

ĐIỀU KHOẢN BẢO HIỂM GIÁO DỤC HỖN HỢP ƯU VIỆT

ĐIỀU 1: ĐỊNH NGHĨA

- 1.1. **Bên mua bảo hiểm:** Bên mua bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm này là người được ghi tên Bên mua bảo hiểm trong Trang Hợp đồng. Bên mua bảo hiểm sẽ có tất cả các quyền và hưởng các lợi ích được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm này và bị ràng buộc bởi các điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm này.
- 1.2. **Người được bảo hiểm:** Người được bảo hiểm là người mà cuộc sống của người đó là chủ thể của Hợp đồng bảo hiểm này. Người được bảo hiểm có thể nhưng không nhất thiết phải là Bên mua bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm này. Người được bảo hiểm phải thường trú tại nước Cộng Hòa Xã Hội Chủ Nghĩa Việt Nam vào lúc cấp Hợp đồng bảo hiểm này. Tuổi cấp Hợp đồng bảo hiểm của Người được bảo hiểm là từ 0 Tuổi đến 10 Tuổi.
- 1.3. **Tuổi:** Tuổi có nghĩa là tuổi vào ngày sinh nhật cuối cùng của Người được bảo hiểm.
- 1.4. **Năm Hợp đồng và Ngày kỷ niệm Hợp đồng:** Tháng, Năm Hợp đồng và Ngày kỷ niệm Hợp đồng, bao gồm cả ngày đáo hạn Hợp đồng sẽ được tính từ Ngày hợp đồng có hiệu lực (đó là ngày Hợp đồng bắt đầu có hiệu lực và tính theo ngày ghi trong Đơn yêu cầu bảo hiểm và được Công ty chấp thuận, trừ khi có sự thỏa thuận khác giữa Công ty và Bên mua bảo hiểm) ghi trong Trang Hợp đồng. Đơn yêu cầu bảo hiểm hợp lệ phải được Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm ký.
- 1.5. **Nợ:** Nợ có nghĩa là khoản tiền khách hàng nợ Công ty theo hợp đồng này cộng với lãi tính đến ngày đó.

ĐIỀU 2: HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

Đơn yêu cầu bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm bao gồm tất cả các đơn từ, bản kê khai và bản trả lời được cung cấp làm bằng chứng về khả năng có thể bảo hiểm do Công ty quy định. Đơn yêu cầu bảo hiểm, Hợp đồng bảo hiểm và bất kỳ chấp thuận nào của Công ty cùng với sự thỏa thuận của Bên mua bảo hiểm sẽ tạo thành một hợp đồng hoàn chỉnh. Bất kỳ chấp thuận nào sau này của Công ty cùng với sự thỏa thuận của Bên mua bảo hiểm sẽ được xem là một phần các điều khoản

của Hợp đồng bảo hiểm.

Nếu Hợp đồng bảo hiểm bị thay đổi hoặc bị sửa đổi thì những thay đổi hoặc sửa đổi đó phải được viết thành văn bản và phải được Tổng giám đốc hoặc một Phó Tổng giám đốc của Công ty ký với sự đồng ý của Bên mua bảo hiểm.

ĐIỀU 3: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

3.1 Phiếu Tiền Mặt

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực trên cơ sở phí bảo hiểm được thanh toán đầy đủ mà Người được bảo hiểm còn sống, ngoài các quyền lợi bảo hiểm khác có thể được trả theo Hợp đồng bảo hiểm, Công ty sẽ trả thêm cho Bên mua bảo hiểm:

- a) 2,5% số tiền bảo hiểm vào Ngày kỷ niệm hợp đồng khi Người được bảo hiểm đến 11 tuổi; và
- b) 5% số tiền bảo hiểm vào Ngày kỷ niệm hợp đồng khi Người được bảo hiểm đến 15 tuổi; và
- c) 10% số tiền bảo hiểm vào Ngày kỷ niệm hợp đồng khi Người được bảo hiểm đến 18 tuổi.

Tất cả các khoản Nợ vay chưa trả hoặc phí bảo hiểm chưa nộp theo Hợp đồng bảo hiểm vào thời điểm thanh toán quyền lợi bảo hiểm sẽ bị khấu trừ vào quyền lợi bảo hiểm, trừ khi được thanh toán vào thời điểm đó.

Công ty sẽ thanh toán phiếu tiền mặt theo một trong các phương án được Bên mua bảo hiểm lựa chọn sau đây:

- i) Để lại Công ty để tích lũy có lãi và gộp chung vào các quyền lợi bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm, và Bên mua bảo hiểm có thể rút ra bất kỳ lúc nào theo mức lãi suất thị trường và mức lợi nhuận của Công ty. Mức lãi suất sẽ do Công ty quyết định và thông báo đến Bên mua bảo hiểm tại một bản báo cáo hàng năm hoặc bằng các phương thức khác được thỏa thuận giữa Công ty và Bên mua bảo hiểm.

- ii) Trả bằng tiền mặt.

Nếu Bên mua bảo hiểm không chọn phương án nào, thì phương án i) sẽ được áp dụng. Tuy nhiên, sự lựa chọn một trong hai phương án trên đối với

bất kỳ khoản phiếu tiền mặt nào sẽ được áp dụng đối với các khoản phiếu tiền mặt tiếp theo cho đến khi một phương án khác được lựa chọn.

Phiếu tiền mặt tích lũy chưa trả sẽ được thanh toán gộp vào Quyền lợi khi tử vong, Quyền lợi Giá trị hoàn lại, hoặc Quyền lợi khi đáo hạn Hợp đồng bảo hiểm.

3.2 Quyền Lợi Bảo Hiểm Khi Đáo Hạn

Nếu Người được bảo hiểm còn sống đến ngày đáo hạn Hợp đồng bảo hiểm, ngoài các quyền lợi bảo hiểm khác có thể được trả theo Hợp đồng bảo hiểm, Công ty sẽ trả thêm cho Bên mua bảo hiểm 15% số tiền bảo hiểm.

3.3 Quyền Lợi Bảo Hiểm Khi Tử Vong

Quyền lợi bảo hiểm khi tử vong là:

- a) Tổng số phí bảo hiểm đã trả theo Hợp đồng bảo hiểm với lãi gộp 5% hàng năm cộng với
- b) Tất cả quyền lợi phải trả theo các điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm cộng với
- c) Tất cả bảo tức tích lũy và lãi trừ đi
 - i) Tất cả các khoản đã trả theo mục 3.1 ở trên và,
 - ii) Tất cả khoản Nợ chưa trả và phí bảo hiểm chưa nộp.

Ngoài ra, nếu Hợp đồng bảo hiểm đã có hiệu lực từ 04 năm trở lên, mà Người được bảo hiểm bị tử vong theo như quy định tại Hợp đồng bảo hiểm, ngoài các quyền lợi bảo hiểm khác có thể được trả theo Hợp đồng bảo hiểm, Công ty sẽ chi trả thêm 100% số tiền bảo hiểm theo quy định tại Hợp đồng bảo hiểm.

3.4 Loại Trừ Đối Với Quyền Lợi Khi Tử Vong

Công ty sẽ không thanh toán Quyền lợi khi tử vong nếu tử vong xảy ra do kết quả trực tiếp hay gián tiếp của một trong các nguyên nhân sau:

- i) Phạm tội hoặc cố tình phạm tội hình sự của Người được bảo hiểm hoặc Người thanh toán hoặc Người thụ hưởng; hoặc
- ii) Bất kỳ sự tử vong nào do liên quan đến Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS) và tình trạng hoặc bệnh tật nào liên quan đến AIDS (ARC), hoặc nhiễm vi rút (virus) gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV).

Công ty sẽ hoàn lại 100% số phí bảo hiểm, không

có lãi, sau khi khấu trừ các chi phí và phí tổn phát sinh hợp lý.

3.5 Quyền Lợi Bảo Hiểm Khi Người Thanh Toán Phí Bảo Hiểm Tử Vong Hoặc Bị Thương Tật Toàn Bộ

Người thanh toán phí bảo hiểm là Bên mua bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm vào ngày có hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm.

Tuổi của Người thanh toán phí bảo hiểm: Tuổi tham gia bảo hiểm của Người thanh toán phí bảo hiểm là từ 18 đến 50 tuổi.

Nếu khai báo sai Tuổi của Người thanh toán phí trong Đơn yêu cầu bảo hiểm thì các khoản tiền phải trả và các quyền lợi bảo hiểm trong Hợp đồng bảo hiểm sẽ được tính trên cơ sở khoản phí bảo hiểm phải đóng theo Tuổi Thực. Nếu khoản phí bảo hiểm đã đóng nhiều hơn khoản phí bảo hiểm phải đóng, Công ty sẽ hoàn trả lại khoản phí thừa không có lãi. Nếu khoản phí bảo hiểm đã đóng ít hơn khoản phí bảo hiểm phải đóng, Công ty sẽ điều chỉnh giảm số tiền bảo hiểm xuống phù hợp với khoản phí bảo hiểm đã đóng.

3.5.1 Quyền Lợi Bảo Hiểm Khi Người Thanh Toán Phí Bảo Hiểm Tử Vong

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực mà Người thanh toán phí bảo hiểm bị tử vong như quy định tại Hợp đồng bảo hiểm, ngoài các quyền lợi bảo hiểm khác có thể được thanh toán theo Hợp đồng bảo hiểm, Công ty chi trả quyền lợi bảo hiểm khi Người thanh toán phí bảo hiểm tử vong bằng 10% số tiền bảo hiểm theo quy định tại Hợp đồng bảo hiểm hàng năm vào Ngày kỷ niệm hợp đồng cho đến khi Người được bảo hiểm đến 18 tuổi và toàn bộ số phí bảo hiểm tương lai phải đóng theo Hợp đồng bảo hiểm sẽ được miễn, sau khi nhận được bằng chứng tử vong xảy ra trước khi Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt hiệu lực.

Khi Người thanh toán phí bảo hiểm tử vong, phí bảo hiểm được miễn là khoản phí bảo hiểm nộp theo phương thức đóng phí áp dụng tại thời điểm đó.

Loại trừ quyền lợi khi tử vong: Theo quy định của Hợp đồng bảo hiểm, phí bảo hiểm sẽ không được miễn khi Người thanh toán phí bảo hiểm tử vong:

1. Sau khi thời gian gia hạn kết thúc sau ngày đến kỳ nộp phí bảo hiểm; hoặc
2. Sau khi Hợp đồng bảo hiểm đã nộp phí đầy đủ với số tiền bảo hiểm giảm bắt đầu có hiệu lực; hoặc
3. Sau khi đã hủy ngang hợp đồng để lấy giá trị hoàn lại; hoặc

4. Sau bất kỳ sự chấm dứt hiệu lực bảo hiểm nào khác theo điều khoản này; hoặc
5. Do kết quả trực tiếp hay gián tiếp của một trong các nguyên nhân phạm tội hoặc cố tình phạm tội hình sự của Người được bảo hiểm hoặc Người thanh toán hoặc Người thụ hưởng; hoặc
6. Bất kỳ sự tử vong nào do liên quan đến Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS) và tình trạng hoặc bệnh tật nào liên quan đến AIDS (ARC), hoặc nhiễm vi rút (virus) gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV).

3.5.2 Quyền Lợi Bảo Hiểm Khi Người Thanh Toán Phí Bảo Hiểm Bị Thương Tật Toàn Bộ

Nếu Người thanh toán phí bảo hiểm bị thương tật toàn bộ như định nghĩa dưới đây và bị tàn tật như vậy liên tục trong thời gian ít nhất là sáu (06) tháng liên tục trong thời hạn Hợp đồng bảo hiểm và sau khi Điều 3.5 này có hiệu lực áp dụng, Công ty sẽ trả quyền lợi bảo hiểm do Người thanh toán phí bảo hiểm bị thương tật toàn bộ bằng 10% số tiền bảo hiểm theo quy định tại Hợp đồng bảo hiểm hàng năm vào Ngày kỷ niệm hợp đồng và miễn nộp phí bảo hiểm mỗi khi đến kỳ nộp phí sau khi bắt đầu bị Thương tật toàn bộ và trong thời gian bị Thương tật toàn bộ liên tục cho đến Ngày kỷ niệm hợp đồng vào thời điểm Người được bảo hiểm đến 18 tuổi. Phí bảo hiểm được miễn sẽ là số phí bảo hiểm nộp theo hình thức áp dụng khi Thương tật toàn bộ xảy ra. Công ty sẽ không miễn phí bảo hiểm đến hạn thanh toán trên một năm kể từ ngày Công ty nhận được thông báo yêu cầu thanh toán quyền lợi bảo hiểm bằng văn bản, trừ khi được chứng minh là có lý do hợp lý không thể thông báo yêu cầu thanh toán quyền lợi bảo hiểm trên trong vòng một năm sau khi Thương tật toàn bộ xảy ra và phải nộp ngay thông báo khi có điều kiện thích hợp.

Định nghĩa thương tật toàn bộ: Thương tật toàn bộ có nghĩa là vì lý do bệnh tật hay tổn thương cơ thể, Người thanh toán phí bảo hiểm không thể tham gia vào bất cứ nghề nghiệp nào hoặc làm bất cứ việc gì để có thu nhập hay lợi nhuận.

Loại trừ quyền lợi khi thương tật toàn bộ: Theo quy định của Hợp đồng bảo hiểm, phí bảo hiểm sẽ không được miễn nếu Thương tật toàn bộ xảy ra khi quy định này không có hiệu lực hoặc đã chấm dứt, hoặc thương tật như định nghĩa trên là kết quả trực tiếp hay gián tiếp của bất kỳ một trong những nguyên nhân sau:

1. Bất kỳ trường hợp chủ ý tự gây ra tổn thương nào.
2. Do chiến tranh hoặc hành động nào liên quan đến chiến tranh, thực hiện nghĩa vụ

quân sự hoặc trong lực lượng dân phòng hỗ trợ cho bất kỳ nước nào. “Chiến tranh” có nghĩa là bất kỳ cuộc chiến nào cho dù có được tuyên bố hay không hoặc bất kỳ xung đột nào xảy ra giữa các lực lượng có vũ trang của các nước, các tổ chức hoặc liên kết quốc tế. “Lực lượng có vũ trang của bất kỳ nước nào” có nghĩa là lực lượng hải quân và không quân và có thể bao gồm cả lực lượng quân đội của bất kỳ tổ chức quốc tế nào.

3. Do nổi loạn, nội chiến hay khởi nghĩa.
4. Do hành vi phạm tội hoặc cố tình phạm tội hình sự của Người được bảo hiểm, Người thanh toán phí hoặc của Người thụ hưởng.
5. Do liên quan đến Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS) và tình trạng hoặc bệnh tật nào liên quan đến AIDS (ARC), hoặc nhiễm vi rút (virus) gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV);
6. Do tình trạng tồn tại trước như định nghĩa tại mục 3.6 (a).

Thông báo yêu cầu thanh toán quyền lợi bảo hiểm và bằng chứng thương tật toàn bộ: Trước khi bất kỳ khoản phí bảo hiểm nào được miễn trả vì Người thanh toán phí bảo hiểm bị thương tật toàn bộ thì Công ty phải nhận được các giấy tờ sau:

1. Thông báo bằng văn bản yêu cầu thanh toán quyền lợi bảo hiểm trong khi Người thanh toán phí bảo hiểm vẫn còn sống và tiếp tục bị thương tật toàn bộ, và
2. Bằng chứng về thương tật như định nghĩa trên:
 - a) phải được gửi đến trụ sở chính của Công ty không chậm hơn 6 (sáu) tháng sau khi có thông báo bằng văn bản yêu cầu thanh toán quyền lợi bảo hiểm; và
 - b) không quá 1 (một) năm sau ngày đến kỳ nộp phí bảo hiểm nhưng không trả, hoặc sau ngày chấm dứt hiệu lực bảo hiểm theo điều khoản này.

Tuy nhiên, việc không cung cấp cho Công ty thông báo yêu cầu thanh toán quyền lợi bảo hiểm và bằng chứng thương tật như yêu cầu theo điểm (1) và (2) ở trên sẽ không làm mất tính hiệu lực và bị từ chối yêu cầu thanh toán quyền lợi bảo hiểm nếu chứng minh được rằng không thể đưa ra được thông báo hay bằng chứng nói trên vào thời gian đó và khi có điều kiện thích hợp phải cung cấp ngay các bằng chứng này cho Công ty.

Công ty có thể yêu cầu cung cấp các bằng chứng

về thương tật toàn bộ và liên tục của Người thanh toán phí bảo hiểm vào những lúc thích hợp trong vòng 2 (hai) năm đầu xảy ra thương tật, nhưng sau đó sẽ không được yêu cầu cung cấp bằng chứng quá 1 (một) lần trong 1 (một) năm. Nếu không cung cấp được bằng chứng trên, hoặc Người thanh toán phí bảo hiểm tham gia vào bất cứ ngành nghề nào hoặc làm bất kỳ việc gì để có thu nhập hay kiếm lợi nhuận, những khoản phí bảo hiểm tiếp theo đến kỳ thanh toán đều phải nộp theo đúng các điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm này.

Công ty có thể yêu cầu Người thanh toán phí bảo hiểm phải đi khám sức khỏe tại một bác sĩ do Công ty chỉ định như một phần của bằng chứng.

Quyền lợi bảo hiểm không bị tước đoạt: Mọi quyền lợi bảo hiểm phải trả trong mọi trường hợp theo Hợp đồng bảo hiểm này sẽ không bị giảm khi phí bảo hiểm được miễn trả. Bảo tức (nếu có), tiền mặt, khoản vay và các quyền lợi không bị tước đoạt (nếu có) khi phí bảo hiểm được miễn trả sẽ giống như khi trả phí bảo hiểm.

Các quy định khác: Mọi khoản phí bảo hiểm đến kỳ thanh toán sẽ phải nộp cho Công ty trước khi Công ty chấp thuận yêu cầu thanh toán quyền lợi bảo hiểm theo quy định của Hợp đồng bảo hiểm. Tuy nhiên, mọi khoản phí bảo hiểm đã nộp cho Công ty và sau này được miễn thì Công ty sẽ hoàn lại hoặc, nếu phí bảo hiểm đã nộp không được hoàn lại trước ngày Hợp đồng bảo hiểm đáo hạn theo quy định này hoặc trước ngày Người được bảo hiểm tử vong thì Công ty phải hoàn lại theo các quyền lợi bảo hiểm khác theo Hợp đồng bảo hiểm này.

Nếu Người thanh toán phí bảo hiểm tử vong trong thời gian gia hạn sau ngày đến kỳ nộp phí bảo hiểm, thì phí bảo hiểm quá hạn phải trả cho Công ty cộng lãi theo lãi suất năm do Công ty quy định tại từng thời điểm phù hợp với quy định luật pháp, trước khi bất kỳ khoản phí bảo hiểm nào tiếp theo được miễn.

Nếu Thương tật toàn bộ xảy ra trong thời gian gia hạn sau ngày đến kỳ nộp phí bảo hiểm, thì việc không nộp phí bảo hiểm không làm mất hiệu lực của bất kỳ yêu cầu thanh toán quyền lợi bảo hiểm nào về thương tật đó, nhưng phí bảo hiểm quá hạn phải trả cho Công ty cộng với lãi theo lãi suất năm do Công ty quy định phù hợp với quy định luật pháp, trước khi bất kỳ khoản phí bảo hiểm nào được miễn.

Chấm dứt: Quyền lợi bảo hiểm trong quy định về Người thanh toán phí bảo hiểm tử vong hoặc bị thương tật toàn bộ sẽ chấm dứt vào một trong các ngày sau, tùy trường hợp nào xảy ra sớm hơn:

1. Ngày hết hạn của thời hạn gia hạn sau ngày đến kỳ nộp phí bảo hiểm.
2. Khi Công ty đã trả hết quyền lợi bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm gốc.
3. Ngày kết thúc hoặc ngày đáo hạn Hợp đồng bảo hiểm.
4. Khi quyền lợi không bị tước đoạt bắt đầu có hiệu lực hoặc Hợp đồng bảo hiểm bị hủy ngang để lĩnh Giá trị hoàn lại.
5. Ngày kỷ niệm hợp đồng khi Người được bảo hiểm đến tuổi 18.

Việc chấm dứt quyền lợi này sẽ không làm ảnh hưởng đến những yêu cầu thanh toán quyền lợi bảo hiểm xảy ra trước đó.

3.6 Quyền Lợi Trợ Cấp Nằm Viện

a) Định nghĩa

i) **Nằm viện qua đêm** nghĩa là Người được bảo hiểm là một bệnh nhân điều trị nội trú qua một đêm ở bệnh viện.

ii) **Bệnh viện** nghĩa là bất kỳ cơ sở nào có giấy phép hợp pháp để chăm sóc và điều trị những người bị ốm hoặc bị thương và có đủ các thiết bị chuyên môn được Chính phủ phê chuẩn để tiến hành việc chẩn đoán, đại phẫu thuật, có y tá chăm sóc 24/24 và có một bác sĩ trực thường xuyên. Cơ sở đó phải có giấy phép như một Bệnh viện, có chữ "Bệnh viện" trên con dấu hoặc được cấp phép như một Viện chuyên khoa cấp trung ương. Cho mục đích của Điều khoản này, Bệnh viện không bao gồm các cơ sở dưới đây cho dù các cơ sở này hoạt động độc lập hay trực thuộc một Bệnh viện:

- nhà an dưỡng hay nhà dưỡng lão;
- nơi chữa trị dành cho những người nghiện rượu, hoặc chất ma túy;
- nơi chữa trị cho người bị bệnh tâm thần;
- bệnh viện/viện/khoa y học dân tộc;
- bệnh viện/viện phong; và
- trung tâm y tế các cấp.

iii) **Bác sĩ** có nghĩa là một người đăng ký hành nghề bác sĩ được luật pháp cho phép tại khu vực hành nghề của người ấy để cung cấp dịch vụ y tế và phẫu thuật.

iv) **Bệnh nhân nội trú** nghĩa là một người cần thiết phải được điều trị tại bệnh viện và sự điều trị này yêu cầu người đó phải ở lại bệnh viện qua đêm.

v) **Thai sản** nghĩa là việc sinh đẻ, sẩy thai,

nạo thai, điều trị trước và sau khi đẻ hay bất kỳ bệnh tật ốm đau nào hoặc tổn thương liên quan đến hoặc do thai sản gây ra.

vi) **Tình trạng tổn tại trước** nghĩa là tình trạng sức khỏe khiến Người được bảo hiểm đã phải điều trị y tế hay chịu sự chỉ dẫn điều trị y tế hoặc Người được bảo hiểm đã biết hoặc có thể phán đoán là đã biết về tình trạng sức khỏe của mình, trước khi Hợp đồng bảo hiểm này có hiệu lực trừ khi những tình trạng nói trên đã thông báo và được Công ty chấp thuận.

vii) **Dịch vụ y tế thiết yếu** nghĩa là một dịch vụ y tế mà:

- a) nhất quán trong việc chẩn đoán và điều trị bệnh thông thường theo quy định; và
- b) dịch vụ y tế hợp lý và cần thiết cho việc chẩn đoán và điều trị bệnh; và
- c) không vì mục đích tạo ra sự tiện lợi cho Người được bảo hiểm và Bác sĩ.

viii) **Khoa chăm sóc/sân sóc đặc biệt (ICU):** Là một khoa hoặc một bộ phận của bệnh viện, không phải là khoa/phòng hậu phẫu hoặc cấp cứu hoặc hồi sức cấp cứu, có dịch vụ cung cấp chỗ ăn ở nội trú:

- a) được bệnh viện thiết lập nhằm cung cấp chương trình chăm sóc/sân sóc đặc biệt tiêu chuẩn;
- b) chỉ dành riêng cho các bệnh nhân mắc bệnh nặng đòi hỏi sự theo dõi, quan sát liên tục do bác sĩ chỉ định và được bác sĩ theo dõi; và
- c) được cung cấp tất cả các trang thiết bị, thuốc men và các phương tiện cấp cứu cần thiết ngay bên cạnh để có thể can thiệp ngay.

b) Quyền Lợi Bảo Hiểm

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực, Công ty thanh toán mỗi lần một trong các quyền lợi trợ cấp nằm viện của các trường hợp trong bảng dưới đây, sau khi nhận đầy đủ các bằng chứng yêu cầu thanh toán quyền lợi bảo hiểm và chấp thuận yêu cầu thanh toán như sau:

Mục	Yêu Cầu Điều Trị	Quyền Lợi Trợ Cấp Nằm Viện
3.6 (b)(i)	ốm đau hoặc thương tật cần phải nằm viện qua đêm.	Theo mức được quy định tại Trang hợp đồng hoặc được chấp thuận sau này trong Hợp đồng bảo hiểm cho mỗi ngày nằm viện qua đêm.
3.6(b)(ii)	ốm đau hoặc thương tật cần phải nằm viện qua đêm tại Khoa chăm sóc đặc biệt (ICU).	Gấp hai lần mức được quy định tại Trang hợp đồng hoặc được chấp thuận sau này trong Hợp đồng bảo hiểm cho mỗi ngày nằm viện qua đêm và cho tối đa 20 ngày mỗi lần ốm đau hoặc thương tật.

Đối với số ngày nằm viện qua đêm vượt quá tổng số 20 ngày quy định tại mục 3.6(b)(ii) trên, thì Công Ty thanh toán quyền lợi bảo hiểm cho mỗi ngày nằm viện qua đêm này theo mục 3.6(b)(i). Số ngày nằm viện qua đêm tối đa bao gồm cả ngày nằm viện qua đêm do Các bệnh lý nghiêm trọng theo quy định tại Điều 3.7 (b) của Hợp đồng bảo hiểm là 750 ngày.

c) Thời Hạn Hoàn Áp Dụng

Quyền lợi trợ cấp nằm viện bắt đầu được giải quyết sau ba mươi (30) ngày kể từ khi Hợp đồng bảo hiểm được cấp hoặc ngày được khôi phục hiệu lực gần nhất của Hợp đồng bảo hiểm.

d) Thông Báo Và Bằng Chứng Yêu Cầu Thanh Toán Quyền Lợi Bảo Hiểm

Công ty phải nhận được thông báo yêu cầu thanh toán quyền lợi bảo hiểm bằng văn bản trong vòng 30 ngày kể từ ngày Người được bảo hiểm nhập viện và bằng chứng nằm viện qua đêm tại thời điểm yêu cầu thanh toán. Bản chính bằng chứng nằm viện qua đêm phải do Bệnh viện cấp và phải được nộp cho Công ty. Nếu bằng chứng yêu cầu thanh toán Quyền lợi trợ cấp nằm viện không được nộp trong khoảng thời gian quy định nêu trên, thì người yêu cầu thanh toán quyền lợi bảo hiểm phải chứng minh được rằng bằng chứng đã được nộp trong khoảng thời gian sớm nhất có thể. Ngoài ra phải có những bằng chứng sau:

- i) Hợp đồng bảo hiểm;
- ii) Các mẫu khai liên quan đã được điền hoàn chỉnh theo yêu cầu của Công ty;
- iii) Mối quan hệ của người hoặc các người yêu cầu thanh toán; và
- iv) Tuổi của Người được bảo hiểm (trừ khi trước đây đã nộp cho Công ty bằng chứng về tuổi thực).

Trong quá trình xem xét yêu cầu thanh toán Quyền lợi trợ cấp nằm viện, Công ty có quyền kiểm tra y tế Người được bảo hiểm do một Bác sĩ được Công ty chỉ định thực hiện. Công ty sẽ thanh toán toàn bộ chi phí kiểm tra y tế này.

e) Loại Trừ Quyền Lợi Trợ Cấp Nằm Viện

Công ty sẽ không thanh toán Quyền lợi trợ cấp nằm viện theo quy định tại Điều 3.6 (b) của Hợp đồng bảo hiểm nếu như Người được bảo hiểm phải điều trị nội trú vì các nguyên nhân sau:

- i) Tình trạng tồn tại trước như đã được định nghĩa ở trên;
- ii) Việc khám sức khỏe định kỳ, kiểm tra sức khỏe không liên quan đến việc điều trị hay chẩn đoán thương tật hoặc ốm đau của Người được bảo hiểm theo Hợp Đồng Bảo Hiểm hoặc bất kỳ sự điều trị y tế không phải là Dịch vụ y tế thiết yếu;
- iii) Khuyết tật bẩm sinh, vô sinh, triệt sản;
- iv) Tất cả các điều trị về nha khoa hoặc phẫu thuật miệng trừ khi bắt buộc phải có do tai nạn xảy ra trong thời gian bảo hiểm;
- v) Phẫu thuật thẩm mỹ, lấp mắt kính và kính khúc xạ hoặc thiết bị trợ giúp thính giác và đơn thuốc cho các dịch vụ này, trừ khi các trường hợp nêu trên hoàn toàn là hậu quả do tai nạn gây ra trong thời kỳ bảo hiểm;
- vi) Bất kỳ một hình thức phẫu thuật nào tự lựa chọn tham gia;
- vii) Thai sản như đã được định nghĩa ở trên;
- viii) Chấn thương hay ốm đau phát sinh trực tiếp hay gián tiếp từ chiến tranh hoặc bất kỳ hoạt động nào của chiến tranh, dù là được tuyên bố hay không được tuyên bố, các cuộc nổi loạn, khởi nghĩa hay nội chiến;
- ix) Tình dưởng, điều trị ở nơi an dưỡng hoặc điều trị rối loạn chức năng của não;
- x) Bất kỳ sự điều trị hay kiểm tra liên quan đến Hội chứng suy giảm miễn dịch (AIDS) và bất kỳ tình trạng hoặc bệnh tật nào liên quan đến AIDS (ARC), hoặc nhiễm vi rút HIV;
- xi) Tự gây thương tích, tự tử, lạm dụng rượu, nghiện hoặc lạm dụng chất ma túy và do việc điều trị các bệnh lây qua đường tình dục;

- xii) Tiêm phòng và tiêm miễn dịch;
- xiii) Phạm tội hoặc cố tình phạm tội hình sự của những người được bảo hiểm đã định nghĩa trên hoặc chống đối lại việc bắt giữ của nhân viên thi hành pháp luật.

f) Chấm Dứt Quyền Lợi Trợ Cấp Nằm Viện

Quyền lợi trợ cấp nằm viện sẽ chấm dứt tại các thời điểm sau, tùy thời điểm nào xảy ra sớm nhất:

- i) Thời hạn 750 ngày nằm viện qua đêm chấm dứt.
- ii) Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt.
- iii) Bảo hiểm giảm có hiệu lực.

Việc chấm dứt Quyền lợi trợ cấp nằm viện không làm ảnh hưởng đến các yêu cầu thanh toán quyền lợi bảo hiểm xảy ra trước khi chấm dứt hiệu lực của quyền lợi này.

3.7 Quyền Lợi Bảo Hiểm Các Bệnh Lý Nghiêm Trọng

a) Định Nghĩa Các Bệnh Lý Nghiêm Trọng

Ung thư là u ác tính, đặc trưng bởi sự tăng trưởng không kiểm soát và lan rộng của những tế bào ác tính và sự xâm lấn vào mô, bao gồm bệnh bạch cầu (khác với bệnh bạch cầu dòng lim-phô (lympho) mãn tính), nhưng loại trừ ung thư tại chỗ không xâm lấn, các u hiện diện do vi rút (virus) gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV) và mọi ung thư da không phải u melanin ác tính.

Thay thế van tim là sự thay thế của một hay nhiều van tim bằng van tim nhân tạo do tình trạng hẹp hoặc hở van, hoặc bao gồm các tình trạng này. Đặc biệt loại trừ thủ thuật tách van.

Bỏng nặng là các vết bỏng độ III (ba) gây phá hủy lớp da dày hoàn toàn và chiếm tối thiểu là 20% diện tích bề mặt cơ thể và được tính theo Sơ đồ bề mặt cơ thể của Browder & Lund.

b) Quyền Lợi Các Bệnh Lý Nghiêm Trọng

Quyền lợi các bệnh lý nghiêm trọng là số tiền bảo hiểm ghi trên Trang Hợp Đồng hoặc được chấp thuận bổ sung sau này trong Hợp đồng bảo hiểm. Theo điều khoản này, sau khi Công ty nhận được các bằng chứng bệnh lý và các bằng chứng này được Công ty chấp thuận, Công ty sẽ thanh toán Quyền lợi Các bệnh lý Nghiêm trọng sau khi Người được bảo hiểm được Bác sĩ chẩn đoán là mắc bất kỳ Bệnh lý nghiêm trọng nào được quy định ở trên trong thời gian Người được bảo hiểm còn sống. Số tiền thanh toán nói trên sẽ được cộng với tất cả lãi chia tích lũy và trừ đi tất cả các khoản Nợ vay chưa trả và các khoản phí bảo hiểm

đến hạn chưa đóng theo Hợp đồng bảo hiểm.

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm này có hiệu lực, nếu Người được bảo hiểm mắc bất kỳ Bệnh lý nghiêm trọng nào được quy định ở trên mà cần phải nằm viện qua đêm, Công ty sẽ thanh toán thêm quyền lợi trợ cấp nằm viện gấp 10 mức bình thường được quy định tại Trang hợp đồng hoặc được chấp thuận sau này trong Hợp đồng bảo hiểm cho mỗi ngày nằm viện qua đêm và cho tối đa 20 ngày cho mỗi Bệnh lý nghiêm trọng cần phải nằm viện qua đêm. Đối với số ngày nằm viện qua đêm vượt quá tổng số 20 ngày quy định tại Điều này, thì Công Ty thanh toán quyền lợi bảo hiểm cho mỗi ngày nằm viện qua đêm này theo mục 3.6(b)(i).

Việc thanh toán xong Quyền lợi Các bệnh lý Nghiêm trọng sẽ được xem như là sự hoàn thành hợp pháp việc thanh toán của Công ty. Khi thanh toán xong Quyền lợi Các bệnh lý Nghiêm trọng, Hợp đồng bảo hiểm sẽ tự động chấm dứt hiệu lực.

c) Thời Hạn Hoàn Áp Dụng

Công ty sẽ không thanh toán Quyền lợi Các bệnh lý Nghiêm trọng nếu Người được bảo hiểm được Bác sĩ chẩn đoán là mắc bệnh lý nghiêm trọng trong thời gian 90 (chín mươi) ngày kể từ ngày cấp Hợp đồng bảo hiểm này hoặc kể từ ngày khôi phục hiệu lực gần nhất của Hợp đồng bảo hiểm. Thời hạn hoàn áp dụng sẽ không được áp dụng nếu bệnh lý nghiêm trọng bị gây ra một cách trực tiếp và riêng biệt do các tai nạn xảy ra trong Thời hạn hoàn áp dụng.

d) Thông Báo Và Bằng Chứng Yêu Cầu Thanh Toán Quyền Lợi Bảo Hiểm

Công ty phải nhận được bằng chứng Bệnh lý nghiêm trọng có thể chấp nhận được của một Bác sĩ trong vòng 30 (ba mươi) ngày kể từ ngày bệnh lý nghiêm trọng được chẩn đoán lần đầu tiên. Trong trường hợp yêu cầu thanh toán quyền lợi bảo hiểm này, các bằng chứng gốc do Chuyên gia bệnh học cấp phải được nộp cho Công ty. Nếu bằng chứng yêu cầu thanh toán quyền lợi bảo hiểm không được nộp trong khoảng thời gian quy định nêu trên, thì người yêu cầu thanh toán quyền lợi bảo hiểm phải chứng minh được rằng bằng chứng đã được nộp trong khoảng thời gian sớm nhất có thể, nếu không, Công ty sẽ không thanh toán Quyền lợi các bệnh lý nghiêm trọng. Ngoài ra phải có những bằng chứng sau:

- i) Hợp đồng bảo hiểm;
- ii) Các mẫu khai liên quan đã được điền hoàn chỉnh theo yêu cầu của Công ty;
- iii) Mối quan hệ của người hoặc các người yêu cầu thanh toán; và
- iv) Tuổi của Người được bảo hiểm (trừ khi

trước đây đã nộp cho Công ty bằng chứng về tuổi thực).

Trong quá trình xem xét yêu cầu thanh toán quyền lợi bảo hiểm khi mắc Bệnh lý nghiêm trọng, Công ty có quyền kiểm tra y tế Người được bảo hiểm do một Bác sĩ được Công ty chỉ định thực hiện. Công ty sẽ thanh toán toàn bộ chi phí kiểm tra y tế này.

e) Loại Trừ

Cùng với những loại trừ cụ thể nêu trong phần định nghĩa bệnh lý nghiêm trọng tại Điều 3.7(c), Công ty sẽ không giải quyết thanh toán Quyền lợi Các bệnh lý Nghiêm trọng nếu:

- i) Bệnh lý nghiêm trọng phát sinh từ các tình trạng bẩm sinh.
- ii) Bệnh lý nghiêm trọng được gây ra trực tiếp hay gián tiếp bởi Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS), tình trạng hoặc bệnh tật nào liên quan đến AIDS (ARC), hoặc nhiễm vi rút (virus) gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV).
- iii) Bệnh lý nghiêm trọng phát sinh do hậu quả của tự tử, cố ý tự tử hoặc chủ ý tự gây ra tổn thương cho dù Người được bảo hiểm có bị mất trí hay không.
- iv) Việc mắc Bệnh lý nghiêm trọng xảy ra trước ngày cấp Hợp đồng bảo hiểm hoặc trong Thời hạn hoàn áp dụng hoặc trước ngày khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm gần nhất (nếu có).

f) Chấm Dứt Quyền Lợi Các Bệnh Lý Nghiêm Trọng

Quyền lợi Các bệnh lý Nghiêm trọng sẽ chấm dứt khi một trong các trường hợp sau đây xảy ra sớm nhất:

- i) Khi Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt hiệu lực.
- ii) Khi Bảo hiểm giảm có hiệu lực.
- iii) Khi đến Ngày kỷ niệm Hợp đồng bảo hiểm mà vào thời điểm đó Người được bảo hiểm được 22 Tuổi.

Việc chấm dứt Quyền lợi Các bệnh lý Nghiêm trọng không làm ảnh hưởng đến các yêu cầu thanh toán quyền lợi bảo hiểm xảy ra trước khi chấm dứt hiệu lực của quyền lợi này.

ĐIỀU 4: TỪ CHỐI THAM GIA BẢO HIỂM

Bên mua bảo hiểm có thể hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm, nếu có yêu cầu bằng văn bản gửi tới Công ty trong vòng 21 (hai mươi mốt) ngày kể từ ngày cấp Hợp đồng bảo hiểm. Trong trường hợp này,

Công ty sẽ hoàn lại phí bảo hiểm đã đóng trừ đi các khoản chi phí y tế Công ty đã trả trong việc đánh giá rủi ro theo Hợp đồng bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm phải hoàn lại các hóa đơn thu phí bảo hiểm và bộ Hợp đồng bảo hiểm cho Công ty, nếu không, Công ty sẽ không hoàn trả lại bất cứ một khoản tiền nào.

ĐIỀU 5: NỘP PHÍ BẢO HIỂM VÀ THỜI HẠN GIA HẠN

Các khoản phí bảo hiểm phải trả trong thời gian Người được bảo hiểm còn sống theo “Biểu phí bảo hiểm” ở trong Trang Hợp đồng của Hợp đồng bảo hiểm hoặc được xác nhận tiếp theo trong Hợp đồng bảo hiểm.

Sau khi nộp số phí bảo hiểm đầu tiên, phí bảo hiểm không nộp cho Công ty hoặc cho Đại lý vào hoặc trước ngày đến kỳ nộp phí tiếp theo được coi là đã không nộp phí bảo hiểm, trừ khi áp dụng Điều 3.5 về Quyền lợi bảo hiểm khi người thanh toán phí bảo hiểm tử vong hoặc bị thương tật toàn bộ.

Thời hạn gia hạn là 60 (sáu mươi) ngày kể từ ngày đến kỳ nộp phí bảo hiểm, đây là thời hạn cho phép thanh toán phí bảo hiểm chưa nộp. Trong thời hạn gia hạn, Hợp đồng bảo hiểm vẫn có hiệu lực.

Sau khi áp dụng theo Điều 17 về Các quy định cho vay theo hợp đồng bảo hiểm và các quyền lợi không bị tước đoạt và Điều 3.5 về Quyền lợi bảo hiểm khi người thanh toán phí bảo hiểm tử vong hoặc bị thương tật toàn bộ mà phí bảo hiểm vẫn không được thanh toán vào cuối thời hạn gia hạn thì Hợp đồng bảo hiểm sẽ mất hiệu lực và chấm dứt.

Các quyền lợi trong Hợp đồng bảo hiểm này được căn cứ trên các khoản phí bảo hiểm đã thanh toán trước hàng năm. Tuy nhiên, khi phát sinh yêu cầu thanh toán quyền lợi bảo hiểm khi tử vong, Công ty sẽ không yêu cầu thanh toán những khoản phí bảo hiểm tiếp theo của năm đó chưa đến hạn phải trả theo định kỳ nửa năm, hàng quý hoặc hàng tháng.

Phí bảo hiểm phải trả vào hoặc trước ngày đến kỳ nộp phí ghi trong Trang Hợp đồng của Hợp đồng bảo hiểm này hoặc được Công ty xác nhận tiếp theo trong Hợp đồng bảo hiểm.

ĐIỀU 6: QUY ĐỊNH VỀ QUYỀN LỰA CHỌN GIA TĂNG SỐ TIỀN BẢO HIỂM

Bên mua bảo hiểm được quyền lựa chọn gia tăng số tiền bảo hiểm của hợp đồng bảo hiểm này theo các thỏa thuận giữa Bên mua bảo hiểm và Công

ty và được Công ty chấp thuận. Ngày có hiệu lực của Quy định này là Ngày kỷ niệm hàng năm của Hợp đồng bảo hiểm.

Trừ khi được giải thích riêng trong Quy định này, tất cả các thuật ngữ sử dụng trong Quy định này được hiểu theo cùng nghĩa như các thuật ngữ đã sử dụng và định nghĩa trong điều khoản Hợp đồng bảo hiểm.

6.1 Quyền lợi

Sau khi Bên mua bảo hiểm chọn áp dụng Quy định này vào mỗi Ngày kỷ niệm hợp đồng, số tiền bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm sẽ được gia tăng, mà không cần bằng chứng về khả năng được bảo hiểm, theo tỉ lệ do Bên mua bảo hiểm lựa chọn tại thời điểm Quy định này được chấp thuận áp dụng hoặc theo phương thức khác do Công ty và Bên mua bảo hiểm thỏa thuận như được nêu trên Trang Hợp Đồng và/hoặc phụ lục đính kèm. Mọi quyền lợi miễn nộp phí bảo hiểm do thương tật toàn bộ và/hoặc các quyền lợi miễn nộp phí khác bao gồm, nhưng không giới hạn, Quyền lợi miễn nộp phí bảo hiểm khi thương tật, Quyền lợi miễn nộp phí bảo hiểm đặc biệt, Quyền lợi miễn nộp phí bảo hiểm kèm theo Hợp đồng bảo hiểm cũng được gia tăng theo, tùy thuộc giới hạn của các quyền lợi bổ trợ này. Trong trường hợp Quy định này chấm dứt, số tiền bảo hiểm và phí bảo hiểm trước đó của Hợp đồng bảo hiểm sẽ giữ nguyên không thay đổi.

Phí bảo hiểm của số tiền bảo hiểm và quyền lợi miễn nộp phí bảo hiểm do thương tật toàn bộ và/hoặc các quyền lợi miễn nộp phí khác (nếu có) được gia tăng sẽ được Công ty tính theo bảng tỷ lệ phí bảo hiểm đang áp dụng căn cứ vào tuổi của Người được bảo hiểm tính vào Ngày kỷ niệm hàng năm của Hợp đồng bảo hiểm mà việc gia tăng có hiệu lực. Ngày thanh toán phí bảo hiểm được ghi trên Trang hợp đồng của Hợp đồng bảo hiểm sẽ không thay đổi.

Giá trị tiền mặt và các giá trị không bị tước đoạt của số tiền bảo hiểm được gia tăng sẽ được Công ty tính theo bảng giá trị đang áp dụng căn cứ vào tuổi của Người được bảo hiểm tính vào Ngày kỷ niệm hàng năm của Hợp đồng bảo hiểm mà việc gia tăng có hiệu lực.

Các quy tắc và điều khoản áp dụng cho Hợp đồng bảo hiểm tại thời điểm bắt đầu có hiệu lực cũng chính là các quy tắc và điều khoản áp dụng cho các số tiền bảo hiểm được gia tăng và quyền lợi miễn nộp phí bảo hiểm do thương tật toàn bộ và/hoặc các quyền lợi miễn nộp phí khác được gia tăng (nếu có) tại thời điểm việc gia tăng có hiệu lực.

6.2 Từ chối gia tăng số tiền bảo hiểm

Trước mỗi Ngày kỷ niệm hợp đồng hàng năm, Công ty sẽ thông báo cho Bên mua bảo hiểm số tiền bảo hiểm gia tăng và số phí bảo hiểm gia tăng theo Quy định này. Bên mua bảo hiểm chấp thuận việc gia tăng số tiền bảo hiểm bằng cách nộp số phí bảo hiểm gia tăng được thông báo nói trên trong vòng 60 (sáu mươi) ngày kể từ Ngày kỷ niệm hợp đồng. Sau thời hạn trên mà Công ty không nhận được số phí bảo hiểm gia tăng, thì Công ty xem như Bên mua bảo hiểm đã từ chối việc gia tăng số tiền bảo hiểm.

6.3 Chấm dứt

Quy định này sẽ chấm dứt hiệu lực áp dụng vào một trong những thời điểm sau, tùy trường hợp nào xảy ra sớm hơn:

1. Ngày chấm dứt hoặc đáo hạn của Hợp đồng bảo hiểm này hoặc ngày hết hiệu lực của Quy định này, tùy theo trường hợp nào sớm hơn.
2. Khi Bên mua bảo hiểm từ chối gia tăng số tiền bảo hiểm hoặc yêu cầu chấm dứt hiệu lực của Quy định này.
3. Khi Công ty nhận được yêu cầu thanh toán của bất kỳ quyền lợi miễn nộp phí bảo hiểm do thương tật toàn bộ và/hoặc các quyền lợi miễn nộp phí khác bao gồm, nhưng không giới hạn, Quyền lợi miễn nộp phí bảo hiểm khi thương tật, Quyền lợi miễn nộp phí bảo hiểm đặc biệt, Quyền lợi miễn nộp phí bảo hiểm nào.
4. Khi Công ty nhận được yêu cầu thanh toán của bất kỳ quyền lợi bệnh lý nghiêm trọng nào bao gồm, nhưng không giới hạn, Quyền lợi các bệnh lý nghiêm trọng.
5. Khi bảo hiểm giảm bắt đầu có hiệu lực hoặc Hợp đồng bảo hiểm bị hủy ngang để lĩnh Giá trị hoàn lại.
6. Khi tất cả phí bảo hiểm đến hạn của Hợp đồng bảo hiểm đã được nộp đầy đủ.

Việc chấm dứt hiệu lực của Quy định này không ảnh hưởng đến các quyền lợi khác của Hợp đồng bảo hiểm.

ĐIỀU 7: LOẠI TIỀN THANH TOÁN

Tất cả các khoản tiền phải trả cho Công ty hoặc do Công ty trả sẽ được thanh toán bằng Đồng Việt Nam.

ĐIỀU 8: ĐỊA ĐIỂM THƯỜNG TRÚ, ĐI LẠI VÀ NGHỀ NGHIỆP

Vào thời điểm cấp Hợp đồng bảo hiểm, Người được bảo hiểm phải đăng ký thường trú tại nước

Cộng Hòa Xã Hội Chủ Nghĩa Việt Nam. Ngoài ra, Hợp đồng bảo hiểm này không bị ràng buộc bởi các hạn chế về địa điểm thường trú, nghề nghiệp và đi lại.

ĐIỀU 9: NGƯỜI THỤ HƯỞNG

Người thụ hưởng là người được Bên mua bảo hiểm chỉ định trong Hợp đồng bảo hiểm hoặc do Bên mua bảo hiểm công bố bằng văn bản, được hưởng các quyền lợi của Hợp đồng bảo hiểm, nếu và khi Công ty trả các quyền lợi bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm tử vong. Tất cả các quyền lợi khác của Hợp đồng bảo hiểm trong thời gian Người được bảo hiểm còn sống, sẽ được thanh toán cho Bên mua bảo hiểm hoặc theo thỏa thuận khác giữa Công ty và Bên mua bảo hiểm.

Nếu có từ hai (02) Người thụ hưởng trở lên thì Quyền lợi bảo hiểm do tử vong sẽ được chia đều cho tất cả mọi Người thụ hưởng, trừ khi có quy định khác trong Hợp đồng bảo hiểm hoặc trong văn bản chỉ định về Người thụ hưởng có hiệu lực theo Hợp đồng bảo hiểm.

Trong thời gian Người được bảo hiểm còn sống, Bên mua bảo hiểm có thể thay đổi Người thụ hưởng bằng văn bản với sự chấp thuận của Công ty mà không cần có sự đồng ý của bất kỳ Người thụ hưởng nào.

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

ĐIỀU 10: TUỔI VÀ GIỚI TÍNH

Nếu khai báo sai Tuổi và/hoặc giới tính của Người được bảo hiểm trong Đơn yêu cầu bảo hiểm thì các khoản tiền phải trả và các quyền lợi bảo hiểm trong Hợp đồng bảo hiểm sẽ được tính trên cơ sở khoản phí bảo hiểm phải đóng theo Tuổi và/hoặc giới tính thực. Nếu khoản phí bảo hiểm đã đóng nhiều hơn khoản phí bảo hiểm phải đóng, Công ty sẽ hoàn trả lại khoản phí thừa không có lãi. Nếu khoản phí bảo hiểm đã đóng ít hơn khoản phí bảo hiểm phải đóng, Công ty sẽ điều chỉnh giảm số tiền bảo hiểm xuống phù hợp với khoản phí bảo hiểm đã đóng.

Nếu khai báo sai về Tuổi trong Đơn yêu cầu bảo hiểm, mà Tuổi thực không nằm trong nhóm tuổi có thể được bảo hiểm (như được định nghĩa), thì Công ty sẽ hoàn lại 100% số phí bảo hiểm sau khi khấu trừ các chi phí và phí tổn phát sinh hợp lý nếu Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực dưới hai năm. Nếu Hợp đồng bảo hiểm đã có hiệu lực được ít nhất hai năm, Công ty sẽ thanh toán Giá trị hoàn lại.

ĐIỀU 11: MẶC NHIÊN THỪA NHẬN HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

Công ty có quyền xem Hợp đồng bảo hiểm là vô hiệu nếu Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm không khai báo hoặc khai báo sai bất kỳ thông tin nào có tầm quan trọng đối với việc bảo hiểm trong các chứng từ y tế hoặc trong bất kỳ bản kê khai hoặc bản trả lời câu hỏi nào làm bằng chứng về khả năng có thể bảo hiểm, và Người được bảo hiểm hoặc Bên mua bảo hiểm có liên quan cũng không khai báo việc không khai báo hoặc khai báo sai nói trên.

Bất kể quy định trên, trừ trường hợp gian lận, Công ty vẫn thừa nhận hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm vì lý do không khai báo hoặc khai báo sai, sau khi Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực 2 (hai) năm kể từ ngày cấp Hợp đồng bảo hiểm nếu Hợp đồng bảo hiểm duy trì liên tục, hoặc kể từ ngày khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm gần nhất (nếu có), trong thời gian Người được bảo hiểm còn sống.

ĐIỀU 12: TỰ TỬ

Nếu Người được bảo hiểm tự tử trong thời gian 2 (hai) năm kể từ ngày cấp Hợp đồng bảo hiểm này hoặc ngày khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm, cho dù người được bảo hiểm có bị mất trí hay không, thì Công ty chỉ có trách nhiệm hoàn lại các khoản phí bảo hiểm đã đóng mà không trả tiền lãi.

Sau hai năm kể từ ngày cấp Hợp đồng bảo hiểm này hoặc kể từ ngày khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm, giới hạn về quyền lợi bảo hiểm nêu ở trên sẽ không áp dụng.

ĐIỀU 13: BẢO TỨC

Đây là một Hợp đồng bảo hiểm có tham gia chia lãi và hàng năm Công ty sẽ quyết định phần lãi của Hợp đồng trong số lãi có thể chia được của Công ty. Vào mỗi ngày kỷ niệm Hợp đồng, Công ty sẽ lấy trong số lãi có thể chia được để trả bảo tức cho Hợp đồng bảo hiểm này, nếu vào thời điểm đó Hợp đồng bảo hiểm vẫn có hiệu lực và tất cả các khoản phí bảo hiểm đến hạn trả đã được trả vào ngày kỷ niệm hợp đồng. Công ty chỉ trả bảo tức với điều kiện phí bảo hiểm năm thứ hai của Hợp đồng bảo hiểm đã được thanh toán.

Bảo tức sẽ được trả theo một trong các phương án được lựa chọn sau đây:

- (1) Để lại Công ty để tích lũy có lãi và cộng dồn vào hợp đồng bảo hiểm và có thể rút ra được. Mức lãi suất sẽ được Công ty quy định.

- (2) Trả bằng tiền mặt.
- (3) Để trả phí bảo hiểm khi đến kỳ nộp phí bảo hiểm.

Nếu không chọn phương án nào, thì phương án (1) sẽ được áp dụng. Tuy nhiên, sự lựa chọn một phương án đối với bất kỳ khoản bảo tức nào sẽ áp dụng đối với các khoản bảo tức tiếp theo cho đến khi một phương án khác được lựa chọn.

Bảo tức chưa trả vào ngày Người được bảo hiểm tử vong sẽ được trả như là một phần của quyền lợi bảo hiểm.

ĐIỀU 14: BẢNG GIÁ TRỊ TIỀN MẶT

Bảng giá trị tiền mặt ở Trang Hợp đồng của Hợp đồng bảo hiểm ghi giá trị tiền mặt vào cuối năm Hợp đồng bảo hiểm với giả định rằng các khoản phí bảo hiểm đã được đóng cho đến cuối Năm Hợp đồng đó. Bảng này không đề cập đến bảo tức tích lũy hoặc các khoản tiền vay chưa trả Công ty.

Giá trị tiền mặt của bất cứ một Năm Hợp đồng nào chưa trọn một năm sẽ được điều chỉnh dựa vào phương pháp hiện hành của Công ty vào thời điểm đó.

Giá trị hoàn lại là giá trị tiền mặt ghi trong Trang Hợp đồng, đối với bất cứ Năm Hợp đồng nào chưa trọn một năm, giá trị tiền mặt này sẽ được điều chỉnh dựa vào phương pháp hiện hành của Công ty vào thời điểm đó, cộng với bảo tức và phiếu tiền mặt tích lũy có lãi, trừ đi tất cả các khoản Nợ vay chưa trả và các khoản phí bảo hiểm đến hạn chưa đóng.

ĐIỀU 15: KHÔI PHỤC HIỆU LỰC HỢP ĐỒNG

Sau khi Hợp đồng bảo hiểm mất hiệu lực vì lý do không đóng phí bảo hiểm trong thời gian gia hạn đóng phí hoặc sau khi chấm dứt mọi trách nhiệm của Công ty do các khoản Nợ bằng hoặc lớn hơn giá trị tiền mặt, Hợp đồng bảo hiểm có thể được khôi phục tùy theo sự xem xét của Công ty trong vòng 2 (hai) năm kể từ ngày chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm, nếu Hợp đồng bảo hiểm vẫn chưa bị hủy ngang để lĩnh Giá trị hoàn lại. Việc khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm sẽ tùy thuộc vào việc Bên mua bảo hiểm đưa ra bằng chứng về khả năng có thể bảo hiểm được Công ty chấp nhận và thanh toán tất cả các khoản phí bảo hiểm quá hạn cùng với lãi suất ở mức và theo cách thức do Công ty quyết định phù hợp với quy định luật pháp.

Khi khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm, bất kỳ khoản Nợ vay chưa trả theo Hợp đồng bảo hiểm sẽ được khôi phục cộng với lãi suất ở mức và theo cách thức do Công ty quyết định phù hợp

với quy định luật pháp.

ĐIỀU 16: ĐIỀU KIỆN VAY THEO HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

Tỷ lệ lãi gộp hàng năm do Công ty quy định tại từng thời điểm phù hợp với quy định luật pháp, sẽ áp dụng cho tất cả các khoản vay theo Điều khoản cho vay theo Hợp đồng bảo hiểm và vay phí bảo hiểm tự động.

Nếu tại bất kỳ thời điểm nào mà khoản Nợ vay bằng hoặc lớn hơn giá trị tiền mặt thì tất cả các trách nhiệm của Công ty trong Hợp đồng bảo hiểm này sẽ chấm dứt. Tuy nhiên, Hợp đồng bảo hiểm có thể khôi phục theo điều khoản khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm.

ĐIỀU 17: CÁC QUY ĐỊNH CHO VAY THEO HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM VÀ QUYỀN LỢI KHÔNG THỂ BỊ TƯỚC ĐOẠT

Một số cách lựa chọn áp dụng đối với Quyền lợi không bị tước đoạt khi Hợp đồng bảo hiểm đã có giá trị tiền mặt:

(1) Vay phí bảo hiểm tự động

Nếu vào ngày hết hạn của thời gian gia hạn đóng phí mà phí bảo hiểm vẫn chưa được đóng, Hợp đồng bảo hiểm sẽ tự động tiếp tục có hiệu lực như sau:

Nếu giá trị tiền mặt bằng hoặc lớn hơn phí bảo hiểm chưa đóng thì Công ty sẽ tự động cho vay để đóng phí. Nếu giá trị tiền mặt không đủ để đóng phí bảo hiểm cho một tháng thì tất cả trách nhiệm bảo hiểm của Công ty theo Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt. Tuy nhiên, Hợp đồng bảo hiểm có thể khôi phục theo điều khoản Khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm.

Lãi suất của khoản Vay phí bảo hiểm tự động sẽ được tính ở mức và theo cách thức do Công ty quyết định phù hợp với quy định luật pháp. Số tiền lãi chưa trả khi đến hạn sẽ được cộng vào số tiền vay gốc và sẽ phải chịu cùng mức lãi suất và theo cùng cách thức như trên. Khi tổng số tiền vay và lãi của khoản vay này lớn hơn giá trị tiền mặt, Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực.

(2) Khoản vay theo Hợp đồng bảo hiểm

Công ty có thể cấp khoản vay tiền mặt không vượt quá 80% giá trị tiền mặt. Lãi suất sẽ được tính theo mức và cách thức do Công ty quyết định phù hợp với quy định luật pháp. Số tiền lãi chưa trả khi đến hạn sẽ được cộng thêm vào số tiền vay gốc và sẽ phải chịu cùng mức lãi suất và theo cùng cách thức như trên. Khi tổng số tiền vay và

lãi của khoản vay này lớn hơn giá trị tiền mặt, Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực.

(3) Hủy ngang

Hợp đồng bảo hiểm có thể được hủy ngang để lĩnh Giá trị hoàn lại nếu Hợp đồng bảo hiểm đã có hiệu lực ít nhất 2 (hai) năm. Giá trị hoàn lại được định nghĩa là tổng giá trị tiền mặt được bảo đảm, cộng với bảo tức tích lũy có lãi trừ đi tất cả khoản Nợ vay chưa trả và các khoản phí bảo hiểm đến hạn chưa đóng.

(4) Bảo hiểm giảm

Số tiền bảo hiểm có thể được giảm và được trả vào cùng ngày và theo cùng điều kiện của Hợp đồng bảo hiểm mà không phải đóng thêm khoản phí bảo hiểm nào trong tương lai. Tùy thuộc vào các quy định của Hợp đồng bảo hiểm, các quyền lợi bảo hiểm bổ sung kèm theo sẽ bị hủy bỏ khi Hợp đồng bảo hiểm được chuyển đổi thành hợp đồng bảo hiểm giảm.

Sau khi đã chuyển đổi thành một hợp đồng bảo hiểm giảm, Hợp đồng bảo hiểm sẽ không tham gia chia lãi.

ĐIỀU 18: CHUYỂN NHƯỢNG

Bên mua bảo hiểm có thể chuyển nhượng Hợp đồng bảo hiểm khi Người được bảo hiểm còn sống và Hợp đồng bảo hiểm đang có hiệu lực.

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

Khi Bên mua bảo hiểm thực hiện việc chuyển nhượng hợp pháp tất cả các quyền của mình theo Hợp đồng bảo hiểm thì người được chuyển nhượng sẽ tiếp nhận các quyền đó của Bên mua bảo hiểm.

Bên mua bảo hiểm với tư cách là Người thanh toán phí bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm kể từ ngày Hợp đồng có hiệu lực không được chuyển nhượng hoặc bàn giao hoặc trao trách nhiệm và quyền thanh toán phí bảo hiểm.

Công ty sẽ xem như không biết về việc chuyển nhượng trừ khi nhận được thông báo bằng văn bản về việc chuyển nhượng và văn bản chuyển nhượng gốc phải được nộp cho Công ty và được Công ty chấp thuận bằng văn bản. Công ty không chịu trách nhiệm về tính hiệu lực hay tính đầy đủ của bất kỳ việc chuyển nhượng nào. Sau khi chuyển nhượng, người được chuyển nhượng sẽ tiếp nhận các quyền và đặc quyền của Bên mua

bảo hiểm.

ĐIỀU 19: GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM KHI TỬ VONG, KHI HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM ĐÁO HẠN

Quyền lợi bảo hiểm sẽ được giải quyết theo các quy định của Hợp đồng bảo hiểm khi Công ty nhận được các bằng chứng về tử vong của Người được bảo hiểm hoặc khi Hợp đồng bảo hiểm đáo hạn, hoặc yêu cầu hủy ngang Hợp đồng bảo hiểm để nhận giá trị hoàn lại. Ngoài ra, các bằng chứng sau phải được cung cấp cho Công ty:

- i) Hợp đồng bảo hiểm.
- ii) Hoàn chỉnh các mẫu có liên quan do Công ty cung cấp.
- iii) Mối quan hệ của người hoặc những người yêu cầu thanh toán quyền lợi bảo hiểm.
- iv) Việc xảy ra sự kiện được bảo hiểm ghi ở Trang Hợp đồng.
- v) Tuổi của Người được bảo hiểm (trừ khi đã nộp cho Công ty bằng chứng phù hợp về Tuổi).

Thời hạn yêu cầu thanh toán các quyền lợi bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm là 1 (một) năm kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm. Thời gian xảy ra sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan khác không tính vào thời hạn yêu cầu thanh toán tiền bảo hiểm.

Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm chứng minh được rằng Bên mua bảo hiểm không biết thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm thì thời hạn quy định nói trên được tính từ ngày Bên mua bảo hiểm biết việc xảy ra sự kiện bảo hiểm đó.

Tất cả các khoản Nợ vay chưa trả và phí bảo hiểm đến hạn chưa đóng sẽ bị khấu trừ vào số tiền Công ty phải trả theo Hợp đồng bảo hiểm.

Công ty sẽ cố gắng giải quyết ngay tất cả các yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm. Nếu vì bất kỳ lý do gì mà yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm không được thanh toán sau 2 (hai) tháng kể từ ngày yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm thì Công ty sẽ trả một khoản lãi tương đương mức lãi suất nợ quá hạn do Ngân hàng Nhà nước Việt Nam quy định. Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt sau khi đã giải quyết xong tất cả những quyền lợi của Hợp đồng bảo hiểm.

ĐIỀU 20: GIẢI QUYẾT Mâu thuẫn và TRANH CHẤP

Hợp đồng bảo hiểm được điều chỉnh và giải thích theo luật của nước Cộng Hòa Xã Hội Chủ Nghĩa Việt Nam.

Nếu bất kỳ tranh chấp nào không được giải quyết thông qua thương lượng thì tranh chấp sẽ được đưa ra tòa án ở gần nhất địa chỉ của Bên mua bảo hiểm được ghi trong Đơn yêu cầu bảo hiểm, hoặc tại một tòa án do hai bên thống nhất lựa chọn.

Thời hiệu khởi kiện của Hợp đồng bảo hiểm là 3 (ba) năm, kể từ thời điểm phát sinh tranh chấp trừ khi luật áp dụng có quy định khác.

ĐIỀU 21: CHẤM DỨT HỢP ĐỒNG

Hợp đồng này sẽ chấm dứt vào ngày xảy ra sớm nhất trong những ngày sau:

- a) Ngày hết hạn của thời gian gia hạn sau ngày đến kỳ nộp phí bảo hiểm.
- b) Ngày hủy ngang hợp đồng; hoặc
- c) Ngày mà Người được bảo hiểm tử vong; hoặc
- d) Ngày đáo hạn hợp đồng.

*Được phê chuẩn theo
Công Văn 10948/BTC-BH ngày 31 tháng 8 năm 2005
của Bộ Tài Chính*