



QUY TẮC BẢO HIỂM SỨC KHỎE NGƯỜI GỬI TIỀN

Tên thương mại: **BẢO AN TIẾT KIỆM**



Ban hành kèm theo Quyết định số 2165/QĐ-ABIC-QLNV ngày 06/6/2025 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 sức khỏe người gửi tiền theo Công văn số 7673/BTC-QLBH ngày 03/6/2025

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

1.3 "Người được bảo hiểm" là người gửi tiền tại thời điểm tham gia bảo hiểm, có độ tuổi từ 15 đến 70 tuổi vào ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm và không quá 71 tuổi vào ngày kết thúc thời hạn bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

1.3.1 Trong các chương trình bảo hiểm cụ thể, ABIC áp dụng giới hạn độ tuổi phù hợp nhưng không vượt quá độ tuổi trên và được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm. Giới hạn độ tuổi quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm sẽ thay thế giới hạn độ tuổi quy định tại khoản 1.3 Điều 1 Quy tắc bảo hiểm này.

1.3.2 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.

1.4 "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.

1.5 "Tiền gửi" trong Quy tắc bảo hiểm này là tiền gửi tiết kiệm có kỳ hạn và tiền gửi có kỳ hạn theo quy định của tổ chức tín dụng.

1.6 "Người gửi tiền" là người thực hiện giao dịch liên quan đến tiền gửi theo quy định của tổ chức tín dụng. Người gửi tiền có thể là Chủ sở hữu hoặc Đồng chủ sở hữu tiền gửi hoặc Người giám hộ, Người đại diện theo pháp luật của chủ sở hữu, đồng chủ sở hữu tiền gửi.

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

1.8 "Tuổi của Người được bảo hiểm" là tuổi căn cứ vào năm sinh (không tính đến ngày sinh và tháng sinh) được ghi trên Căn cước hoặc các giấy tờ hợp lệ khác của Người được bảo hiểm theo quy định của pháp luật.

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 "Hợp đồng bảo hiểm" là sự 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 xảy ra sự kiện bảo hiểm.

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).

1.13 "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.

1.14 "Bệnh/Bệnh tật" là tình trạng cơ thể có dấu hiệu của bệnh lý khác với tình trạng sức khỏe bình thường của Người được bảo hiểm (bao gồm các trường hợp thai sản và thương tật do tai nạn phát sinh trước khi tham gia bảo hiểm). Trong Quy tắc bảo hiểm này bệnh được phân chia theo các nhóm bệnh sau đây:

1.14.1 "Bệnh có sẵn" là:

- a. Tình trạng bệnh tật hoặc thương tật của người được bảo hiểm đã được bác sỹ chẩn đoán hoặc điều trị trước ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm hoặc ngày khôi phục hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm.
- b. Dấu hiệu, triệu chứng bệnh khởi phát trong vòng 36 tháng trước ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm hoặc ngày khôi phục hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm.

1.14.2 "Bệnh đặc biệt" bao gồm:

- a. Ung thư/ K/ U ác tính/ Bướu ác tính; Bệnh bạch cầu/ Lơ xê mi; U lympho; Rối loạn sinh tủy; Đa u tủy xương; Tăng sinh miễn dịch ác tính; Sarcoma.
- b. Tai biến mạch máu não bao gồm nhưng không giới hạn bởi các chẩn đoán: Tai biến mạch máu não; Đột quy; Xuất huyết não; Nhồi máu não.
- c. Suy tim; Nhồi máu cơ tim; Suy thận; Suy tuyến thượng thận; Hội chứng thận hư; Suy tủy, Nhược tủy; Suy tụy; Viêm tụy mãn tính; Xơ gan; Đái tháo đường (tuýp 1, tuýp 2); Bệnh phổi phế quản tắc nghẽn mãn tính (COPD); Nghẽn mạch phổi; Lao các loại; Tâm phế mạn; Suy hô hấp mãn tính (bao gồm Hen phế quản); Thiếu máu huyết tán; Lupus ban đỏ; Hội chứng Cushing; U các loại (trừ ung thư).

Trường hợp điều chỉnh danh sách bệnh đặc biệt sẽ được quy định trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

1.14.3 "Bệnh khác" là các bệnh còn lại không phải là bệnh có sẵn, bệnh đặc biệt.

