hiểm. Đơn yêu cầu bảo hiểm phải được Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm ký, nếu Người được bảo hiểm đã đủ 18 Tuổi.

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

ĐIỀU 3 ▶ BẢO HIỂM TẠM THỜI

Trong thời hạn bảo hiểm tạm thời, nếu Người được bảo hiểm tử vong, Công ty sẽ chi trả một khoản tiền bằng tổng Số tiền bảo hiểm cơ bản ghi trên Đơn yêu cầu bảo hiểm của tất cả Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm đang được xem xét của cùng một Người được bảo hiểm, nhưng không vượt quá 200.000.000 (hai trăm triệu) đồng. Công ty sẽ thanh toán quyền lợi cho Người thụ hưởng có tên trong Đơn yêu cầu bảo hiểm.

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

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

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

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

ĐIỀU 4 ▶ THỜI GIAN CÂN NHẮC

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

ĐIỀU 5 ▶ TRÁCH NHIỆM CUNG CẤP THÔNG TIN CỦA CÔNG TY

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

Trường hợp Công ty cố ý cung cấp thông tin sai sự thật nhằm giao kết Hợp đồng bảo hiểm thì Bên mua bảo hiểm có quyền đơn phương đình chỉ Hợp đồng bảo hiểm và yêu cầu Công ty bồi thường thiệt hại phát sinh cho Bên mua bảo hiểm do việc cung cấp thông tin sai sự thật. Tổng số tiền mà Công ty bồi thường sẽ không vượt quá Số tiền bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm này.

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

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

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

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

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

ĐIỀU 7 ▶ NGHĨA VỤ CUNG CẤP THÔNG TIN CỦA KHÁCH HÀNG

Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm (nếu từ 18 Tuổi trở lên) 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.

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

ĐIỀU 8 ▶ MIỄN TRUY XÉT

Ngoại trừ trường hợp nhằm lẫn khi kê khai tuổi và/hoặc giới tính như ở Điều 6, khi Người được bảo hiểm còn sống, việc Bên mua bảo hiểm kê khai không chính xác hoặc bỏ sót các thông tin trong hồ sơ yêu cầu bảo hiểm 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 được 24 (hai mươi tư) tháng kể từ Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc kể từ ngày khôi phục hiệu lực Hợp đồng gần nhất, lấy ngày nào đến sau.

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

ĐIỀU 9 ▶ NGƯỜI THỤ HƯỞNG

Người thụ hưởng là người 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 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 việc chỉ định hoặc thay đổi Người thụ hưởng của Bên mua bảo hiểm.

ĐIỀU 10 ▶ THAY ĐỔI TRONG TRƯỜNG HỢP BÊN MUA BẢO HIỂM TỬ VONG/CHẤM DỨT HOẠT ĐỘNG

10.1 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.

Nếu (những) người thừa kế của Bên mua bảo hiểm không cung cấp được cho Công ty đầy đủ các giấy tờ cần thiết để có thể xác định được Bên mua bảo hiểm mới trong vòng 60 (sáu mươi) ngày kể từ ngày Bên mua bảo hiểm tử vong, thì 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.

10.2 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.

10.3 Công ty sẽ không chịu trách nhiệm về tính hiệu lực và tranh chấp về việc chỉ định Bên mua bảo hiểm mới của khách hàng nêu tại Điều 10.1 và Điều 10.2.

