

QUY TẮC BẢO HIỂM SỨC KHỎE AN TÂM VIỆN PHÍ

(Ban hành kèm theo Quyết định số 5956/QĐ-BHBV ngày 26/06/2025
của Tổng Giám đốc Tổng Công ty Bảo hiểm Bảo Việt)

MỤC LỤC

CHƯƠNG I. QUY ĐỊNH CHUNG

Điều 1. Giải thích từ ngữ	3
Điều 2. Phạm vi địa lý được bảo hiểm	8
Điều 3. Đối tượng tham gia bảo hiểm	8

CHƯƠNG II. PHẠM VI VÀ QUYỀN LỢI BẢO HIỂM CHÍNH

Điều 4. Nằm viện do ốm đau, bệnh tật, tai nạn	10
Điều 5. Phẫu thuật do ốm đau, bệnh tật, tai nạn	10
Điều 6. An tâm đồng hành.....	11

CHƯƠNG III. PHẠM VI VÀ QUYỀN LỢI BẢO HIỂM BỔ SUNG

Điều 7. Tử vong không phải do nguyên nhân tai nạn.....	11
Điều 8. Tử vong hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn	11
Điều 9. Thương tật thân thể do tai nạn	11
Điều 10. Thai sản.....	12

CHƯƠNG IV. ĐIỀU KHOẢN LOẠI TRỪ TRÁCH NHIỆM BẢO HIỂM

Điều 11. Điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm.....	12
--	----

CHƯƠNG V. THỜI GIAN CHỜ

Điều 12. Thời gian chờ	14
------------------------------	----

CHƯƠNG VI. PHÍ BẢO HIỂM

Điều 13. Phí bảo hiểm và thời hạn thanh toán phí bảo hiểm.....	16
Điều 14. Quyền lợi bảo hiểm theo thời hạn bảo hiểm.....	16

CHƯƠNG VII. GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Điều 15. Thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm.....	16
Điều 16. Hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm.....	17
Điều 17. Thời hạn giải quyết trả tiền bảo hiểm	18
Điều 18. Giám định, xác minh rủi ro	18

CHƯƠNG VIII. QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA CÁC BÊN

Điều 19. Quyền và nghĩa vụ của Công ty bảo hiểm	18
Điều 20. Quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm	19

CHƯƠNG IX. CÁC QUY ĐỊNH KHÁC

Điều 21. Một số điều khoản áp dụng riêng cho khách hàng tổ chức.....	20
Điều 22. Điều khoản tái tục bảo hiểm	21
Điều 23. Sửa đổi bổ sung, hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm, giảm trừ bồi thường.....	22
Điều 24. Chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm.....	22
Điều 25. Khôi phục hiệu lực hợp đồng.....	23
Điều 26. Bảo vệ và xử lý dữ liệu cá nhân.....	23
Điều 27. Ngôn ngữ	24
Điều 28. Giải quyết tranh chấp.....	24

CHƯƠNG I. QUY ĐỊNH CHUNG**Điều 1. Giải thích từ ngữ**

Các từ ngữ sử dụng trong Quy tắc bảo hiểm này được hiểu như sau:

1. **Công ty bảo hiểm:** Là Tổng Công ty Bảo hiểm Bảo Việt (Bảo hiểm Bảo Việt) hoặc các công ty thành viên trực thuộc được thành lập và hoạt động theo pháp luật Việt Nam.
2. **Bên mua bảo hiểm:** Là tổ chức được thành lập và hoạt động hợp pháp tại Việt Nam hoặc cá nhân từ đủ 18 tuổi trở lên tại thời điểm giao kết Hợp đồng bảo hiểm và có năng lực hành vi dân sự đầy đủ, giao kết Hợp đồng bảo hiểm với Công ty bảo hiểm và đóng phí bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm phải đáp ứng các điều kiện để mua bảo hiểm theo quy tắc, điều kiện, điều khoản bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm phải có quyền lợi có thể được bảo hiểm với Người được bảo hiểm theo quy định của pháp luật.
3. **Người được bảo hiểm:** Là người có tính mạng, sức khỏe được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.
4. **Người thụ hưởng:** Là cá nhân hoặc tổ chức được Bên mua bảo hiểm chỉ định để nhận tiền bảo hiểm theo thỏa thuận tại Hợp đồng bảo hiểm cá nhân, hoặc Người được bảo hiểm trong Hợp đồng bảo hiểm nhóm chỉ định để nhận tiền bảo hiểm theo thỏa thuận tại Hợp đồng bảo hiểm nhóm.

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

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

Bộ Hợp đồng bảo hiểm bao gồm:

- Yêu cầu bảo hiểm của Bên mua bảo hiểm;
- Hợp đồng bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm do Bảo hiểm Bảo Việt phát hành;
- Quy tắc bảo hiểm này, tài liệu tóm tắt quy tắc, điều kiện, điều khoản bảo hiểm;
- Các Sửa đổi bổ sung, Phụ lục điều chỉnh (nếu có);
- Các giấy tờ hợp lệ khác được xác nhận hoặc chấp thuận bởi Công ty bảo hiểm.

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

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

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

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

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

Trường hợp một Người được bảo hiểm trên cơ sở Quy tắc bảo hiểm này tham gia nhiều Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm khác nhau mà tổng Số tiền bảo hiểm vượt quá Số tiền bảo hiểm của chương trình cao nhất thì Công ty bảo hiểm chỉ chịu trách nhiệm giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm có Số tiền bảo hiểm cao nhất trong các Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm và hoàn lại phí của các Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm còn lại (nếu có).

11. Giới hạn phụ: Là giới hạn bồi thường tối đa cho mỗi hạng mục được quy định chi tiết trong Bảng quyền lợi bảo hiểm. Trong mọi trường hợp, tổng số tiền bồi thường các giới hạn phụ không vượt quá Số tiền bảo hiểm tối đa của mỗi Quyền lợi.

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

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

Thời gian chờ được tính từ Ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm. Với Hợp đồng bảo hiểm tái tục liên tục hàng năm và không thay đổi quyền lợi bảo hiểm, thời gian chờ được tính từ Ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm năm đầu tiên.

Với các trường hợp tham gia bảo hiểm bị gián đoạn, thời gian chờ tính từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm mới nhất trừ khi có thỏa thuận khác với Công ty bảo hiểm và được thể hiện cụ thể trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

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

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

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

Theo Quy tắc bảo hiểm này, Bệnh viện còn bao gồm Trung tâm y tế huyện/khu vực có chức năng khám bệnh, chữa bệnh ở những địa phương chưa có bệnh viện huyện/khu vực; đồng thời không bao gồm: Các cơ sở khám chữa bệnh theo phương pháp Đông y, y học cổ truyền, các khoa khám chữa bệnh theo phương pháp Đông y, y học cổ truyền tại các Bệnh viện, Trung tâm y tế dự phòng, Trung tâm y tế huyện/khu vực (ở địa phương đã có bệnh viện huyện/khu vực), Trung tâm y tế

quân – dân y, Bệnh xá, Đội điều trị, Trạm y tế, Phòng y tế, Trạm xá, Nhà hộ sinh, Nhà điều dưỡng, Phòng khám, các cơ sở y tế không thỏa mãn định nghĩa Bệnh viện như trên.

16. Phân nhóm Bệnh viện: Theo Quy tắc bảo hiểm này, các Bệnh viện được phân nhóm như sau:

- Nhóm 1: gồm các Bệnh viện thuộc tuyến Trung ương, Tỉnh, Thành phố trực thuộc Trung ương và tương đương.
- Nhóm 2: gồm các Bệnh viện thuộc tuyến Huyện, Quận, Thị xã, Thành phố trực thuộc Tỉnh và tương đương; các Bệnh viện ngoài công lập.

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

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

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

18. Điều trị y tế: Là việc sử dụng phương pháp chuyên môn kỹ thuật đã được công nhận và thuốc đã được phép lưu hành theo chỉ định của Bác sĩ với mục đích duy nhất là chữa trị hoặc làm giảm nhẹ tình trạng bệnh/thương tật.

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

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

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

21. Phẫu thuật: Là phương pháp khoa học để điều trị thương tật, ốm đau, bệnh tật, thai sản thuộc phạm vi bảo hiểm, được thực hiện bởi những Bác sĩ có chuyên môn phù hợp thông qua những ca mổ trong phòng phẫu thuật với các dụng cụ y tế hoặc bằng thiết bị y tế tại bệnh viện, bao gồm nhưng không giới hạn mổ phanh, mổ nội soi, mổ bằng tia laser.

Đơn bảo hiểm này chỉ bảo hiểm cho các ca phẫu thuật nội trú mà bệnh nhân lưu trú tại viện (nằm viện) từ 24 giờ trở lên tính từ thời điểm nhập viện. Các loại thủ thuật không được bảo hiểm theo đơn bảo hiểm này.

