

QUY TẮC ĐIỀU KHOẢN SẢN PHẨM BẢO HIỂM TỬ KỲ DƯ NỢ TÍN DỤNG

- PHÚC BẢO AN TÍN DỤNG -

(Được phê chuẩn theo công văn số /BTC-QLBH ngày tháng năm 2018
của Bộ Tài chính)

Điều 1 CÁC ĐỊNH NGHĨA

- 1.1 "**Công ty**" là Công ty Trách nhiệm hữu hạn Bảo hiểm Nhân thọ Fubon Việt Nam, được cấp phép theo Giấy phép Thành lập và hoạt động số 60GP/KDBH ngày 15-12-2010.
- 1.2 "**Bên mua bảo hiểm**" là tổ chức hoặc cá nhân có nhu cầu mua bảo hiểm, giao kết Hợp đồng bảo hiểm với Công ty và đóng phí bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm phải là bên kê khai, ký tên và đóng dấu (nếu là tổ chức) trên Giấy yêu cầu bảo hiểm và thực hiện các quyền và nghĩa vụ quy định trong Hợp đồng bảo hiểm.
Trường hợp Bên mua bảo hiểm là tổ chức thì phải được thành lập và đang hoạt động hợp pháp tại Việt Nam.
Trường hợp Bên mua bảo hiểm là cá nhân thì phải đủ 18 (mười tám) tuổi trở lên tại thời điểm nộp Giấy yêu cầu bảo hiểm, đang cư trú tại Việt Nam và có năng lực hành vi dân sự đầy đủ theo quy định của Bộ Luật dân sự.
- 1.3 "**Người được bảo hiểm**" là cá nhân hiện đang cư trú tại Việt Nam và được chấp nhận bảo hiểm theo quy tắc, điều khoản sản phẩm bảo hiểm này. Tuổi bảo hiểm của Người được bảo hiểm tại thời điểm yêu cầu bảo hiểm trong khoảng từ 18 tuổi đến 70 tuổi. Tuổi tối đa khi kết thúc hợp đồng là 75 (bảy mươi lăm) tuổi.
- 1.4 "**Người thụ hưởng**" là tổ chức hoặc (những) cá nhân được Bên mua bảo hiểm chỉ định (với sự đồng ý của Người được bảo hiểm) theo Hợp đồng bảo hiểm để nhận quyền lợi bảo hiểm.
- 1.5 "**Tuổi bảo hiểm**" là tuổi của Người được bảo hiểm tính theo lần sinh nhật gần nhất vừa qua của người đó. Tuổi bảo hiểm tại thời điểm yêu cầu bảo hiểm được ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm và dùng làm cơ sở xác định phí bảo hiểm. Tuổi bảo hiểm sau đây có thể được viết tắt là Tuổi.
- 1.6 "**Tổ chức tín dụng**" là tổ chức được thành lập hợp pháp tại Việt Nam, được phép cung cấp khoản tín dụng theo các điều khoản và điều kiện của Hợp đồng tín dụng.
- 1.7 "**Hợp đồng tín dụng**" là thỏa thuận về các điều khoản và điều kiện tín dụng được ký kết giữa Người được bảo hiểm hoặc Bên mua bảo hiểm và Tổ chức tín dụng. Hợp đồng tín dụng là cơ sở để Công ty chấp thuận yêu cầu tham gia bảo hiểm.
- 1.8 "**Ngày hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm**" là ngày Bên mua bảo hiểm điền đầy đủ thông tin vào Giấy yêu cầu bảo hiểm và nộp đủ số Phí bảo hiểm tạm tính đầu tiên theo quy tắc, điều khoản bảo hiểm này. Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm phải còn sống hoặc vẫn đang hoạt động hợp pháp (nếu Bên mua bảo hiểm là tổ chức) vào thời điểm Công ty cấp Giấy chứng nhận bảo hiểm. Ngày hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm được ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- 1.9 "**Ngày kỷ niệm hợp đồng**" là ngày kỷ niệm tương ứng hàng năm của Ngày hiệu lực

của hợp đồng bảo hiểm trong suốt thời gian hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm. Nếu năm không có ngày này thì ngày cuối cùng của tháng đó sẽ là Ngày kỷ niệm hợp đồng.

- 1.10** "**Ngày đáo hạn hợp đồng**" là ngày cuối cùng của thời hạn bảo hiểm được ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm nếu hợp đồng còn hiệu lực đến thời điểm đó.
- 1.11** "**Năm hợp đồng**" là khoảng thời gian một năm dương lịch tính từ Ngày hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm cho đến Ngày kỷ niệm hợp đồng đầu tiên hoặc bất kỳ năm tiếp theo nào tính từ Ngày kỷ niệm hợp đồng gần nhất cho đến Ngày kỷ niệm hợp đồng tiếp theo.
- 1.12** "**Phí bảo hiểm**" là khoản tiền mà Bên mua bảo hiểm phải đóng cho Công ty theo định kỳ đóng phí và phương thức đóng phí do các bên thỏa thuận.
- 1.13** "**Ngày đến hạn đóng phí**" là ngày mà Bên mua bảo hiểm đóng phí bảo hiểm theo định kỳ đã được ghi rõ trong hợp đồng bảo hiểm.
- 1.14** "**Lịch trả nợ**" là lịch trả nợ gốc và lãi của khoản vay theo Hợp đồng tín dụng tương ứng với Hợp đồng bảo hiểm.
- 1.15** "**Dư nợ còn lại**" là khoản dư nợ gốc còn lại của Hợp đồng tín dụng tại một thời điểm cụ thể.
- 1.16** "**Khoản dư nợ vay**" là tổng của khoản dư nợ gốc còn lại của Hợp đồng tín dụng tại ngày phát sinh sự kiện bảo hiểm và khoản lãi phát sinh từ ngày trả lãi và gốc gần nhất trước ngày phát sinh sự kiện bảo hiểm theo Lịch trả nợ đến ngày phát sinh sự kiện bảo hiểm, ngoại trừ:
- Các khoản nợ gốc và lãi phát sinh đến hạn phải trả theo Lịch trả nợ trước ngày phát sinh sự kiện bảo hiểm mà Người được bảo hiểm chưa chi trả.
 - Tất cả các khoản phí hay khoản phạt phát sinh do việc không trả nợ đủ và đúng hạn của Người được bảo hiểm.
- 1.17** "**Số tiền bảo hiểm**" là số tiền mà Công ty chấp nhận bảo hiểm và được quy định trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các thỏa thuận bằng văn bản khác (nếu có) giữa Công ty và Bên mua bảo hiểm. Số tiền bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm này bằng Khoản Dư nợ vay.
- 1.18** "**Giá trị hoàn lại**" là số tiền Bên mua bảo hiểm sẽ nhận được khi yêu cầu chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm trước thời hạn hoặc khi Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt hiệu lực theo các quy định trong Quy tắc, điều khoản này. Hợp đồng chỉ có Giá trị hoàn lại đối với lựa chọn đóng phí một lần. Cơ sở tính Giá trị hoàn lại được trình trong Cơ sở kỹ thuật sản phẩm được Bộ Tài chính chấp thuận và cơ sở này là không thay đổi trong suốt Thời hạn hợp đồng. Giá trị hoàn lại ước tính vào ngày kỷ niệm hợp đồng hàng năm được trình bày tại tài liệu minh họa bán hàng.
- 1.19** "**Tai nạn**" là một sự kiện hoặc một chuỗi sự kiện liên tục, khách quan, xảy ra do tác động của một lực, một vật bất ngờ từ bên ngoài, không chủ động và ngoài ý muốn lên cơ thể của Người được bảo hiểm. Sự kiện hoặc chuỗi sự kiện nêu trên phải là nguyên nhân trực tiếp, duy nhất và không liên quan đến bất kỳ nguyên nhân nào khác gây ra thương tật hoặc tử vong cho Người được bảo hiểm trong vòng 180 ngày kể từ ngày xảy ra sự kiện hoặc chuỗi sự kiện đó.
- 1.20** "**Thương tật toàn bộ vĩnh viễn**" là thương tật được nêu trong Phụ lục của Quy tắc điều khoản sản phẩm này.

Điều 2 HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

2.1 “**Hợp đồng bảo hiểm**” là thỏa thuận bằng văn bản giữa Bên mua bảo hiểm và Công ty, ghi nhận quyền và nghĩa vụ của các bên trong quá trình thực hiện hợp đồng.

Hợp đồng bảo hiểm bao gồm các tài liệu sau:

- Giấy yêu cầu bảo hiểm bao gồm các mục kê khai và trả lời, Công ty sử dụng các tài liệu này làm bằng chứng để xem xét quyền lợi có thể được bảo hiểm;
- Giấy chứng nhận bảo hiểm nhân thọ;
- Quy tắc, điều khoản sản phẩm bảo hiểm đã được Bộ Tài chính và Bộ Công Thương phê chuẩn;
- Tài liệu giới thiệu sản phẩm;
- Tài liệu minh họa bán hàng;
- Các văn bản sửa đổi bổ sung khác (nếu có) được ký kết hợp lệ giữa Công ty và Bên mua bảo hiểm trong quá trình giao kết và thực hiện Hợp đồng bảo hiểm.

2.2 “**Thời hạn bảo hiểm**” thời hạn bảo hiểm của sản phẩm này là từ 01 (một) tháng đến 20 (hai mươi) năm tính từ Ngày hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm và bằng với thời hạn hoặc thời hạn còn lại của Hợp đồng tín dụng. Thời hạn bảo hiểm cụ thể của từng Hợp đồng bảo hiểm sẽ được quy định trong Giấy chứng nhận bảo hiểm.