1.15 "Bảo hiểm tái tục" là trường hợp thỏa mãn đồng thời các điều kiện sau đây:

- a. Người được bảo hiểm không thay đổi.
- b. Thời gian được bảo hiểm liên tục của Người được bảo hiểm theo các Quy tắc bảo hiểm Bảo an tiết kiệm vượt quá 01 năm. Trường hợp thời gian ngắt quãng giữa 02 Hợp đồng bảo hiểm liên kế không quá 15 ngày thì vẫn tính là bảo hiểm liên tục.
- c. Số tiền bảo hiểm tái tục (theo từng quyền lợi bảo hiểm) nhỏ hơn hoặc bằng số tiền bảo hiểm đã tham gia đủ 01 năm trước đó.

1.16. "Bảo hiểm năm đầu tiên" là các trường hợp không thỏa mãn quy định về bảo hiểm tái tục.

1.17 "Thời gian chờ" là khoảng thời gian được tính từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm hoặc ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng gần nhất đối với trường hợp khôi phục hiệu lực hợp đồng. Trong khoảng thời gian chờ nếu sự kiện xảy ra Người được bảo hiểm sẽ không được hưởng quyền lợi bảo hiểm.

1.18 "Thương tật toàn bộ" là tình trạng thương tật do tai nạn, thương tật do bệnh tật dẫn đến tình trạng Người được bảo hiểm bị mất hoàn toàn chức năng và không thể phục hồi được chức năng của:

- a. Hai tay; hoặc

- b. Hai chân; hoặc
- c. Một tay và một chân; hoặc
- d. Hai mắt; hoặc
- e. Một tay và một mắt; hoặc
- f. Một chân và một mắt.

Giải thích về “Tình trạng Người được bảo hiểm bị mất hoàn toàn chức năng và không thể phục hồi được chức năng” của từng bộ phận cơ thể quy định tại khoản 1.18 Điều 1 Quy tắc bảo hiểm này như sau:

- Mất hoàn toàn chức năng và không thể phục hồi được chức năng của tay bao gồm:
 - + Bị mất, cắt đứt từ khớp cổ tay trở lên; hoặc
 - + Liệt hoàn toàn của toàn bộ bàn tay trở lên; Sức cơ của tay từ 0-1/5. Trường hợp hồ sơ y tế không thể hiện tình trạng thương tật này, ABIC sẽ chỉ định giám định để xác định tình trạng thương tật làm căn cứ giải quyết quyền lợi bảo hiểm.
- Mất hoàn toàn chức năng và không thể phục hồi được chức năng của chân bao gồm:
 - + Bị mất, cắt đứt từ khớp cổ chân (bao gồm cả xương sên và xương gót) trở lên; hoặc
 - + Liệt hoàn toàn của toàn bộ bàn chân trở lên; Sức cơ của chân từ 0-1/5. Trường hợp hồ sơ y tế không thể hiện tình trạng thương tật này, ABIC sẽ chỉ định giám định để xác định tình trạng thương tật làm căn cứ giải quyết quyền lợi bảo hiểm.
- Mất hoàn toàn chức năng và không thể phục hồi được chức năng của mắt bao gồm lấy bỏ nhãn cầu hoặc mù hoàn toàn hoặc thị lực sáng tối âm tính.

1.19 “Thương tật bộ phận vĩnh viễn” là tình trạng thương tật do tai nạn làm cho Người được bảo hiểm bị mất, cắt, đứt, 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 Phụ lục 1 Quy tắc bảo hiểm này.

1.20 “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).

1.21 “Giới hạn trách nhiệm” là số tiền chi trả tối đa cho một Người được bảo hiểm đối với mỗi điều kiện, điều khoản bảo hiểm của tất cả các Hợp đồng bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này.

Giới hạn trách nhiệm được quy định cụ thể trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Người được bảo hiểm có thể tham gia đồng thời nhiều Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này nhưng tại bất kỳ thời điểm nào ABIC chỉ chi trả tối đa đến giới hạn trách nhiệm tương ứng với từng điều kiện, điều khoản bảo hiểm.

Điều 2: Thời hạn bảo hiểm

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

Điều 3: Số tiền bảo hiểm và phí bảo hiểm

3.1 Số tiền bảo hiểm

Số tiền bảo hiểm là số tiền mà Bên mua bảo hiểm và ABIC thỏa thuận bảo hiểm cho Người được bảo hiểm. Bao gồm số tiền bảo hiểm theo quyền lợi bảo hiểm chính và số tiền bảo hiểm theo quyền lợi bảo hiểm bổ sung.

3.2 Phí bảo hiểm

3.2.1 Phí bảo hiểm là khoản tiền mà Bên mua bảo hiểm phải đóng cho ABIC theo quy định trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

3.2.2 Phương thức và thời hạn thanh toán phí bảo hiểm theo quy định của pháp luật hiện hành và ABIC.

Điều 4: Thay đổi liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm

4.1 Thay đổi chung

Trong thời hạn bảo hiểm, nếu muốn thay đổi các nội dung liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm thì Bên mua bảo hiểm hoặc ABIC phải thông báo bằng văn bản cho bên kia trước ngày dự kiến thay đổi. Việc thay đổi được áp dụng kể từ thời điểm ABIC cấp Sửa đổi bổ sung/Phụ lục hợp đồng hoặc cấp đổi Giấy chứng nhận bảo hiểm theo các nội dung mới.

4.2 Thay đổi liên quan đến tuổi của Người được bảo hiểm

4.2.1 Trường hợp sai tuổi Người được bảo hiểm trên Hợp đồng bảo hiểm, nhưng tuổi đúng không thỏa mãn độ tuổi theo quy định tại điểm 1.3.1 khoản 1.3 Điều 1 của Quy tắc bảo hiểm này thì Hợp đồng bảo hiểm không có hiệu lực, ABIC không chịu trách nhiệm chi trả quyền lợi bảo hiểm đối với mọi rủi ro đã xảy ra đối với Người được bảo hiểm và hoàn lại 100% phí bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm không có hiệu lực.

4.2.2 Trường hợp sai tuổi Người được bảo hiểm trên Hợp đồng bảo hiểm, nhưng tuổi đúng của Người được bảo hiểm thỏa mãn độ tuổi theo quy định tại điểm 1.3.1 khoản 1.3 Điều 1 của Quy tắc bảo hiểm này thì Hợp đồng bảo hiểm tiếp tục với hiệu lực bảo hiểm như sau:

a. Nếu phí bảo hiểm theo tuổi đúng của Người được bảo hiểm không thay đổi so với phí bảo hiểm trên Hợp đồng bảo hiểm thì Hợp đồng bảo hiểm giữ nguyên số tiền bảo hiểm.

b. Nếu phí bảo hiểm theo tuổi đúng của Người được bảo hiểm cao hơn phí bảo hiểm trên Hợp đồng bảo hiểm thì ABIC có quyền:

(i) Yêu cầu Bên mua bảo hiểm đóng phí bảo hiểm bổ sung tương ứng với số tiền bảo hiểm trên Hợp đồng bảo hiểm trong trường hợp chưa xảy ra sự kiện bảo hiểm.

(ii) Giảm số tiền bảo hiểm trên Hợp đồng bảo hiểm tương ứng với số phí bảo hiểm đã đóng trong trường hợp đã xảy ra sự kiện bảo hiểm.

c. Nếu phí bảo hiểm theo tuổi đúng của Người được bảo hiểm thấp hơn phí bảo hiểm trên Hợp đồng bảo hiểm, thì ABIC sẽ hoàn trả cho Bên mua bảo hiểm số phí bảo hiểm chênh lệch đã đóng và Hợp đồng bảo hiểm giữ nguyên số tiền bảo hiểm.

Điều 5: Áp dụng văn bản pháp luật điều chỉnh

Trường hợp quy định pháp luật liên quan đến Quy tắc bảo hiểm này nhưng nội dung đó chưa có trong Quy tắc bảo hiểm này hoặc trường hợp quy định pháp luật mới ban hành dẫn đến có nội dung trong Quy tắc bảo hiểm này bị trái hoặc không phù hợp với quy định của pháp luật thì áp dụng những quy định pháp luật đó để thực hiện.

II 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 9 và giảm trừ bảo hiểm quy định tại Điều 13 Quy tắc bảo hiểm này (nếu có). Trong mọi trường hợp ABIC chỉ chi trả tối đa đến Giới hạn trách nhiệm tương ứng với từng điều kiện, điều khoản bảo hiểm.

Điều 6: Phạm vi, Quyền lợi bảo hiểm chính

6.1 Tử vong, thương tật toàn bộ do tai nạn

6.1.1 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 06 tháng kể từ ngày xảy ra tai nạn.

6.1.2 Quyền lợi bảo hiểm

Trường hợp Người được bảo hiểm bị tử vong, thương tật toàn bộ do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, ABIC chi trả toàn bộ số tiền bảo hiểm của quyền lợi bảo hiểm chính quy định trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

6.1.3 Thời gian chờ: Không áp dụng

6.1.4 Khi xảy ra sự kiện làm phát sinh trách nhiệm của ABIC theo quy định tại điểm 6.1.2 khoản 6.1 Điều 6 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.

6.2 Thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn

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

- Bị thương tật bộ phận vĩnh viễn trong thời hạn bảo hiểm, hoặc
- Bị thương tật bộ phận vĩnh viễn sau ngày kết thúc thời hạn bảo hiểm nhưng trong vòng 06 tháng kể từ ngày xảy ra tai nạn.

6.2.2 Quyền lợi bảo hiểm

a. Trường hợp Người được bảo hiểm bị thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, ABIC chi trả 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 1 đính kèm Quy tắc bảo hiểm này nhân với số tiền bảo hiểm của quyền lợi bảo hiểm chính quy định trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

b. Sau khi sự kiện bảo hiểm thương tật bộ phận xảy ra, Hợp đồng bảo hiểm tiếp tục duy trì với các quyền lợi và nghĩa vụ theo Hợp đồng bảo hiểm.

c. Trường hợp Người được bảo hiểm bị thương tật bộ phận do tai nạn đã được ABIC giải quyết quyền lợi bảo hiểm, trong thời hạn bảo hiểm hoặc trong vòng 06 tháng 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 bảo hiểm chính quy định trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm với số tiền đã chi trả trước đó.

6.2.3 Thời gian chờ: Không áp dụng

6.3 Tử vong, thương tật toàn bộ do bệnh

6.3.1 Phạm vi bảo hiểm: Người được bảo hiểm bị tử vong, thương tật toàn bộ do bệnh trong thời hạn bảo hiểm và thỏa mãn quy định về thời gian chờ.

6.3.2 Quyền lợi bảo hiểm

a. Trường hợp Người được bảo hiểm bị tử vong, thương tật toàn bộ do bệnh thuộc phạm vi bảo hiểm, ABIC chi trả 50% số tiền bảo hiểm của quyền lợi bảo hiểm chính quy định trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

b. Giới hạn trách nhiệm của Quyền lợi tử vong, thương tật toàn bộ do bệnh theo thỏa thuận tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

6.3.3 Thời gian chờ

a. Bệnh đặc biệt, bệnh có sẵn: 365 ngày kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm hoặc ngày khôi phục hiệu lực bảo hiểm gần nhất;

b. Bệnh khác: 15 ngày kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm hoặc ngày khôi phục hiệu lực bảo hiểm gần nhất;

c. Không áp dụng thời gian chờ đối với bảo hiểm tái tục.

6.3.4 Khi xảy ra sự kiện làm phát sinh trách nhiệm của ABIC theo quy định tại điểm 6.3.2 khoản 6.3 Điều 6 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.

Điều 7: Quyền lợi bảo hiểm bổ sung

7.1 Điều khoản bổ sung BS1: Bảo hiểm mai táng phí

7.1.1 Phạm vi bảo hiểm: Người được bảo hiểm bị tử vong trong các trường hợp sau:

a. Tử vong do tai nạn trong thời hạn bảo hiểm;

b. Tử vong do tai nạn sau ngày kết thúc thời hạn bảo hiểm nhưng trong vòng 06 tháng kể từ ngày xảy ra tai nạn;

c. Tử vong do bệnh trong thời hạn bảo hiểm.

7.1.2 Quyền lợi bảo hiểm

Khi sự kiện bảo hiểm xảy ra, ABIC chi trả một lần chi phí mai táng phí cho Người thụ hưởng với số tiền bảo hiểm theo ĐKBS BS1 được quy định trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm trừ trường hợp hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm.

7.1.3 Thời gian chờ: Không áp dụng.

Điều 8: Điều khoản khác

Ngoài các điều kiện, điều khoản quy định tại Quy tắc bảo hiểm này, ABIC và Bên mua bảo hiểm có thể thỏa thuận thêm các điều khoản khác bằng văn bản theo quy định của pháp luật.



LOẠI TRỪ TRÁCH NHIỆM BẢO HIỂM

Điều 9: Điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm

ABIC không chịu trách nhiệm chi trả quyền lợi bảo hiểm (không áp dụng đối với điều khoản BS1) trong các trường hợp sau:

9.1 Người được bảo hiểm bị nhiễm HIV; bệnh AIDS trừ các trường hợp sau:

9.1.1 Người được bảo hiểm bị phơi nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp sau khi tham gia bảo hiểm.

9.1.2 Người được bảo hiểm bị tử vong, thương tật toàn bộ, thương tật bộ phận do tai nạn.

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

9.3 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.

9.4 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).

9.5 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 tử vong, thương tật toàn bộ, thương tật bộ phận.

9.6 Tùy theo đối tượng bảo hiểm/chương trình bảo hiểm ABIC có thể điều chỉnh một số điểm loại trừ bảo hiểm phù hợp.

IV THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Điều 10: Thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

10.1 Khi xảy ra sự kiện bảo hiểm, Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải thông báo ngay cho ABIC và chậm nhất trong vòng 45 ngày phải thông báo bằng văn bản.

10.2 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 nguyên nhân khách quan và bất khả kháng 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 11: 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:

11.1 Bản chính Giấy yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm (theo mẫu của ABIC).

11.2 Bản sao hợp lệ Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm (nếu có).

11.3 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).

11.4 Bản chính hoặc bản sao hợp lệ giấy tờ hợp pháp chứng minh quyền thụ hưởng quyền lợi bảo hiểm.

11.5 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).

11.6 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.

11.7 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).

11.8 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.

11.9 Các hóa đơn, chứng từ tiếng nước ngoài phải nộp kèm một bản dịch hợp lệ.

Điều 12: Giải quyết quyền lợi bảo hiểm

12.1 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 11 Quy tắc bảo hiểm này.

12.2 Thông báo giải quyết quyền lợi bảo hiểm bằng văn bản được ABIC gửi tới Người thụ hưởng quyền lợi bảo hiểm.

12.3 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.

12.4 ABIC sẽ thanh toán chi phí hợp lý, hợp lệ liên quan đến giám định y khoa, giám định pháp y đối với các trường hợp được ABIC chỉ định.

Điều 13: 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 (không áp dụng đối với điều khoản BS1) tùy theo mức độ vi phạm trong các trường hợp sau đây:

13.1 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 10.1 Điều 10 Quy tắc bảo hiểm này (trừ trường hợp nguyên nhân do trở ngại khách quan hoặc bất khả kháng).

13.2 Giảm trừ 20% số tiền chi trả quyền lợi bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm vi phạm một hoặc các hành vi dưới đây:

13.2.1 Người được bảo hiểm điều khiển xe cơ giới, xe máy chuyên dùng đi vào đường cấm, khu vực cấm, đua xe, vận chuyển trái phép hoặc không thực hiện đầy đủ các quy định về vận chuyển hàng hóa nguy hiểm (chỉ áp dụng đối với người điều khiển xe, không áp dụng đối với người ngồi trên xe).

13.2.2 Người được bảo hiểm vi phạm quy định về an toàn lao động của cơ quan, sử dụng trái phép: điện, vũ khí, chất nổ.

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

13.3 Giảm trừ 50% số tiền chi trả quyền lợi bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm vi phạm một hoặc các hành vi dưới đây:

13.3.1 Người được bảo hiểm điều khiển xe cơ giới không có giấy phép lái xe theo quy định; điều khiển xe máy chuyên dùng không có giấy phép lái xe hoặc chứng chỉ bồi dưỡng kiến thức pháp luật về giao thông đường bộ, bằng hoặc chứng chỉ điều khiển xe máy chuyên dùng.

13.3.2 Người được bảo hiểm điều khiển xe cơ giới, xe thô sơ, xe máy chuyên dùng có nồng độ cồn trong máu vượt quá 50 miligam/100 mililit máu (tương đương 10,9 mmol/1 lít máu) hoặc nồng độ cồn trong khí thở vượt quá 0,25 miligam/1 lít khí thở.

13.3.3 Người được bảo hiểm sử dụng ma túy các chất kích thích khác mà pháp luật cấm sử dụng ngoài các trường hợp được quy định tại khoản 9.5 Điều 9.

13.3.4 Cố tình che giấu thông tin về thời gian, diễn biến, quá trình điều trị tai nạn, bệnh tật dẫn đến ABIC gặp khó khăn khi tiến hành xác minh, thu thập tài liệu.

13.4 Trường hợp áp dụng nhiều mức giảm trừ, tổng số tiền giảm trừ không vượt quá 50% số tiền chi trả quyền lợi bảo hiểm.

VI HỦY BỎ VÀ CHẤM DỨT HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

Điều 14: Hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm

14.1 Hợp đồng bảo hiểm sẽ bị hủy bỏ trong các trường hợp sau:

14.1.1 Người được bảo hiểm không đủ điều kiện quy định tại khoản 1.3 Điều 1.

14.1.2 Bên mua bảo hiểm cố ý cung cấp thông tin không đầy đủ hoặc cung cấp thông tin sai sự thật nhằm giao kết Hợp đồng bảo hiểm để được trả tiền bảo hiểm.

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

14.2 Khi Hợp đồng bảo hiểm bị hủy bỏ ABIC không phải chịu trách nhiệm chi trả quyền lợi bảo hiểm đối với mọi rủi ro đã xảy ra đối với Người được bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm sẽ được hoàn lại 100% phí bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm bị hủy bỏ.

Điều 15: Chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm

15.1 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.

15.2 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.

15.3 Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt theo điểm 6.1.4 khoản 6.1; điểm 6.3.4 khoản 6.3 Điều 6 Quy tắc bảo hiểm này.

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

15.5 Hậu quả chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm

15.5.1 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.

15.5.2 Trường hợp chấm dứt hợp đồng theo khoản 15.1 Điều 15, ABIC hoàn lại phần phí bảo hiểm đã đóng vượt quá mức phí của thời hạn bảo hiểm (nếu có) hoặc yêu cầu Bên mua bảo hiểm đóng đủ phí đến thời điểm chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm. ABIC không hoàn lại phí bảo hiểm trong trường hợp đã xảy ra sự kiện bảo hiểm được ABIC chấp thuận chi trả quyền lợi bảo hiểm.

15.5.3 Trường hợp chấm dứt hợp đồng theo khoản 15.2 Điều 15, 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.

15.5.4 Trường hợp chấm dứt hợp đồng theo khoản 15.3 Điều 15, ABIC không hoàn phí bảo hiểm cho thời gian còn lại đối với các hợp đồng đang có hiệu lực bảo hiểm.

Điều 16: 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.

VII QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA CÁC BÊN

Điều 17: Quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm

17.1 Quyền của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm

17.1.1 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.

17.1.2 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

17.1.3 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.

17.1.4 Các quyền khác theo quy định của pháp luật.

17.2 Nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm

17.2.1 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.

17.2.2 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.

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

17.2.4 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.

17.2.5 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.

17.2.6 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.

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

Điều 18: Quyền và nghĩa vụ của ABIC

18.1 Quyền của ABIC

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

18.1.2 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.

18.1.3 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.

18.1.4 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.

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

18.1.6 Chấp nhận hoặc không chấp nhận khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm theo quy định tại Điều 16 Quy tắc bảo hiểm này.

18.1.7 Các quyền khác theo quy định của pháp luật.

18.2 Nghĩa vụ của ABIC

18.2.1 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.

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

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

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

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

Điều 19: Trách nhiệm và hậu quả pháp lý do vi phạm nghĩa vụ cung cấp thông tin

19.1 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.

19.2 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.

VIII GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP

Điều 20: 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 21: 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.