ĐIỀU 11 ▶ CÁC THAY ĐỔI CỦA HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

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

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

11.1 Chuyển nhượng Hợp đồng bảo hiểm

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

Nếu Bên mua bảo hiểm chuyển nhượng Hợp đồng bảo hiểm thì các quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm

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

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

11.2 Nơi cư trú, đi lại, nghề nghiệp

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

Nếu Người được bảo hiểm thay đổi nghề nghiệp hoặc ra nước ngoài sinh sống, học tập hay làm việc với thời gian tối thiểu 3 (ba) tháng, Bên mua bảo hiểm cần phải thông báo bằng văn bản cho Công ty muộn nhất sau 30 (ba mươi) ngày kể từ ngày thay đổi. Công ty có quyền:

- tiếp tục duy trì Quyền lợi bảo hiểm với các điều kiện không thay đổi; hoặc
- thay đổi Phí bảo hiểm và/hoặc Số tiền bảo hiểm, hoặc bổ sung một số quy định loại trừ bảo hiểm theo quyết định của Công ty. Nếu Bên mua bảo hiểm không chấp nhận thì Công ty có quyền đơn phương đình chỉ thực hiện Hợp đồng bảo hiểm và trả Giá trị hoàn lại (nếu có).

Trong trường hợp Công ty có căn cứ để xác định được Bên mua bảo hiểm đã thay đổi nghề nghiệp hoặc ra nước ngoài sinh sống, học tập hay làm việc mà không thông báo theo quy định tại Điều này, Công ty có quyền điều chỉnh lại Phí bảo hiểm và yêu cầu Bên mua bảo hiểm thanh toán khoản chênh lệch tính từ thời điểm Hợp đồng bảo hiểm phát sinh hiệu lực, hoặc có quyền đơn phương đình chỉ thực hiện Hợp đồng bảo hiểm và thu Phí bảo hiểm đến thời điểm đình chỉ.

CHƯƠNG II › QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

ĐIỀU 12 › QUYỀN LỢI BẢO HIỂM KHI TỬ VONG

Khi Người được bảo hiểm tử vong trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực, phụ thuộc vào Điều 15.1 dưới đây, Công ty sẽ thanh toán quyền lợi bảo hiểm khi tử vong cho Người thụ

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

- 100% Số tiền bảo hiểm (*);
 - Cộng bảo tức tích lũy và phiếu tiền mặt tích lũy;
 - Cộng tất cả các quyền lợi phải trả theo các điều khoản bảo hiểm bổ trợ của Hợp đồng bảo hiểm;
 - Trừ đi các khoản Nợ (nếu có).
- (*) Trường hợp Người được bảo hiểm có tuổi bảo hiểm tại Ngày kỷ niệm Hợp đồng liền trước thời điểm tử vong nhỏ hơn 4, thì tỉ lệ chi trả sẽ được quy định theo bảng dưới đây:

Tuổi bảo hiểm tại Ngày kỷ niệm Hợp đồng liền trước thời điểm tử vong	Tỉ lệ chi trả trên Số tiền bảo hiểm
0	20%
1	40%
2	60%
3	80%
Từ 4 trở lên	100%

ĐIỀU 13 › QUYỀN LỢI BẢO HIỂM TRỢ CẤP NÀM VIỆN

13.1 Quyền lợi

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

13.1.1. Quyền lợi trợ cấp nằm viện

Nếu Người được bảo hiểm phải nằm viện qua đêm, Công ty sẽ thanh toán Quyền lợi trợ cấp nằm viện cho mỗi Ngày nằm viện bằng 0,2% Số tiền bảo hiểm được ghi trong Trang hợp đồng, với điều kiện là Quyền lợi trợ cấp nằm viện theo Điều 13.1.1 này sẽ không được chi trả cho số Ngày nằm viện đã được chi trả theo Quyền lợi trợ cấp nằm viện tại Khoa chăm sóc đặc biệt nêu tại Điều 13.1.2.

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

Nếu Người được bảo hiểm phải nằm viện qua đêm và được điều trị tại Khoa chăm sóc đặc biệt, Công ty sẽ thanh toán quyền lợi này bằng 0,4% Số tiền bảo hiểm được ghi trong Trang hợp đồng cho mỗi Ngày nằm viện để điều trị tại Khoa chăm sóc đặc biệt.

