



QUY TẮC, ĐIỀU KHOẢN
Bảo hiểm nhân thọ hỗn hợp có thời hạn
Sản phẩm Bảo hiểm Giáo Dục Toàn Diện
(Kèm theo công văn số 3502 /BTC-QLBH ngày 15/3/2012 của Bộ Tài chính)

CHƯƠNG 1
NHỮNG ĐIỀU KHOẢN CHUNG

Điều 1: Định nghĩa

- 1.1 **Công ty:** là Công ty trách nhiệm hữu hạn Bảo hiểm Nhân thọ AIA (Việt Nam), Giấy phép thành lập và hoạt động số 16GP/KDBH do Bộ Tài chính cấp ngày 14 tháng 7 năm 2008.
- 1.2 **Bên mua bảo hiểm:** cá nhân trong hoặc ngoài nước đang sinh sống, học tập, làm việc, hoạt động hoặc kinh doanh tại Việt Nam tại thời điểm nộp hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, trong độ tuổi từ 18 đến 55 tuổi vào Ngày có hiệu lực của hợp đồng, có năng lực hành vi dân sự đầy đủ, có yêu cầu bảo hiểm và đã đóng khoản phí bảo hiểm đầu tiên như được quy định tại Điều 2.1 của Hợp đồng.
- 1.3 **Người được bảo hiểm:** là cá nhân trong hoặc ngoài nước đang sinh sống, học tập tại Việt Nam tại thời điểm nộp hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và được Công ty chấp thuận bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này. Theo Hợp đồng bảo hiểm này, độ tuổi có thể tham gia bảo hiểm vào Ngày có hiệu lực của hợp đồng của Người được bảo hiểm là:
 - Đối với Hợp đồng bảo hiểm với lựa chọn Quyền lợi Phổ Thông: từ 30 ngày tuổi đến 6 tuổi.
 - Đối với Hợp đồng bảo hiểm với lựa chọn Quyền lợi Đại Học: từ 30 ngày tuổi đến 12 tuổi.
 - Đối với Hợp đồng bảo hiểm với lựa chọn Quyền lợi Thạc Sĩ: từ 30 ngày tuổi đến 16 tuổi.
- 1.4 **Người được bảo hiểm thứ cấp thứ nhất:** là Bên mua bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm này tại thời điểm nộp hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và được Công ty chấp thuận bảo hiểm.
- 1.5 **Người được bảo hiểm thứ cấp thứ hai:** là vợ hoặc chồng hợp pháp của Người được bảo hiểm thứ cấp thứ nhất, đang sinh sống, học tập, làm việc, hoạt động hoặc kinh doanh tại Việt Nam vào thời điểm nộp hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và trong độ tuổi từ 18 đến 55 tuổi vào Ngày có hiệu lực của hợp đồng và được Công ty chấp thuận bảo hiểm.
- 1.6 **Người thụ hưởng:** là cá nhân hoặc tổ chức được Bên mua bảo hiểm chỉ định để nhận quyền lợi bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này.
- 1.7 **Tuổi bảo hiểm:** là tuổi của Người được bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm thứ cấp thứ nhất hoặc Người được bảo hiểm thứ cấp thứ hai tính theo lần sinh nhật vừa qua. Tuổi bảo hiểm được dùng để xem xét chấp thuận bảo hiểm và tính phí bảo hiểm. Tất cả các từ "tuổi" sử dụng trong Hợp đồng bảo hiểm này đều được hiểu là "Tuổi bảo hiểm".

- 1.8 **Ngày có hiệu lực của hợp đồng:** là ngày Bên mua bảo hiểm hoàn tất hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và đóng đủ phí bảo hiểm đầu tiên như được quy định tại Điều 2.1 của Hợp đồng bảo hiểm với điều kiện (i) hồ sơ yêu cầu bảo hiểm được Công ty chấp thuận và (ii) Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người được bảo hiểm thứ cấp thứ nhất và Người được bảo hiểm thứ cấp thứ hai còn sống vào thời điểm hồ sơ yêu cầu bảo hiểm được Công ty chấp thuận. Ngày có hiệu lực của hợp đồng được thể hiện trong Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- Ngày có hiệu lực của hợp đồng được dùng để xác định mức phí bảo hiểm và các ngày đến hạn đóng phí bảo hiểm, các Ngày kỷ niệm hợp đồng, Năm hợp đồng, và Ngày đáo hạn hợp đồng.
- 1.9 **Ngày kỷ niệm hợp đồng:** là ngày lặp lại hàng năm của Ngày có hiệu lực của hợp đồng.
- 1.10 **Ngày đáo hạn hợp đồng:** là ngày kết thúc thời hạn của Hợp đồng bảo hiểm như được quy định tại Điều 6.7 và được thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- 1.11 **Ngày Công ty chấp thuận bảo hiểm:** là ngày Công ty đồng ý bảo hiểm cho Người được bảo hiểm, Người được bảo hiểm thứ cấp thứ nhất và Người được bảo hiểm thứ cấp thứ hai. Ngày chấp thuận bảo hiểm được thể hiện trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc phần sửa đổi bổ sung nếu được Công ty chấp thuận sau Ngày có hiệu lực của hợp đồng.
- 1.12 **Năm hợp đồng:** là khoảng thời gian một năm kể từ Ngày có hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm hay bất kỳ năm liên tục tiếp theo nào tính từ Ngày kỷ niệm hợp đồng.
- 1.13 **Số tiền bảo hiểm:** là số tiền bảo hiểm được thể hiện trong Giấy chứng nhận bảo hiểm tại thời điểm phát hành Hợp đồng bảo hiểm hoặc Xác nhận sửa đổi bổ sung nếu được Công ty chấp thuận thay đổi sau Ngày có hiệu lực của hợp đồng.
- 1.14 **Giá trị hợp đồng:** là tổng số tiền phát sinh từ Hợp đồng bảo hiểm, trước khi bị khấu trừ, khi có yêu cầu chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực. Hợp đồng bảo hiểm sẽ có Giá trị hợp đồng sau khi đã có hiệu lực trong hai Năm hợp đồng và phí bảo hiểm cho hai năm đó đã được đóng đủ.
- 1.15 **Giá trị hoàn lại:** là giá trị còn lại của Giá trị hợp đồng sau khi khấu trừ các khoản tạm ứng từ Giá trị hợp đồng, Khoản giảm thu nhập đầu tư chưa hoàn trả, cũng như các khoản phí bảo hiểm quá hạn và các khoản tiền khác còn nợ Công ty theo Hợp đồng bảo hiểm này.
- 1.16 **Khoản giảm thu nhập đầu tư:** là số tiền thu nhập từ hoạt động đầu tư bị giảm do việc tạm ứng từ Giá trị hợp đồng và các khoản phí bảo hiểm quá hạn. Khoản giảm thu nhập đầu tư được tính bằng phần trăm của số tiền tạm ứng từ Giá trị hợp đồng và/hoặc các khoản phí bảo hiểm quá hạn dựa trên giả định kỹ thuật của lãi suất đầu tư và có thể được Công ty thay đổi vào từng thời điểm.

- 1.17 **Khoản nợ:** là khoản tiền bao gồm các khoản tạm ứng từ Hợp đồng bảo hiểm, Khoản giảm thu nhập đầu tư chưa hoàn trả, các khoản phí bảo hiểm đã đến hạn nhưng chưa thanh toán và các khoản khác còn nợ Công ty theo quy định của Hợp đồng bảo hiểm này.
- 1.18 **Không chia lãi:** là loại hợp đồng bảo hiểm không tham gia vào việc phân chia lợi nhuận của Công ty và sẽ không được trả lãi hoặc thương dưới bất kỳ hình thức nào.
- 1.19 **Giấy chứng nhận bảo hiểm:** là văn bản thể hiện các thông tin chính về các quyền lợi bảo hiểm và là một phần không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm này.
- 1.20 **Tàn tật toàn bộ và vĩnh viễn:** là tình trạng của một người:
- a) bị mất hoặc liệt hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của các bộ phận cơ thể sau:
 - mất toàn bộ vĩnh viễn và không thể phục hồi thị lực của cả HAI mắt; hoặc
 - đứt rời HAI chi từ hoặc trên cổ tay hoặc mắt cá chân; hoặc
 - mất toàn bộ vĩnh viễn và không thể phục hồi thị lực của MỘT mắt và đứt rời MỘT chi từ hoặc trên cổ tay hoặc mắt cá chân.hoặc
 - b) bị mất khả năng hoàn toàn, liên tục và vĩnh viễn do bị thương tổn hay ốm đau nên không thể thực hiện hoặc tham gia vào bất kỳ một công việc, nghề nghiệp hay hoạt động kinh doanh có thu nhập nào và đã được xác nhận có tỷ lệ thương tật hoặc mất sức lao động vĩnh viễn từ 81% trở lên bởi Hội đồng giám định y khoa cấp tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương. Tàn tật này phải không gián đoạn trong thời gian ít nhất mười hai (12) tháng kể từ ngày bắt đầu bị tàn tật trước khi Công ty đánh giá bản chất toàn bộ và vĩnh viễn của sự tàn tật.
- 1.21 **Tai nạn:** tùy từng trường hợp, là một sự kiện hoặc một 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 hoặc Người được bảo hiểm thứ cấp thứ nhất, gây ra thương tật hoặc cái chết cho Người được bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm thứ cấp thứ nhất. Sự kiện hoặc chuỗi sự kiện nêu trên phải là nguyên nhân trực tiếp gây ra thương tật hoặc cái chết cho Người được bảo hiểm/Người được bảo hiểm thứ cấp thứ nhất trong vòng 90 ngày kể từ ngày xảy ra Tai nạn và Tai nạn này phải là nguyên nhân duy nhất gây ra thương tật hay cái chết này.
- 1.22 **Bác sĩ được phép hành nghề:** là cá nhân có bằng cấp được thừa nhận về tây y đã đăng ký và được phép hành nghề một cách hợp pháp tại một khu vực địa lý nhất định để thực hành nghề y hoặc phẫu thuật bằng tây y; tuy nhiên định nghĩa này loại trừ những bác sĩ chính là Người được bảo hiểm/Người được bảo hiểm thứ cấp thứ nhất/Người được bảo hiểm thứ cấp thứ hai, hay là đại lý bảo hiểm, bên đối tác, người sử dụng lao động/người lao động hay là thành viên trực hệ trong gia đình của Người được bảo hiểm/Người được bảo hiểm thứ cấp thứ nhất/Người được bảo hiểm thứ cấp thứ hai.