Việc xác định loại phẫu thuật/thủ thuật và phân loại phẫu thuật dựa trên quy định hiện hành của Bộ Y tế Việt Nam.

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

23. Tai nạn: Là bất kỳ sự kiện hoặc chuỗi sự kiện liên tục, khách quan, do tác động của một vật, một lực bất ngờ từ bên ngoài lên cơ thể Người được bảo hiểm, không chủ động và ngoài ý muốn của Người được bảo hiểm, xảy ra trong thời hạn bảo hiểm, là nguyên nhân trực tiếp, duy

nhất và không liên quan đến bất kỳ nguyên nhân nào khác dẫn đến thương tật thân thể và/hoặc tử vong cho Người được bảo hiểm, loại trừ bất cứ quá trình nào xảy ra do bệnh tật, tuổi tác hay sự thoái hóa.

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

24. Thương tật thân thể (thương tật): Là tổn thương về mặt thân thể của Người được bảo hiểm xảy ra trong thời hạn bảo hiểm, có nguyên nhân trực tiếp, duy nhất do tai nạn và độc lập với các nguyên nhân khác.

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

- Người được bảo hiểm bị mất, liệt hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của: hai tay; hoặc hai chân; hoặc một tay và một chân; hoặc hai mắt; hoặc một tay và một mắt; hoặc một chân và một mắt. Trong trường hợp này, mất hoàn toàn, liệt hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của tay được tính từ cổ tay trở lên; mất hoàn toàn, liệt hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của chân được tính từ mắt cá chân trở lên; mất hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của mắt được hiểu là mất hoàn toàn hoặc mù hoàn toàn;
- Người được bảo hiểm bị tổn thương cơ thể từ 81% trở lên theo xác nhận của cơ quan y tế hoặc Hội đồng giám định Y khoa cấp tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương hoặc tổ chức giám định y tế hợp pháp được Công ty bảo hiểm chấp thuận.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

31. Bệnh đặc biệt loại II: Là những bệnh tim, cao hoặc tăng huyết áp, sỏi, suy thận, ung thư, tiểu đường (đái tháo đường).

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

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

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

35. Biến chứng thai sản: Là tình trạng bất thường của bào thai, biến chứng do nguyên nhân tai nạn hoặc bệnh lý phát sinh trong quá trình mang thai của Người được bảo hiểm phải điều trị theo chỉ định của Bác sĩ:

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

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

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

37. Phương pháp hỗ trợ sinh sản: Là việc sử dụng kỹ thuật y khoa để tăng số lượng trứng trong quá trình rụng trứng hoặc để hỗ trợ thụ tinh giữa tinh trùng và trứng, làm tăng khả năng thụ thai. Hình thức này bao gồm nhưng không giới hạn ở phương pháp bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI), thụ tinh trong ống nghiệm (IVF), tiêm tinh trùng trực tiếp vào noãn để tạo phôi (ICSI) hoặc sử dụng bất kỳ hình thức điều trị nào để thúc đẩy hoặc kích thích sự rụng trứng.

38. Tiền phòng và giường: Là các chi phí tiền phòng, giường của bệnh viện bao gồm các suất ăn theo tiêu chuẩn của bệnh nhân điều trị nội trú. Trường hợp Người được bảo hiểm sử dụng phòng từ 02 giường bệnh trở lên, Công ty bảo hiểm chỉ chi trả chi phí cho 01 giường bệnh phục vụ cho Người được bảo hiểm.

39. Chi phí y tế thực tế: Là những chi phí phát sinh hợp lý và cần thiết về mặt y khoa, theo chỉ định của Bác sĩ điều trị. Chi phí y tế này phải đáp ứng:

- Phát sinh trong thời hạn bảo hiểm, phù hợp và liên quan trực tiếp tới chẩn đoán và điều trị bệnh, tai nạn mà việc chẩn đoán và điều trị này thuộc phạm vi bảo hiểm;
- Chi trả cho dịch vụ y tế cần thiết, không phải là các chi phí, dịch vụ y tế nhằm phục vụ cho sự tiện nghi của Người được bảo hiểm, là mức chi phí y tế hợp lý và thông thường;
- Chi phí phải được thể hiện trên hóa đơn tài chính/biên lai/phiếu thu theo quy định của Bộ Tài chính và liệt kê trên hóa đơn tài chính/biên lai/phiếu thu hoặc bảng kê chi tiết kèm theo.

Chi phí y tế thực tế không bao gồm các chi phí đã được chi trả bởi Bảo hiểm Y tế hoặc các chương trình bảo hiểm khác.

40. Thuốc điều trị: Là các loại thuốc điều trị hợp lý, cần thiết về mặt y khoa được Bác sĩ chỉ định để điều trị thương tật/bệnh thuộc phạm vi bảo hiểm và không thuộc các trường hợp loại trừ theo quy định tại Quy tắc này.

Thuốc điều trị phải có trong danh mục thuốc đăng ký và được phê chuẩn bởi cơ quan quản lý được phẩm có thẩm quyền và không bao gồm các chế phẩm miễn dịch, thực phẩm chức năng, thuốc để làm đẹp, mỹ phẩm, dược mỹ phẩm, khoáng chất.

41. Bộ phận giả: Là các bộ phận/thiết bị/chất liệu được làm giả/nhân tạo để thay thế cho các bộ phận của cơ thể.

42. Thiết bị y tế hỗ trợ điều trị:

- Các bộ phận/thiết bị y tế có tác dụng hỗ trợ chức năng vận động hoặc các chức năng khác của cơ thể như: nặng, nẹp (trừ nẹp bột), xe lăn, máy trợ thính, kính thuốc, máy hỗ trợ tim, và các bộ phận/thiết bị tương tự.
- Các dụng cụ chỉnh hình mang tính chất thẩm mỹ khác.

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

Điều 2. Phạm vi địa lý được bảo hiểm

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

Điều 3. Đối tượng tham gia bảo hiểm

1. Độ tuổi tham gia bảo hiểm

- 1.1. Từ 01 tuổi đến 65 tuổi tại ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm, tối đa đến 70 tuổi nếu tham gia liên tục từ khi Người được bảo hiểm 65 tuổi hoặc từ trước đó.
- 1.2. Với quyền lợi bảo hiểm bổ sung Thai sản có quy định riêng về độ tuổi tham gia bảo hiểm như Điều 10 dưới đây.

2. Đối tượng tham gia bảo hiểm

Là công dân Việt Nam hoặc người nước ngoài cư trú hợp pháp tại Việt Nam tại ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm.

3. Đối tượng không được tham gia bảo hiểm

Công ty bảo hiểm không nhận bảo hiểm đối với các đối tượng sau đây:

3.1. Những người đã từng hoặc đang được chẩn đoán/phát hiện hoặc điều trị/phẫu thuật một hay các bệnh/tình trạng: tâm thần, động kinh, tự kỷ, phong, ung thư; bị tàn phế/tàn tật/khuyết tật hoặc thương tật vĩnh viễn/tỷ lệ tổn thương cơ thể từ 50% trở lên; mù 1 mắt trở lên;

3.2. Những người đang trong thời gian điều trị bệnh tật, thương tật;

3.3. Những người bị tạm giam, bị giữ, tạm giữ hoặc khởi tố bị can;

3.4. Những người nghiện rượu/ma túy hoặc các chất kích thích.

4. Điều kiện tham gia bảo hiểm (áp dụng với Hợp đồng bảo hiểm nhóm)

4.1. Nhân viên của Bên mua bảo hiểm: Là những người có Hợp đồng lao động/Hợp đồng thuê việc/Các thỏa thuận lao động với Bên mua bảo hiểm theo quy định của Luật lao động Việt Nam, làm việc cho Bên mua bảo hiểm và có tên trong danh sách Người được bảo hiểm trong suốt thời hạn bảo hiểm.

4.2. Người thân của Nhân viên:

4.2.1. Người thân bao gồm bố/mẹ ruột, bố/mẹ vợ, bố/mẹ chồng, vợ/chồng, con ruột, con riêng của vợ/chồng (nếu cùng địa chỉ với nhân viên), con nuôi hợp pháp. Con theo quy định từ 1 tuổi.

4.2.2. Nhân viên chỉ được đăng ký bảo hiểm cho người thân của mình một lần vào đầu hiệu lực hợp đồng.

4.2.3. Đăng ký sau ngày bắt đầu hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm chỉ áp dụng đối với các trường hợp sau:

- Người thân của nhân viên mới vào làm việc;
- Vợ hoặc chồng, Bố/mẹ vợ hoặc Bố/mẹ chồng của nhân viên mới kết hôn;
- Con mới sinh đủ tuổi và đủ điều kiện tham gia;
- Người thân của nhân viên qua thời gian thử việc/tăng cấp giữa thời hạn bảo hiểm được phép mua cho người thân theo chính sách của công ty.

