

**BỘ TÀI CHÍNH**

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM  
Độc lập- Tự do- Hạnh phúc**

Số: 2239 /BTC-QLBH  
V/v phê chuẩn sửa đổi sản phẩm  
bảo hiểm Bảo an tín dụng

Hà Nội, ngày 27 tháng 02 năm 2019

Kính gửi: Công ty cổ phần Bảo hiểm Ngân hàng Nông nghiệp

Trả lời Đơn đề nghị sửa đổi, bổ sung sản phẩm bảo hiểm Bảo an tín dụng ngày 17/01/2019 của Công ty cổ phần Bảo hiểm Ngân hàng Nông nghiệp (Công ty) và các tài liệu kèm theo, Bộ Tài chính có ý kiến như sau:

1. Chấp thuận việc sửa đổi số tiền bảo hiểm tối đa từ 200 triệu đồng lên 300 triệu đồng tại quy tắc, điều khoản, biểu phí sản phẩm bảo hiểm Bảo an tín dụng của Công ty đã được Bộ Tài chính phê chuẩn tại Công văn số 17294/BTC-QLBH ngày 16/12/2013.

2. Công ty phải thực hiện đúng và chịu trách nhiệm về tính chính xác, phù hợp với quy định pháp luật về quy tắc, điều khoản, biểu phí bảo hiểm đã được Bộ Tài chính phê chuẩn. Khi giao kết hợp đồng bảo hiểm, 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.

3. Công ty thực hiện trích lập dự phòng nghiệp vụ bảo hiểm sức khỏe đối với sản phẩm bảo hiểm Bảo an tín dụng theo đúng quy định pháp luật hiện hành. Hàng năm, chuyên gia tính toán dự phòng nghiệp vụ và khả năng thanh toán của Công ty phải đánh giá chênh lệch giữa các giả định tính phí so với thực tế triển khai của sản phẩm theo quy định tại Điều 16 Thông tư số 50/2017/TT-BTC ngày 15/5/2017 của Bộ Tài chính.

4. Công ty phải công bố các sản phẩm được phép triển khai theo quy định tại Khoản 7 Điều 39 Nghị định số 73/2016/NĐ-CP ngày 01/7/2016 của Chính phủ.

Bộ Tài chính thông báo để Công ty biết và thực hiện theo quy định pháp luật./.

*Nơi nhận:*

- Như trên;
- Lãnh đạo Bộ (để b/c);
- Vụ Pháp chế;
- Lưu: VT, QLBH (L)

**TL. BỘ TRƯỞNG**

**KT. CỤC TRƯỞNG CỤC QUẢN LÝ,**

**GIÁM SÁT BẢO HIỂM**

**PHÓ CỤC TRƯỞNG**



**Nguyễn Quang Huyền**



## QUY TẮC BẢO HIỂM BẢO AN TÍN DỤNG

(Được phê chuẩn kèm theo Công văn số 2239/BTC-QLBH ngày 27/02/2019 của  
Bộ Tài chính)

### CHƯƠNG I: NHỮNG QUY ĐỊNH CHUNG

#### Điều 1: Các thuật ngữ và từ viết tắt

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

- 1.1 “**Bên 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 “**Ngân hàng**” là bên cho vay/cung cấp khoản tín dụng đối với Bên mua bảo hiểm theo quy định của Ngân hàng cho vay và quy định của Pháp luật.
- 1.3 “**Bên mua bảo hiểm**” là cá nhân hoặc tổ chức phù hợp với các quy định của pháp luật, yêu cầu bảo hiểm và đóng phí bảo hiểm theo các điều khoản và điều kiện của Quy tắc bảo hiểm này.
- 1.4 “**Người được bảo hiểm**”
  - 1.4.1 Là cá nhân được ABIC chấp nhận bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này và thỏa mãn tất cả các điều kiện sau:
    - a. Có năng lực hành vi dân sự đầy đủ;
    - b. Được Ngân hàng chấp thuận cho vay hoặc là người đại diện cho tổ chức được Ngân hàng chấp thuận cho vay và tự nguyện chuyển quyền thụ hưởng bảo hiểm cho Ngân hàng. Người đại diện cho tổ chức bao gồm thành viên Hội đồng Quản trị/Hội đồng thành viên, thành viên Ban Giám đốc/Ban Điều hành, thành viên Ban Kiểm soát, Kế toán trưởng;
    - c. Có độ tuổi từ đủ 18 đến 65 tuổi vào ngày phát sinh hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm và không quá 66 tuổi vào ngày kết thúc của Hợp đồng bảo hiểm;
    - d. Không bị thương tật vĩnh viễn từ 50% trở lên.
  - 1.4.2 Trường hợp Người vay là cá nhân/hộ gia đình (không áp dụng đối với tổ chức) không thỏa mãn các điều kiện (a), (c), (d) có quyền chỉ định tham gia bảo hiểm cho 01 người theo thứ tự ưu tiên sau đây là vợ/chồng, con, cha/mẹ của Người vay có tên trong Sổ hộ khẩu của người vay và Hồ sơ vay vốn theo quy định của Ngân hàng. Người được chỉ định tham gia bảo hiểm phải thỏa mãn các điều kiện (a), (c) và (d).
  - 1.4.3 ABIC sẽ không nhận bảo hiểm và không chịu trách nhiệm đối với những người không thỏa mãn các điều kiện như trên.
- 1.5 “**Người thụ hưởng**” là cá nhân hoặc tổ chức được chỉ định để nhận số tiền chi trả quyền lợi bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm đồng ý để Người được bảo hiểm chỉ định thay đổi Người thụ hưởng (trừ người thụ hưởng là Ngân hàng).  
Người thụ hưởng đầu tiên là Ngân hàng nhận số tiền chi trả quyền lợi bảo hiểm