- 1.23 **Bệnh viện đủ tiêu chuẩn:** là bệnh viện tuyến trung ương hoặc tuyến tỉnh hoặc tuyến huyện theo phân cấp của Bộ Y tế Việt Nam, được đăng ký hợp pháp với cơ quan có thẩm quyền và có chữ “bệnh viện” trên con dấu chính thức, hay bệnh viện loại tương đương nếu ở ngoài Việt Nam, được phép cung cấp dịch vụ y tế tây y để chăm sóc và điều trị bệnh nhân, có các phương tiện chẩn đoán bệnh và dịch vụ chăm sóc liên tục 24 giờ, có lưu trữ hồ sơ bệnh án bệnh nhân theo tiêu chuẩn quy định của pháp luật. Vì mục đích của Hợp đồng bảo hiểm này, Bệnh viện đủ tiêu chuẩn không phải là bệnh viện y học dân tộc, Đông Y, bệnh viện tâm thần, bệnh viện phục hồi chức năng, không phải là cơ sở phục vụ cho việc điều dưỡng, dưỡng lão hay các mục đích tương tự, không tham gia vào việc chăm sóc các trường hợp nghiện rượu hay ma túy.
- 1.24 **Bệnh hiểm nghèo:** là bệnh hay phẫu thuật hay thủ thuật được bảo hiểm theo hợp đồng này. Đây phải là bệnh hay phẫu thuật hay thủ thuật thỏa mãn các định nghĩa được nêu tại Phụ lục đính kèm theo Hợp đồng bảo hiểm này và xuất hiện lần đầu tiên đối với Người được bảo hiểm. Các phẫu thuật, kiểm tra y tế hay điều trị phải phù hợp với các tiêu chuẩn thông thường về hành nghề y tại Việt Nam.

Công ty sẽ không chi trả bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào nếu các bệnh này phát sinh:

(a) trước ngày Công ty chấp thuận bảo hiểm hoặc trước ngày Công ty chấp thuận khôi phục Hợp đồng bảo hiểm lần sau cùng, lấy ngày nào đến sau, hoặc

(b) trong vòng 90 ngày kể từ sau ngày Công ty chấp thuận bảo hiểm hoặc ngày Công ty chấp thuận khôi phục Hợp đồng bảo hiểm lần sau cùng, lấy ngày nào đến sau.

Trong định nghĩa này, một bệnh được coi là phát sinh khi bệnh đó được kiểm tra, chẩn đoán hay điều trị hoặc khi có các dấu hiệu hay triệu chứng mà một người bình thường sẽ đi khám y tế, chẩn đoán, chăm sóc hay điều trị hay dẫn đến việc phải tiến hành các phẫu thuật được bảo hiểm.

Điều 2: Thủ tục tham gia bảo hiểm

- 2.1 Khi yêu cầu bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm (cũng đồng thời là Người được bảo hiểm thứ cấp thứ nhất), Người được bảo hiểm thứ cấp thứ hai và Người được bảo hiểm phải điền đầy đủ và trung thực vào hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, nộp bản sao giấy khai sinh và giấy chứng minh nhân dân (nếu có) của Người được bảo hiểm; bản sao giấy chứng minh nhân dân hoặc hộ chiếu hoặc hộ khẩu của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm thứ cấp thứ hai; bản sao giấy đăng ký kết hôn của Người được bảo hiểm thứ cấp thứ nhất với Người được bảo hiểm thứ cấp thứ hai và các thông tin và bằng chứng khác liên quan đến sức khỏe và khả năng tài chính của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm và Người được bảo hiểm thứ cấp thứ hai và đóng phí bảo hiểm đầu tiên bằng với phí bảo hiểm của một định kỳ đóng phí (hoặc hai định kỳ đóng phí bảo hiểm nếu hợp đồng được trả theo tháng).

- 2.2 Để được chấp nhận bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm đầu tiên phải là cha hoặc mẹ hoặc /người giám hộ hợp pháp của Người được bảo hiểm. Việc thay đổi Bên mua bảo hiểm được thực hiện theo quy định tại Điều 12.1.

Công ty sẽ không chấp nhận bảo hiểm nếu không nhận được sự chấp thuận trước bằng văn bản của Người được bảo hiểm (hoặc cha/mẹ/người giám hộ hợp pháp của Người được bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm là người chưa thành niên), Người được bảo hiểm thứ cấp thứ nhất, và Người được bảo hiểm thứ cấp thứ hai.

Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm có đầy đủ chữ ký của Người được bảo hiểm (hoặc cha mẹ/người giám hộ hợp pháp của Người được bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm là người chưa thành niên), Người được bảo hiểm thứ cấp thứ nhất và Người được bảo hiểm thứ cấp thứ hai sẽ được coi là sự đồng ý bằng văn bản của Người được bảo hiểm, Người được bảo hiểm thứ cấp thứ nhất và Người được bảo hiểm thứ cấp thứ hai.

Điều 3: Thời hạn của Hợp đồng bảo hiểm và Thời hạn đóng phí

3.1 Thời hạn của Hợp đồng bảo hiểm:

- Đối với Quyền lợi Phổ Thông: Thời hạn của Hợp đồng bảo hiểm là khoảng thời gian từ 16 đến 22 năm kể từ Ngày có hiệu lực của hợp đồng, phụ thuộc vào Tuổi tham gia bảo hiểm của Người được bảo hiểm vào Ngày có hiệu lực của hợp đồng. Trong mọi trường hợp, Thời hạn của Hợp đồng bảo hiểm sẽ không vượt quá Ngày kỷ niệm hợp đồng ngay sau lần sinh nhật thứ 22 của Người được bảo hiểm.
- Đối với Quyền lợi Đại Học: Thời hạn của hợp đồng bảo hiểm là khoảng thời gian từ 10 đến 22 năm kể từ Ngày có hiệu lực của hợp đồng, phụ thuộc vào Tuổi tham gia bảo hiểm của Người được bảo hiểm vào Ngày có hiệu lực của hợp đồng. Trong mọi trường hợp, Thời hạn của Hợp đồng bảo hiểm sẽ không vượt quá Ngày kỷ niệm hợp đồng ngay sau lần sinh nhật thứ 22 của Người được bảo hiểm.
- Đối với Quyền lợi Thạc Sĩ: Thời hạn của Hợp đồng bảo hiểm là khoảng thời gian từ 9 đến 25 năm kể từ Ngày có hiệu lực của hợp đồng, phụ thuộc vào Tuổi tham gia bảo hiểm của Người được bảo hiểm vào Ngày có hiệu lực của hợp đồng. Trong mọi trường hợp, Thời hạn của Hợp đồng bảo hiểm sẽ không vượt quá Ngày kỷ niệm hợp đồng ngay sau lần sinh nhật thứ 25 của Người được bảo hiểm.

3.2 Thời hạn đóng phí của Hợp đồng bảo hiểm:

- Đối với Quyền lợi Phổ Thông: Thời hạn đóng phí của Hợp đồng bảo hiểm là từ 12 đến 18 năm kể từ Ngày có hiệu lực của hợp đồng, phụ thuộc vào Tuổi tham gia bảo hiểm của Người được bảo hiểm vào Ngày có hiệu lực của hợp đồng. Trong mọi trường hợp, Thời hạn đóng phí của Hợp đồng bảo hiểm sẽ không vượt quá Ngày kỷ niệm hợp đồng ngay sau lần sinh nhật thứ 18 của Người được bảo hiểm.

- Đối với Quyền lợi Đại Học: Thời hạn đóng phí của Hợp đồng bảo hiểm là từ 6 đến 18 năm kể từ Ngày có hiệu lực của hợp đồng, phụ thuộc vào Tuổi tham gia bảo hiểm của Người được bảo hiểm vào Ngày có hiệu lực của hợp đồng. Trong mọi trường hợp, Thời hạn đóng phí của Hợp đồng bảo hiểm sẽ không vượt quá Ngày kỷ niệm hợp đồng ngay sau lần sinh nhật thứ 18 của Người được bảo hiểm.
- Đối với Quyền lợi Thạc Sĩ: Thời hạn đóng phí của Hợp đồng bảo hiểm là từ 6 đến 22 năm kể từ Ngày có hiệu lực của hợp đồng, phụ thuộc vào Tuổi tham gia bảo hiểm của Người được bảo hiểm vào Ngày có hiệu lực của hợp đồng. Trong mọi trường hợp, Thời hạn đóng phí của Hợp đồng bảo hiểm sẽ không vượt quá Ngày kỷ niệm hợp đồng ngay sau lần sinh nhật thứ 22 của Người được bảo hiểm.

Điều 4: Bảo hiểm tạm thời

- 4.1 Vào thời điểm hồ sơ yêu cầu bảo hiểm được hoàn tất hợp lệ và phí bảo hiểm đầu tiên như được quy định tại Điều 2.1 đã được thanh toán bằng tiền mặt, séc hay bất kỳ hình thức nào khác được ngân hàng chấp nhận, nếu Người được bảo hiểm tử vong do Tai nạn, Công ty sẽ chi trả 100.000.000 (một trăm triệu) đồng hoặc (tổng) số tiền bảo hiểm của tất cả các hồ sơ yêu cầu bảo hiểm của cùng một Người được bảo hiểm nộp cho Công ty, tùy thuộc vào giá trị nào nhỏ hơn. Trong tất cả các trường hợp, bảo hiểm tạm thời sẽ chấm dứt khi hồ sơ yêu cầu bảo hiểm được Công ty chấp thuận hoặc từ chối.
- 4.2 Nếu hồ sơ yêu cầu bảo hiểm bị từ chối hoặc Quyền lợi bảo hiểm tạm thời bị từ chối chi trả, Người được bảo hiểm tự tử hoặc tổng phí bảo hiểm đầu tiên của tất cả các Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm lớn hơn 100.000.000 (một trăm triệu) đồng Công ty sẽ chi hoàn lại khoản phí bảo hiểm đầu tiên đã đóng, không có lãi, sau khi đã trừ các chi phí kiểm tra y tế và các chi phí hợp lý khác.

Điều 5: Các điều khoản chung khác

- 5.1 Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm thứ cấp thứ nhất, Người được bảo hiểm thứ cấp thứ hai và Người được bảo hiểm có nghĩa vụ phải điền đầy đủ và trung thực vào hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và tuân thủ mọi điều kiện quy định trong hợp đồng bảo hiểm.
- 5.2 Nếu các thông tin liên quan đến Người được bảo hiểm được cung cấp không trung thực hoặc không đầy đủ mà nếu biết được về những thông tin đó Công ty sẽ từ chối bảo hiểm cho Người được bảo hiểm hoặc nhận bảo hiểm với mức phí bảo hiểm cao hơn, Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực và Công ty sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm mà chỉ hoàn lại tổng số phí bảo hiểm đã đóng kể từ ngày nộp hồ sơ yêu cầu bảo hiểm hoặc ngày nộp hồ sơ khôi phục hiệu lực hợp đồng bảo hiểm, lấy ngày nào đến sau, sau khi trừ đi các chi phí liên quan tính đến thời điểm chấm dứt phát sinh từ việc phát hành và duy trì hiệu lực hợp đồng bảo hiểm, Khoản nợ, chi phí kiểm tra y tế và các khoản tiền bảo hiểm đã trả, nếu có. Số tiền hoàn trả sẽ không được tính lãi.