4.2.4. Quyền lợi bảo hiểm của người thân tự động chấm dứt cùng thời điểm chấm dứt quyền lợi bảo hiểm của nhân viên.

4.2.5. Tất cả người thân chỉ được tham gia bảo hiểm khi nhân viên cùng có tên trong danh sách tham gia bảo hiểm và chỉ được tham gia chương trình bằng hoặc thấp hơn nhân viên đó. Trường hợp nhân viên không tham gia bảo hiểm, hiệu lực bảo hiểm của tất cả người thân của nhân viên đó sẽ bị vô hiệu, đồng thời người thân đó sẽ bị loại khỏi Hợp đồng bảo hiểm, phí bảo hiểm sẽ không được hoàn lại cho dù họ đã phát sinh bồi thường hay chưa.

4.2.6. Trường hợp người thân tham gia bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm có trách nhiệm nhận được đồng ý bằng văn bản của Người được bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm mua bảo hiểm sức khỏe cho mình.

4.3. Bên mua bảo hiểm có trách nhiệm khai báo danh sách nhân viên và người thân phù hợp với các quy định nêu trên. Bất cứ sự vi phạm nào có thể dẫn tới việc Công ty bảo hiểm từ chối bồi thường, hủy bảo hiểm đối với các trường hợp cụ thể.

5. Trường hợp Công ty bảo hiểm nhận bảo hiểm với các độ tuổi/đối tượng bảo hiểm khác quy định nêu trên sẽ được quy định cụ thể tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

CHƯƠNG II. PHẠM VI VÀ QUYỀN LỢI BẢO HIỂM CHÍNH**Điều 4. Nằm viện do ốm đau, bệnh tật, tai nạn****1. Quyền lợi bảo hiểm**

Trường hợp Người được bảo hiểm ốm đau, bệnh tật, tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm phải nằm viện tại bệnh viện (bao gồm cả trường hợp ngộ độc thức ăn, đồ uống, hít phải khí độc, khí gas, hơi độc, chất độc), Công ty bảo hiểm sẽ chi trả cho Người được bảo hiểm số tiền/ngày nằm viện được quy định cụ thể tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm. Giới hạn tổng số ngày nằm viện tối đa là 60 ngày/năm (trong đó số ngày nằm viện tại Phòng chăm sóc đặc biệt (ICU) tối đa là 20 ngày/năm) và không quá 10 ngày nằm viện/đợt điều trị. Tổng số tiền được chi trả không vượt quá Số tiền bảo hiểm quyền lợi Nằm viện do ốm đau, bệnh tật, tai nạn ghi tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

2. Nguyên tắc trả tiền

Trường hợp người được bảo hiểm điều trị nhiều bệnh trong cùng một đợt điều trị và không xác định được ngày nằm viện cụ thể của từng bệnh. Trong số các bệnh điều trị có bệnh thuộc phạm vi bảo hiểm và bệnh không thuộc phạm vi bảo hiểm, Công ty bảo hiểm sẽ chi trả trợ cấp cho số ngày nằm viện thuộc phạm vi bảo hiểm theo công thức như sau:

Số ngày nằm viện thuộc phạm vi bảo hiểm = Tổng số ngày nằm viện thực tế nhân (x) Số bệnh thuộc phạm vi bảo hiểm chia (/) Tổng số bệnh điều trị.

Nguyên tắc làm tròn: làm tròn lên nếu chữ số sau chữ số đơn vị rút gọn lớn hơn hoặc bằng 5, làm tròn xuống nếu chữ số sau chữ số đơn vị rút gọn nhỏ hơn 5.

Điều 5. Phẫu thuật do ốm đau, bệnh tật, tai nạn**1. Quyền lợi bảo hiểm**

Trong trường hợp Người được bảo hiểm ốm đau, bệnh tật, tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm phải phẫu thuật tại bệnh viện:

a. Người được bảo hiểm tham gia chương trình Bạc hoặc Vàng:

Công ty bảo hiểm trả cho Người được bảo hiểm 100% số tiền/lần phẫu thuật đối với phẫu thuật Loại đặc biệt và Loại 1; hoặc 30% số tiền/lần phẫu thuật đối với phẫu thuật loại khác.

b. Người được bảo hiểm tham gia chương trình Bạch Kim hoặc Kim Cương:

- Trường hợp cung cấp được hóa đơn hợp lệ: Công ty bảo hiểm thanh toán toàn bộ chi phí y tế thực tế liên quan đến một ca phẫu thuật, gồm thuốc điều trị, vật tư y tế, thiết bị y tế, chi phí phòng mổ, phẫu thuật viên, các chi phí gây mê, các chi phí hội chẩn trước khi mổ và hồi sức sau khi mổ, chi phí tái mổ, chi phí cấy ghép nội tạng. Mức bồi thường tối đa không vượt quá 100% số tiền/lần phẫu thuật đối với phẫu thuật Loại đặc biệt và Loại 1; hoặc tối đa không vượt quá 30% số tiền/lần phẫu thuật đối với phẫu thuật loại khác.

- Trường hợp không cung cấp được hóa đơn hợp lệ: Công ty bảo hiểm trả 50% số tiền/lần phẫu thuật đối với phẫu thuật Loại đặc biệt và Loại 1; hoặc 10% số tiền/lần phẫu thuật đối với phẫu thuật loại khác.

2. Nguyên tắc trả tiền

2.1. Số tiền/lần phẫu thuật được quy định cụ thể tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

2.2. Trường hợp quá một phẫu thuật được thực hiện qua một đường rạch hoặc qua những đường rạch khác nhau trong cùng một cuộc mổ, Công ty bảo hiểm sẽ tính là một lần phẫu thuật.

2.3. Công ty bảo hiểm chỉ chi trả một lần quyền lợi phẫu thuật cho ca phẫu thuật đầu tiên thỏa mãn quy định nếu do cùng một bệnh tật/thương tật và quyền lợi nằm viện. Trường hợp bệnh tật/thương tật bị tái phát/nhiễm trùng làm cho Người được bảo hiểm phải trải qua nhiều lần phẫu thuật (bao gồm cả trường hợp kết xương bằng đinh), Công ty bảo hiểm chỉ chi trả quyền lợi nằm viện cho những lần điều trị sau (nếu có), không chi trả quyền lợi phẫu thuật.

2.4. Trong mọi trường hợp, tổng số tiền được chi trả cho trường hợp Phẫu thuật do ốm đau, bệnh tật, tai nạn không vượt quá Số tiền bảo hiểm quyền lợi Phẫu thuật do ốm đau, bệnh tật, tai nạn ghi tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Điều 6. An tâm đồng hành

Trong trường hợp Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi này bị tử vong do ung thư trong thời hạn bảo hiểm và đã qua thời gian chờ đối với tử vong do ung thư, Công ty bảo hiểm trả 100% Số tiền bảo hiểm ghi tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

CHƯƠNG III. PHẠM VI VÀ QUYỀN LỢI BẢO HIỂM BỔ SUNG

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

Điều 7. Tử vong không phải do nguyên nhân tai nạn

Trường hợp Người được bảo hiểm bị tử vong không phải do nguyên nhân tai nạn xảy ra trong thời hạn bảo hiểm, Công ty bảo hiểm trả 100% Số tiền bảo hiểm ghi tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

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

Trường hợp Người được bảo hiểm bị tai nạn và trong vòng 365 ngày kể từ ngày xảy ra tai nạn đó, Người được bảo hiểm bị tử vong hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn: Công ty bảo hiểm trả 100% Số tiền bảo hiểm ghi tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Điều 9. Thương tật thân thể do tai nạn

1. Quyền lợi bảo hiểm

Trong trường hợp Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi này bị thương tật thân thể (trừ trường hợp thương tật toàn bộ vĩnh viễn) phải điều trị tại các Cơ sở y tế:

1.1. Người được bảo hiểm tham gia chương trình Bạc

Công ty bảo hiểm trả theo tỷ lệ thương tật tương ứng được quy định trong Bảng tỷ lệ trả tiền thương tật ban hành theo quyết định số 3455/QĐ-BHBV ngày 21/04/2025 nhân với Số tiền bảo hiểm ghi tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

1.2. Người được bảo hiểm tham gia các chương trình khác

1.2.1. Trường hợp cung cấp được hóa đơn hợp lệ: Công ty bảo hiểm trả toàn bộ chi phí y tế thực tế phát sinh, bao gồm chi phí khám, xét nghiệm hoặc chẩn đoán bằng hình ảnh, tiêm truyền, thuốc điều trị, vật tư y tế, thiết bị y tế, tiền phòng và giường, chi phí phẫu thuật, chi phí xe cấp cứu (loại trừ đường hàng không và dịch vụ công ty cứu trợ) và tiền trợ cấp/ngày nằm viện bằng 0,1% nhân với Số tiền bảo hiểm, tối đa không vượt quá 180 ngày/năm. Tổng số tiền bồi thường tối đa không vượt quá tỷ lệ thương tật tương ứng được quy định trong Bảng tỷ lệ trả tiền thương tật ban hành

theo quyết định số 3455/QĐ-BHBV ngày 21/04/2025 nhân với Số tiền bảo hiểm ghi tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

1.2.2. Trường hợp không cung cấp hóa đơn hợp lệ: Công ty bảo hiểm trả theo tỷ lệ thương tật tương ứng được quy định trong Bảng tỷ lệ trả tiền thương tật ban hành theo quyết định số 3455/QĐ-BHBV ngày 21/04/2025 nhân với 30 triệu đồng.