13.1.3. Giới Hạn Và Điều Kiện Chi Trả Chung

Ngoài các quy định cụ thể nêu trên, việc thanh toán các quyền lợi bảo hiểm được quy định tại Điều 13.1.1 và Điều 13.1.2 cũng sẽ phụ thuộc vào các giới hạn và điều kiện chi trả chung như sau:

- a) Tổng số Ngày nằm viện tối đa mà Công ty có nghĩa vụ chi trả cho từng quyền lợi bảo hiểm được nêu tại Điều 13.1.1 hoặc Điều 13.1.2 không vượt quá một nghìn (1.000) Ngày nằm viện cho toàn Thời Hạn Hợp Đồng; và
- b) Trong trường hợp Người được bảo hiểm phải nằm viện tại các trung tâm y tế cấp quận/huyện hoặc các bệnh viện không trực thuộc sự quản lý của Bộ Y Tế, số Ngày nằm viện tối đa mà Công ty xem xét chi trả trong trường hợp này không vượt quá năm (05) Ngày nằm viện cho mỗi lần nằm viện.
- c) Trong trường hợp Người được bảo hiểm phải nằm viện tại các Bệnh viện/viện/khoa hoặc bất cứ cơ sở y học cổ truyền/y học dân tộc/điều dưỡng và phục hồi chức năng nào, số Ngày nằm viện tối đa mà Công ty xem xét chi trả trong trường hợp này không vượt quá năm (05) Ngày nằm viện cho mỗi lần nằm viện.

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

Ngoài các giới hạn ở điều 13.1.3 nêu trên, Công ty sẽ căn cứ vào số Ngày nằm viện tối đa được xem là Cần thiết về mặt y khoa theo bảng dưới đây để chi trả cho mỗi lần nằm viện của Người được bảo hiểm.

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

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

SỐ THỨ TỰ	NHÓM BỆNH	SỐ NGÀY CHI TRẢ TỐI ĐA
1	BỆNH LAO	30
2	BỆNH VIÊM GAN SIÊU VI CÓ TRIỆU CHỨNG	15
3	NHÓM BỆNH CƠ-XƯƠNG-KHỚP	14
4	NHÓM BỆNH CỦA MẮT	13
5	NHÓM BỆNH CỦA HỆ MIỄN NHIỄM	13
6	NHÓM BỆNH CỦA HỆ TIM MẠCH	12
7	NHÓM BỆNH U BƯỚU	11
8	NHÓM BỆNH NHIỄM TRÙNG KHÁC	11

9	NHÓM BỆNH DO CHẤN THƯƠNG NGỘ ĐỘC	10
10	NHÓM BỆNH CỦA TAI	10
11	NHÓM BỆNH CỦA HỆ THẦN KINH	10
12	NHÓM BỆNH CỦA HỆ HÔ HẤP	10
13	NHÓM BỆNH CỦA HỆ TIẾT NIỆU; SINH DỤC	9
14	NHÓM BỆNH CỦA HỆ CHUYỂN HÓA; NỘI TIẾT	9
15	NHÓM BỆNH NHIỄM KÍ SINH TRÙNG	8
16	NHÓM BỆNH CỦA HỆ TIÊU HÓA	8
17	NHÓM BỆNH CỦA HỆ TẠO MÁU	8
18	NHÓM BỆNH CỦA DA	8
19	NHÓM BỆNH NHIỄM TRÙNG CỦA HỆ TIÊU HÓA	7
20	NHÓM BỆNH NHIỄM SIÊU VI KÈM SỐT CAO	6

13.2 Thời gian chờ

Trừ trường hợp tổn thương do Tai nạn, Quyền lợi trợ cấp nằm viện chỉ được chi trả nếu ngày bắt đầu nhập viện là sau 15 (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:

- Được chẩn đoán, hoặc
- Được điều trị, hoặc
- Được Bác sĩ tư vấn, hoặc
- Có bất kỳ dấu hiệu hoặc triệu chứng bệnh nào trong hoặc trước thời gian chờ.

13.3 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 trợ cấp nằm viện đã chi trả là 1.000 (một ngàn) ngày cho từng quyền lợi được quy định tại điều 13.1.1 hoặc 13.1.2; hoặc
- Vào Ngày kỷ niệm hợp đồng khi Người được bảo hiểm đủ 70 Tuổi; hoặc
- Khi Bảo hiểm giảm có hiệu lực.

Việc chấm dứt Quyền lợi trợ cấp nằm viện không làm ảnh hưởng đến các yêu cầu thanh toán quyền lợi bảo

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

ĐIỀU 14 ▶ QUYỀN LỢI PHIẾU TIỀN MẶT

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực và Người được bảo hiểm còn sống, Công ty sẽ chi trả cho Bên mua bảo hiểm Quyền lợi phiếu tiền mặt đảm bảo bằng 5% của Số tiền bảo hiểm vào Ngày kỷ niệm Hợp đồng thứ 6 và các Ngày kỷ niệm Hợp đồng mỗi 3 năm sau đó.

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

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

- Để lại Công ty và hưởng lãi. Mức lãi suất sẽ được Công ty quyết định và công bố tại từng thời điểm. Bên mua bảo hiểm có thể rút một phần hoặc toàn bộ khoản Phiếu tiền mặt và lãi này bất cứ lúc nào, phụ thuộc vào mức giao dịch tối thiểu theo quy định của Công ty tại từng thời điểm. Khoản Phiếu tiền mặt tích lũy này cũng có thể được dùng để thanh toán Phí bảo hiểm tự động theo quy định tại Điều 20; hoặc
- Nhận ngay bằng tiền mặt; hoặc
- Để đóng Phí bảo hiểm khi đến hạn đóng Phí bảo hiểm.

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

Phiếu tiền mặt tích lũy chưa trả sẽ được chi trả như là một phần của quyền lợi bảo hiểm khi Người được bảo hiểm tử vong hoặc khi Hợp đồng bảo hiểm bị hủy ngang hoặc khi Hợp đồng bảo hiểm đáo hạn.

ĐIỀU 15 ▶ CÁC TRƯỜNG HỢP LOẠI TRỪ QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

15.1 Các trường hợp loại trừ chung

Công ty sẽ không thanh toán bất kỳ Quyền lợi bảo hiểm tử vong hoặc Quyền lợi trợ cấp nằm viện nếu sự kiện bảo hiểm xảy ra có liên quan đến bất kỳ nguyên nhân nào dưới đây, dù trực tiếp hay gián tiếp:

- Tự tử hoặc có ý định tự tử trong thời gian 2 năm kể từ ngày cấp Hợp đồng bảo hiểm này hoặc ngày khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm gần nhất,

lấy ngày nào đến sau, cho dù Người được bảo hiểm có bị mất trí hay không; hoặc

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

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

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

Cùng với các trường hợp loại trừ được nêu trong Điều 15.1, Công ty cũng sẽ không thanh toán Quyền lợi trợ cấp nằm viện nếu sự kiện bảo hiểm xảy ra có liên quan đến một trong các nguyên nhân sau, dù trực tiếp hoặc Gián tiếp:

- Tình trạng tồn tại trước như đã được định nghĩa ở trên. Công ty không loại trừ đối với trường hợp nằm viện không do ảnh hưởng của tình trạng tồn tại trước, với điều kiện khách hàng không vi phạm nghĩa vụ cung cấp thông tin quy định tại Điều 7; hoặc
- Việc khám sức khỏe định kỳ, kiểm tra sức khỏe hoặc xét nghiệm mà không liên quan đến việc điều trị hay chẩn đoán thương tật hoặc ốm đau của Người được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm hoặc bất kỳ trường hợp điều trị y tế nào mà không Cần thiết về mặt y khoa; hoặc
- Khuyết tật bẩm sinh, vô sinh, triệt sản; hoặc
- Tất cả các điều trị về nha khoa hoặc phẫu thuật miệng trừ khi bắt buộc phải thực hiện do Tai nạn xảy ra trong thời gian được bảo hiểm; hoặc
- Phẫu thuật thẩm mỹ, lắp mắt kính và kính khúc xạ hoặc thiết bị trợ thính và đơn thuốc cho các dịch vụ này, trừ khi các trường hợp nêu trên hoàn toàn là hậu quả do Tai nạn gây ra trong thời gian được bảo hiểm; hoặc

- Bất kỳ một hình thức phẫu thuật nào tự lựa chọn tham gia; hoặc
- Thai sản như đã định nghĩa ở trên; hoặc
- Chấn thương hay ốm đau phát sinh trực tiếp hay gián tiếp bởi chiến tranh hoặc bất kỳ hành động nào liên quan đến chiến tranh, dù là được tuyên bố hay không được tuyên bố, các cuộc nổi loạn, khởi nghĩa hay nội chiến; hoặc
- Tình dưỡng, điều trị ở nơi an dưỡng hoặc điều trị rối loạn chức năng của não hoặc điều trị bằng phương pháp trị liệu; hoặc
- Tự gây thương tích hoặc do điều trị các bệnh lây qua đường tình dục; hoặc
- Tiêm phòng hoặc tiêm miễn dịch, hoặc
- Điều trị bằng thuốc đông y/y học cổ truyền hoặc các biện pháp y học dân tộc; hoặc
- Việc điều trị các bệnh lý thông thường, bao gồm:
 - Đau lưng, đau khớp, viêm khớp, viêm cơ, thoái hóa cột sống; viêm kết mạc, mộng thịt không phẫu thuật;
 - Viêm xoang/đa xoang, viêm Amygdal không phẫu thuật, viêm mũi họng, viêm hô hấp, viêm phế quản, viêm tai ngoài và sốt siêu vi (áp dụng đối với Người được bảo hiểm từ 16 Tuổi trở lên);
 - Rối loạn tiền đình, rối loạn tuần hoàn não, thiếu năng tuần hoàn não;
 - Rối loạn tiêu hóa;
 - Viêm dạ dày, viêm tá tràng, hội chứng dạ dày tá tràng;
 - Trí không có phẫu thuật;
 - Viêm phần phụ, nhiễm trùng tiểu ở phụ nữ;
 - Suy nhược cơ thể, suy nhược thần kinh;
 - Những thương tật không nghiêm trọng như rách da hoặc chấn thương phần mềm, gãy kín hay trật khớp ngón tay, ngón chân không phẫu thuật.

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

ĐIỀU 16 · BẢO TỨC

Đây là một Hợp đồng bảo hiểm có tham gia chia lãi. Vào Ngày kỷ niệm Hợp đồng thứ 6 và các Ngày kỷ niệm hợp đồng mỗi 3 năm sau đó, Công ty sẽ lấy trong số lãi có thể chia được để trả bảo tức cho Hợp đồng bảo hiểm, nếu vào thời điểm đó Hợp

đồng bảo hiểm vẫn có hiệu lực và tất cả các khoản Phí bảo hiểm đến hạn đó được đóng tính đến Ngày kỷ niệm Hợp đồng đó.

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

- a. Để lại Công ty và hưởng lãi. Bên mua bảo hiểm có thể rút ra bất kỳ lúc nào. Mức lãi suất sẽ được Công ty quyết định và công bố tại từng thời điểm. Bên mua bảo hiểm có thể rút một phần hoặc toàn bộ khoản bảo tức và lãi này bất cứ lúc nào, phụ thuộc vào mức giao dịch tối thiểu theo quy định của Công ty tại từng thời điểm. Khoản bảo tức tích lũy này cũng có thể được dùng để thanh toán Phí bảo hiểm tự động theo quy định tại Điều 20; hoặc
- b. Nhận ngay bằng tiền mặt; hoặc
- c. Để đóng Phí bảo hiểm khi đến hạn đóng Phí bảo hiểm.

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

Bảo tức tích lũy chưa trả sẽ được chi trả như là một phần của quyền lợi bảo hiểm khi Người được bảo hiểm tử vong hoặc khi Hợp đồng bảo hiểm bị hủy ngang hoặc khi Hợp đồng bảo hiểm đáo hạn.

ĐIỀU 17 · ĐÁO HẠN HỢP ĐỒNG

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

- 100% của Số tiền bảo hiểm trên Trang hợp đồng hoặc được chấp thuận sau này trong Hợp đồng bảo hiểm, cộng với
- Tất cả các quyền lợi phải trả lúc đáo hạn theo các điều khoản bảo hiểm bổ trợ của Hợp đồng bảo hiểm này, cộng với
- Tất cả các khoản bảo tức tích lũy, cộng với
- Tất cả các khoản tiền mặt tích lũy, trừ đi
- Tất cả các khoản Nợ, nếu có

ĐIỀU 18 · THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

18.1 Thông báo và bằng chứng về sự kiện bảo hiểm

Thông báo về sự kiện bảo hiểm xảy ra phải được làm thành văn bản và gửi đến Công ty trong vòng 30 (ba

mười) 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 sẽ có quyền từ chối giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

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

- 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 trong trường hợp yêu cầu thanh toán quyền lợi tử vong,
 - ii. Giấy ra viện (bản sao có chứng thực sao y bản chính) trong trường hợp yêu cầu thanh toán quyền lợi nằm viện qua đêm,
 - iii. Hợp đồng bản chính (hoặc bản sao y do Công ty cung cấp) trong trường hợp nhận 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.

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

Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải nộp cho Công ty yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm và các bằng chứng và chứng từ liên quan đến sự kiện bảo hiểm theo quy định tại Điều 18.1 trong vòng 12 (mười hai) tháng sau khi xảy ra sự kiện bảo hiểm. Trong trường hợp không thể nộp yêu cầu trong thời hạn quy định, người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải chứng minh được rằng yêu cầu đã được nộp cho Công ty trong thời gian sớm nhất có thể, nếu không Công ty có quyền từ chối giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

18.3 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 các bằng chứng và chứng từ đầy đủ và chính xác liên quan đến yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm. Trong trường hợp từ chối chi trả, Công ty sẽ trả lời bằng văn bản nêu rõ lý do từ chối.

Khi Hợp đồng bảo hiểm đáo hạn, Quyền lợi bảo hiểm đáo hạn, nếu có, sẽ được chi trả trong vòng 3 (ba) ngày

làm việc sau khi Công ty nhận được chứng từ đầy đủ và chính xác theo quy định của Công ty.

Công ty sẽ cố gắng giải quyết ngay tất cả các yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm. Nếu vì bất kỳ lý do gì mà yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm không được hoàn tất trong thời gian quy định thì Công ty sẽ trả lãi cho thời gian trả chậm trên cơ sở lãi suất bằng với lãi suất cơ bản của Ngân hàng nhà nước Việt Nam được áp dụng tại thời điểm thanh toán.

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

ĐIỀU 19 › ĐÓNG PHÍ BẢO HIỂM VÀ GIA HẠN ĐÓNG PHÍ BẢO HIỂM

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

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

Sau khi áp dụng Điều 20 về các quy định cho tạm ứng theo Hợp đồng bảo hiểm, nếu Phí bảo hiểm đến hạn vẫn không được đóng đủ trong thời gian gia hạn đóng Phí bảo hiểm thì Hợp đồng bảo hiểm sẽ mất hiệu lực và mọi trách nhiệm và nghĩa vụ của Công ty theo Hợp đồng này cũng chấm dứt. Tuy nhiên, Hợp đồng bảo hiểm có thể được khôi phục theo quy định tại Điều 21.

ĐIỀU 20 › THANH TOÁN PHÍ BẢO HIỂM TỰ ĐỘNG

Sau khi kết thúc thời gian gia hạn đóng phí mà Phí bảo hiểm chưa được đóng, Phí bảo hiểm đến hạn sẽ được khấu trừ từ phiếu tiền mặt tích lũy, nếu có của Hợp đồng bảo hiểm. Nếu phiếu tiền mặt không đủ đóng cho một kỳ phí, khoản Phí bảo hiểm còn thiếu sẽ tiếp tục được khấu trừ từ bảo tức tích lũy. Nếu bảo tức tích lũy không đủ đóng cho một kỳ phí, khoản Phí bảo hiểm còn thiếu sẽ được tự động cho tạm ứng thanh toán Phí bảo hiểm tự động từ giá trị tiền mặt của Hợp đồng như là một khoản tạm ứng theo Điều 23.1 dưới đây. Hợp đồng bảo hiểm tiếp tục có hiệu lực.

Nếu giá trị hoàn lại không đủ thanh toán cho một kỳ Phí bảo hiểm theo định kỳ hiện tại, Hợp đồng bảo hiểm sẽ tự động chuyển đổi sang định kỳ phí ngắn hơn để được tiếp tục tạm ứng từ giá trị tiền mặt để đóng Phí bảo hiểm tự động, với điều kiện định kỳ phí tối thiểu là hàng tháng. Nếu giá trị hoàn lại

không đủ đóng Phí bảo hiểm theo định kỳ phí tháng, Hợp đồng bảo hiểm sẽ bị chấm dứt khi kết thúc thời gian gia hạn đóng phí và mọi trách nhiệm và nghĩa vụ của Công ty cũng chấm dứt. Tuy nhiên, Hợp đồng bảo hiểm có thể được khôi phục theo Điều 21.

ĐIỀU 21 › KHÔI PHỤC HIỆU LỰC HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

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

- Bên mua bảo hiểm đưa ra yêu cầu khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm trong thời gian 24 (hai mươi tư) tháng kể từ ngày Hợp đồng bảo hiểm bị chấm dứt và trước ngày đáo hạn Hợp đồng;
- Hợp đồng bảo hiểm chưa bị hủy ngang;
- Hợp đồng bảo hiểm chưa bị chuyển thành Hợp đồng bảo hiểm giảm,
- Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm đủ điều kiện tham gia bảo hiểm do Công ty quy định;
- Bên mua bảo hiểm hoàn trả toàn bộ các khoản Nợ và lãi phát sinh đến thời điểm khôi phục; và
- Nếu ngày đến hạn đóng phí tiếp theo nằm trong phạm vi 30 (ba mươi) ngày tính từ ngày khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm, thì Bên mua bảo hiểm cũng phải đóng khoản Phí bảo hiểm sắp tới này ngay vào thời điểm khôi phục.

Công ty sẽ không thanh toán quyền lợi bảo hiểm nếu sự kiện bảo hiểm xảy ra hoặc triệu chứng 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 22 › BẢNG GIÁ TRỊ TIỀN MẶT

Với điều kiện Phí bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm được đóng đủ khi đến hạn và Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực, Hợp đồng bảo hiểm sẽ có giá trị tiền mặt kể từ khi kỳ phí đầu tiên của Năm hợp đồng thứ 2 đã được đóng. Trang hợp đồng của Hợp đồng bảo hiểm thể hiện giá trị tiền mặt bảo đảm và Số tiền bảo hiểm giảm bảo đảm vào cuối các năm Hợp đồng bảo hiểm với giả định rằng các khoản Phí bảo hiểm trong Thời hạn đóng Phí bảo hiểm đã được đóng cho đến cuối Năm hợp đồng đó. Bảng này chưa tính đến bảo tức tích lũy, quyền lợi phiếu tiền mặt tích lũy cũng như các khoản Nợ.

Giá trị tiền mặt và Số tiền bảo hiểm giảm tại các thời điểm không phải cuối một Năm hợp đồng sẽ được điều chỉnh dựa vào phương pháp Công ty áp dụng vào thời điểm đó.

ĐIỀU 23 › CÁC QUYỀN LỢI DỰA TRÊN GIÁ TRỊ TIỀN MẶT

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

23.1 Tạm ứng từ Giá trị tiền mặt

Công ty có thể cấp khoản tạm ứng không vượt quá 80% giá trị tiền mặt của Hợp đồng bảo hiểm tại thời điểm yêu cầu tạm ứng, trừ đi các khoản Nợ, nếu có.

Lãi (bao gồm cả lãi do tạm ứng để đóng Phí bảo hiểm tự động và các khoản Nợ khác) sẽ được tính trên số dư Nợ thực tế, thời gian nợ/tạm ứng thực tế và theo lãi suất do Công ty quyết định. Lãi sẽ được gộp vào Nợ gốc khi có các giao dịch làm tăng giảm khoản Nợ, hoặc vào Ngày kỷ niệm Hợp đồng hoặc khi Công ty công bố lãi suất mới.

Bên mua bảo hiểm có thể hoàn trả các khoản Nợ và lãi tại bất kỳ thời điểm nào nếu khoản thanh toán mỗi lần đáp ứng giới hạn thanh toán tối thiểu do Công ty quy định tại từng thời điểm.

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

23.2 Giá trị hoàn lại

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

23.3 Bảo hiểm giảm

Khi Hợp đồng bảo hiểm có Giá trị tiền mặt, Bên mua bảo hiểm có thể dùng đóng Phí bảo hiểm và chuyển đổi Hợp đồng bảo hiểm này thành Hợp đồng bảo hiểm giảm có Số tiền bảo hiểm nhỏ hơn mà không phải đóng thêm khoản Phí bảo hiểm nào trong tương lai.

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

- Hợp đồng bảo hiểm sẽ không tiếp tục được hưởng bảo tức. Với các khoản bảo tức và phiếu tiền mặt đã tích lũy sẽ được trả cho Bên mua bảo hiểm;
- Quyền lợi trợ cấp nằm viện sẽ chấm dứt;
- Tất cả các quyền lợi bảo hiểm bổ sung kèm theo sẽ chấm dứt;
- Các quyền lợi bảo hiểm còn lại (tử vong, đáo hạn,

- và phiếu tiền mặt) chỉ được chi trả trên cơ sở Số tiền bảo hiểm đã giảm;
- Hợp đồng bảo hiểm vẫn có thể được hủy ngang để nhận giá trị hoàn lại được nêu trong bảng giá trị hoàn lại theo số tiền bảo hiểm đã giảm; và
 - Hợp đồng bảo hiểm giảm sẽ không được khôi phục lại Số tiền bảo hiểm ban đầu.

ĐIỀU 24 › LOẠI TIỀN THANH TOÁN VÀ ĐỊA ĐIỂM THANH TOÁN

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

ĐIỀU 25 › GIẢI QUYẾT MÂU THUẪN VÀ TRANH CHẤP

Hợp đồng bảo hiểm được điều chỉnh và giải thích theo pháp luật của Việt Nam.

Mọi tranh chấp liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm này, nếu không giải quyết được bằng thương lượng giữa các bên thì một trong các Bên có quyền đưa ra tòa án ở Việt Nam nơi Công ty có trụ sở chính hoặc nơi Bên mua bảo hiểm cư trú hợp pháp giải quyết phù hợp với quy định hiện hành.

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

ĐIỀU 26 › CHẤM DỨT HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

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

- a. Khi kết thúc thời hạn gia hạn đóng Phí bảo hiểm theo quy định tại Điều 19 mà Phí bảo hiểm vẫn không được đóng đầy đủ.
- b. Ngày Bên mua bảo hiểm yêu cầu hủy ngang hoặc chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm để nhận giá trị hoàn lại.
- c. Ngày Người được bảo hiểm tử vong
- d. Ngày đáo hạn Hợp đồng bảo hiểm.

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