Nếu các thông tin liên quan đến Người được bảo hiểm thứ cấp thứ nhất hoặc Người được bảo hiểm thứ cấp thứ hai được cung cấp không trung thực hoặc không đầy đủ mà nếu biết

được về những thông tin đó Công ty sẽ từ chối bảo hiểm cho Người được bảo hiểm thứ cấp thứ nhất hoặc Người được bảo hiểm thứ cấp thứ hai hoặc nhận bảo hiểm với mức phí bảo hiểm cao hơn, Hợp đồng bảo hiểm vẫn tiếp tục có hiệu lực nhưng các quyền lợi bảo hiểm cung cấp cho Người được bảo hiểm thứ cấp thứ nhất hoặc Người được bảo hiểm thứ cấp thứ hai sẽ không được Công ty chi trả. Công ty sẽ không có nghĩa vụ phải hoàn trả lại các khoản phí bảo hiểm đã đóng. Trong trường hợp này, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu chấm dứt hợp đồng bảo hiểm và nhận lại Giá trị hoàn lại sau khi đã trừ các Khoản nợ, nếu có.

- 5.3 Khấu trừ: Công ty có quyền khấu trừ các Khoản nợ, các khoản thanh toán quyền lợi bảo hiểm mà Công ty đã chi trả mà lẽ ra không được hưởng trước khi chi trả bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào. Công ty sẽ có quyền ưu tiên hơn bất kỳ chủ nợ, Bên mua bảo hiểm, người được chuyển nhượng, hay bất kỳ bên có quyền lợi liên quan nào khác để yêu cầu thanh toán bất kỳ khoản khấu trừ nào nêu trên.
- 5.4 Miễn truy xét: Sau thời hạn hai năm kể từ ngày Công ty chấp thuận bảo hiểm hoặc lần khôi phục hiệu lực sau cùng của hợp đồng bảo hiểm, lấy ngày nào đến sau, trừ trường hợp khai báo không trung thực hoặc không đầy đủ như được quy định tại Điều 5.2 và phụ thuộc vào Điều 14 dưới đây, nếu hợp đồng bảo hiểm vẫn còn hiệu lực thì hợp đồng bảo hiểm sẽ không bị truy xét về các thông tin được cung cấp bởi Bên mua bảo hiểm (cũng đồng thời là Người được bảo hiểm thứ cấp thứ nhất), Người được bảo hiểm và Người được bảo hiểm thứ cấp thứ hai. Điều khoản này sẽ không áp dụng cho các sản phẩm bổ sung đính kèm cung cấp các quyền lợi bảo hiểm tai nạn, tàn tật hay sức khỏe.

Bất kể đã có quy định nêu trên, trừ trường hợp khai báo không trung thực hoặc không đầy đủ như được quy định tại Điều 5.2 và phụ thuộc vào Điều 14 dưới đây, nếu hợp đồng bảo hiểm vẫn còn hiệu lực và trong khi những người được bảo hiểm còn sống, hiệu lực của mỗi lần tăng Số tiền bảo hiểm sẽ không bị truy xét sau hai năm kể từ ngày có hiệu lực của việc tăng số tiền bảo hiểm hoặc ngày khôi phục hiệu lực sau cùng của hợp đồng, tùy thuộc vào ngày nào xảy ra sau.

- 5.5 Hợp đồng bảo hiểm: Hợp đồng bảo hiểm được làm thành văn bản giữa Công ty và Bên mua bảo hiểm trên cơ sở hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và các thông tin và hàng chứng khác liên quan đến sức khỏe và khả năng tài chính của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm và Người được bảo hiểm thứ cấp thứ hai được Công ty chấp thuận bảo hiểm, được thể hiện bằng các điều khoản, điều kiện của sản phẩm bảo hiểm chính và (các) sản phẩm bảo hiểm bổ sung, nếu có, và tất cả các điều khoản riêng hay các xác nhận sửa đổi bổ sung được Công ty ký xác nhận và Giấy chứng nhận bảo hiểm. Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm bao gồm hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, các ban khai hay xác nhận về tình trạng sức khỏe, y tế hay tài chính được hoàn tất và ký bởi Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm thứ cấp hai và Người được bảo hiểm, tùy từng trường hợp và các tài liệu do Bên mua bảo hiểm cung cấp. Tất cả các tài liệu trên là phần không tách rời của hợp đồng bảo hiểm giữa Công ty và Bên mua bảo hiểm.

CHƯƠNG 2

QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Điều 6: Quyền lợi bảo hiểm

Kể từ ngày Công ty chấp thuận hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, tùy thuộc vào điều khoản và điều kiện của Hợp đồng bảo hiểm, Hợp đồng bảo hiểm này cung cấp các quyền lợi sau:

6.1 Quyền lợi hỗ trợ chi phí giáo dục

6.1.1. Khi Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực, Công ty sẽ chi trả Quyền lợi hỗ trợ chi phí giáo dục phụ thuộc vào các lựa chọn quyền lợi bảo hiểm như sau:

- (i) *Quyền lợi Phổ Thông*: Công ty sẽ thanh toán 20% Số tiền bảo hiểm vào Ngày ký niệm hợp đồng ngay sau ngày sinh nhật lần thứ 11 của Người được bảo hiểm, 30% Số tiền bảo hiểm vào Ngày ký niệm hợp đồng ngay sau ngày sinh nhật lần thứ 15 của Người được bảo hiểm và 50% Số tiền bảo hiểm vào Ngày ký niệm hợp đồng ngay sau ngày sinh nhật lần thứ 18 của Người được bảo hiểm, với điều kiện là Người được bảo hiểm còn sống vào các Ngày ký niệm hợp đồng này.
- (ii) *Quyền lợi Đại Học*: Công ty sẽ thanh toán 25% Số tiền bảo hiểm vào Ngày ký niệm hợp đồng ngay sau ngày sinh nhật lần thứ 18 của Người được bảo hiểm, và vào mỗi Ngày ký niệm hợp đồng sau đó cho tới Ngày ký niệm hợp đồng ngay sau ngày sinh nhật lần thứ 21 của Người được bảo hiểm, với điều kiện là Người được bảo hiểm còn sống vào các Ngày ký niệm hợp đồng này.
- (iii) *Quyền lợi Thạc Sĩ*: Công ty sẽ thanh toán 30% Số tiền bảo hiểm vào Ngày ký niệm hợp đồng ngay sau ngày sinh nhật lần thứ 22 của Người được bảo hiểm, 30% Số tiền bảo hiểm vào Ngày ký niệm hợp đồng ngay sau ngày sinh nhật lần thứ 23 của Người được bảo hiểm và 40% Số tiền bảo hiểm vào Ngày ký niệm hợp đồng ngay sau ngày sinh nhật lần thứ 24 của Người được bảo hiểm, với điều kiện là Người được bảo hiểm còn sống vào các Ngày ký niệm hợp đồng này.

Các Quyền lợi hỗ trợ chi phí giáo dục này sẽ được tự động để lại Công ty và được tính lãi theo mức lãi suất do Công ty quy định tại từng thời điểm cho đến khi Bên mua bảo hiểm có yêu cầu nhận quyền lợi này.

6.1.2. Ngoài Quyền lợi hỗ trợ chi phí giáo dục được hưởng, nếu Người được bảo hiểm thi đậu đại học lần đầu tiên và được xếp hạng nhất, nhì, ba trong số những người có điểm thi cao nhất của trường đại học đã chọn, Công ty sẽ chi trả cho Người được bảo hiểm khoản tiền thưởng có giá trị tương đương 20% Số tiền bảo hiểm tính tại thời điểm có kết quả thi đại học. Để tránh hiểu lầm, trong mọi trường hợp và không phụ thuộc vào số trường đại học, tổng giá trị chi trả sẽ chỉ giới hạn ở mức tối đa bằng 20% Số tiền bảo hiểm tính tại thời điểm có kết quả thi đại học.

6.1.3. Nếu có bất kỳ Quyền lợi hỗ trợ chi phí giáo dục nào đã được thanh toán mà sau đó Công ty phát hiện là Người được bảo hiểm đã không còn sống vào các Ngày đến hạn thanh toán

Quyền lợi hỗ trợ chi phí giáo dục như được quy định tại Điều 6.1.1 ở trên, Công ty sẽ có quyền trừ các Quyền lợi hỗ trợ chi phí giáo dục đó vào bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào mà Công ty có nghĩa vụ phải chi trả theo Hợp đồng bảo hiểm này.

6.2 *Quyền lợi bảo hiểm tử vong*

- 6.2.1 Nếu Người được bảo hiểm tử vong khi Hợp đồng bảo hiểm đang còn hiệu lực và trước Ngày đáo hạn hợp đồng, Công ty sẽ chi trả 120% Số tiền bảo hiểm tính tại thời điểm Người được bảo hiểm tử vong.

Giới hạn quyền lợi bảo hiểm đối với trẻ em:

Tùy thuộc vào tuổi của Người được bảo hiểm vào thời điểm tử vong, quyền lợi bảo hiểm tử vong quy định tại Điều 6.2.1 trên sẽ được chi trả theo tỉ lệ như sau:

Tuổi của Người được bảo hiểm vào thời điểm tử vong	Quyền lợi bảo hiểm
Dưới 1 tuổi	20% Quyền lợi bảo hiểm tử vong
Dưới 2 tuổi	40% Quyền lợi bảo hiểm tử vong
Dưới 3 tuổi	60% Quyền lợi bảo hiểm tử vong
Dưới 4 tuổi	80% Quyền lợi bảo hiểm tử vong
Từ 4 tuổi trở lên	100% Quyền lợi bảo hiểm tử vong

Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực vào ngày Người được bảo hiểm tử vong.

- 6.2.2 Nếu Người được bảo hiểm thứ cấp thứ nhất tử vong khi Hợp đồng bảo hiểm đang còn hiệu lực và trước Ngày đáo hạn hợp đồng, Công ty sẽ chi trả 120% Số tiền bảo hiểm tính tại thời điểm Người được bảo hiểm thứ cấp thứ nhất tử vong.

Sau khi Công ty chấp thuận thanh toán quyền lợi bảo hiểm tử vong theo quy định tại Điều 6.2.2 này Công ty sẽ miễn thu phí bảo hiểm của hợp đồng bảo hiểm chính vào các ngày đến hạn đóng phí như được quy định tại Điều 6.4 của Hợp đồng bảo hiểm. Các quyền lợi bảo hiểm khác áp dụng cho Người được bảo hiểm thứ cấp thứ nhất và Người được bảo hiểm thứ cấp thứ hai sẽ chấm dứt hiệu lực.

6.3 *Quyền lợi bảo hiểm tàn tật toàn bộ và vĩnh viễn*

Kể từ ngày Công ty chấp thuận bảo hiểm và chưa có quyền lợi bảo hiểm nào đã được chi trả theo các quy định tại Điều 6.2 và 6.7 của Hợp đồng bảo hiểm này, nếu Người được bảo hiểm thứ cấp thứ nhất bị Tàn tật toàn bộ và vĩnh viễn trước khi đạt tuổi 65 và trong khi Hợp đồng bảo hiểm đang có hiệu lực và trước Ngày đáo hạn hợp đồng, Công ty sẽ chi trả 120% Số tiền bảo hiểm tính tại thời điểm Người được bảo hiểm thứ cấp thứ nhất bị Tàn tật toàn bộ và vĩnh viễn.

Sau khi Công ty chấp thuận thanh toán quyền lợi bảo hiểm tàn tật toàn bộ và vĩnh viễn, Công ty sẽ miễn thu phí bảo hiểm của hợp đồng bảo hiểm chính vào các ngày đến hạn đóng phí như được quy định tại Điều 6.4 của Hợp đồng bảo hiểm, các quyền lợi bảo hiểm khác áp dụng cho Người được bảo hiểm thứ cấp thứ nhất và Người được bảo hiểm thứ cấp thứ hai sẽ chấm dứt hiệu lực.

6.4 Quyền lợi miễn thu phí bảo hiểm

Nếu Người được bảo hiểm thứ cấp thứ nhất hoặc Người được bảo hiểm thứ cấp thứ hai bị Tàn tật toàn bộ và vĩnh viễn trước khi đạt tuổi 65 hoặc bị tử vong trong khi Hợp đồng bảo hiểm đang còn hiệu lực và trước Ngày đáo hạn hợp đồng, Hợp đồng bảo hiểm sẽ được miễn thu phí bảo hiểm của hợp đồng bảo hiểm chính vào các ngày đến hạn đóng phí. Trong trường hợp sự kiện bảo hiểm xảy ra đồng thời với Người được bảo hiểm thứ cấp thứ nhất và Người được bảo hiểm thứ cấp thứ hai, Công ty sẽ chỉ chịu trách nhiệm miễn thu phí bảo hiểm của hợp đồng bảo hiểm chính vào các ngày đến hạn đóng phí mà không có bất kỳ nghĩa vụ thanh toán phí hoặc hoàn trả phí nào.

Trong trường hợp chưa có Người được bảo hiểm thứ cấp thứ hai vào Ngày có hiệu lực của hợp đồng, các quyền lợi liên quan đến Người được bảo hiểm thứ cấp thứ hai sẽ không được áp dụng trong suốt thời hạn của Hợp đồng bảo hiểm.

Công ty sẽ không miễn bất kỳ khoản phí bảo hiểm nào có ngày đến hạn quá một năm trước ngày Công ty nhận được văn bản yêu cầu giải quyết quyền lợi miễn thu phí bảo hiểm nêu trên.

Sau khi Công ty chấp thuận miễn thu phí bảo hiểm của hợp đồng bảo hiểm chính, ngoại trừ các sản phẩm bổ sung đính kèm áp dụng cho Người được bảo hiểm, các sản phẩm bổ sung đính kèm áp dụng cho Người được bảo hiểm thứ cấp thứ nhất hoặc Người được bảo hiểm thứ cấp thứ hai, tùy từng trường hợp sẽ bị chấm dứt hiệu lực. Công ty sẽ không chấp thuận bất kỳ thay đổi nào về Số tiền bảo hiểm cũng như về định kỳ đóng phí bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm này.

6.5 Quyền lợi thương tật do Tai nạn

Sau Ngày Công ty chấp thuận bảo hiểm, nếu Người được bảo hiểm bị **một trong những** thương tổn dưới đây do Tai nạn trong khi Hợp đồng bảo hiểm đang còn hiệu lực và trước Ngày đáo hạn hợp đồng, Công ty sẽ thanh toán một tỷ lệ phần trăm Số tiền bảo hiểm theo bảng tỷ lệ quyền lợi bảo hiểm dưới đây.

BẢNG TỶ LỆ QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

#	Thương tật do Tai nạn	% Số tiền bảo hiểm
1	Mất toàn bộ, vĩnh viễn và không thể phục hồi thị lực của 2 mắt	100%

2	Mất toàn bộ, vĩnh viễn và không thể phục hồi thị lực của 1 mắt	50%
3	Mất hoặc liệt 2 chi	100%
4	Mất hoặc liệt 1 chi	75%
5	Mất hoặc liệt 1 chi và Mất toàn bộ, vĩnh viễn và không thể phục hồi thị lực của 1 mắt	100%
6	Mất toàn bộ, vĩnh viễn và không thể phục hồi khả năng nghe và nói	100%
7	Mất toàn bộ, vĩnh viễn và không thể phục hồi được thính lực	
	a. Của cả 2 tai	75%
	b. Của 1 tai	25%
8	Mất toàn bộ, vĩnh viễn và không thể phục hồi khả năng nói	50%
9	Mất toàn bộ vĩnh viễn thủy tinh thể của 1 mắt	50%
10	Mất hoặc mất hoàn toàn vĩnh viễn khả năng sử dụng bốn ngón tay và ngón cái trong một bàn tay	50%
11	Mất hoặc mất hoàn toàn vĩnh viễn khả năng sử dụng bốn ngón tay trong một bàn tay	30%
12	Mất hoặc mất hoàn toàn vĩnh viễn khả năng sử dụng ngón tay cái	
	a. Cả 2 đốt của một ngón tay cái	20%
	b. Chỉ 1 đốt của một ngón tay cái	10%
13	Mất hoặc mất hoàn toàn vĩnh viễn khả năng sử dụng ngón tay	
	a. Cả 3 đốt ngón tay	7,5%
	b. 2 đốt ngón tay	5%
	c. 1 đốt ngón tay	2%
14	Mất hoặc mất hoàn toàn vĩnh viễn khả năng sử dụng ngón chân	
	a. Tất cả ngón của 1 bàn chân	15%
	b. Cả 2 đốt của ngón chân cái	5%
	c. 1 đốt của ngón chân cái	3%
	d. mỗi ngón chân (không phải là ngón cái)	1%

* Mất chi: là đứt rời hoàn toàn từ cổ tay trở lên hoặc từ mắt cá chân trở lên.

* Liệt chi: là mất hoàn toàn và vĩnh viễn năng lực của các cơ bắp của một tay hoặc một chân do thương tổn của hệ thần kinh do Tai nạn gây ra.

Trong trường hợp có nhiều thương tật do một Tai nạn gây ra, Công ty chỉ chi trả cho một thương tật có mức thanh toán cao nhất. Bất kỳ thương tổn hoặc bộ phận nào đã được Công ty xem xét chi trả bảo hiểm theo Điều 6.5 này sẽ không được viện dẫn hoặc xem xét để giải quyết bất kỳ quyền lợi bảo hiểm thương tật do Tai nạn nào khác.

Mức thanh toán tối đa cho Quyền lợi này là 100% Số tiền bảo hiểm trong suốt Thời hạn của Hợp đồng bảo hiểm.

6.6 Quyền lợi bảo hiểm bệnh hiểm nghèo

Khi Hợp đồng bảo hiểm này đang còn hiệu lực, nếu Người được bảo hiểm lần đầu tiên được chẩn đoán là mắc phải một Bệnh hiểm nghèo hoặc thực tế đã trải qua một cuộc Phẫu thuật được bảo hiểm như đã được định nghĩa và vẫn tiếp tục sống ít nhất là 30 ngày kể từ ngày được chẩn đoán hay phẫu thuật, Công ty sẽ chi trả Số tiền bảo hiểm tính tại thời điểm Người được bảo hiểm được chẩn đoán hay phẫu thuật nhưng luôn luôn với điều kiện là trong mọi trường hợp mức chi trả sẽ không vượt quá Hạn mức bảo hiểm bệnh hiểm nghèo.

Trong trường hợp cần phải có bằng chứng về tình trạng vĩnh viễn của một bệnh, đánh giá y tế sẽ được thực hiện không sớm hơn 90 ngày kể từ ngày bắt đầu của bệnh đó. Trong trường hợp có phẫu thuật được thực hiện, Công ty có thể yêu cầu bằng chứng y tế để chứng minh rằng việc phẫu thuật đó là thông thường trong điều kiện đó và cần thiết về mặt y học. Các bằng chứng hay tài liệu bổ sung này phải phù hợp với qui định về thực hành y khoa thông thường ở Việt Nam.

Hạn mức bảo hiểm bệnh hiểm nghèo là giới hạn chi trả quyền lợi bảo hiểm cho trường hợp bệnh hiểm nghèo mà một Người được bảo hiểm có thể được hưởng theo tất cả các hợp đồng bảo hiểm có cung cấp quyền lợi bảo hiểm bệnh hiểm nghèo của Công ty. Hiện tại Hạn mức bảo hiểm bệnh hiểm nghèo là bốn (4) tỷ đồng Việt Nam và có thể được điều chỉnh phụ thuộc vào quyết định của Công ty và các chấp thuận tái bảo hiểm. Công ty sẽ áp dụng Hạn mức bảo hiểm bệnh hiểm nghèo có giá trị cao nhất tại thời điểm chi trả quyền lợi bảo hiểm.

Mức thanh toán tối đa cho Quyền lợi bảo hiểm bệnh hiểm nghèo là 100% Số tiền bảo hiểm trong suốt Thời hạn của Hợp đồng bảo hiểm. Sau khi Công ty chấp thuận thanh toán quyền lợi bảo hiểm bệnh hiểm nghèo, quyền lợi bảo hiểm này sẽ chấm dứt hiệu lực.

6.7 Quyền lợi đáo hạn

Nếu Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực và Người được bảo hiểm còn sống vào Ngày đáo hạn hợp đồng, Công ty sẽ chi trả cho Bên mua bảo hiểm tiền Thương đáo hạn hợp đồng. Tùy từng trường hợp, Hợp đồng bảo hiểm này sẽ đáo hạn:

- (i) vào Ngày kỷ niệm hợp đồng ngay sau lần sinh nhật thứ 22 của Người được bảo hiểm đối với Quyền lợi Phổ Thông;
- (ii) vào Ngày kỷ niệm hợp đồng ngay sau lần sinh nhật thứ 22 của Người được bảo hiểm đối với Quyền lợi Đại Học; hoặc
- (iii) vào Ngày kỷ niệm hợp đồng ngay sau lần sinh nhật thứ 25 của Người được bảo hiểm đối với Quyền lợi Thạc Sĩ.

Tùy thuộc vào thời hạn đóng phí của hợp đồng bảo hiểm, tiền Thương đáo hạn hợp đồng là một tỷ lệ phần trăm của Số tiền bảo hiểm được quy định cụ thể như sau:

Thời hạn đóng phí	% Số tiền bảo hiểm		
	Lựa chọn phổ thông	Lựa chọn đại học	Lựa chọn thạc sỹ
6		10%	10%
7		10%	10%
8		10%	10%
9		15%	15%
10		15%	15%
11		15%	15%
12	20%	20%	20%
13	20%	20%	20%
14	20%	20%	20%
15	25%	25%	25%
16	25%	25%	25%
17	30%	30%	30%
18	30%	30%	30%
19			35%
20			35%
21			35%
22			35%

6.8 Tạm ứng từ hợp đồng

Sau khi hợp đồng có hiệu lực được ít nhất hai (2) năm và có Giá trị hoàn lại, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu tạm ứng một khoản tiền nhưng không được vượt quá 80% Giá trị hoàn lại.