2. Nguyên tắc trả tiền

Trong mọi trường hợp, tổng số tiền chi trả cho thương tật thân thể do tai nạn không vượt quá 100% Số tiền bảo hiểm ghi tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Điều 10. Thai sản

1. Độ tuổi tham gia: từ 18 tuổi đến 45 tuổi tại ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm.
2. Điều kiện tham gia: Chỉ áp dụng cho Người được bảo hiểm là nữ.
3. Trường hợp Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi này bị biến chứng thai sản và/hoặc sinh con và/hoặc biến chứng sau sinh, thuộc phạm vi bảo hiểm phải nằm viện hoặc phẫu thuật tại Bệnh viện, Công ty bảo hiểm trả cho Người được bảo hiểm số tiền được quy định cụ thể tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm, trừ các điều khoản loại trừ được quy định tại Chương IV của Quy tắc bảo hiểm, cụ thể như sau:
 - 3.1. Trường hợp nằm viện: Công ty bảo hiểm sẽ chi trả số tiền/ngày nằm viện, tối đa 60 ngày nằm viện/năm và không quá 10 ngày nằm viện/đợt điều trị;
 - 3.2. Trường hợp phẫu thuật: Công ty bảo hiểm sẽ chi trả số tiền/lần phẫu thuật và tối đa 02 lần phẫu thuật/năm.

Lưu ý:

- Trường hợp Người được bảo hiểm sinh con sau khi thụ thai bằng các phương pháp hỗ trợ sinh sản, Công ty bảo hiểm chỉ chi trả quyền lợi Nằm viện, không chi trả quyền lợi Phẫu thuật.
- Trường hợp Người được bảo hiểm sinh mổ (mổ lấy thai) từ lần thứ hai trở đi, Công ty bảo hiểm chỉ trả quyền lợi nằm viện và chi trả 30% số tiền của quyền lợi phẫu thuật được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm. Việc xác định lần sinh mổ căn cứ vào hồ sơ y tế.

CHƯƠNG IV. ĐIỀU KHOẢN LOẠI TRỪ TRÁCH NHIỆM BẢO HIỂM

Điều 11. Điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm

Các rủi ro, các bệnh, các hạng mục được liệt kê hoặc bắt nguồn từ các nguyên nhân dưới đây không thuộc phạm vi, trách nhiệm của Công ty bảo hiểm, trừ trường hợp được quy định khác tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm:

1. Hành động tự tử hoặc cố ý tự tử của Người được bảo hiểm; Hành vi cố ý của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm và/hoặc Người thụ hưởng (trừ trường hợp quy định tại khoản 2 điều 40 Luật Kinh doanh bảo hiểm hoặc các văn bản sửa đổi, bổ sung, thay thế (nếu có));
2. Người được bảo hiểm thực hiện hoặc tham gia thực hiện một trong các hành động sau: trộm cắp, đánh nhau (trừ khi chứng minh được bằng văn bản xác nhận của cơ quan có thẩm quyền về việc hành động đánh nhau đó chỉ với mục đích tự vệ), gây rối trật tự công cộng, chống cự việc bắt giữ người hợp pháp và/hoặc thực hiện hoặc tham gia thực hiện các hành vi phạm tội (theo kết luận của cơ quan nhà nước có thẩm quyền);
3. Người được bảo hiểm có các hành vi sau đây khi tham gia giao thông:
 - 3.1. Đua xe, lạng lách, đánh võng;

- 3.2. Điều khiển phương tiện tham gia giao thông đường bộ mà trong máu hoặc hơi thở có nồng độ cồn vượt quá 50 miligam/100 mililit máu hoặc 0,25 miligam/1 lít khí thở; điều khiển phương tiện tham gia giao thông đường bộ mà trong cơ thể có chất ma túy hoặc các chất kích thích khác mà pháp luật cấm sử dụng;
- 3.3. Điều khiển xe khi không đủ điều kiện về độ tuổi theo quy định của pháp luật;
- 3.4. Điều khiển xe không có Giấy phép lái xe phù hợp với quy định pháp luật; không có bằng hoặc chứng chỉ điều khiển xe máy chuyên dùng phù hợp loại xe máy chuyên dùng đang điều khiển; sử dụng giấy phép lái xe không còn hiệu lực, hoặc không phù hợp với loại xe đang điều khiển hoặc hết hạn sử dụng. Trường hợp Người được bảo hiểm bị tước quyền sử dụng Giấy phép lái xe có thời hạn hoặc bị thu hồi Giấy phép lái xe thì được coi là không có Giấy phép lái xe;
- 3.5. Điều khiển xe chạy quá tốc độ quy định; chuyển hướng, chuyển làn đường không đúng quy định; không đi đúng phần đường, làn đường; đi vào đường có biển báo hiệu có nội dung cấm đi vào đối với loại phương tiện đang điều khiển, đi ngược chiều của đường một chiều, đi ngược chiều trên đường có biển “Cấm đi ngược chiều”;
- 3.6. Không chấp hành hiệu lệnh, chỉ dẫn của biển báo hiệu;
- 3.7. Điều khiển xe công nông, xe máy kéo nhỏ phục vụ cho sản xuất nông nghiệp, lâm nghiệp; điều khiển xe quá niên hạn sử dụng;
- 3.8. Điều khiển các phương tiện tham gia giao thông không có Giấy chứng nhận hoặc tem kiểm định an toàn kỹ thuật và bảo vệ môi trường hợp lệ theo quy định của pháp luật hiện hành;
4. Người được bảo hiểm sử dụng hoặc bị ảnh hưởng của rượu, bia, ma túy hoặc các chất có cồn, các chất kích thích, các chất gây nghiện là nguyên nhân dẫn đến tai nạn hoặc ốm đau, bệnh tật, tử vong;
5. Người được bảo hiểm tham gia vào các hoạt động hàng không (trừ khi với tư cách là hành khách trên máy bay có giấy phép chở khách), tham gia các cuộc diễn tập huấn luyện quân sự, tham gia chiến đấu của lực lượng vũ trang;
6. Động đất, núi lửa, sóng thần; dịch bệnh hoặc tình trạng khẩn cấp y tế theo công bố của Tổ chức y tế thế giới (WHO) hoặc cơ quan Nhà nước có thẩm quyền; chiến tranh, nội chiến, đình công, khủng bố, bạo động, dân biến, phiến loạn, các hoạt động quân sự hoặc hành động của bất kỳ người cầm đầu của tổ chức nào nhằm lật đổ, đe dọa chính quyền, kiểm soát bằng vũ trang;
7. Người được bảo hiểm tham gia các môn thể thao chuyên nghiệp hoặc các môn thể thao nguy hiểm bao gồm đua các loại như đua xe ô tô, đua thuyền, đua ngựa, nhảy mao hiểm, leo vách đá, leo núi tự do, leo núi có hoặc không có dây leo, đi bộ leo núi với độ cao trên 2.500 mét, võ thuật, đua trượt trên mặt nước, trượt tuyết, bao gồm sử dụng các loại mô tô, trượt băng, đuốc bốc, nhảy dù (trừ mục đích thoát hiểm), lên xuống hoặc di chuyển bằng khinh khí cầu, dù lượn, nhảy bungee, vượt thác, khám phá hang động, lặn với bình oxy và thiết bị thở dưới nước;
8. Điều trị thẩm mỹ, phẫu thuật thẩm mỹ, các biến chứng của việc điều trị thẩm mỹ/phẫu thuật thẩm mỹ; điều trị kiểm soát trọng lượng cơ thể (tăng hoặc giảm cân); suy dinh dưỡng, còi xương, béo phì;
9. Kiểm tra sức khỏe hoặc giám định y khoa, tư vấn y tế mà không liên quan đến việc điều trị ốm đau, bệnh tật, thương tật; tất cả các hình thức tiêm chủng, vắc-xin và thuốc phòng ngừa (trừ trường hợp tiêm vắc-xin sau khi bị tai nạn hay súc vật, côn trùng cắn); khám thai định kỳ, khám và xét nghiệm không có kết luận chẩn đoán bệnh hoặc kết luận không có bệnh cần điều trị của bác sĩ;
10. Những thương tật có sẵn, hoặc chỉ định điều trị có từ trước ngày hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm năm đầu tiên; Bệnh bẩm sinh, dị tật bẩm sinh, bệnh di truyền;
11. Bệnh giang mai, lậu, hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS); tình trạng và bệnh liên quan đến vi rút HIV; Bệnh lao, bệnh phong;