- theo quy định tại Khoản 14.3.1 Mục 14.3 Điều 14 Quy tắc bảo hiểm này; Người thụ hưởng còn lại là người được chỉ định nhận số tiền chi trả quyền lợi bảo hiểm theo quy định tại Khoản 14.3.2 Mục 14.3 và Mục 14.4 Điều 14 Quy tắc bảo hiểm này.
- 1.6 “**Tuổi của Người được bảo hiểm**” là tuổi căn cứ vào năm sinh (không tính đến ngày sinh và tháng sinh) của Người được bảo hiểm.
- 1.7 “**Dư nợ khoản vay**” là số tiền mà cá nhân, tổ chức vay vốn có trách nhiệm phải trả cho Ngân hàng bao gồm số nợ gốc và các khoản lãi, phí phát sinh chưa thanh toán.
- 1.8 “**Số tiền bảo hiểm**” là số tiền được ABIC chấp thuận bảo hiểm. Số tiền bảo hiểm không vượt quá số tiền vay ban đầu được Ngân hàng cho Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm vay 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, Người được bảo hiểm có quyền lựa chọn số tiền bảo hiểm quy định tại Phụ lục 1: Biểu phí và số tiền bảo hiểm đính kèm Quy tắc bảo hiểm này. Tại một thời điểm, Người được bảo hiểm chỉ được tham gia bảo hiểm với số tiền bảo hiểm tối đa quy định tại Phần I, Phụ lục 1 Quy tắc bảo hiểm này.
- 1.9 “**Hợp đồng bảo hiểm**” bao gồm Quy tắc bảo hiểm Bảo an tín dụng; Giấy yêu cầu bảo hiểm; Giấy chứng nhận bảo hiểm (bao gồm Bản tóm tắt Quy tắc bảo hiểm in tại mặt sau của Giấy chứng nhận bảo hiểm); các giấy tờ hợp lệ khác có liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm (nếu có).
- 1.10 “**Giấy yêu cầu bảo hiểm**” là văn bản yêu cầu bảo hiểm của Bên mua bảo hiểm và là một bộ phận không thể tách rời của Hợp đồng bảo hiểm. Giấy yêu cầu bảo hiểm được cung cấp theo mẫu của ABIC.
- 1.11 “**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;
- ABIC chỉ cấp Giấy chứng nhận bảo hiểm khi Bên mua bảo hiểm đã đóng đủ phí bảo hiểm.
- 1.12 “**Tai nạn**” là sự kiện bất ngờ, không lường trước, gây ra bởi tác động từ bên ngoài không chủ định, xảy ra ngoài sự kiểm soát của Người được bảo hiểm, phát sinh trong thời hạn bảo hiểm và là nguyên nhân trực tiếp và duy nhất gây ra thương tật hoặc tử vong cho Người được bảo hiểm.
- 1.13 “**Bệnh tật**” là trạng thái suy yếu về thể chất của Người được bảo hiểm.
- 1.14 “**Năm viện**” là việc bệnh nhân phải nằm bệnh viện ít nhất 24 giờ để điều trị bệnh tật hoặc thương tật cho đến khi ra viện và phải có giấy nhập viện và/hoặc ra viện do bệnh viện cấp.
- 1.15 “**Sự kiện bảo hiểm**” là sự kiện Người được bảo hiểm bị tử vong, thương tật toàn bộ vĩnh viễn, thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn hoặc tử vong; tàn tật toàn bộ vĩnh viễn do bệnh tật, thai sản thuộc phạm vi bảo hiểm.
- 1.16 “**Cơ quan y tế có thẩm quyền**” là cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có đủ điều kiện hoạt động theo quy định tại Luật khám bệnh, chữa bệnh hiện hành.
- 1.17 “**Bảo hiểm tái tục**” là thời hạn hiệu lực bảo hiểm vượt quá 12 tháng đối với hợp đồng bảo hiểm dài hạn (trên 12 tháng) hoặc thỏa mãn các điều kiện sau đây:

- a. