



# QUY TẮC BẢO HIỂM TAI NẠN CHỦ THẺ

*Tên thương mại: BẢO AN CHỦ THẺ*



Ban hành kèm theo Quyết định số 2256/2025/QĐ-ABIC-QLNV ngày 12/6/2025 của Tổng Giám đốc Công ty Cổ phần Bảo hiểm Ngân hàng Nông nghiệp đã được Bộ Tài chính chấp thuận phương pháp, cơ sở tính phí sản phẩm Bảo hiểm tai nạn chủ thẻ theo Công văn số 7673/BTC-QLBH ngày 03/6/2025

# I. QUY ĐỊNH CHUNG

## Điều 1: Giải thích từ ngữ

Trong Quy tắc bảo hiểm này, các thuật ngữ dưới đây được quy định như sau:

**1.1 "Doanh nghiệp bảo hiểm"** là Công ty Cổ phần Bảo hiểm Ngân hàng Nông nghiệp và các Chi nhánh trực thuộc (sau đây gọi tắt là ABIC).

**1.2 "Tổ chức tín dụng"** là doanh nghiệp được thực hiện một, một số hoặc tất cả các hoạt động ngân hàng theo đúng quy định pháp luật. Tổ chức tín dụng bao gồm ngân hàng, tổ chức tín dụng phi ngân hàng, tổ chức tài chính vi mô, quỹ tín dụng nhân dân và các tổ chức tín dụng khác theo quy định của pháp luật.

**1.3 "Thẻ"** là phương tiện thanh toán do Tổ chức tín dụng phát hành để thực hiện giao dịch theo các điều kiện, điều khoản được Tổ chức tín dụng và Chủ thẻ thỏa thuận.

**1.4 "Dư nợ thẻ của Chủ thẻ"** là số tiền mà Chủ thẻ có trách nhiệm phải trả cho Tổ chức tín dụng theo thỏa thuận.

**1.5 "Bên mua bảo hiểm"** là tổ chức, cá nhân giao kết hợp đồng với ABIC đóng phí bảo hiểm và đáp ứng các điều kiện để mua bảo hiểm theo quy định của ABIC và pháp luật.

**1.6 "Người được bảo hiểm"** Là Chủ thẻ của Tổ chức tín dụng có tính mạng, sức khỏe được ABIC chấp nhận bảo hiểm theo quy tắc bảo hiểm này và thỏa mãn quy định về Người được bảo hiểm tại Chương trình bảo hiểm tương ứng.

Trường hợp ABIC cung cấp bảo hiểm trong điều kiện tham gia bảo hiểm của Người được bảo hiểm dưới chuẩn theo quy định của ABIC thì nội dung này được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm

**1.7 "Người thụ hưởng"** là tổ chức, cá nhân được chỉ định để nhận tiền bảo hiểm theo quy định tại Hợp đồng bảo hiểm.

**1.8 "Hợp đồng bảo hiểm"** là thỏa thuận giữa Bên mua bảo hiểm và ABIC theo đó Bên mua bảo hiểm phải đóng phí bảo hiểm, ABIC phải trả tiền bảo hiểm cho người thụ hưởng hoặc Người được bảo hiểm khi sự kiện bảo hiểm xảy ra.

Bộ Hợp đồng bảo hiểm bao gồm: Yêu cầu bảo hiểm; Giấy chứng nhận bảo hiểm; Quy tắc bảo hiểm; Hợp đồng bảo hiểm (nếu có), Sửa đổi bổ sung/Phụ lục hợp đồng và các tài liệu liên quan khác (nếu có).

**1.9 "Yêu cầu bảo hiểm"** là thông tin do Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm kê khai, xác nhận bằng văn bản hoặc thông qua hình thức điện tử để yêu cầu tham gia bảo hiểm tại ABIC

Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm có trách nhiệm khai báo đầy đủ và trung thực, chịu trách nhiệm trước pháp luật về những nội dung khai báo.

**1.10 "Giấy chứng nhận bảo hiểm"** là bằng chứng giao kết Hợp đồng bảo hiểm, xác định các nội dung cơ bản của Hợp đồng bảo hiểm.

**1.11 "Sửa đổi bổ sung/Phụ lục hợp đồng"** là một bộ phận của Hợp đồng bảo hiểm thể hiện các nội dung thay đổi, điều chỉnh, bổ sung của Hợp đồng bảo hiểm.

**1.12 "Chương trình bảo hiểm"** bao gồm những quy định về Người được bảo hiểm; Rủi ro được bảo hiểm; Phạm vi bảo hiểm; Quyền lợi bảo hiểm; Số tiền bảo hiểm. Chương trình bảo hiểm được quy định tại Phụ lục 1, Phụ lục 2 đính kèm Quy tắc bảo hiểm này. Bên mua bảo hiểm có quyền lựa chọn tham gia một hoặc cả hai Chương trình bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này.

**1.13 "Tai nạn"** là sự kiện bất ngờ, không lường trước, xảy ra ngoài sự kiểm soát của Người được bảo hiểm, gây ra do tác động của bất kỳ vật chất hoặc một lực từ bên ngoài tác động lên cơ thể Người được bảo hiểm phát sinh trong thời hạn bảo hiểm và là nguyên nhân duy nhất làm cho Người được bảo hiểm bị tử vong hoặc tổn thương cơ thể. Bao gồm các trường hợp Chấn thương cơ học (gồm chấn thương do điện); Tai nạn ngạt khí (bao gồm đuối nước); Tai nạn bỏng.

**1.14 "Sự kiện bảo hiểm"** là sự kiện khách quan thuộc phạm vi bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm, khi sự kiện đó xảy ra ABIC phải trả tiền bảo hiểm (cho Người thụ hưởng hoặc Người được bảo hiểm).

**1.15 "Bệnh viện/Cơ sở y tế"** là một cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được thành lập và có đủ điều kiện hoạt động theo quy định luật pháp của nước sở tại.

**1.16 "Bác sỹ"** là người có giấy phép hành nghề khám chữa bệnh hợp pháp theo luật của nước sở tại nơi Người được bảo hiểm điều trị và chỉ thực hiện việc điều trị cho Người được bảo hiểm trong phạm vi lĩnh vực chuyên môn và giấy phép hành nghề của mình, nhưng loại trừ trường hợp Bác sỹ là thành viên trong gia đình của Người được bảo hiểm.

**1.17 "Thương tật toàn bộ"** là tình trạng thương tật do tai nạn làm cho Người được bảo hiểm bị cản trở hoàn toàn khi tham gia vào công việc của người đó hoặc bị mất hoàn toàn chức năng và không thể phục hồi được chức năng của một hay nhiều bộ phận của cơ thể.

Các trường hợp thương tật toàn bộ được quy định tại Phần I, Phụ lục 4 áp dụng cho Chương trình bảo hiểm I và quy định tại điểm 1, Phần IV, Phụ lục 2 áp dụng cho Chương trình bảo hiểm II.

**1.18 "Thương tật bộ phận vĩnh viễn"** là tình trạng thương tật do tai nạn làm cho Người được bảo hiểm bị mất, cắt, cụt, liệt, khuyết hoặc vĩnh viễn mất đi một phần hoặc toàn bộ chức năng hoạt động của bất kỳ bộ phận nào trên cơ thể và không có khả năng phục hồi chức năng hoạt động của bộ phận cơ thể đó.

Các trường hợp thương tật bộ phận vĩnh viễn được liệt kê tại Phần II, Phụ lục 4 áp dụng cho Chương trình bảo hiểm I và quy định một số trường hợp tại điểm 3 Phần IV, Phụ lục 2 áp dụng cho Chương trình bảo hiểm II.

**1.19 "Thương tật tạm thời"** là tình trạng mà Người được bảo hiểm bị thương tật do tai nạn và không thể thực hiện được công việc của mình nhưng tình trạng thương tật đó không phải là vĩnh viễn.

**1.20 "Phương tiện vận tải công cộng"** là bất cứ phương tiện vận tải nào được thực hiện theo lịch trình đều đặn do một hãng vận tải được phép hoạt động hợp pháp quản lý, vận hành và vì mục đích vận chuyển công cộng tại địa phương, vận tải công cộng được hiểu là các phương tiện để đi lại và được các nước thừa nhận (chẳng hạn như xe buýt, phà, tàu cao tốc cánh ngầm, tàu chạy trên đệm không khí, tàu thủy, tàu hỏa, tàu điện, tàu điện ngầm ...). Phương tiện vận tải công cộng không bao gồm xe taxi hoặc tương tự xe taxi, các phương thức vận tải được thuê chuyển hay được thu xếp trong khuôn khổ chuyến du lịch; cho dù phương thức vận tải đó được thực hiện theo một lịch trình đều đặn. Trong Quy tắc bảo hiểm này, hãng hàng không dân dụng được coi là phương tiện vận tải công cộng.

**1.21 "Chuyến đi du lịch"** là chuyến đi trong hoặc ngoài lãnh thổ Việt Nam của Người được bảo hiểm với mục đích tham quan, nghỉ dưỡng, giải trí hoặc kết hợp với các mục đích hợp pháp khác như học tập, lao động, ...

**1.22 "Chi phí vận chuyển"** có nghĩa là chi phí đi lại với tư cách là một hành khách và phải trả tiền vé trên bất cứ phương tiện vận tải công cộng nào (hoặc phương tiện vận tải).

## **Điều 2: Thời hạn bảo hiểm**

Tối đa 12 tháng được quy định trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

## **Điều 3: Số tiền bảo hiểm, phí bảo hiểm**

3.1 Số tiền bảo hiểm: Là số tiền tối đa quy định tại mỗi Chương trình bảo hiểm và là giới hạn trách nhiệm tối đa của ABIC đối với mỗi sự kiện bảo hiểm theo từng quyền lợi bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm có quyền lựa chọn số tiền bảo hiểm được quy định tại Phụ lục 3 Quy tắc bảo hiểm này.

3.2 Phí bảo hiểm được quy định tại Phụ lục 3 Quy tắc bảo hiểm này. Phí bảo hiểm được thanh toán theo quy định của pháp luật hiện hành và ABIC.

## II. CHẤM DỨT HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

### Điều 4: Chấm dứt hợp đồng bảo hiểm

4.1 Bên mua bảo hiểm không đóng đủ phí bảo hiểm theo thời hạn thanh toán phí bảo hiểm trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc sau thời gian gia hạn đóng phí.

4.2 ABIC hoặc Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm trước thời hạn. Bên yêu cầu chấm dứt phải thông báo bằng văn bản cho bên kia biết trước 15 ngày kể từ ngày dự định chấm dứt.

4.3 Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt khi ABIC chi trả quyền lợi bảo tử vong, thương tật toàn bộ do tai nạn theo Chương trình bảo hiểm I hoặc Chương trình bảo hiểm II.

4.4 Các trường hợp khác theo quy định của pháp luật.

4.5 Hậu quả chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm

4.5.1 Khi chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm, phí bảo hiểm được tính trên cơ sở số ngày tham gia bảo hiểm thực tế theo biểu phí quy định.

4.5.2 Trường hợp chấm dứt hợp đồng theo khoản 4.2 Điều 4, nếu Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt, ABIC hoàn trả tối thiểu 70% phí bảo hiểm của thời gian còn lại với điều kiện chưa có khiếu nại nào được ABIC chấp nhận chi trả quyền lợi bảo hiểm. Nếu ABIC yêu cầu chấm dứt, ABIC sẽ hoàn trả 100% phí bảo hiểm của thời gian còn lại

4.5.3 Trong thời hạn bảo hiểm, ABIC hoặc Bên mua bảo hiểm có quyền yêu cầu chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm trước thời hạn. Bên yêu cầu chấm dứt phải thông báo bằng văn bản cho bên kia biết trước 15 ngày kể từ ngày dự định chấm dứt. Nếu Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt, ABIC sẽ hoàn trả 70% phí bảo hiểm của thời gian còn lại với điều kiện trong thời hạn bảo hiểm chưa có khiếu nại nào được ABIC chấp nhận chi trả quyền lợi bảo hiểm. Nếu ABIC yêu cầu chấm dứt, ABIC sẽ hoàn trả 100% phí bảo hiểm của thời gian còn lại.

4.5.4 Trường hợp chấm dứt hợp đồng theo khoản 4.3 Điều 4, ABIC không hoàn phí bảo hiểm cho thời gian còn lại đối với các hợp đồng đang có hiệu lực bảo hiểm.

### Điều 5: Khôi phục Hợp đồng bảo hiểm

Khi Bên mua bảo hiểm không đóng đủ phí bảo hiểm theo thời hạn thanh toán phí bảo hiểm trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc sau thời gian gia hạn đóng phí thì ABIC chấm dứt thực hiện Hợp đồng bảo hiểm.

Hợp đồng bảo hiểm có thể được khôi phục hiệu lực khi Bên mua bảo hiểm đóng phí bảo hiểm còn thiếu theo Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm. Thời điểm khôi phục hiệu lực hợp đồng sẽ được hai bên thỏa thuận bằng văn bản sau khi ABIC nhận được đầy đủ phí bảo hiểm. ABIC không chịu trách nhiệm chi trả quyền lợi bảo hiểm cho những sự kiện xảy ra đối với Người được bảo hiểm trong khoảng thời gian Hợp đồng bảo hiểm không có hiệu lực.

### **III. LOẠI TRỪ TRÁCH NHIỆM BẢO HIỂM**

#### **Điều 6: Loại trừ trách nhiệm bảo hiểm**

##### **6.1 Áp dụng chung cho cả 2 chương trình bảo hiểm**

ABIC không chịu trách nhiệm trả tiền bảo hiểm trong những trường hợp sau:

6.1.1 Hành vi cố ý gây thiệt hại đối với sức khỏe, tính mạng của Người được bảo hiểm.

6.1.2 Hành vi cố ý gây thiệt hại đối với sức khỏe, tính mạng cho Người được bảo hiểm của Bên mua bảo hiểm, Người thụ hưởng, Người thừa kế. Trong trường hợp Người thụ hưởng, Người thừa kế cố ý gây thiệt hại đối với sức khỏe, tính mạng cho Người được bảo hiểm, ABIC có quyền từ chối chi trả quyền lợi cho người có hành vi cố ý đó, nhưng ABIC vẫn trả tiền bảo hiểm cho những Người thụ hưởng, Người thừa kế khác theo thoả thuận trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

6.1.3 Người được bảo hiểm tham gia hoạt động thể thao chuyên nghiệp, hoạt động thể thao nguy hiểm (trừ khi có thoả thuận khác).

6.1.4 Người được bảo hiểm sử dụng ma túy, các chất kích thích khác mà pháp luật cấm sử dụng và đây là nguyên nhân làm cho Người được bảo hiểm bị tai nạn.

6.1.5 Người được bảo hiểm bị tử hình theo phán quyết của Tòa án. Người được bảo hiểm bỏ trốn, mất tích (trừ trường hợp Tòa án có quyết định tuyên bố Người được bảo hiểm tử vong do tai nạn và tai nạn xảy ra trong thời hạn bảo hiểm).

6.1.6 Người được bảo hiểm tham gia đánh nhau trừ trường hợp được xác nhận là hành động phòng vệ chính đáng.

6.1.7 Cảm đột ngột, trúng gió, bệnh tật, bệnh nghề nghiệp, sảy thai, những tai biến trong quá trình điều trị bệnh và thai sản.

6.1.8 Ngộ độc thức ăn, đồ uống.

6.1.9 Điều trị thuốc không theo chỉ dẫn của cơ quan y tế.

6.1.10 Các hoạt động hàng không (trừ khi với tư cách là hành khách), các cuộc diễn tập, huấn luyện quân sự, tham gia chiến đấu của các lực lượng vũ trang.

6.1.11 Nổi loạn, đình công, chiến tranh, xâm lược, hành động ngoại xâm, nội chiến, bạo loạn dân sự, khủng bố.

##### **6.2 Loại trừ áp dụng riêng cho Chương trình bảo hiểm II**

6.2.1 Người được bảo hiểm đi du lịch với mục đích chữa bệnh và/hoặc chăm sóc y tế.

6.2.2 Rủi ro phát sinh trong thời hạn vượt quá 180 ngày của chuyến đi du lịch.

6.3 Tùy theo đối tượng bảo hiểm/chương trình bảo hiểm, ABIC và Bên mua bảo hiểm có thể điều chỉnh một số điểm loại trừ bảo hiểm phù hợp.

## IV. THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

### Điều 7: Thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

7.1 Khi xảy ra sự kiện bảo hiểm, Người yêu cầu hợp pháp giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải thông báo ngay cho ABIC và chậm nhất trong vòng 30 ngày phải thông báo bằng văn bản hoặc hình thức khác theo quy định của ABIC.

7.2 Thời hạn nộp hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm là 01 năm kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm, trừ trường hợp chậm trễ do sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan theo quy định của pháp luật. Thời gian xảy ra sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan khác không tính vào thời hạn nộp hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

### Điều 8: Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Bên mua bảo hiểm; Người được bảo hiểm; Người đại diện hợp pháp của Người được bảo hiểm (trong trường hợp Người được bảo hiểm bị tử vong); Người thụ hưởng hợp pháp (trong trường hợp Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người đại diện hợp pháp của Người được bảo hiểm không yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm) có trách nhiệm thu thập và cung cấp cho ABIC những giấy tờ sau để làm thủ tục giải quyết quyền lợi bảo hiểm, bao gồm:

- Bản chính Giấy yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm (theo mẫu của ABIC).
- Bản sao hợp lệ Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm (nếu có).
- Bản sao hợp lệ trích lục khai tử/giấy chứng tử/biên bản khám nghiệm tử thi/biên bản kết luận của cơ quan, chính quyền địa phương hoặc công an (trường hợp tử vong).
- Bản chính hoặc bản sao hợp lệ giấy tờ hợp pháp chứng minh quyền thụ hưởng quyền lợi bảo hiểm.
- Bản chính hoặc bản sao hợp lệ biên bản tai nạn/bản tường trình tai nạn có xác nhận của cơ quan và/hoặc chính quyền địa phương hoặc công an nơi xảy ra tai nạn (trường hợp tai nạn).
- Bản chính hoặc bản sao hợp lệ các chứng từ y tế: giấy ra/vào viện, trích sao hồ sơ/hồ sơ bệnh án, kết quả xét nghiệm, toa thuốc/đơn thuốc, giấy chứng nhận phẫu thuật/phiếu mổ, hóa đơn, biên lai, các chứng từ y tế khác liên quan tới điều trị và phẫu thuật của cơ sở y tế.
- Bản chính hoặc bản sao hợp lệ biên bản giám định thương tật hoặc biên bản giám định y khoa do cơ quan có thẩm quyền cấp tỉnh, thành phố, trung ương cấp (trường hợp tai nạn hoặc do ABIC chỉ định).
- Các giấy tờ cần thiết khác (nếu có) có liên quan đến việc giải quyết quyền lợi bảo hiểm phù hợp với quy định của pháp luật và Quy tắc bảo hiểm này.
- Các hóa đơn, chứng từ tiếng nước ngoài phải nộp kèm một bản dịch hợp lệ.

Ngoài các giấy tờ trên, hồ sơ liên quan đến Chương trình bảo hiểm II bao gồm:

- Bản sao vé/thẻ hành khách hoặc các chứng từ thay thế tương đương.
- Lịch trình và các loại hình phương tiện di chuyển trong chuyến đi du lịch, các chứng từ chứng minh chi phí vận chuyển của chuyến đi du lịch được thực hiện qua thẻ.
- Các giấy tờ chứng minh mối quan hệ vợ/chồng, con hợp pháp của Người được bảo hiểm như: sổ hộ khẩu, đăng ký kết hôn, chứng minh thư nhân dân, giấy khai sinh (trường hợp liên quan đến rủi ro đối với người đi cùng Chủ thẻ trong chuyến đi du lịch).
- Các giấy tờ cần thiết khác có liên quan đến việc giải quyết quyền lợi bảo hiểm phù hợp với quy định của pháp luật và Quy tắc bảo hiểm này (nếu có).

Các hóa đơn, chứng từ tiếng nước ngoài phải nộp kèm một bản dịch hợp lệ. Chi phí dịch chứng từ này do Người được bảo hiểm tự chi trả.

Trường hợp cần thiết, ABIC sẽ chỉ định giám định y khoa, giám định pháp y để phục vụ cho việc giải quyết quyền lợi bảo hiểm. ABIC sẽ chi trả chi phí giám định trong trường hợp ABIC chỉ định.

## V. GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

### Điều 9: Giải quyết quyền lợi bảo hiểm

9.1 Khi xảy ra sự kiện bảo hiểm, ABIC có trách nhiệm giải quyết quyền lợi bảo hiểm trong thời hạn đã thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm. Trong trường hợp không có thỏa thuận về thời hạn giải quyết quyền lợi bảo hiểm, ABIC có trách nhiệm giải quyết trong vòng 15 ngày kể từ ngày nhận được hồ sơ đầy đủ và hợp lệ theo quy định tại Điều 8 Quy tắc bảo hiểm này (trừ khi có thỏa thuận khác).

9.2 Thông báo giải quyết quyền lợi bảo hiểm bằng văn bản được ABIC gửi tới các bên thụ hưởng quyền lợi bảo hiểm.

9.3 Trường hợp Người được bảo hiểm tử vong hoặc thương tật toàn bộ, ABIC sẽ thay mặt Người được bảo hiểm thanh toán dư nợ thẻ của Chủ thẻ cho Tổ chức tín dụng. Phần chênh lệch giữa số tiền chi trả quyền lợi bảo hiểm và dư nợ thẻ của Chủ thẻ (nếu có) sẽ được thanh toán cho Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng còn lại hoặc Người được ủy quyền hợp pháp.

9.4 Chi trả quyền lợi bảo hiểm cho người thụ hưởng:

9.4.1 Đối với Hợp đồng bảo hiểm/Điều khoản bảo hiểm có chỉ định người thụ hưởng: ABIC chi trả cho người thụ hưởng theo chỉ định tương ứng với số tiền thụ hưởng của người thụ hưởng đó.

9.4.2 Trường hợp số tiền chi trả của ABIC lớn hơn số tiền thụ hưởng của người thụ hưởng theo chỉ định, ABIC tiếp tục chi trả số tiền chênh lệch cho Người được bảo hiểm, Người thừa kế hợp pháp của Người được bảo hiểm.

9.4.3 Đối với Hợp đồng bảo hiểm/Điều khoản bảo hiểm không chỉ định người thụ hưởng, ABIC chi trả quyền lợi bảo hiểm cho Người được bảo hiểm, Người thừa kế hợp pháp của Người được bảo hiểm.

9.5 Trường hợp từ chối chi trả quyền lợi bảo hiểm, ABIC phải thông báo bằng văn bản cho Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm biết lý do từ chối trong thời hạn 30 ngày kể từ ngày nhận được hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm đầy đủ và hợp lệ.

### Điều 10: Áp dụng giảm trừ trong giải quyết quyền lợi bảo hiểm

ABIC sẽ giảm trừ một phần số tiền chi trả quyền lợi bảo hiểm tùy theo mức độ vi phạm trong các trường hợp sau đây:

10.1 Giảm trừ 10% số tiền chi trả quyền lợi bảo hiểm trong trường hợp thông báo sự kiện bảo hiểm quá thời gian quy định tại Khoản 7.1 Điều 7 Quy tắc bảo hiểm này.

10.2 Giảm trừ 20% số tiền chi trả quyền lợi bảo hiểm trong trường hợp:

a. Vi phạm nghĩa vụ ngăn ngừa hạn chế tổn thất quy định tại điểm 12.2.5 Điều 12 Quy tắc bảo hiểm này.

b. Cố tình che giấu thông tin về thời gian, diễn biến, quá trình điều trị tai nạn dẫn đến ABIC tốn kém nhân lực, chi phí để xác minh, thu thập tài liệu.

### Điều 11: Điều khoản về bảo hiểm trùng

Nếu Người được bảo hiểm được hưởng các khoản thanh toán theo bất kỳ Quy tắc bảo hiểm nào khác cho những tình huống được khiếu nại theo Quy tắc bảo hiểm này (trừ quy định ở Mục 1, 2 Phần III, Phụ lục 1 và Phụ lục 2), ABIC sẽ chỉ có trách nhiệm đối với số tiền không được chi trả theo các Quy tắc bảo hiểm khác.

## **VI. QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA CÁC BÊN**

### **Điều 12: Quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm**

#### 12.1 Quyền của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm

12.1.1 Yêu cầu ABIC cung cấp bản yêu cầu bảo hiểm, bảng câu hỏi liên quan đến Người được bảo hiểm, quy tắc, điều kiện, điều khoản bảo hiểm, giải thích các điều kiện, điều khoản bảo hiểm, cấp Hợp đồng bảo hiểm và/hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm.

12.1.2 Yêu cầu ABIC trả tiền bảo hiểm cho Người thụ hưởng hoặc Người được bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm.

12.1.3 Hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm hoặc đơn phương chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này và theo quy định của pháp luật.

12.1.4 Các quyền khác theo quy định của pháp luật.

#### 12.2 Nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm

12.2.1 Cung cấp đầy đủ và trung thực tất cả những thông tin có liên quan đến việc giao kết và thực hiện Hợp đồng bảo hiểm theo yêu cầu của ABIC đồng thời chịu hoàn toàn trách nhiệm về những thông tin đã cung cấp.

12.2.2 Đọc và hiểu rõ điều kiện, điều khoản bảo hiểm, quyền, nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm khi giao kết Hợp đồng bảo hiểm.

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

12.2.4 Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm chấp thuận để Tổ chức tín dụng được quyền cung cấp cho ABIC các thông tin về giao dịch của các Thỏa thuận cho vay có liên quan tới việc giao kết và thực hiện Hợp đồng bảo hiểm.

12.2.5 Khi xảy ra rủi ro, Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm, Người thụ hưởng phải áp dụng mọi biện pháp cần thiết có thể để ngăn ngừa hạn chế tổn thất, chấp hành chỉ định chẩn đoán, điều trị của người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh.

12.2.6 Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm có nghĩa vụ thu thập và cung cấp cho ABIC các giấy tờ cần thiết và các thông tin có liên quan theo yêu cầu của ABIC một cách trung thực, chính xác, kịp thời và đầy đủ. Đồng thời tạo điều kiện thuận lợi cho ABIC tiến hành xác minh nguyên nhân, hậu quả rủi ro.

12.2.7 Các nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật.

### **Điều 13: Quyền và nghĩa vụ của ABIC**

#### 13.1 Quyền của ABIC

13.1.1 Thu phí bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

13.1.2 Yêu cầu Bên mua bảo hiểm cung cấp đầy đủ, trung thực thông tin liên quan đến việc giao kết và thực hiện Hợp đồng bảo hiểm.

13.1.3 Hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm hoặc đơn phương chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này và theo quy định của pháp luật.

13.1.4 Từ chối chi trả quyền lợi bảo hiểm trong trường hợp không thuộc phạm vi bảo hiểm theo quy định tại Quy tắc bảo hiểm này.

13.1.5 Yêu cầu Bên mua bảo hiểm áp dụng các biện pháp để phòng, hạn chế tổn thất theo quy định của pháp luật.

13.1.6 Chấp nhận hoặc không chấp nhận khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm theo quy định tại Điều 5 Quy tắc bảo hiểm này.

13.1.7 Các quyền khác theo quy định của pháp luật.

## 13.2 Nghĩa vụ của ABIC

13.2.1 Cung cấp cho Bên mua bảo hiểm bản yêu cầu bảo hiểm, bảng câu hỏi liên quan đến Người được bảo hiểm, quy tắc, điều kiện, điều khoản bảo hiểm. Giới thiệu, tư vấn và giải thích rõ ràng, đầy đủ cho Bên mua bảo hiểm về quyền lợi bảo hiểm, điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm, quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm.

13.2.2 Cấp Hợp đồng bảo hiểm và hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm ngay sau khi giao kết hợp đồng cho Bên mua bảo hiểm.

13.2.3 Trả tiền bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm.

13.2.4 Giải thích bằng văn bản lý do từ chối trả tiền bảo hiểm.

13.2.5 Các nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật và theo quy định của Quy tắc bảo hiểm này.

## **Điều 14: Trách nhiệm và hậu quả pháp lý do vi phạm nghĩa vụ cung cấp thông tin**

14.1 Trường hợp Bên mua bảo hiểm cố ý cung cấp không đầy đủ thông tin hoặc cung cấp thông tin sai sự thật nhằm giao kết Hợp đồng bảo hiểm để được trả tiền bảo hiểm thì ABIC có quyền hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm. ABIC hoàn lại toàn bộ phí bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm.

14.2 Trường hợp ABIC cố ý không thực hiện nghĩa vụ cung cấp thông tin hoặc cung cấp thông tin sai sự thật nhằm giao kết Hợp đồng bảo hiểm thì Bên mua bảo hiểm có quyền hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm. ABIC hoàn lại toàn bộ phí bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm.

## **VII. GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP**

---

### **Điều 15: Giải quyết tranh chấp**

Tranh chấp về Hợp đồng bảo hiểm được giải quyết thông qua thương lượng giữa các bên. Trường hợp không thương lượng được thì tranh chấp được giải quyết thông qua hòa giải hoặc Trọng tài hoặc Tòa án theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm hoặc quy định của pháp luật.

### **Điều 16: Thời hiệu khởi kiện**

Thời hiệu khởi kiện về Hợp đồng bảo hiểm là 03 năm, kể từ ngày người có quyền yêu cầu biết hoặc phải biết quyền và lợi ích hợp pháp của mình bị xâm phạm.

# Phụ lục 1: CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM I

## Tai nạn 24/7

**I. Người được bảo hiểm:** Là Chủ thẻ.

**II. Rủi ro được bảo hiểm:** Là những tai nạn trong lãnh thổ Việt Nam xảy ra đối với Người được bảo hiểm.

### III. Phạm vi và quyền lợi bảo hiểm

Trên cơ sở các điều kiện, điều khoản bảo hiểm quy định dưới đây, Bên mua bảo hiểm có quyền lựa chọn điều kiện bảo hiểm và điều khoản bổ sung để tham gia bảo hiểm. Căn cứ các điều kiện, điều khoản bảo hiểm được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm, ABIC có trách nhiệm trả tiền bảo hiểm đối với các trường hợp thuộc phạm vi bảo hiểm sau khi áp dụng điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm quy định tại Điều 6 và giảm trừ bảo hiểm quy định tại Điều 10 Quy tắc bảo hiểm này (nếu có). Trong mọi trường hợp ABIC chỉ chi trả tối đa đến số tiền bảo hiểm, giới hạn trách nhiệm tương ứng với từng điều kiện, điều khoản bảo hiểm.

#### 1. Tử vong và thương tật toàn bộ do tai nạn

1.1 Phạm vi bảo hiểm: Người được bảo hiểm bị tai nạn xảy ra trong thời hạn bảo hiểm dẫn đến:

- a. Bị tử vong, thương tật toàn bộ trong thời hạn bảo hiểm, hoặc
- b. Bị tử vong, thương tật toàn bộ sau ngày kết thúc thời hạn bảo hiểm nhưng trong vòng 01 năm kể từ ngày xảy ra tai nạn.

1.2 Quyền lợi bảo hiểm: ABIC chi trả toàn bộ số tiền bảo hiểm. Các trường hợp thương tật toàn bộ được quy định tại Phụ lục 4 kèm theo Quy tắc bảo hiểm này.

1.3 Khi xảy ra sự kiện làm phát sinh trách nhiệm của ABIC theo quy định tại điểm 1.2 khoản 1, phần IV Phụ lục 1 Quy tắc bảo hiểm này, toàn bộ các Hợp đồng bảo hiểm của Người được bảo hiểm tham gia theo Quy tắc bảo hiểm này sẽ tự động chấm dứt.

#### 2. Thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn

2.1 Phạm vi bảo hiểm: Người được bảo hiểm bị tai nạn xảy ra trong thời hạn bảo hiểm dẫn đến:

- a. Bị thương tật bộ phận vĩnh viễn do trong thời hạn bảo hiểm, hoặc
- b. Bị thương tật bộ phận vĩnh viễn sau ngày kết thúc thời hạn bảo hiểm nhưng trong vòng 01 năm kể từ ngày xảy ra tai nạn.

2.2 Quyền lợi bảo hiểm: ABIC chi trả quyền lợi bảo hiểm theo tỷ lệ trả tiền bảo hiểm tương ứng với tình trạng thương tật theo Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm tại Phụ lục 4 đính kèm Quy tắc bảo hiểm này nhân với số tiền bảo hiểm.

2.3 Trường hợp Người được bảo hiểm bị thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn đã được ABIC giải quyết quyền lợi bảo hiểm, trong thời hạn bảo hiểm hoặc trong vòng 01 năm kể từ ngày xảy ra tai nạn, Người được bảo hiểm tử vong do hậu quả của tai nạn đó, ABIC chi trả thêm phần chênh lệch giữa số tiền bảo hiểm của quyền lợi tử vong và số tiền đã chi trả trước đó.

#### 3. Thương tật bộ phận tạm thời do tai nạn

3.1 Phạm vi bảo hiểm: Người được bảo hiểm bị thương tật tạm thời do tai nạn trong thời hạn bảo hiểm.

3.2 Quyền lợi bảo hiểm: ABIC chi trả toàn bộ chi phí y tế thực tế hợp lý để điều trị thương tật do tai nạn trong thời hạn bảo hiểm, bao gồm:

3.2.1 Chi phí giường điều trị; Chi phí xét nghiệm, chẩn đoán bằng hình ảnh, thuốc kê theo đơn của bác sĩ; Các chi phí điều trị theo chỉ định của bác sĩ điều trị; Chi phí thuê xe cấp cứu. Các chi phí này đều phải có hoá đơn, chứng từ gốc hợp lệ.

3.2.2 Trợ cấp ngày nằm viện điều trị thương tật tạm thời 0.1% Số tiền bảo hiểm/ngày. Số ngày trợ cấp tối đa 60 ngày/năm. Trường hợp tham gia bảo hiểm ngắn hạn, số ngày trợ cấp tối đa xác định theo tỷ lệ Số ngày tham gia bảo hiểm chia cho 365 ngày nhân với 60 ngày.

3.2.3 Giới hạn trách nhiệm đối với quyền lợi bảo hiểm này: 20% số tiền bảo hiểm.

## Phụ lục 2: CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM II

### Tai nạn trong chuyến đi du lịch

#### I. Người được bảo hiểm

Là Chủ thẻ phát sinh chuyến đi du lịch trong năm được bảo hiểm; Vợ hoặc chồng của Chủ thẻ đi cùng chuyến đi du lịch với Chủ thẻ nếu 100% chi phí vận chuyển trong toàn bộ chuyến đi du lịch của các thành viên trên được thanh toán bằng thẻ của Chủ thẻ.

#### II. Rủi ro được bảo hiểm

Là những tai nạn trong quá trình di chuyển bằng phương tiện vận tải công cộng trong thời gian tối đa 180 ngày của chuyến đi du lịch với điều kiện 100% chi phí vận chuyển trong toàn bộ chuyến đi du lịch được thanh toán bằng thẻ của Chủ thẻ trong thời hạn hiệu lực bảo hiểm.

#### III. Phạm vi bảo hiểm và quyền lợi bảo hiểm

Trên cơ sở các điều kiện, điều khoản bảo hiểm quy định dưới đây, Bên mua bảo hiểm có quyền lựa chọn điều kiện bảo hiểm và điều khoản bổ sung để tham gia bảo hiểm. Căn cứ các điều kiện, điều khoản bảo hiểm được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm, ABIC có trách nhiệm trả tiền bảo hiểm đối với các trường hợp thuộc phạm vi bảo hiểm sau khi áp dụng điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm quy định tại Điều 6 và giảm trừ bảo hiểm quy định tại Điều 10 Quy tắc bảo hiểm này (nếu có). Trong mọi trường hợp ABIC chỉ chi trả tối đa đến số tiền bảo hiểm tương ứng với từng điều kiện, điều khoản bảo hiểm.

##### 1. Tử vong và thương tật toàn bộ do tai nạn

1.1 Phạm vi bảo hiểm: Người được bảo hiểm bị tai nạn xảy ra trong thời hạn bảo hiểm dẫn đến:

- Bị tử vong, thương tật toàn bộ trong thời hạn bảo hiểm, hoặc
- Bị tử vong, thương tật toàn bộ sau ngày kết thúc thời hạn bảo hiểm nhưng trong vòng 01 năm kể từ ngày xảy ra tai nạn.

1.2 Quyền lợi bảo hiểm: Trường hợp Người được bảo hiểm tử vong hoặc thương tật toàn bộ do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, ABIC chi trả theo tỷ lệ % tương ứng theo bảng dưới đây nhân với số tiền bảo hiểm, cụ thể:

Tình trạng	Tỷ lệ chi trả
Tử vong	100%
Mù hoặc mất hoàn toàn hai mắt	100%
Mất toàn bộ và vĩnh viễn khả năng nói và thính giác	100%
Mất hoặc liệt hoàn toàn hai tay (từ vai hoặc khuỷu xuống) hoặc hai chân (từ háng hoặc đầu gối xuống)	100%
Mất cả hai bàn tay hoặc hai bàn chân, hoặc mất một cánh tay và một bàn chân, hoặc một cánh tay và một cẳng chân, hoặc một bàn tay và một cẳng chân hoặc một bàn tay và một bàn chân	100%
Liệt vĩnh viễn và không phục hồi được tứ chi	100%

## 2. Quyền lợi hỗ trợ chi phí học hành của trẻ em

Trong trường hợp Người được bảo hiểm bị tử vong, thương tật toàn bộ do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, nếu vào ngày xảy ra tai nạn, Người được bảo hiểm có con hợp pháp (con đẻ, con nuôi) còn sống ở độ tuổi dưới 18 tuổi hoặc ở độ tuổi dưới 23 tuổi còn đang theo học toàn thời gian tại một trường đại học hoặc cao đẳng được Nhà nước công nhận. ABIC chi trả số tiền bảo hiểm của quyền lợi này tương ứng với chương trình bảo hiểm được ghi trong Hợp đồng bảo hiểm để trang trải chi phí học hành cho con của Người được bảo hiểm. tối đa không quá hai (02) con.

Quyền lợi bảo hiểm này sẽ chỉ được chi trả một lần cho mỗi người con mà không phụ thuộc vào việc những đứa trẻ đó có được bảo hiểm theo một Hợp đồng bảo hiểm hỗ trợ khác mà Người được bảo hiểm đã tham gia hay không.

## 3. Thương tật bộ phận vĩnh viễn

3.1 Phạm vi bảo hiểm: Người được bảo hiểm bị tai nạn xảy ra trong thời hạn bảo hiểm dẫn đến:

- a. Bị thương tật bộ phận vĩnh viễn trong thời hạn bảo hiểm, hoặc
- b. Bị thương tật bộ phận vĩnh viễn sau ngày kết thúc thời hạn bảo hiểm nhưng trong vòng 01 năm kể từ ngày xảy ra tai nạn.

3.2 Quyền lợi bảo hiểm: Trường hợp Người được bảo hiểm bị thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn, ABIC chi trả theo tỷ lệ % tương ứng theo bảng dưới đây nhân với số tiền bảo hiểm, cụ thể:

Tình trạng	Tỷ lệ chi trả
Mất hoàn toàn và vĩnh viễn thính giác của hai tai	75%
Mất hoàn toàn và vĩnh viễn thị giác của một mắt	55%
Mất một chi hoặc mất hoàn toàn và vĩnh viễn khả năng sử dụng một chi	50%

3.3 Trường hợp Người được bảo hiểm bị thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn đã được ABIC giải quyết quyền lợi bảo hiểm, trong thời hạn bảo hiểm hoặc trong vòng 01 năm kể từ ngày xảy ra tai nạn, Người được bảo hiểm tử vong do hậu quả của tai nạn đó, ABIC chi trả thêm phần chênh lệch giữa số tiền bảo hiểm của quyền lợi tử vong và số tiền đã chi trả trước đó.