12. Bệnh rối loạn tâm thần và hành vi, động kinh, các bệnh suy nhược thần kinh, khó chịu và mệt mỏi;
13. Đục thủy tinh thể; các bệnh lão hóa, vôi hóa, thoái hóa các loại, gai đôi cột sống, thoát vị đĩa đệm; điều trị suy biến tự nhiên hoặc không phải lý do bệnh lý của tình trạng suy giảm thính lực, suy giảm thị lực bao gồm ở các tật khúc xạ như cận thị, viễn thị, loạn thị;
14. Các bệnh hoặc thương tật sau đây sẽ bị loại trừ trong 365 ngày kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm năm đầu tiên bao gồm: Viêm VA (sùi vòm họng) cần phải nạo, viêm amidan cần phải cắt, viêm xoang, bệnh hen suyễn (bệnh suyễn, hen phế quản), viêm tai giữa cần phải phẫu thuật, bệnh viêm dạ dày, loét dạ dày, trĩ, Polyp các loại, viêm khớp, viêm đa khớp, bệnh gút;
15. Điều trị y tế liên quan đến gân, tái tạo dây chằng, rách sụn chêm trong 365 ngày kể từ thời điểm bắt đầu nhận bảo hiểm của năm hợp đồng đầu tiên cho dù tình trạng có trước hay sau khi Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực;
16. Các bệnh hoặc tình trạng sức khỏe trong thời gian chờ theo quy định;
17. Thực hiện các biện pháp kế hoạch hoá sinh đẻ, điều trị vô sinh; thực hiện các phương pháp hỗ trợ sinh sản; biến chứng thai sản trên người thực hiện các phương pháp hỗ trợ sinh sản; điều trị bất lực, liệt dương; điều trị khả năng sinh sản hoặc hiếm muộn; điều trị các vấn đề về giới tính, chuyển đổi giới tính, dậy thì sớm; và bất kỳ biến chứng nào từ những điều trị trên;
18. Tất cả các hình thức khám, điều trị, phẫu thuật ngoại trú; khám, điều trị, phẫu thuật trong ngày;
19. Phục hồi chức năng, vật lý trị liệu bằng tất cả mọi hình thức;
20. Mọi hình thức khám và điều trị về răng (trừ việc nhập viện điều trị răng cấp cứu do tai nạn xảy ra trong vòng 24 giờ kể từ thời điểm tai nạn);
21. Biến chứng thai sản, sinh con và biến chứng sau sinh. Điều khoản này không áp dụng nếu Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi “Thai sản” và được Công ty bảo hiểm chấp nhận trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm;
22. Thương tật thân thể do tai nạn không phải nằm viện hoặc phẫu thuật tại bệnh viện. Điều khoản loại trừ này không áp dụng nếu Người được bảo hiểm lựa chọn tham gia quyền lợi bảo hiểm bổ sung –Thương tật thân thể do tai nạn;
23. Chi phí để cung cấp, bảo dưỡng, sửa chữa hay mua các bộ phận giả;
24. Chi phí để cung cấp, bảo dưỡng, sửa chữa hay mua các thiết bị y tế hỗ trợ điều trị;
25. Các chi phí để có cơ quan cấy ghép nội tạng như cho, nhận, hiến, vận chuyển, bảo quản nội tạng.

CHƯƠNG V. THỜI GIAN CHỜ

Điều 12. Thời gian chờ

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

1. **Đối với cá nhân hoặc Hợp đồng bảo hiểm nhóm có số lượng tham gia bảo hiểm dưới 50 nhân viên**
 - 1.1. **Nằm viện hoặc phẫu thuật do ốm đau, bệnh tật, tai nạn**
 - Không áp dụng đối với trường hợp tai nạn;
 - 07 ngày đối với bệnh ruột thừa;

- 30 ngày đối với ốm đau, bệnh tật thông thường;
- 90 ngày với các bệnh viêm phế quản, tiểu phế quản, viêm phổi các loại (chỉ áp dụng cho trẻ em từ 6 tuổi trở xuống tính tại thời điểm điều trị);
- 365 ngày đối với bệnh đặc biệt loại I, bệnh có sẵn, bệnh/tình trạng liệt kê tại điểm 14 điều 11 chương IV Quy tắc bảo hiểm;
- 635 ngày đối với bệnh đặc biệt loại II.

1.2. An tâm đồng hành

- 635 ngày đối với tử vong do ung thư.

1.3. Tử vong không phải do nguyên nhân tai nạn

- 07 ngày đối với bệnh ruột thừa;
- 30 ngày đối với ốm đau, bệnh tật thông thường;
- 90 ngày với các bệnh viêm phế quản, tiểu phế quản, viêm phổi các loại (chỉ áp dụng cho trẻ em từ 6 tuổi trở xuống tính tại thời điểm điều trị);
- 90 ngày đối với biến chứng thai sản, sinh con, biến chứng sau sinh;
- 365 ngày đối với bệnh đặc biệt loại I, bệnh có sẵn, bệnh/tình trạng liệt kê tại điểm 14 điều 11 chương IV Quy tắc bảo hiểm;
- 635 ngày đối với bệnh đặc biệt loại II.

1.4. Thai sản

- 90 ngày đối với biến chứng thai sản;
- 365 ngày đối với sinh con hoặc biến chứng sau sinh.

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

2.1. Nằm viện hoặc phẫu thuật do ốm đau, bệnh tật, tai nạn

- Không áp dụng đối với trường hợp tai nạn; bệnh ruột thừa; ốm đau, bệnh tật thông thường; bệnh viêm phế quản, tiểu phế quản, viêm phổi các loại; bệnh/tình trạng liệt kê tại điểm 14 điều 11 chương IV Quy tắc bảo hiểm;
- 365 ngày đối với bệnh đặc biệt loại I, bệnh có sẵn,
- 635 ngày đối với bệnh đặc biệt loại II.

2.2. An tâm đồng hành

- 635 ngày đối với tử vong do ung thư.

2.3. Tử vong không phải do nguyên nhân tai nạn

- Không áp dụng đối với trường hợp tai nạn; bệnh ruột thừa; ốm đau, bệnh tật thông thường; bệnh viêm phế quản, tiểu phế quản, viêm phổi các loại; bệnh/tình trạng liệt kê tại điểm 14 điều 11 chương IV Quy tắc bảo hiểm; biến chứng thai sản, sinh con, biến chứng sau sinh;
- 365 ngày đối với bệnh đặc biệt loại I, bệnh có sẵn;
- 635 ngày đối với bệnh đặc biệt loại II.

2.4. Thai sản

- Không áp dụng đối với biến chứng thai sản;
- 365 ngày đối với sinh con hoặc biến chứng sau sinh.

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

CHƯƠNG VI. PHÍ BẢO HIỂM

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

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

Thời hạn thanh toán và phương thức thanh toán phí bảo hiểm được quy định cụ thể tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm và phù hợp với quy định của pháp luật. Trong mọi trường hợp Bên mua bảo hiểm có nghĩa vụ đóng phí bảo hiểm đầy đủ và đúng thời hạn quy định trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm đồng ý rằng, trong quá trình thực hiện Hợp đồng bảo hiểm, Công ty bảo hiểm không có nghĩa vụ phải gửi thông báo nhắc đóng phí.

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

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

Biểu phí ngắn hạn trong trường hợp có áp dụng:

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

CHƯƠNG VII. GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Điều 15. Thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm

1. Trừ trường hợp có quy định khác tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm, trong thời hạn 30 ngày kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm (Người được bảo hiểm tử vong, nằm viện, phẫu thuật, tai nạn,...), Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm (Người được bảo hiểm/Người thụ hưởng/Người thừa kế/Người được ủy quyền hợp pháp/bố hoặc mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của trẻ em dưới 18 tuổi) phải gửi thông báo cho Công ty bảo hiểm bằng văn bản, hoặc tin nhắn, hoặc thư điện tử về sự kiện bảo hiểm xảy ra, hậu quả, diễn biến của rủi ro, nơi điều trị của Người được bảo hiểm.
2. Thời hạn nộp hồ sơ yêu cầu bồi thường, trả tiền bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm là 01 năm kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm. Thời gian xảy ra sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan không tính vào thời hạn nộp hồ sơ yêu cầu bồi thường, trả tiền bảo hiểm.
3. Trường hợp Người được bảo hiểm hoặc người thụ hưởng chứng minh được rằng không biết thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm thì thời hạn quy định trên được tính từ ngày Người được bảo hiểm hoặc người thụ hưởng biết việc xảy ra sự kiện bảo hiểm đó.