Khoản giảm thu nhập đầu tư do việc tạm ứng từ hợp đồng được tính bằng số tiền tạm ứng từ hợp đồng nhân với lãi suất nhận tạm ứng và được tính cộng dồn theo ngày. Bất kỳ Khoản giảm thu nhập đầu tư nào chưa được thanh toán vào Ngày kỷ niệm hợp đồng sẽ được cộng gộp vào khoản tiền tạm ứng từ hợp đồng.

Bất cứ khoản tiền nào do Bên mua bảo hiểm thanh toán khi đang có các khoản tạm ứng từ hợp đồng hoặc Khoản giảm thu nhập đầu tư sẽ được xem là hoàn trả khoản tạm ứng từ hợp đồng và Khoản giảm thu nhập đầu tư trừ khi Bên mua bảo hiểm nêu rõ về việc số tiền đó hay một phần của số tiền đó là được sử dụng cho việc đóng phí bảo hiểm. Các khoản hoàn

trả cho khoản tạm ứng từ hợp đồng sẽ được sử dụng để hoàn trả Khoản giảm thu nhập đầu tư trước và phần còn lại sẽ được sử dụng để hoàn trả khoản tạm ứng còn nợ.

Nếu số tiền tạm ứng (bao gồm cả khoản tạm ứng phí bảo hiểm tự động) và Khoản giảm thu nhập đầu tư của hợp đồng bảo hiểm cùng với bất kỳ khoản phí bảo hiểm quá hạn nào và các khoản khác còn nợ Công ty vượt quá Giá trị hợp đồng, hợp đồng bảo hiểm sẽ bị chấm dứt. Trong trường hợp này, Bên mua bảo hiểm sẽ không được nhận Giá trị hợp đồng hay Giá trị hoàn lại.

Điều 7: Điều khoản loại trừ

7.1 Những loại trừ bảo hiểm:

Vào mọi thời điểm, không quyền lợi bảo hiểm nào được chi trả hoặc thực hiện nếu sự kiện bảo hiểm xảy ra do hậu quả trực tiếp hay gián tiếp của bất kỳ lý do nào dưới đây:

- Tự tử trong vòng 24 tháng kể từ Ngày có hiệu lực của hợp đồng hay từ ngày của lần khôi phục hiệu lực sau cùng của hợp đồng, tùy thuộc vào ngày nào xảy ra sau. Đối với khoản gia tăng của số tiền bảo hiểm, loại trừ do nguyên nhân tự tử theo quy định tại Điều này sẽ được áp dụng cho thời hạn 24 tháng tính từ ngày có hiệu lực của việc gia tăng hoặc khôi phục lại hiệu lực, tùy ngày nào xảy ra sau; hoặc
- Nhiễm HIV hay AIDS; hoặc
- Do hành vi cố ý của Bên mua bảo hiểm (cũng đồng thời là Người được bảo hiểm thứ cấp thứ nhất), Người được bảo hiểm, Người được bảo hiểm thứ cấp thứ hai, hay Người thụ hưởng. Trong trường hợp do hành vi cố ý của Người thụ hưởng, Công ty sẽ chỉ chi trả quyền lợi bảo hiểm cho Người thụ hưởng được chỉ định nào không tham gia vào các hành vi đó và theo phần quyền lợi bảo hiểm đã được chỉ định; hoặc
- Do bị thi hành án tử hình.

Trong trường hợp Người được bảo hiểm tử vong do những nguyên nhân nói trên, Công ty sẽ hoàn trả lại số phí bảo hiểm đã đóng, không có lãi, sau khi đã trừ đi các chi phí hợp lý và Hợp đồng bảo hiểm sẽ bị chấm dứt hiệu lực.

7.2 Điều khoản loại trừ áp dụng cho Quyền lợi bảo hiểm tàn tật toàn bộ và vĩnh viễn, Quyền lợi miễn thu phí bảo hiểm và Quyền lợi bảo hiểm bệnh hiểm nghèo

Vào bất cứ thời điểm nào, Công ty sẽ không chấp thuận giải quyết bất kỳ quyền lợi bảo hiểm Tàn tật toàn bộ và vĩnh viễn; quyền lợi miễn thu phí bảo hiểm và quyền lợi Bệnh hiểm nghèo nào nếu sự tàn tật hay tử vong đó là do nguyên nhân trực tiếp hay gián tiếp của bất kỳ sự kiện nào dưới đây:

- tự hủy hoại bản thân hoặc tự mình gây ra các thương tật dù trong tình trạng tinh táo hay mất trí; hoặc
- hành vi phạm tội của Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm thứ cấp thứ hai hay của Người thụ hưởng vi phạm pháp luật và các qui định của Việt Nam; hay hành vi phạm tội xảy ra ngoài Việt Nam vi phạm pháp luật và các qui định của nước có liên quan; hoặc
- phục vụ trong lực lượng vũ trang trong thời gian chiến tranh bất kể có tuyên chiến hay không tuyên chiến, hoặc hành động theo mệnh lệnh chiến đấu hay lập lại trật tự công cộng; hoặc
- do bất cứ khuyết tật bẩm sinh nào được phát hiện hay chẩn đoán trước khi Người được bảo hiểm thứ cấp thứ nhất hoặc Người được bảo hiểm thứ cấp thứ hai, tùy từng trường hợp, được 17 tuổi. Khuyết tật bẩm sinh là tình trạng bệnh đã có từ khi mới sinh, có thể là sự bất thường về thực thể hoặc về chức năng. Khuyết tật đó có thể là do di truyền, mắc phải do ảnh hưởng của các biến cố trong tử cung, hoặc do kết hợp của các nguyên nhân trên; hoặc
- khuyết tật về thực thể hay tâm thần đã có trước Ngày có hiệu lực của hợp đồng hay lần khôi phục sau cùng, tùy thuộc ngày nào xảy ra sau, và không khai báo trong hồ sơ yêu cầu bảo hiểm hoặc tờ khai tình trạng sức khỏe; hoặc
- bất kỳ điều khoản loại trừ nào theo quy định tại Điều 7.1 ở trên.

7.3 Điều khoản loại trừ áp dụng cho trường hợp bị thương tật do Tai nạn

Vào bất cứ thời điểm nào, Công ty sẽ không thanh toán bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào theo quyền lợi bảo hiểm thương tật do Tai nạn nếu thương tật đó là do nguyên nhân trực tiếp hay gián tiếp của bất kỳ sự kiện nào dưới đây:

- tham gia đánh nhau, ẩu đả; hay chống lại việc bắt giữ của cơ quan có thẩm quyền; hoặc
- hành động cố ý bao gồm cả các hành vi như: sử dụng chất kích thích, ma túy, tự tử hay mưu toan tự tử, hoặc cố tình tự gây thương tích trong lúc tinh táo hay mất trí; hoặc
- hành vi phạm tội của Người được bảo hiểm vi phạm pháp luật và các qui định của Việt Nam; hay hành vi phạm tội xảy ra ngoài Việt Nam vi phạm pháp luật và các qui định của nước có liên quan; hoặc
- phục vụ trong lực lượng vũ trang trong thời gian chiến tranh bất kể có tuyên chiến hay không tuyên chiến, hoặc hành động theo mệnh lệnh chiến đấu hay lập lại trật tự công cộng; hoặc

- tai nạn xảy ra do sử dụng rượu bia quá nồng độ theo qui định liên quan của pháp luật hoặc do ảnh hưởng của việc sử dụng thuốc không được chỉ định; hoặc
- tai nạn xảy ra trên phương tiện vận chuyển hàng không trừ trường hợp là hành khách đi chuyển bay thương mại có lịch trình thường xuyên; hoặc
- tham gia vào các hoạt động thể thao chuyên nghiệp được trả lương hoặc mang lại thu nhập, các hoạt động giải trí nguy hiểm như: lặn có bình dưỡng khí, nhảy bungee, nhảy dù, leo núi, đua ngựa hay đua xe, hành động nguy hiểm không cần thiết trừ trường hợp cứu người; hoặc
- hành động nguy hiểm không cần thiết trừ trường hợp cố gắng để cứu sống người khác; hoặc
- do ảnh hưởng của chất phóng xạ; hoặc
- bệnh loạn thần, rối loạn tâm thần/thần kinh, hay các rối loạn về giấc ngủ; hoặc
- bất kỳ điều khoản loại trừ nào theo quy định tại Điều 7.1 ở trên.

CHƯƠNG 3 SỐ TIỀN BẢO HIỂM VÀ PHÍ BẢO HIỂM

Điều 8: Số tiền bảo hiểm, Phí bảo hiểm và Đóng phí bảo hiểm

- 8.1 Số tiền bảo hiểm và số phí bảo hiểm phải đóng được thể hiện tại Giấy chứng nhận bảo hiểm. Phí bảo hiểm có thể đóng theo năm, nửa năm, hàng quý hay hàng tháng. Bên mua bảo hiểm sẽ chịu các khoản thuế tính trên phí bảo hiểm và thuế phát hành hợp đồng bảo hiểm và/hoặc các khoản thuế liên quan đến việc thanh toán quyền lợi bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này (nếu có).
- 8.2 Định kỳ đóng phí bảo hiểm được thể hiện tại Giấy chứng nhận bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm có quyền yêu cầu thay đổi định kỳ đóng phí bảo hiểm vào các Ngày kỷ niệm hợp đồng, tùy thuộc vào sự chấp nhận của Công ty. Yêu cầu thay đổi định kỳ đóng phí bảo hiểm phải được lập thành văn bản và gửi cho Công ty chậm nhất 30 ngày trước Ngày kỷ niệm hợp đồng tiếp theo.
- 8.3 Công ty có quyền gửi thông báo nhắc Bên mua bảo hiểm về việc đóng phí bảo hiểm. Tuy nhiên, để đảm bảo hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm Bên mua bảo hiểm có trách nhiệm đóng phí bảo hiểm vào hoặc trước ngày đến hạn đóng phí ngay cả khi Bên mua bảo hiểm chưa nhận được thông báo.

- 8.4 Nếu phí bảo hiểm cho toàn bộ năm hợp đồng chưa được đóng đủ thì khi chi trả quyền lợi bảo hiểm, Công ty sẽ có quyền cần trừ phần phí bảo hiểm còn thiếu của năm hợp đồng đó vào quyền lợi bảo hiểm được trả.
- 8.5 Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu người khác nộp phí bảo hiểm thay mình và hoàn toàn chịu trách nhiệm đối với các rủi ro và các vấn đề phát sinh có liên quan đến việc nộp phí bảo hiểm đó. Công ty không chịu trách nhiệm hoặc không có nghĩa vụ phải xác minh tính hiệu lực hoặc hợp pháp của bất kỳ khoản tiền nào được đóng nhân danh hoặc vì lợi ích của Bên mua bảo hiểm hoặc của bất kỳ trường hợp ủy quyền đóng tiền nào được thực hiện giữa Bên mua bảo hiểm và bất kỳ bên thứ ba nào. Nếu có bất kỳ truy vấn nào của cơ quan nhà nước có thẩm quyền về nguồn gốc của các khoản thanh toán, Công ty có quyền yêu cầu Bên mua bảo hiểm cung cấp các chứng từ liên quan đến các khoản thanh toán đó.