2.3 “**Thời hạn đóng phí**” là thời gian Bên mua bảo hiểm cần đóng đầy đủ phí bảo hiểm theo định kỳ đóng phí và phương thức đóng phí quy định trong Hợp đồng bảo hiểm. Thời hạn đóng phí được quy định như sau:

- Đóng phí định kỳ: Thời hạn đóng phí bằng Thời hạn hợp đồng.
- Đóng phí một lần: đóng phí một lần duy nhất khi tham gia Hợp đồng bảo hiểm.

Điều 3 ĐIỀU KHOẢN BẢO HIỂM TẠM THỜI

3.1 Thời hạn bảo hiểm tạm thời

Thời hạn bảo hiểm tạm thời bắt đầu kể từ khi Bên mua bảo hiểm hoàn tất Giấy yêu cầu bảo hiểm và đóng đủ phí bảo hiểm tạm tính đầu tiên cho Hợp đồng bảo hiểm. Thời hạn bảo hiểm tạm thời sẽ kết thúc vào ngày nào đến trước trong những ngày dưới đây:

3.1.1 Ngày mà Công ty chấp thuận bảo hiểm bằng văn bản

3.1.2 Sau sáu mươi (60) ngày kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm tạm thời

3.1.3 Ngày mà Công ty từ chối chấp thuận bảo hiểm bằng văn bản

3.1.4 Ngày Bên mua bảo hiểm đề nghị hủy bỏ Giấy yêu cầu bảo hiểm

Trường hợp bảo hiểm tạm thời chấm dứt theo Khoản 3.1.4 và Điều 3.3 dưới đây, Công ty sẽ hoàn lại số phí bảo hiểm đã nộp (không có lãi) sau khi đã khấu trừ chi phí kiểm tra y tế (nếu có).

3.2 Quyền lợi bảo hiểm tạm thời

3.2.1 Trong thời gian bảo hiểm tạm thời, nếu Người được bảo hiểm tử vong do tai nạn, Công ty sẽ chi trả một lần duy nhất số tiền nhỏ hơn giữa mức 200 triệu đồng và tổng số tiền bảo hiểm của các hợp đồng đang trong quá trình thẩm định (nếu có), bất kể Người

được bảo hiểm có bao nhiêu giấy yêu cầu bảo hiểm.

3.2.2 Tuy nhiên, nếu tổng số phí bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm đã nộp để đóng phí bảo hiểm đầu tiên theo các giấy yêu cầu bảo hiểm cao hơn số tiền chi trả nêu trên, Công ty sẽ hoàn lại tổng phí bảo hiểm đã đóng và không chi trả quyền lợi bảo hiểm tạm thời.

3.3 Điều khoản loại trừ trong bảo hiểm tạm thời

Quyền lợi bảo hiểm tạm thời nêu trên sẽ không được chi trả nếu Người được bảo hiểm tử vong do các nguyên nhân dưới đây:

3.3.1 Hành động tự tử; hoặc

3.3.2 Sử dụng trái phép chất ma túy, chất kích thích hoặc tham gia giao thông trong tình trạng nồng độ cồn trong máu hoặc trong hơi thở vượt quá quy định cho phép của các văn bản pháp luật có liên quan; hoặc

3.3.3 Hành vi phạm tội của Người được bảo hiểm hoặc Bên mua bảo hiểm; hoặc

3.3.4 Hành vi phạm tội của Người thụ hưởng mà Người thụ hưởng này không đồng thời là Bên mua bảo hiểm. Trong trường hợp có (những) Người thụ hưởng khác, không liên quan đến hành vi phạm tội, Công ty vẫn chi trả quyền lợi bảo hiểm tạm thời cho những người thụ hưởng đó theo tỷ lệ tương ứng với tỷ lệ Bên mua bảo hiểm đã chỉ định trong Hợp đồng bảo hiểm.

Điều 4 CÁC QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

4.1 Quyền lợi trong trường hợp tử vong

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, nếu Người được bảo hiểm tử vong thuộc phạm vi bảo hiểm, Công ty sẽ chi trả 100% Số tiền bảo hiểm.

Ngay sau sự kiện tử vong, Hợp đồng bảo hiểm này sẽ chấm dứt hiệu lực.

4.2 Quyền lợi trong trường hợp thương tật toàn bộ vĩnh viễn

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, nếu Người được bảo hiểm bị thương tật toàn bộ vĩnh viễn theo qui định trong điều khoản hợp đồng (Phụ lục), Công ty sẽ chi trả 100% Số tiền bảo hiểm.

Ngay sau sự kiện thương tật toàn bộ vĩnh viễn, Hợp đồng bảo hiểm này sẽ chấm dứt hiệu lực.

Điều 5 CÁC ĐIỀU KHOẢN LOẠI TRỪ

5.1 Công ty sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm, thay vào đó sẽ trả tổng phí bảo hiểm đã đóng (không có lãi) sau khi đã khấu trừ các chi phí kiểm tra y tế (nếu có) nếu Người được bảo hiểm tử vong hoặc bị thương tật toàn bộ vĩnh viễn do:

5.1.1 Hành động tự tử trong vòng hai mươi bốn (24) tháng kể từ Ngày hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm ; hoặc

5.1.2 Nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch (HIV); bị hội chứng suy giảm miễn dịch (AIDS); hoặc những bệnh liên quan đến HIV/AIDS; ngoại trừ trường hợp nhiễm HIV/AIDS trong khi đang thực hiện nhiệm vụ tại nơi làm việc như là một nhân viên y tế hoặc công an, cảnh sát; hoặc

5.1.3 Hành vi cố ý hay hành vi phạm tội của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc

Người thụ hưởng không đồng thời là Bên mua bảo hiểm; hoặc

- 5.1.4 Người được bảo hiểm bị thi hành án tử hình; tham gia vào các hoạt động bất hợp pháp, chống cự khi bị bắt giữ hay vượt ngục; hoặc
- 5.1.5 Sử dụng ma túy hoặc sử dụng trái phép các chất gây nghiện.
- 5.2 Với các trường hợp đã nêu trong Điều 5.1, số tiền thanh toán sẽ được trả cho Bên mua bảo hiểm. Tuy nhiên, nếu trong trường hợp nêu trong Điều 5.1.3 có (những) Người thụ hưởng khác, không liên quan đến hành vi cố ý hay hành vi phạm tội, Công ty vẫn chi trả toàn bộ quyền lợi bảo hiểm cho những người thụ hưởng đó theo tỷ lệ tương ứng với tỷ lệ Bên mua bảo hiểm đã chỉ định trong Hợp đồng bảo hiểm.
- 5.3 Với các trường hợp đã nêu tại Điều 5.1, Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực ngay sau sự kiện tử vong hay thương tật toàn bộ vĩnh viễn của Người được bảo hiểm.

Điều 6 THỜI HẠN CÂN NHẮC

Trong vòng hai mươi một (21) ngày kể từ ngày Bên mua bảo hiểm nhận được Hợp đồng bảo hiểm và với điều kiện là chưa xảy ra sự kiện bảo hiểm hoặc chưa có yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm nào, Bên mua bảo hiểm có quyền từ chối không tiếp tục tham gia bảo hiểm bằng cách gửi văn bản thông báo đến Công ty, trả lại Giấy chứng nhận bảo hiểm và các hóa đơn tài chính. Công ty sẽ hoàn trả lại phí bảo hiểm đã đóng (không có lãi), sau khi trừ đi các chi phí kiểm tra y tế (nếu có).

Điều 7 PHÍ BẢO HIỂM

- 7.1 Bên mua bảo hiểm có trách nhiệm đóng phí bảo hiểm đầy đủ và đúng thời hạn theo định kỳ đã chọn được ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các thỏa thuận sửa đổi bổ sung (nếu có).
- 7.2 Nếu Bên mua bảo hiểm không đóng phí bảo hiểm đầy đủ và đúng kỳ quy định, Công ty cho phép thời gian gia hạn đóng phí sáu mươi (60) ngày kể từ ngày đến hạn. Trong thời gian gia hạn đóng phí này, Công ty sẽ không tính lãi trên khoản phí chưa thanh toán và Hợp đồng bảo hiểm vẫn có hiệu lực.
- 7.3 Sau thời gian gia hạn đóng phí, nếu Bên mua bảo hiểm vẫn không đóng đủ phí bảo hiểm đến hạn, Công ty có quyền đơn phương đình chỉ thực hiện Hợp đồng bảo hiểm. Công ty sẽ thông báo bằng văn bản cho Bên mua bảo hiểm về khoản phí bảo hiểm quá hạn và tình trạng Hợp đồng bảo hiểm.

Điều 8 TRÁCH NHIỆM KÊ KHAI, CUNG CẤP VÀ BẢO MẬT THÔNG TIN

- 8.1 **Trách nhiệm cung cấp, giải thích đầy đủ, trung thực và chính xác thông tin cho Bên mua bảo hiểm của Công ty**

Công ty có trách nhiệm cung cấp đầy đủ thông tin liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm, giải thích các quy tắc, điều khoản bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm.

Trường hợp Công ty cố ý cung cấp thông tin sai sự thật nhằm giao kết hợp đồng, Bên mua bảo hiểm có quyền đơn phương chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm. Công ty phải bồi thường thiệt hại theo thực tế phát sinh cho Bên mua bảo hiểm do việc cung cấp thông

tin sai sự thật.

8.2 Trách nhiệm kê khai thông tin trung thực, đầy đủ và chính xác của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm

Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm có trách nhiệm kê khai đầy đủ và trung thực tất cả các thông tin cần thiết để Công ty đánh giá khả năng chấp nhận bảo hiểm cho Hợp đồng bảo hiểm này. Việc thăm định sức khỏe, nếu có, không thay thế cho nghĩa vụ kê khai trung thực của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm theo quy định tại điều này và quy định của pháp luật.

Nếu Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm cố ý kê khai không trung thực các thông tin cần thiết theo yêu cầu của Công ty, mà nếu với thông tin chính xác, Công ty sẽ không chấp thuận bảo hiểm, Công ty không có trách nhiệm chi trả quyền lợi bảo hiểm và có quyền đơn phương đình chỉ thực hiện hợp đồng này ngay sau khi phát hiện ra hành vi vi phạm của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm. Trong trường hợp này, Công ty sẽ chi trả cho Bên mua bảo hiểm phí bảo hiểm đã đóng cho khoảng thời gian chưa được bảo hiểm (nếu có), từ thời điểm đình chỉ thực hiện Hợp đồng bảo hiểm.

Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm vi phạm nghĩa vụ kê khai thông tin tại Điều này nhưng việc vi phạm này không làm ảnh hưởng tới quyết định chấp thuận bảo hiểm theo quy định của Công ty tại từng thời điểm, Công ty vẫn sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm nếu có sự kiện bảo hiểm xảy ra theo quy tắc, điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm này.

Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm cố ý kê khai không trung thực các thông tin cần thiết theo yêu cầu của Công ty, mà nếu với thông tin chính xác, Công ty sẽ chấp thuận bảo hiểm có điều kiện, thì Hợp đồng bảo hiểm tiếp tục duy trì hiệu lực và Công ty có quyền:

- Thu thêm khoản Phí bảo hiểm tương ứng với mức tăng rủi ro (nếu có); và/hoặc
- Điều chỉnh lại Số tiền bảo hiểm tương ứng; và/hoặc
- Loại trừ trách nhiệm bảo hiểm đối với sự kiện bảo hiểm phát sinh từ hoặc liên quan đến thương tật, bệnh tật, khuyết tật không được kê khai đầy đủ, trung thực và chính xác.

8.3 Trách nhiệm bảo mật thông tin khách hàng của Công ty

Công ty không được chuyển giao thông tin cá nhân do Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm cung cấp tại Hợp đồng bảo hiểm cho bất kỳ bên thứ ba nào khác, trừ các trường hợp sau đây:

- Thu thập, sử dụng, cung cấp, chuyển giao theo yêu cầu của cơ quan nhà nước có thẩm quyền hoặc cho các mục đích thăm định, tính toán phí bảo hiểm, phát hành hợp đồng bảo hiểm, thu phí bảo hiểm, tái bảo hiểm, trích lập dự phòng nghiệp vụ, giải quyết bồi thường và chi trả quyền lợi bảo hiểm, nghiên cứu thiết kế sản phẩm, phòng chống trục lợi bảo hiểm, phòng chống rửa tiền và phòng, chống tài trợ khủng bố, nghiên cứu, đánh giá tình hình tài chính, khả năng thanh toán, mức độ đầy đủ vốn, yêu cầu vốn.
- Các trường hợp khác được Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm đồng ý

trước bằng văn bản.

Điều 9 MIỄN TRUY XÉT TRÁCH NHIỆM

Khi Người được bảo hiểm còn sống, các nội dung kê khai không chính xác hoặc bỏ sót trong Giấy yêu cầu bảo hiểm và các giấy tờ có liên quan sẽ được Công ty miễn truy xét sau 24 (hai mươi bốn) tháng kể từ Ngày hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm.

Qui định nêu trên sẽ không được áp dụng trong trường hợp Bên mua bảo hiểm đã cố ý kê khai không trung thực những thông tin mà nếu biết được những thông tin đó, Công ty sẽ từ chối chấp thuận bảo hiểm hoặc chỉ chấp thuận bảo hiểm có điều kiện.

Điều 10 THỨ TỰ GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

10.1 Thứ tự ưu tiên chi trả Quyền lợi bảo hiểm

Quyền lợi bảo hiểm sẽ được chi trả theo thứ tự ưu tiên như sau:

- Trả cho Người thụ hưởng là Tổ chức tín dụng nơi Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm giao kết Hợp đồng tín dụng để thanh toán Khoản dư nợ vay của Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm.
- Phần quyền lợi bảo hiểm còn lại (nếu có) sẽ được chi trả cho (những) Người thụ hưởng khác do Bên mua bảo hiểm chỉ định trong Giấy yêu cầu bảo hiểm và/hoặc các thỏa thuận bổ sung của Hợp đồng bảo hiểm (nếu có). Trường hợp Bên mua bảo hiểm không chỉ định Người thụ hưởng, Phần quyền lợi bảo hiểm còn lại (nếu có) sẽ được chi trả theo thứ tự ưu tiên cho những người nhận quyền lợi bảo hiểm như sau:
 - Bên mua bảo hiểm trong trường hợp chi trả quyền lợi tử vong;
 - Người được bảo hiểm trong trường hợp chi trả quyền lợi Thương tật toàn bộ vĩnh viễn;
 - Những người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm trong trường hợp Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm tử vong.

10.2 Trình tự yêu cầu trả tiền bảo hiểm

Bên mua bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng phải thông báo cho Công ty sự kiện làm phát sinh yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm trong thời gian sớm nhất có thể, và cần chuẩn bị các giấy tờ cần thiết để yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

10.2.1 Trong trường hợp tử vong

Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải cung cấp cho Công ty những giấy tờ sau đây trong thời gian sớm nhất :

- Giấy yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo mẫu của Công ty đã được điền đầy đủ và chính xác; và
- Bằng chứng về quyền nhận quyền lợi bảo hiểm của người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm (giấy ủy quyền, di chúc hay các bản xác nhận hợp pháp); và
- Giấy chứng nhận bảo hiểm (nếu khách hàng làm mất Giấy chứng nhận bảo hiểm, khách hàng có thể lập tờ khai báo mất giấy tờ); và
- Bằng chứng về sự kiện tử vong như trích lục Giấy chứng tử hợp lệ; và

- Bản xác nhận Khoản dư nợ vay tại thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm do Tổ chức tín dụng cấp; và
- Tùy từng trường hợp cụ thể, Công ty có thể yêu cầu cung cấp bổ sung các giấy tờ xác minh khác do các cơ quan có thẩm quyền cấp như giấy ra viện, trích sao bệnh án nằm viện và (các) xét nghiệm liên quan, giấy chứng nhận phẫu thuật hoặc biên bản tai nạn hoặc biên bản khám nghiệm hiện trường, biên bản điều tra liên quan đến sự kiện bảo hiểm nếu có và theo quy định của pháp luật.

Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm cần gửi các giấy tờ nêu trên đến Công ty trong vòng mười hai (12) tháng kể từ ngày Người được bảo hiểm tử vong.

Ngoài các giấy tờ nêu trên, Công ty có quyền yêu cầu thêm giấy tờ hay bằng chứng nhằm xác minh và thanh toán quyền lợi bảo hiểm khi có sự đồng ý của Người thụ hưởng. Những chi phí phát sinh để thực hiện yêu cầu bổ sung này (nếu có) sẽ do Công ty chi trả.

10.2.2 Trong trường hợp thương tật toàn bộ vĩnh viễn

Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải cung cấp cho Công ty những giấy tờ sau sớm nhất có thể:

- Giấy yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo mẫu của Công ty được điền đầy đủ và chính xác; và
- Bằng chứng về quyền nhận quyền lợi bảo hiểm của người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm (giấy ủy quyền hay các bản xác nhận hợp pháp); và
- Giấy chứng nhận bảo hiểm (nếu khách hàng làm mất Giấy chứng nhận bảo hiểm, khách hàng có thể lập tờ khai báo mất giấy tờ); và
- Bản xác nhận Khoản dư nợ vay tại thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm do Tổ chức tín dụng cấp; và
- Bằng chứng xác nhận Người được bảo hiểm bị thương tật toàn bộ vĩnh viễn do cơ quan có thẩm quyền cấp (bệnh viện cấp tỉnh trở lên); và giấy tờ y tế do các cơ quan có thẩm quyền cấp như giấy ra viện, trích sao bệnh án nằm viện và (các) xét nghiệm liên quan, giấy chứng nhận phẫu thuật hoặc biên bản tai nạn hoặc biên bản xét nghiệm hiện trường, biên bản điều tra liên quan đến sự kiện bảo hiểm nếu có và theo quy định của pháp luật.

Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm cần gửi các giấy tờ trên đến Công ty trong vòng mười hai (12) tháng kể từ ngày Người được bảo hiểm bị thương tật toàn bộ vĩnh viễn.

Ngoài các giấy tờ nêu trên, Công ty có quyền yêu cầu thêm giấy tờ hay bằng chứng nhằm xác minh và thanh toán quyền lợi bảo hiểm khi có sự đồng ý của Người thụ hưởng. Những chi phí phát sinh để thực hiện yêu cầu bổ sung này (nếu có) sẽ do Công ty chi trả.

10.3 Thanh toán quyền lợi bảo hiểm

10.3.1 Công ty sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm theo phương thức đã được ấn định trong Giấy yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm sau khi đã nhận được giấy tờ như đã yêu cầu.

10.3.2 Công ty sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm trong vòng 30 (ba mươi) ngày sau khi đã nhận được giấy tờ đầy đủ và hợp lệ như đã yêu cầu ở trên.

Nếu việc chi trả chậm trễ do lỗi của Công ty, Công ty sẽ trả khoản lãi phát sinh tính bằng mức lãi suất tạm ứng giá trị hoàn lại tại thời điểm chi trả.

Điều 11 NGHĨA VỤ CHỨNG MINH

Sau khi nhận đầy đủ hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm, nếu Công ty từ chối chi trả quyền lợi bảo hiểm thì Công ty có trách nhiệm nêu rõ lý do từ chối bằng văn bản.

Điều 12 KHẤU TRỪ TRƯỚC THANH TOÁN

Trước khi Công ty thực hiện bất cứ khoản chi trả nào, số phí bảo hiểm chưa đóng hoặc mọi khoản nợ (nếu có) sẽ được khấu trừ trước từ khoản chi trả.

Điều 13 THAY ĐỔI HỢP ĐỒNG

13.1 Thay đổi nơi cư trú

Nếu Người được bảo hiểm rời khỏi phạm vi lãnh thổ Việt Nam trong thời gian từ 90 (chín mươi) ngày trở lên, Bên mua bảo hiểm phải thông báo bằng văn bản cho Công ty tối thiểu 30 (ba mươi) ngày trước ngày Người được bảo hiểm xuất cảnh. Trong trường hợp này, Công ty có toàn quyền quyết định tiếp tục thực hiện bảo hiểm cho Người được bảo hiểm tương ứng với các điều kiện bảo hiểm không thay đổi; hoặc thay đổi mức phí bảo hiểm; hoặc loại trừ trách nhiệm bảo hiểm; hoặc chấm dứt hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm và hoàn trả lại cho Bên mua bảo hiểm khoản phí bảo hiểm đã đóng cho khoảng thời gian chưa được bảo hiểm (nếu có).

Công ty có quyền từ chối chi trả quyền lợi bảo hiểm nếu Bên mua bảo hiểm vi phạm nghĩa vụ thông báo quy định tại Điều này.

13.2 Thay đổi thông tin

Trong thời hạn hiệu lực của hợp đồng, Người được bảo hiểm và/hoặc Bên mua bảo hiểm phải thông báo ngay bằng văn bản cho Công ty bất cứ thay đổi nào về loại giấy tờ tùy thân, mã số, họ và tên, ngày tháng năm sinh, giới tính hoặc các thông tin được ghi nhận trong Giấy chứng nhận đăng ký doanh nghiệp/Giấy phép thành lập và hoạt động/Giấy chứng nhận đầu tư (trong trường hợp Bên mua bảo hiểm là Tổ chức) so với thông tin đã được sử dụng trong Hợp đồng bảo hiểm.

Điều 14 NHẦM LẤN KHI KÊ KHAI TUỔI VÀ GIỚI TÍNH

14.1 Trong trường hợp nhầm lẫn khi kê khai ngày sinh và/hoặc giới tính của Người được bảo hiểm, Phí bảo hiểm của sản phẩm này sẽ phải điều chỉnh dựa trên tuổi và/hoặc giới tính đúng của Người được bảo hiểm căn cứ theo Số tiền bảo hiểm và thời hạn đóng phí bảo hiểm, cụ thể như sau:

- Nếu phí bảo hiểm đã nộp thấp hơn phí bảo hiểm tính theo tuổi và/hoặc giới tính đúng, Công ty sẽ yêu cầu Bên mua bảo hiểm đóng số phí bảo hiểm còn thiếu.
- Nếu phí bảo hiểm đã nộp cao hơn phí bảo hiểm tính theo tuổi và/hoặc giới tính đúng, Công ty sẽ hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm số tiền phí bảo hiểm chênh lệch (không có lãi).

14.2 Căn cứ vào tuổi và/hoặc giới tính đúng, nếu Người được bảo hiểm không thể được chấp thuận bảo hiểm, Công ty có quyền hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm. Công ty sẽ hoàn

lại cho Bên mua bảo hiểm tổng phí bảo hiểm đã đóng (không có lãi) sau khi đã khấu trừ chi phí kiểm tra y tế và các khoản nợ (nếu có).

Điều 15 CHẤM DỨT HIỆU LỰC HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

15.1 Chấm dứt hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm theo yêu cầu

Trong thời gian hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm có quyền gửi yêu cầu chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm bằng văn bản cho Công ty. Ngày chấm dứt hợp đồng là ngày Công ty nhận được đầy đủ văn bản yêu cầu chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm. Trong trường hợp này, Bên mua bảo hiểm sẽ được nhận lại Giá trị hoàn lại đối với hợp đồng đóng phí một lần hoặc 80% phí bảo hiểm đã đóng cho khoảng thời gian chưa được bảo hiểm (nếu có) đối với hợp đồng đóng phí định kỳ.

Công ty sẽ không chấp nhận mọi yêu cầu thanh toán quyền lợi bảo hiểm sau khi nhận được văn bản yêu cầu chấm dứt hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm.

15.2 Hợp đồng bảo hiểm tự động chấm dứt hiệu lực ngay sau khi xảy ra một trong những sự kiện dưới đây, tùy sự kiện nào xảy ra sớm nhất:

- Ngày đáo hạn hợp đồng;
- Hợp đồng tín dụng chấm dứt hiệu lực hay được chuyển giao vì bất kỳ lý do nào;
- Dư nợ còn lại bằng 0 (không) vì bất kỳ lý do nào;
- Người được bảo hiểm đạt 75 tuổi;
- Sự kiện bảo hiểm phát sinh theo quy định tại Điều 4;
- Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt trước thời hạn theo quy định tại Điều 5.3; Điều 6; Điều 7.3; Điều 8.2; Điều 13.1 và Điều 15.1;
- Các trường hợp khác theo quy định của pháp luật.

Điều 16 GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP

16.1 Mọi tranh chấp phát sinh liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm, nếu các bên tranh chấp không thể tự thương lượng hòa giải, sẽ được đưa ra Tòa án tại nơi Bên mua bảo hiểm cư trú hoặc tại nơi có trụ sở chính của Công ty để giải quyết.

16.2 Thời hạn để khởi kiện là 03 (ba) năm kể từ ngày phát sinh tranh chấp.

PHỤ LỤC:

Bảng thương tật toàn bộ vĩnh viễn	
Khoản	Mô tả mất mát và thương tật
1	Mù hai mắt (xem ghi chú 1)
2	Mất cả hai bàn tay tính từ cổ tay, hoặc cả hai bàn chân tính từ cổ chân
3	Mất một bàn tay tính từ cổ tay và một bàn chân tính từ cổ chân
4	Mù một mắt và mất một bàn tay tính từ cổ tay, hoặc mù một mắt và mất một bàn chân tính từ cổ chân
5	Mất hoàn toàn khả năng nói (xem ghi chú 2) hoặc mất hoàn toàn khả năng nhai (xem ghi chú 3)
6	Mất toàn bộ và vĩnh viễn chức năng của tất cả các chi
7	Mất hoặc tổn thương nghiêm trọng a) các chức năng của hệ thần kinh trung ương hoặc b) các chức năng của cơ quan ở ngực/bụng dẫn đến Người được bảo hiểm mất khả năng làm việc vĩnh viễn và cần có sự theo dõi thường xuyên của người khác hoặc điều trị y tế (xem ghi chú 4)
8	Mất mát và thương tật căn cứ theo Biên bản giám định thương tật xác định tỷ lệ suy giảm khả năng lao động từ 81% trở lên của Bệnh viện từ cấp tỉnh trở lên hoặc Cơ quan chức năng có thẩm quyền (xem ghi chú 4)

Ghi chú 1 1-1. Việc xác định thị lực được dựa trên quy trình điều chỉnh tầm nhìn.

1-2. “Mù” có nghĩa là kết quả đo thị lực sẽ vĩnh viễn bằng hoặc dưới ngưỡng 0,02 theo Bảng thị lực của Landolt hoặc tương ứng.

1-3. Việc xác định sẽ được thực hiện sau sáu (06) tháng điều trị kể từ ngày bị tổn thương. Tuy nhiên, quy tắc này sẽ không áp dụng đối với các trường hợp dễ nhận thấy khả năng không thể phục hồi được như sự cắt bỏ nhãn cầu.

Ghi chú 2 “Mất khả năng nói” có nghĩa là rơi vào một trong những trường hợp sau:

2-1. Mất khả năng nói rõ được ba (03) trong bốn (04) âm thanh để tạo thành lời nói như âm môi, âm răng, âm vòm, âm lưỡi gà.

2-2. Mất dây thanh âm.

2-3. Mất ngôn ngữ phát sinh từ suy giảm của cơ quan nói được xác định là mất khả năng nói.

Ghi chú 3 “Mất khả năng nhai” có nghĩa là mất khả năng nhai hoặc nuốt, ngoại trừ với thức ăn lỏng, do các cơ quan hay chức năng bị hư hỏng dẫn đến không thể nhai hoặc nuốt.

Ghi chú 4 4-1. Nguyên tắc chẩn đoán cơ bản phù hợp với “tỷ lệ suy giảm khả năng lao động từ 81% trở lên” hoặc phù hợp với “tổn thương nghiêm trọng các chức năng của hệ thần kinh trung ương”: những bệnh lý/ triệu chứng tổng hợp ảnh hưởng vĩnh viễn đến các hoạt động sinh hoạt hàng ngày, đồng thời đòi hỏi phải có sự hỗ trợ từ người khác.

4-2. Các điều kiện “cần có sự theo dõi thường xuyên của người khác hoặc điều trị y tế” nghĩa là Người được bảo hiểm duy trì cuộc sống đòi hỏi phải có sự hỗ trợ từ những người khác trong các hoạt động hàng ngày (bao gồm: ăn thức ăn, đi đại tiểu tiện, mặc và cởi quần áo, vào và ra khỏi giường, đi bộ, tắm rửa ...).

4-3. Khoản 8 không bao gồm các di chứng chấn thương như mất trí hoàn toàn, động kinh cơn lớn rất mau (hoặc thường xuyên), trí tuệ sa sút gần hoàn toàn hoặc hoàn toàn.

Ghi chú 5 Kết luận “mất vĩnh viễn chức năng dẫn đến mất khả năng làm việc”, “tổn thương nghiêm trọng các chức năng dẫn đến mất khả năng làm việc” dựa vào kết quả của việc điều trị sau sáu tháng kể từ ngày phát sinh sự kiện bảo hiểm tai nạn hoặc từ ngày bị bệnh dẫn đến thương tật toàn bộ vĩnh viễn. Tuy nhiên, đối với các trường hợp có thể kết luận ngay thì không cần áp dụng thời hạn này.