4. Quá các thời hạn nêu trên, mọi yêu cầu trả tiền bảo hiểm liên quan đều không có giá trị, Công ty bảo hiểm không phải chịu trách nhiệm bồi thường, trả tiền bảo hiểm cho Người được bảo hiểm/Người thụ hưởng trừ trường hợp xảy ra sự kiện bất khả kháng hoặc có trở ngại khách quan.

Điều 16. Hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm

1. Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải bằng chi phí của mình, thu thập và cung cấp cho Công ty bảo hiểm hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm (bằng Tiếng Anh hoặc Tiếng Việt):

1.1. Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm theo mẫu của Công ty bảo hiểm;

1.2. Bản tường trình/Biên bản tai nạn (có xác nhận của cơ quan/tổ chức nơi Người được bảo hiểm công tác/học tập trong trường hợp tai nạn lao động hoặc tai nạn xảy ra tại nơi Người được bảo hiểm đang thực hiện công việc/học tập; hoặc xác nhận của chính quyền địa phương trừ trường hợp khác được Công ty bảo hiểm chấp nhận); hồ sơ giải quyết tai nạn (như biên bản tai nạn, biên bản khám nghiệm hiện trường, thông báo kết quả giải quyết nguồn tin về tội phạm hoặc các văn bản khác liên quan đến tai nạn) có xác nhận của cơ quan công an (trong trường hợp có cơ quan công an tham gia hoặc trường hợp tử vong);

1.3. Giấy phép lái xe (trong trường hợp Người được bảo hiểm bị tai nạn khi tham gia giao thông);

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

1.5. Các chứng từ thanh toán (trường hợp Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi bảo hiểm chi trả theo chi phí thực tế): Hóa đơn tài chính/biên lai/phiếu thu theo quy định của Bộ Tài chính;

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

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

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

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

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

2. Hình thức các giấy tờ nêu tại Khoản 1 Điều này cung cấp cho Công ty bảo hiểm:

2.1. Các chứng từ thanh toán: Bản gốc với hóa đơn/biên lai/phiếu thu giấy hoặc hóa đơn chuyển đổi từ hóa đơn điện tử hoặc bản thể hiện hóa đơn điện tử theo quy định pháp luật;

2.2. Các chứng từ khác: bản gốc hoặc bản sao được chứng thực bởi cơ quan có thẩm quyền theo quy định của pháp luật, hoặc bản sao được xác nhận bởi cán bộ Công ty bảo hiểm (trừ một số trường hợp được Công ty bảo hiểm chấp thuận). Trong mọi trường hợp, Công ty bảo hiểm có quyền yêu cầu cung cấp bản gốc để kiểm tra.

Điều 17. Thời hạn giải quyết trả tiền bảo hiểm

1. Công ty bảo hiểm có trách nhiệm xem xét, giải quyết và thanh toán tiền bảo hiểm trong vòng 15 ngày làm việc kể từ ngày nhận được hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm đầy đủ và hợp lệ, trừ các trường hợp sau:
 - Công ty bảo hiểm cần phải giám định, xác minh rủi ro;
 - Vụ việc yêu cầu bồi thường có liên quan đến vụ án đang được cơ quan có thẩm quyền điều tra, truy tố, xét xử. Công ty bảo hiểm sẽ xem xét, giải quyết bồi thường sau khi có kết luận cuối cùng của cơ quan nhà nước có thẩm quyền;
 - Các trường hợp có thỏa thuận khác trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.
2. Thời gian để Công ty bảo hiểm xác minh hồ sơ: tối đa 90 ngày kể từ ngày nhận đầy đủ hồ sơ. Đối với các hồ sơ xác minh có liên quan đến công an, tòa án hoặc có tính chất đặc biệt/phức tạp, Công ty bảo hiểm sẽ thông báo theo từng sự vụ cụ thể.
3. Thời gian yêu cầu hoàn trả hồ sơ trong trường hợp bị từ chối bồi thường: tối đa 60 ngày kể từ ngày Công ty bảo hiểm gửi thông báo.
4. Thời hạn để khách hàng bổ sung hồ sơ là trong vòng 30 ngày kể từ ngày Công ty bảo hiểm thông báo.
5. Tất cả mọi quyền lợi sẽ được chi trả bằng đồng Việt Nam. Trong trường hợp yêu cầu bồi thường có đơn vị tiền tệ không phải đồng Việt Nam thì sẽ được quy đổi sang đồng Việt Nam theo tỷ giá bán ra của Ngân hàng thương mại cổ phần Ngoại thương Việt Nam tại thời điểm giải quyết bồi thường trừ trường hợp có quy định khác trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Điều 18. Giám định, xác minh rủi ro

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

CHƯƠNG VIII. QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA CÁC BÊN**Điều 19. Quyền và nghĩa vụ của Công ty bảo hiểm**

1. **Quyền của Công ty bảo hiểm**
 - 1.1. Thu phí bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm;
 - 1.2. Yêu cầu Bên mua bảo hiểm cung cấp đầy đủ, trung thực mọi thông tin có liên quan đến việc giao kết và thực hiện Hợp đồng bảo hiểm;

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

2. Nghĩa vụ của Công ty bảo hiểm

- 2.1. Cung cấp cho Bên mua bảo hiểm bản yêu cầu bảo hiểm, bảng câu hỏi liên quan đến rủi ro được bảo hiểm, đối tượng bảo hiểm, quy tắc, điều kiện, điều khoản bảo hiểm;
- 2.2. Giải thích rõ ràng, đầy đủ cho Bên mua bảo hiểm về quyền lợi bảo hiểm, điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm, quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm khi giao kết Hợp đồng bảo hiểm;
- 2.3. Cung cấp cho Bên mua bảo hiểm bằng chứng giao kết Hợp đồng bảo hiểm theo quy định của Luật kinh doanh bảo hiểm;
- 2.4. Cấp hóa đơn thu phí bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm và quy định của pháp luật có liên quan;
- 2.5. Bồi thường, trả tiền bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm;
- 2.6. Giải thích bằng văn bản lý do từ chối bồi thường, trả tiền bảo hiểm;
- 2.7. Lưu trữ hồ sơ Hợp đồng bảo hiểm theo quy định của pháp luật;
- 2.8. Bảo mật thông tin do Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm cung cấp, trừ trường hợp theo yêu cầu của cơ quan nhà nước có thẩm quyền hoặc được sự đồng ý của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm;
- 2.9. Các nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật và/hoặc quy định tại Quy tắc bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm (nếu có).

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

1. Quyền của Bên mua bảo hiểm

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

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

2. Nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm

2.1. Khai đầy đủ, trung thực mọi thông tin có liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm theo yêu cầu của Công ty bảo hiểm;

2.2. Đọc, hiểu rõ điều kiện, điều khoản bảo hiểm, các trường hợp loại trừ bảo hiểm, quyền, nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm khi giao kết Hợp đồng bảo hiểm, nội dung khác của Hợp đồng bảo hiểm;

2.3. Đóng phí bảo hiểm đầy đủ, đúng hạn theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm;

2.4. Thông báo cho Công ty bảo hiểm các trường hợp có thể làm tăng rủi ro hoặc giảm rủi ro hoặc làm phát sinh thêm trách nhiệm của Công ty bảo hiểm trong quá trình thực hiện Hợp đồng bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm;

2.5. Thông báo cho Công ty bảo hiểm về việc xảy ra sự kiện bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm; phối hợp với Công ty bảo hiểm trong giám định xác minh rủi ro, tổn thất;

2.6. Áp dụng các biện pháp đề phòng, hạn chế tổn thất theo quy định của Luật kinh doanh bảo hiểm và các quy định khác của pháp luật có liên quan;

2.7. Khi giao kết Hợp đồng bảo hiểm, trường hợp Bên mua bảo hiểm lựa chọn tham gia quyền lợi bảo hiểm tử vong cho người khác, Bên mua bảo hiểm có trách nhiệm về việc nhận được sự đồng ý bằng văn bản của Người được bảo hiểm, hoặc của cha mẹ/người giám hộ hợp pháp của Người được bảo hiểm (với trường hợp Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi) về việc giao kết hợp đồng cho quyền lợi tử vong của người đó;

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

CHƯƠNG IX. CÁC QUY ĐỊNH KHÁC

Điều 21. Một số điều khoản áp dụng riêng cho khách hàng tổ chức

1. Điều khoản tự động thêm bớt nhân sự/người thân

1.1. Tự động mở rộng bảo hiểm cho bất cứ nhân viên nào của Bên mua bảo hiểm kể từ ngày bắt đầu làm việc cho Bên mua bảo hiểm với số tiền bảo hiểm không vượt quá số tiền bảo hiểm đối với nhân viên cùng tính chất công việc, đồng thời bảo hiểm cũng sẽ tự động hủy bỏ kể từ ngày kết thúc hợp đồng lao động đối với bất kỳ nhân viên nào nghỉ việc, với điều kiện là Bên mua bảo hiểm có trách nhiệm thông báo cho Công ty bảo hiểm về sự thay đổi nhân viên hàng tháng trước ngày thứ 15 của tháng tiếp theo trong thời hạn bảo hiểm. Trong trường hợp khai báo chậm, Công ty bảo hiểm chỉ chấp nhận bảo hiểm từ ngày đầu tiên của tháng khai báo.

1.2. Thông tin cần thiết phải khai báo gồm tên, ngày, tháng, năm sinh, ngày tham gia hoặc ngày nghỉ việc, số căn cước công dân, chức vụ, số tiền bảo hiểm hoặc chương trình bảo hiểm và các thông tin khác theo yêu cầu của Công ty bảo hiểm.

1.3. Người thân thuộc đối tượng được tăng mới/người thân giảm trong thời hạn bảo hiểm được cập nhật hàng tháng cùng thời điểm khai báo với nhân viên (trước ngày thứ 15 của tháng tiếp theo trong thời hạn bảo hiểm). Vợ chồng mới cưới/con cái mới sinh của nhân viên cũ khai báo trong vòng 30 ngày kể từ ngày đăng ký kết hôn/ngày con cái đủ điều kiện tham gia bảo hiểm. Hiệu lực bảo hiểm cho các trường hợp người thân tăng giữa kỳ được tính từ ngày người thân đủ điều kiện tham gia bảo hiểm (ngày nhân viên mới ký hợp đồng/ngày nhân viên đăng ký kết hôn/ngày con mới sinh đủ điều kiện tham gia/ngày nhân viên qua thời gian thử việc - tăng cấp đủ điều kiện mua bảo hiểm cho người thân theo chính sách của công ty).

2. Thay đổi cấp bậc Người được bảo hiểm

2.1. Trường hợp nhân viên được thăng chức/bổ nhiệm ở vị trí cấp cao hơn hoặc giảm cấp bậc trong thời gian tham gia bảo hiểm, Công ty bảo hiểm đồng ý thay đổi chương trình bảo hiểm cho Người được bảo hiểm giữa thời hạn bảo hiểm với điều kiện Bên mua bảo hiểm phải cập nhật việc thay đổi cho Công ty bảo hiểm đúng hạn khai báo hàng tháng (trước ngày 15 của tháng tiếp theo) và cung cấp được quyết định thăng chức/thay đổi cấp bậc. Thời gian chờ được áp dụng cho mức trách nhiệm, quyền lợi tăng thêm (nếu có) của cấp mới so với cấp cũ trừ khi có thỏa thuận khác bằng văn bản.

2.2. Quyền lợi bảo hiểm đối với trường hợp thay đổi cấp bậc được giải quyết như sau:

2.2.1. Quyền lợi sẽ được tính theo ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm, khi đó Người được bảo hiểm thuộc cấp nào sẽ được hưởng quyền lợi của cấp đó.

2.2.2. Đối với những trường hợp tăng cấp, Người được bảo hiểm sẽ chỉ được sử dụng mức quyền lợi của cấp mới sau khi trừ đi phần quyền lợi mà Người được bảo hiểm đó đã sử dụng ở cấp cũ.

2.2.3. Đối với những trường hợp giảm cấp:

- Người được bảo hiểm sẽ được sử dụng mức quyền lợi của cấp mới sau khi trừ đi phần quyền lợi mà Người được bảo hiểm đó đã sử dụng ở cấp cũ nếu phần quyền lợi này chưa vượt quá mức giới hạn của cấp mới.

- Nếu Người được bảo hiểm đã sử dụng vượt quá mức quyền lợi của cấp mới thì Người được bảo hiểm đó sẽ không được hưởng chi trả bảo hiểm nữa và Công ty bảo hiểm chỉ ghi nhận việc giảm cấp của trường hợp này.

3. Điều khoản khai báo sai sót và nhầm lẫn

3.1. Trong trường hợp Nhân viên thỏa mãn đủ điều kiện tham gia bảo hiểm nhưng chưa có tên trong danh sách bảo hiểm, nguyên nhân xuất phát từ việc cập nhật sai sót và nhầm lẫn của Nhân sự Bên mua bảo hiểm, Công ty bảo hiểm đồng ý bảo hiểm cho những trường hợp này với điều kiện Bên mua bảo hiểm phải cung cấp Hợp đồng lao động hoặc các thỏa thuận theo quy định của Luật lao động hợp lệ và còn hiệu lực cho Công ty bảo hiểm để làm cơ sở giải quyết bồi thường.

3.2. Những trường hợp khai báo sai sót và nhầm lẫn trong 1 năm bảo hiểm chỉ được trong giới hạn 1% - 5% của tổng số lượng người tham gia bảo hiểm tại thời điểm đầu hợp đồng. Hiệu lực bảo hiểm được tính từ ngày Nhân viên đủ điều kiện tham gia bảo hiểm.

Điều 22. Điều khoản tái tục bảo hiểm

1. Hợp đồng bảo hiểm phải được thu xếp tái tục trước thời điểm kết thúc bảo hiểm. Các nội dung kê khai trong Giấy yêu cầu bảo hiểm/Yêu cầu bảo hiểm tại thời điểm tham gia bảo hiểm Năm hợp đồng đầu tiên và kê khai bổ sung trong quá trình thực hiện Hợp đồng bảo hiểm hiện tại là cơ sở để xem xét chấp nhận tái tục.

2. Tại thời điểm thu xếp tái tục, căn cứ tỷ lệ bồi thường, Công ty bảo hiểm có quyền điều chỉnh quyền lợi, các điều kiện, điều khoản, phí bảo hiểm cho phù hợp và sẽ thông báo tới Bên mua bảo hiểm.

3. Bên mua bảo hiểm có thể lựa chọn tiếp tục tái tục hoặc từ chối tái tục Hợp đồng bảo hiểm. Công ty bảo hiểm có quyền chấp nhận tái tục hoặc từ chối yêu cầu tái tục của Bên mua bảo hiểm mà không cần phải đưa ra bất kỳ lý do nào (trừ quyền lợi bảo hiểm An tâm đồng hành). Phí bảo hiểm của Hợp đồng tái tục phải đảm bảo được thanh toán đúng hạn theo quy định của Hợp đồng tái tục.

4. Trường hợp Bên mua bảo hiểm có nhu cầu, Công ty bảo hiểm cam kết tiếp tục tái tục quyền lợi bảo hiểm An tâm đồng hành trong năm hợp đồng thứ hai, bao gồm trường hợp các quyền lợi bảo hiểm khác không được Công ty bảo hiểm chấp nhận tái tục (trừ trường hợp Hợp đồng bảo

hiêm bị chấm dứt/hủy bỏ theo quy định tại Quy tắc bảo hiểm, Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm và quy định pháp luật).

5. Trong quá trình thực hiện Hợp đồng tái tục, nếu Công ty bảo hiểm phát hiện Bên mua bảo hiểm không kê khai hoặc có kê khai nhưng không liệt kê đầy đủ hoặc kê khai thiếu bệnh đã được chẩn đoán, điều trị thì thực hiện theo quy định tại Điều 23 Quy tắc bảo hiểm này.

6. Trường hợp Người được bảo hiểm tham gia tái tục với Số tiền bảo hiểm cao hơn Số tiền bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm năm trước hoặc tham gia thêm quyền lợi bảo hiểm so với năm trước, phần chênh lệch về số tiền bảo hiểm và/hoặc quyền lợi tham gia thêm sẽ không được coi là tái tục và sẽ phải áp dụng thời gian chờ theo quy định tại Điều 12 của Quy tắc này trừ trường hợp có quy định khác tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

7. Trường hợp Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm không được tái tục, tất cả các quyền lợi bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm đã ký kết sẽ chấm dứt hiệu lực vào thời điểm kết thúc bảo hiểm hoặc vào thời điểm chấm dứt hiệu lực bảo hiểm tùy theo thời điểm nào đến trước bao gồm cả những rủi ro phát sinh trong thời hạn bảo hiểm nhưng hậu quả xảy ra ngoài thời hạn bảo hiểm (trừ trường hợp tử vong hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn).