Điều 9: Thời gian gia hạn đóng phí

- 9.1 Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm không đóng phí bảo hiểm khi đến hạn, Công ty sẽ cho phép một khoảng thời gian gia hạn 60 ngày kể từ ngày đến hạn đóng phí bảo hiểm.
- 9.2 Sau khi thời gian gia hạn đóng phí bảo hiểm nêu tại điểm 9.1 đã hết, nếu Bên mua bảo hiểm không đóng đủ khoản phí bảo hiểm đến hạn, Hợp đồng bảo hiểm sẽ bị chấm dứt kể từ ngày đến hạn đóng phí, ngoại trừ trường hợp được quy định tại Điều 10.

Điều 10: Sử dụng giá trị hoàn lại để nộp phí bảo hiểm tự động

- 10.1 Nếu Bên mua bảo hiểm không thanh toán phí bảo hiểm đến hạn, và không yêu cầu chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm khi hết thời gian gia hạn đóng phí và Hợp đồng bảo hiểm đã có Giá trị hoàn lại, Công ty sẽ tự động tạm ứng từ Giá trị hoàn lại số tiền bằng với khoản phí bảo hiểm đến hạn để đóng phí bảo hiểm. Khoản tạm ứng này không phụ thuộc vào giới hạn 80% của Giá trị hoàn lại như được quy định tại Điều 6.8.
- 10.2 Bên mua bảo hiểm có thể hoàn trả số tiền tạm ứng từ Giá trị hoàn lại để nộp phí bảo hiểm tự động và khoản giảm thu nhập đầu tư vào bất cứ lúc nào, theo quy định tại Điều 6.8 ở trên.
- 10.3 Công ty sẽ khấu trừ số tiền tạm ứng từ Giá trị hoàn lại và Khoản giảm thu nhập đầu tư vào bất kỳ số tiền nào mà Công ty phải chi trả cho Bên mua bảo hiểm.
- 10.4 Nếu số tiền tạm ứng từ Giá trị hoàn lại để nộp phí bảo hiểm tự động (bao gồm cả khoản tạm ứng phí bảo hiểm tự động) cộng với Khoản giảm thu nhập đầu tư, cùng với phí bảo hiểm quá hạn và bất kỳ khoản tiền nào khác còn nợ Công ty vượt quá Giá trị hoàn lại, Hợp đồng bảo hiểm sẽ bị chấm dứt hiệu lực. Trong trường hợp này, Bên mua bảo hiểm không được nhận lại Giá trị hoàn lại của Hợp đồng bảo hiểm.

CHƯƠNG 4 THAY ĐỔI VÀ CHẤM DỨT HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

Điều 11: Từ chối tham gia bảo hiểm

Bên mua bảo hiểm có quyền từ chối tham gia bảo hiểm trong vòng 21 ngày kể từ Ngày có hiệu lực của hợp đồng. Công ty sẽ hoàn lại số phí bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm đã đóng, không có lãi, sau khi trừ đi các chi phí kiểm tra y tế và bất cứ khoản tiền bảo hiểm đã trả nào, nếu có.

Điều 12: Những thay đổi liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm

12.1. Trong thời hạn Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực, việc thay đổi Bên mua bảo hiểm chỉ được thực hiện trong trường hợp Bên mua bảo hiểm bị tử vong, Tàn tật toàn bộ và vĩnh viễn, mất tích hoặc mất năng lực hành vi dân sự:

- Nếu Người được bảo hiểm từ 18 tuổi trở lên khi Bên mua bảo hiểm tử vong, Hợp đồng bảo hiểm sẽ được chuyển giao cho Người được bảo hiểm.
- Nếu Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi khi Bên mua bảo hiểm tử vong, Hợp đồng bảo hiểm sẽ được chuyển giao cho vợ/chồng hợp pháp của Bên mua bảo hiểm. Nếu vợ/chồng hợp pháp của Bên mua bảo hiểm cũng tử vong thì Hợp đồng bảo hiểm sẽ được chuyển giao cho người giám hộ hợp pháp của Người được bảo hiểm.

Sau khi việc thay đổi Bên mua bảo hiểm được Công ty chấp thuận, người được chuyển giao sẽ trở thành Bên mua bảo hiểm mới và kế thừa mọi quyền lợi và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm theo quy định của Hợp đồng bảo hiểm này. Việc thay đổi Bên mua bảo hiểm sẽ không làm thay đổi Người được bảo hiểm, Người được bảo hiểm thứ cấp thứ nhất và Người được bảo hiểm thứ cấp thứ hai và sẽ không làm phát sinh nghĩa vụ bảo hiểm theo quy định tại Điều 6.2.2; 6.3 và 6.4 đối với Bên mua bảo hiểm mới hay vợ/chồng của Bên mua bảo hiểm mới hoặc bất kỳ hên thứ ba nào.

12.2. Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu bằng văn bản để tham gia các sản phẩm bảo hiểm bổ sung, nếu:

- Công ty có cung cấp sản phẩm bổ sung đó tại thời điểm yêu cầu;
- Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm, Người được bảo hiểm thứ cấp thứ nhất hoặc Người được bảo hiểm thứ cấp thứ hai, tùy từng trường hợp, đáp ứng mọi điều kiện để có thể được bảo hiểm; và
- Bên mua bảo hiểm đồng ý trả thêm phí bảo hiểm cho sản phẩm bổ sung đó.

12.3. Khôi phục hiệu lực hợp đồng bảo hiểm

Nếu hợp đồng bảo hiểm bị chấm dứt do việc không đóng phí bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu khôi phục hiệu lực hợp đồng bảo hiểm, nếu đáp ứng được tất cả các điều kiện sau:

- Bên mua bảo hiểm đưa ra yêu cầu khôi phục hiệu lực hợp đồng bảo hiểm bằng văn bản trong vòng 24 tháng kể từ ngày Hợp đồng bảo hiểm bị chấm dứt lần sau cùng;

- Bên mua bảo hiểm đóng tất cả các khoản phí bảo hiểm quá hạn và Khoản giảm thu nhập đầu tư;
- Trả lại khoản tạm ứng từ Giá trị hợp đồng và Khoản giảm thu nhập đầu tư;
- Nộp giấy chứng nhận tình trạng sức khỏe và nghề nghiệp hiện tại của tất cả những người được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này;
- Người được bảo hiểm, Người được bảo hiểm thứ cấp thứ nhất và Người được bảo hiểm thứ cấp thứ hai đáp ứng mọi điều kiện để có thể được bảo hiểm.

Nếu Người được bảo hiểm, Người được bảo hiểm thứ cấp thứ nhất và Người được bảo hiểm thứ cấp thứ hai đáp ứng mọi điều kiện có thể được bảo hiểm và được Công ty chấp thuận, hợp đồng bảo hiểm chính và các sản phẩm bổ sung có thể được khôi phục lại. Việc khôi phục hợp đồng bảo hiểm chỉ bảo hiểm cho những tổn thất hoặc sự kiện được bảo hiểm xảy ra sau ngày khôi phục hợp đồng bảo hiểm.

- 12.4. Trong thời gian hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực và trong khi Người được bảo hiểm còn sống, Bên mua bảo hiểm có thể thay đổi Người thụ hưởng với sự chấp thuận của Công ty. Yêu cầu thay đổi và chỉ định Người thụ hưởng và các tài liệu theo quy định của Công ty phải được làm thành văn bản và gửi đến Công ty để được chấp thuận.
- 12.5. Bên mua bảo hiểm không được chuyển nhượng Hợp đồng bảo hiểm, không được thay đổi Người được bảo hiểm, Người được bảo hiểm thứ cấp thứ nhất và Người được bảo hiểm thứ hai trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực.
- 12.6. Nếu Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người được bảo hiểm thứ cấp thứ hai thay đổi nơi cư trú, Bên mua bảo hiểm phải thông báo cho Công ty bằng văn bản. Nếu không còn cư trú tại Việt Nam, Công ty có thể (i) tăng phí bảo hiểm hoặc (ii) loại trừ quyền lợi bảo hiểm liên quan đến Người được bảo hiểm, Người được bảo hiểm thứ cấp thứ nhất hay Người được bảo hiểm thứ cấp thứ hai hoặc (iii) chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm và hoàn lại Giá trị hoàn lại, nếu có.
- 12.7. Bên mua bảo hiểm có quyền yêu cầu giảm Số tiền bảo hiểm. Phí bảo hiểm, các điều khoản và điều kiện khác liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm sẽ được thay đổi phù hợp với số tiền bảo hiểm mới. Phí bảo hiểm và số tiền bảo hiểm mới đó phải bằng hoặc lớn hơn mức tối thiểu quy định trong Hợp đồng bảo hiểm.
- 12.8. Tùy thuộc vào sự chấp thuận của Công ty, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu tăng Số tiền bảo hiểm, nếu:
 - Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực và yêu cầu đó được thực hiện trong năm hợp đồng đầu tiên;
 - Cung cấp đầy đủ giấy chứng nhận tình trạng sức khỏe và nghề nghiệp hiện tại của Người được bảo hiểm, Người được bảo hiểm thứ cấp thứ nhất, Người được bảo hiểm thứ cấp thứ hai;
 - Người được bảo hiểm, Người được bảo hiểm thứ cấp thứ nhất và Người được bảo hiểm thứ cấp thứ hai đáp ứng mọi điều kiện để có thể được bảo hiểm;

- Bên mua bảo hiểm đóng khoản phí bảo hiểm bổ sung tương ứng với Số tiền bảo hiểm mới và Khoản giảm thu nhập đầu tư tương ứng với khoản phí bảo hiểm bổ sung đó.
- 12.9. Bên mua bảo hiểm phải thông báo bằng văn bản cho Công ty bất cứ thay đổi nào về điều kiện của hợp đồng bảo hiểm như được quy định tại điểm từ 12.1 đến 12.8. Các điều kiện mới của Hợp đồng bảo hiểm sẽ được áp dụng và trở thành một phần không thể tách rời của Hợp đồng bảo hiểm sau khi Công ty chấp thuận bằng văn bản các thay đổi.
- 12.10. Trong thời gian hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, ngoài các quy định của Hợp đồng bảo hiểm này Công ty sẽ không có quyền thay đổi bất kỳ cam kết nào đã được thể hiện tại Hợp đồng bảo hiểm này trừ khi việc thay đổi đó được yêu cầu hoặc chấp thuận bằng văn bản của cơ quan nhà nước có thẩm quyền. Tất cả những thay đổi này sau khi được chấp thuận sẽ trở thành một phần không thể tách rời của Hợp đồng bảo hiểm này.