Điều 23. Sửa đổi bổ sung, hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm, giảm trừ bồi thường

1. Trường hợp một trong hai bên muốn sửa đổi bổ sung Hợp đồng bảo hiểm, bên muốn sửa đổi bổ sung phải thông báo cho bên kia bằng văn bản trước 30 ngày kể từ ngày định sửa đổi bổ sung. Các sửa đổi bổ sung sẽ được lập thành phụ lục của Hợp đồng bảo hiểm.

2. Trường hợp Bên mua bảo hiểm không kê khai đầy đủ, trung thực thông tin có liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm theo yêu cầu của Công ty bảo hiểm, Công ty bảo hiểm có quyền giảm một phần hoặc toàn bộ số tiền bồi thường, hoặc hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm. Trong trường hợp hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm, Công ty bảo hiểm không phải bồi thường, trả tiền bảo hiểm và phải hoàn lại 70% phí bảo hiểm đã đóng cho Bên mua bảo hiểm. Ngoài ra Bên mua bảo hiểm phải trả lại cho Công ty bảo hiểm toàn bộ số tiền bồi thường đã nhận trước đó (nếu có) trong quá trình thực hiện hợp đồng.

3. Trường hợp Bên mua bảo hiểm tham gia bảo hiểm không đúng đối tượng quy định, Công ty bảo hiểm có quyền hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm. Công ty bảo hiểm không phải bồi thường, trả tiền bảo hiểm và phải hoàn lại 70% phí bảo hiểm đã đóng cho Bên mua bảo hiểm. Ngoài ra, Bên mua bảo hiểm phải trả lại cho Công ty bảo hiểm toàn bộ số tiền bồi thường đã nhận trước đó (nếu có) trong quá trình thực hiện hợp đồng.

Điều 24. Chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm

1. Khi trong thời gian thực hiện hợp đồng, Người được bảo hiểm bị tử vong/thương tật toàn bộ vĩnh viễn ngoài phạm vi bảo hiểm: Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt kể từ thời điểm Người được bảo hiểm tử vong/thương tật toàn bộ vĩnh viễn và Công ty bảo hiểm sẽ không hoàn trả phí bảo hiểm.

2. Khi Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng, Người được chỉ định nhận tiền bảo hiểm, Người thừa kế, Người được ủy quyền hợp pháp của Người được bảo hiểm có bất kỳ yêu cầu trả tiền bảo hiểm nào thể hiện gian lận hoặc trục lợi bảo hiểm dựa trên cơ sở các chứng từ, tài liệu cung cấp cho Công ty bảo hiểm hoặc các chứng từ, tài liệu mà Công ty bảo hiểm thu thập/xác minh được, Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt và phí bảo hiểm sẽ không được hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm.

3. Công ty bảo hiểm có quyền đơn phương chấm dứt thực hiện Hợp đồng bảo hiểm trong trường hợp Bên mua bảo hiểm không đóng phí bảo hiểm hoặc không đóng đủ phí bảo hiểm theo thời hạn thỏa thuận hoặc sau thời gian gia hạn đóng phí.

4. Ngoài các trường hợp nêu trên, khi một trong hai bên muốn chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm: Bên muốn chấm dứt Hợp đồng phải thông báo bằng văn bản cho bên kia biết trước 30 ngày kể từ ngày định chấm dứt Hợp đồng.

- Nếu Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt hiệu lực bảo hiểm của một hoặc một số người hoặc chấm dứt toàn bộ Hợp đồng bảo hiểm, Công ty bảo hiểm sẽ hoàn trả 70% phí bảo hiểm cho thời gian còn lại đã đóng phí của những người tương ứng, với điều kiện trong thời gian trước đó của hợp đồng, Bên mua bảo hiểm chưa có yêu cầu trả tiền bảo hiểm nào được Công ty bảo hiểm chấp nhận chi trả.

- Nếu Công ty bảo hiểm yêu cầu chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm, Công ty bảo hiểm sẽ hoàn lại 100% phí bảo hiểm của thời gian còn lại đã đóng phí.

5. Các trường hợp chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm khác theo quy định tại Quy tắc bảo hiểm, Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm và quy định pháp luật.

6. Công ty bảo hiểm không chịu trách nhiệm bồi thường đối với các rủi ro, thiệt hại xảy ra sau khi Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm bị chấm dứt.

Điều 25. Khôi phục hiệu lực hợp đồng

Trường hợp Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm chấm dứt hiệu lực do Bên mua bảo hiểm không đóng phí bảo hiểm hoặc không đóng đủ phí bảo hiểm theo thời hạn đã thỏa thuận, Bên mua bảo hiểm mong muốn Công ty bảo hiểm khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm thì việc khôi phục được áp dụng như sau:

1.1. Hồ sơ: Bên mua bảo hiểm phải gửi Công ty bảo hiểm văn bản yêu cầu khôi phục hiệu lực hợp đồng kèm bằng chứng chứng minh đã thanh toán đầy đủ khoản phí bảo hiểm còn nợ Công ty bảo hiểm (nếu có) liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm đã chấm dứt hiệu lực.

1.2. Điều kiện và thời hạn: Công ty bảo hiểm chỉ xem xét khôi phục hiệu lực hợp đồng trong trường hợp Công ty bảo hiểm nhận được văn bản yêu cầu khôi phục hiệu lực hợp đồng của Bên mua bảo hiểm trong thời hạn 60 ngày kể từ ngày Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm chấm dứt hiệu lực (hoặc thời hạn khác được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm). Trong mọi trường hợp, Công ty bảo hiểm không chịu trách nhiệm bồi thường cho mọi rủi ro (và hậu quả liên quan của những rủi ro này) phát sinh đối với Người được bảo hiểm kể từ thời điểm hết hạn của thời hạn thanh toán phí bảo hiểm cho đến trước thời điểm hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm được khôi phục.

1.3. Thời điểm khôi phục: Công ty bảo hiểm sẽ thông báo bằng văn bản cho Bên mua bảo hiểm về việc khôi phục hiệu lực bảo hiểm. Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm sẽ tiếp tục có hiệu lực kể từ thời điểm ghi trên văn bản thông báo của Công ty bảo hiểm.

Điều 26. Bảo vệ và xử lý dữ liệu cá nhân

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

1. Đồng ý nhận tài liệu “Điều khoản và điều kiện chung về bảo vệ và xử lý dữ liệu cá nhân” do Công ty bảo hiểm cung cấp/bàn giao dưới hình thức tự chủ động tiếp cận/đọc/tải xuống tài liệu này trên trang thông tin điện tử chính thức của Công ty bảo hiểm; và

2. Tự nguyện, biết rõ và đồng ý với danh mục các loại dữ liệu cá nhân được xử lý, mục đích xử lý dữ liệu cá nhân, quyền, nghĩa vụ của chủ thể dữ liệu đã được liệt kê cụ thể tại “Điều khoản và điều kiện chung về bảo vệ và xử lý dữ liệu cá nhân” của Công ty bảo hiểm; và

3. Đồng ý để Công ty bảo hiểm tiếp cận, thu thập (trực tiếp thu thập; thuê, sử dụng bất kỳ bên thứ ba nào do Công ty bảo hiểm chủ động quyết định mà không phải thông báo cho Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm để thu thập; hoặc cách thức thu thập khác phù hợp với quy định pháp luật), kiểm soát, xử lý (trực tiếp xử lý; thuê, sử dụng bất kỳ bên thứ ba nào do Công ty bảo hiểm chủ động quyết định mà không phải thông báo cho Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm để xử lý dữ liệu; hoặc cách thức xử lý dữ liệu khác phù hợp với quy định pháp luật) và lưu trữ dữ liệu cá nhân theo nội dung tại “Điều khoản và điều kiện chung về bảo vệ và xử lý dữ liệu cá nhân” và với các mục đích xử lý dữ liệu cá nhân đã được liệt kê tại “Điều khoản và điều kiện chung về bảo vệ và xử lý dữ liệu cá nhân” trên trang thông tin điện tử chính thức của Công ty bảo hiểm.

Điều 27. Ngôn ngữ

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

Điều 28. Giải quyết tranh chấp

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

Thời hiệu khởi kiện thực hiện theo quy định của pháp luật.

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

IBA HIEM



CÔNG TY TNHH DỊCH VỤ BẢO HIỂM TRỰC TUYẾN IBAOHIEM

HOTLINE: [0966.490.888](tel:0966.490.888)

ZALO: [Bảo Hiểm Trực Tuyến IBAOHIEM](#)