Điều 13: Chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm

- 13.1 Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm bằng cách thông báo bằng văn bản cho Công ty và gửi trả hợp đồng bảo hiểm gốc để nhận Giá trị hoàn lại tại thời điểm Hợp đồng bảo hiểm bị chấm dứt, nếu Hợp đồng bảo hiểm có Giá trị hoàn lại.
- 13.2 Hợp đồng bảo hiểm sẽ tự động chấm dứt khi một trong các điều kiện dưới đây xảy ra:
- (a) Vào Ngày đáo hạn hợp đồng như được quy định tại Điều 1.10 và 6.7 của Hợp đồng bảo hiểm; hoặc
 - (b) Người được bảo hiểm tử vong; hoặc
 - (c) Khi hết thời gian gia hạn đóng phí như được quy định tại Điều 9.2 của hợp đồng.
- Việc chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm sẽ không loại trừ bất kỳ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm nào xảy ra trước khi Hợp đồng bảo hiểm bị chấm dứt.
- 13.3 Các sản phẩm bổ sung, nếu có, sẽ bị chấm dứt nếu hợp đồng bảo hiểm chính bị chấm dứt và Bên mua bảo hiểm sẽ được nhận giá trị hoàn lại của các sản phẩm bổ sung đó (nếu có). Việc chấm dứt các sản phẩm bổ sung không làm ảnh hưởng đến các quyền lợi bảo hiểm đã phát sinh trước đó.

Điều 14: Giải quyết các trường hợp nhầm lẫn khi kê khai tuổi và/hoặc giới tính

- 14.1. Nếu phí bảo hiểm đã đóng thấp hơn số phí bảo hiểm tính theo tuổi và/hoặc giới tính đúng, Công ty sẽ điều chỉnh lại số tiền bảo hiểm tương ứng với số phí bảo hiểm đã đóng và Bên mua bảo hiểm vẫn tiếp tục đóng phí bảo hiểm theo mức phí bảo hiểm cũ.
- 14.2. Nếu phí bảo hiểm đã đóng cao hơn phí bảo hiểm tính theo tuổi và/hoặc giới tính đúng, Công ty sẽ hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm phần phí bảo hiểm đóng thừa, không có lãi.

- 14.3. Nếu theo tuổi và/hoặc giới tính đúng, Người được bảo hiểm không thể được bảo hiểm thì Công ty sẽ hủy Hợp đồng bảo hiểm và hoàn lại tất cả phí bảo hiểm đã đóng, không có lãi, sau khi đã trừ đi các chi phí kiểm tra y tế, bất kỳ khoản tiền bảo hiểm đã trả nào và các chi phí hợp lý khác, nếu có. Trong trường hợp Hợp đồng bảo hiểm đã có hiệu lực trên hai năm, Công ty sẽ chi trả Giá trị hoàn lại, nếu có.

Nếu theo tuổi và/hoặc giới tính đúng, Người được bảo hiểm thứ cấp thứ nhất và/hoặc Người được bảo hiểm thứ cấp thứ hai không thể được bảo hiểm thì Công ty sẽ loại trừ và không chi trả quyền lợi bảo hiểm liên quan đến Người được bảo hiểm thứ cấp thứ nhất và/hoặc Người được bảo hiểm thứ cấp thứ hai và Hợp đồng vẫn tiếp tục có hiệu lực. Công ty sẽ không có nghĩa vụ phải hoàn trả lại các khoản phí bảo hiểm đã đóng. Trong trường hợp này, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu hủy bỏ hợp đồng bảo hiểm và nhận lại Giá trị hoàn lại trừ đi các khoản nợ, nếu có.

CHƯƠNG 5 GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM & TRANH CHẤP

Điều 15: Người nhận quyền lợi bảo hiểm:

- 15.1 Đối với Quyền lợi hỗ trợ chi phí giáo dục, Quyền lợi đáo hạn, Quyền lợi tàn tật toàn bộ và vĩnh viễn, Quyền lợi thương tật do Tai nạn và Quyền lợi bảo hiểm bệnh hiểm nghèo:

Công ty sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm cho những người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm theo thứ tự ưu tiên sau:

- Bên mua bảo hiểm; hoặc
- Người được bảo hiểm nếu Bên mua bảo hiểm đã tử vong.

- 15.2 Đối với Quyền lợi tử vong của Người được bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm thứ cấp thứ nhất:

Công ty sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm cho những người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm theo thứ tự ưu tiên sau:

- Người thụ hưởng;
- Nếu bất kỳ Người thụ hưởng nào chết trước Người được bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm thứ cấp thứ nhất, phần quyền lợi bảo hiểm của người đó sẽ được trả cho Bên mua bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm nếu Bên mua bảo hiểm đã tử vong.
- Nếu không có Người thụ hưởng nào được chỉ định, hoặc toàn bộ những Người thụ hưởng đều chết trước Người được bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm thứ cấp thứ nhất, quyền lợi bảo hiểm sẽ được trả cho Bên mua bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm nếu Bên mua bảo hiểm đã tử vong.

Điều 16: Thủ tục giải quyết quyền lợi bảo hiểm:

- 16.1 Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải thông báo bằng văn bản cho Công ty về yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm trong thời gian sớm nhất có thể và gửi cho Công ty các giấy tờ sau đây:
- Yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm đã được điền đầy đủ và chính xác;
 - Bảng chứng về quyền nhận quyền lợi bảo hiểm như giấy ủy quyền, di chúc hoặc những giấy tờ xác nhận hợp pháp khác;
 - Chấp thuận của cha, mẹ, vợ, chồng, hoặc con trên 18 tuổi cho phép Công ty được nhận, thu thập, sử dụng các thông tin bao gồm cả các thông tin về y tế của Người được bảo hiểm liên quan;
 - Giấy báo điểm thi đại học và xác nhận hạng nhất, nhì, ba của trường Đại học liên quan khi yêu cầu giải quyết quyền lợi theo điều khoản 6.1.2
 - Bản gốc hợp đồng bảo hiểm hoặc Đơn xác nhận thất lạc Bản gốc hợp đồng bảo hiểm trong trường hợp đáo hạn hợp đồng, Người được bảo hiểm tử vong;
 - Các bằng chứng y tế về bệnh, thương tật bao gồm cả các bằng chứng về lâm sàng, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, kết quả giải phẫu bệnh, giấy ra viện, giấy chứng nhận phẫu thuật;
 - Bảng chứng về Tai nạn như biên bản tai nạn, biên bản kết luận điều tra và vị trí và tình huống xảy ra Tai nạn;
 - Bảng chứng về sự kiện tử vong như giấy chứng tử, biên bản tai nạn, biên bản kết luận điều tra, biên bản giải phẫu pháp y và các giấy tờ xác nhận khác được cấp bởi cơ quan có thẩm quyền;
 - Kết luận về tỷ lệ thương tật của Hội Đồng Giám Định Y Khoa cấp tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương trong trường hợp Tàn tật toàn bộ và vĩnh viễn;
 - Các bằng chứng y tế về Bệnh hiểm nghèo được chứng nhận bởi Bác sĩ được phép hành nghề hoặc Bệnh viện du tiêu chuẩn nếu có yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm về Bệnh hiểm nghèo.
- 16.2 Công ty bảo lưu quyền yêu cầu cung cấp thêm các tài liệu hoặc bằng chứng bổ sung để trợ giúp cho việc giải quyết quyền lợi bảo hiểm. Mọi chi phí liên quan đến việc cung cấp các tài liệu bổ sung sẽ do Công ty chịu trách nhiệm thanh toán theo hóa đơn, chứng từ thanh toán hợp lệ và biểu giá theo quy định của nhà nước (nếu có).
- 16.3 Công ty bảo lưu quyền yêu cầu làm các xét nghiệm hay khám y tế đối với Người được bảo hiểm/Người được bảo hiểm thứ cấp thứ nhất/Người được bảo hiểm thứ cấp thứ hai được tiến hành bởi bác sĩ hay phòng xét nghiệm do Công ty chỉ định hoặc chấp thuận. Trong trường hợp tử vong, nếu thấy phù hợp và được pháp luật cho phép, Công ty có thể yêu cầu khám nghiệm pháp y. Việc yêu cầu các xét nghiệm hay khám y tế này phải phù hợp với quy định về thực hành y khoa thông thường ở Việt Nam.

Điều 17: Thời hạn hoàn tất yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Thời hạn hoàn tất yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm là trong vòng 24 tháng kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm.

Điều 18: Giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Công ty có trách nhiệm giải quyết quyền lợi bảo hiểm trong vòng 90 ngày kể từ ngày nhận được hồ sơ đầy đủ và hợp lệ mà Công ty yêu cầu như được thể hiện tại Điều 16.1 của Hợp đồng bảo hiểm này. Nếu việc chi trả quyền lợi bảo hiểm bị chậm trễ, tại thời điểm thanh toán, Công ty sẽ trả lãi trên số tiền chậm trả theo lãi suất nợ quá hạn do Ngân hàng nhà nước Việt Nam quy định tương ứng với thời gian chậm trả.

Các quyền lợi bảo hiểm sẽ được chi trả tại trụ sở của Công ty hay chi nhánh của Công ty hay qua bưu điện hay phương thức thích hợp khác.

Điều 19: Giải quyết tranh chấp

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 tại Việt Nam nơi Công ty có trụ sở chính hoặc nơi Bên mua bảo hiểm cư trú hợp pháp để giải quyết.

PHỤ LỤC ĐỊNH NGHĨA BỆNH HIỂM NGHÈO

1. **Ung thư:** sự xuất hiện của khối u được xác định theo kết quả mô học là ác tính có xâm lấn và phá hủy các mô lân cận.

Ung thư không bao gồm các trường hợp sau:

- Các khối u chỉ cần điều trị bằng các thủ thuật nội soi;
- Các khối u thuộc loại ung thư tại chỗ (carcinoma in situ)
- U tuyến tiền liệt loại $T_1N_0M_0$ (theo hệ thống phân loại TNM) và không có xâm lấn vào bao tuyến tiền liệt và không có di căn vào các hạch bạch huyết và các cơ quan khác.
- U nhú tuyến giáp có đường kính nhỏ hơn 1 cm, loại $T_1N_0M_0$ (theo hệ thống phân loại TNM), nghĩa là u nhú tuyến giáp có đường kính lớn nhất nhỏ hơn 1cm, chỉ giới hạn trong tuyến giáp và không có di căn vào các hạch bạch huyết và các cơ quan khác.
TNM là một hệ thống chuẩn dùng để phân loại giai đoạn phát triển của bệnh u bướu: “T” (ví dụ như T_1 , T_2) mô tả kích thước của khối u nguyên phát, “N” (ví dụ như N_1), mô tả khối u có di căn hay không có di căn đến hạch bạch huyết, “M” (ví dụ như M_1), mô tả khối u có di căn hay không có di căn đến các cơ quan khác.
- U hắc tố ác tính có chiều sâu nhỏ hơn 1,5mm;
- Các loại ung thư da khác;
- Các khối u tái phát hay là di căn của khối u đã xuất hiện lần đầu tiên trước thời điểm (a) ngày thứ 91 sau ngày Công ty chấp thuận hồ sơ yêu cầu bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm này hoặc (b) ngày thứ 91 sau ngày Công ty chấp thuận khôi phục sau cùng của Hợp đồng bảo hiểm này, lấy ngày nào đến sau;
- Sarcôm Kaposi và các khối u khác liên quan đến nhiễm vi rút HIV;
- Các khối u không nguy hiểm đến tính mạng và không cần điều trị.

2. **Phẫu thuật động mạch chủ:** là phẫu thuật do bệnh của động mạch chủ cần cắt bỏ và thay thế phần động mạch chủ bị bệnh bằng mảnh ghép. Trong định nghĩa này, động mạch chủ là động mạch chủ ngực và động mạch chủ bụng chứ không phải là các nhánh của chúng.

3. **Bệnh cơ tim:** Bệnh cơ tim thỏa mãn các điều kiện sau:

- Tổn thương vĩnh viễn chức năng tâm thất trái (tâm trương hoặc tâm thu) trong khoảng thời gian ít nhất 6 tháng, dù đã được điều trị tối ưu; và
- Người được bảo hiểm có bằng chứng về suy tim qua các xét nghiệm và kiểm tra y tế, và không có khả năng thực hiện dễ dàng bất kỳ một Hoạt động sinh hoạt thường ngày nào dù có sử dụng thuốc và điều chỉnh chế độ ăn.

Trong định nghĩa này, Bệnh cơ tim không bao gồm các bệnh tim có liên quan đến sử dụng rượu.

4. **Phẫu thuật thay van tim:** là phẫu thuật tim mở để thay thế van tim do van tim có khuyết tật. Phẫu thuật thay van tim không bao gồm các thủ thuật sử dụng bóng hoặc đặt catheter.

5. **Suy thận:** Suy thận mãn tính không hồi phục của cả hai thận và cần phải chạy thận nhân tạo vĩnh viễn hay ghép thận.
6. **Suy gan:** là giai đoạn cuối của bệnh gan dẫn đến xơ gan và có tất cả các biểu hiện sau:
 - vàng da liên tục;
 - cổ trướng; và
 - hội chứng não hoặc hội chứng gan thận
 Suy gan không bao gồm bệnh gan thứ phát do rượu hoặc thuốc.
7. **Ghép tủy:** Cây ghép tủy xương người sử dụng các tế bào gốc tạo máu sau khi đã tiêu diệt toàn bộ tủy xương của Người được bảo hiểm.
8. **Ghép cơ quan:** Người được bảo hiểm nhận cấy ghép toàn bộ một trong những cơ quan người sau: tim, phổi, gan, thận, tuyến tụy do suy giảm chức năng giai đoạn cuối không hồi phục của cơ quan đó. Ghép cơ quan không bao gồm cấy ghép các tế bào hay cấy ghép một phần cơ quan.
9. **Thiếu máu bất sản:** Suy giảm mắc phải chức năng tạo máu do bất sản tủy xương toàn bộ và vĩnh viễn.
10. **Tăng áp lực động mạch phổi:** Tăng áp lực động mạch phổi nguyên phát khi thỏa mãn tất cả các điều kiện sau:
 - Áp lực động mạch phổi lớn hơn 30 mm thủy ngân
 - Có bằng chứng suy tâm thất phải.
 Loại trừ tăng áp lực động mạch phổi thứ phát do bệnh phổi và các tình trạng y tế khác.
11. **Bệnh phổi:** Bệnh phổi mãn tính giai đoạn cuối cần thở oxy hỗ trợ vĩnh viễn. Trong định nghĩa này, tiêu chuẩn để cần thở oxy hỗ trợ là áp lực riêng phần oxy máu động mạch khi thở khí trời bằng hoặc nhỏ hơn 55 mmol/L.
12. **Liệt hai chi:** Mất hoàn toàn và vĩnh viễn khả năng sử dụng của cả hai tay hoặc cả hai chân, hoặc một tay và một chân vì liệt do bệnh gây ra trong một khoảng thời gian ít nhất sáu (6) tháng liên tục kể từ ngày bị bệnh. Loại trừ các trường hợp do Tai nạn.
13. **Bệnh rối loạn dẫn truyền thần kinh vận động:** Bệnh rối loạn dẫn truyền thần kinh vận động (xơ cứng cột bên teo cơ và xơ cứng cột bên nguyên phát) có kèm theo thiếu năng thần kinh dẫn đến mất vĩnh viễn khả năng thực hiện độc lập ít nhất hai trong số những Hoạt động sinh hoạt hàng ngày. Chẩn đoán phải do Bác sĩ chuyên khoa thần kinh xác nhận.
14. **Bệnh xơ cứng rải rác:** Bệnh xơ cứng rải rác có kèm theo thiếu năng thần kinh dẫn đến mất vĩnh viễn khả năng thực hiện độc lập ít nhất hai trong số những Hoạt động sinh hoạt hàng ngày.
15. **U não lành tính:** là u nội sọ lành tính khi thỏa mãn tất cả các điều kiện sau:
 - Nguy hiểm đến tính mạng;
 - Đã gây tổn thương cho não;

- Đã qua phẫu thuật lấy u hoặc đã gây ra thiếu năng thần kinh vĩnh viễn nếu không thể phẫu thuật.

U não lành tính không bao gồm: u nang, u hạt, dị dạng mạch máu, u máu, các khối u của tuyến yên hoặc cột sống, u dây thần kinh thính giác.

- Mù hai mắt:** Mất toàn bộ, vĩnh viễn và không phục hồi được thị lực của cả hai mắt do bệnh. Loại trừ các trường hợp do Tai nạn.
- Bong nặng:** Bong độ 3 (toàn bộ độ dày của da) ít nhất hai mươi phần trăm (20%) bề mặt cơ thể.
- Chấn thương sọ não nặng:** là chấn thương sọ não do tai nạn, gây ra thiếu năng thần kinh làm mất vĩnh viễn khả năng thực hiện độc lập ít nhất hai trong số những Hoạt động sinh hoạt hàng ngày.
- Hôn mê:** Hôn mê kéo dài ít nhất 96 giờ và thỏa mãn tất cả các điều kiện sau:
 - Không đáp ứng các kích thích bên ngoài (3-4 điểm theo thang điểm hôn mê Glasgow) trong vòng tối thiểu 96 giờ;
 - Cần có các biện pháp hỗ trợ để duy trì sự sống;
 - Có tổn thương não vĩnh viễn dẫn đến mất khả năng thực hiện độc lập ít nhất hai trong số những Hoạt động sinh hoạt hàng ngày.
- Viêm tụy mãn tính tái phát:** Bệnh viêm tụy mạn tính có sự phá hủy tiến triển tuyến tụy do việc tái phát tình trạng viêm tụy cấp tính khi thỏa mãn các điều kiện sau:
 - Nhiều lần bị viêm tụy cấp tính trong khoảng thời gian không ít hơn 2 năm.
 - Vô hóa lan tỏa khắp tuyến tụy.
 - Rối loạn chức năng tuyến tụy liên tục mạn tính biểu hiện dưới dạng ruột hấp thu kém (phân mỡ) hoặc bệnh tiểu đường.
 Trong định nghĩa này viêm tụy không bao gồm bệnh viêm tụy do rượu, khuyết tật bẩm sinh hoặc di truyền.
- Bại liệt:** Bệnh bại liệt khi thỏa mãn các điều kiện sau:
 - Nguyên nhân gây bệnh được xác định là do virus bại liệt (Poliovirus)
 - Liệt các cơ của chi hoặc các cơ hô hấp trong thời gian ít nhất 3 tháng.
- Bệnh Lupus ban đỏ hệ thống:** Bệnh Lupus ban đỏ hệ thống khi thỏa mãn các điều kiện sau:
 - Thỏa mãn tất cả các tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh Lupus ban đỏ hệ thống của Hội Thấp khớp học Hoa Kỳ (American College of Rheumatology);
 - Sinh thiết thận đã xác định là viêm thận Lupus;
 - Các xét nghiệm chức năng thận liên tiếp đều thể hiện có suy giảm chức năng thận tiến triển liên tục;
 - Creatinin huyết thanh liên tục trên 140 mmol/L trong thời gian ít nhất 6 tháng.

Bệnh Lupus ban đỏ hệ thống không phải là bệnh Lupus dạng đĩa (Discoid Lupus).

23. **Viêm màng não do vi khuẩn:** Viêm màng não do vi khuẩn gây ra thiếu năng thần kinh vĩnh viễn làm mất vĩnh viễn khả năng thực hiện độc lập ít nhất hai trong số những Hoạt động sinh hoạt hàng ngày. Loại trừ viêm màng não có nhiễm HIV.
24. **Viêm đa khớp dạng thấp nặng:** Viêm đa khớp dạng thấp khi thỏa mãn các điều kiện sau:
- Thỏa mãn tất cả các tiêu chuẩn chẩn đoán về bệnh Viêm đa khớp dạng thấp của Hội Thấp khớp học Hoa Kỳ (American College of Rheumatology);
 - Sự phá hủy khớp lan rộng và có biến dạng lớn đối với ba (3) hay nhiều hơn các khớp sau: bàn tay, cổ tay, khuỷu tay, gối, háng, cổ chân, cổ, cột sống hoặc bàn chân được bằng chứng lâm sàng và xét nghiệm hình ảnh xác nhận;
 - Suy giảm chức năng làm mất vĩnh viễn khả năng thực hiện độc lập ít nhất ba trong số những Hoạt động sinh hoạt hàng ngày.
25. **Mất thính lực:** Mất toàn bộ, vĩnh viễn và không phục hồi chức năng nghe của cả hai tai do bệnh tật. Bằng chứng y tế về do thính lực và kiểm tra ngưỡng âm thanh phải được cung cấp. Loại trừ các trường hợp do Tai nạn.
26. **Viêm não nặng:** Viêm não do virus (nhu mô não bị nhiễm virus) gây ra thiếu năng thần kinh vĩnh viễn làm mất vĩnh viễn khả năng thực hiện độc lập ít nhất hai trong số những Hoạt động sinh hoạt hàng ngày. Viêm não không bao gồm các trường hợp có nhiễm HIV.
27. **Phẫu thuật mổ hở não:** là phẫu thuật não và/hoặc cấu trúc nội sọ có gây mê tổng quát để thực hiện mở hộp sọ. Phẫu thuật này không bao gồm các trường hợp khoan sọ và phẫu thuật chấn thương sọ não do Tai nạn.

Các Hoạt động sinh hoạt hàng ngày bao gồm:

- (b) Chuyên chỗ: là việc ngồi và đứng lên khỏi ghế mà không cần trợ giúp về mặt vật lý.
- (c) Di chuyển: là khả năng di chuyển từ phòng này sang phòng khác trên mặt bằng mà không cần trợ giúp về mặt vật lý.
- (d) Mặc quần áo: là việc mặc và cởi các quần áo cần thiết mà không cần phải có người khác trợ giúp.
- (e) Tắm/Rửa: là khả năng tắm trong bồn hoặc dưới vòi hoa sen hay tắm rửa bằng các phương tiện khác.
- (f) Ăn: các cử động để đưa thức ăn đã được chuẩn bị vào cơ thể.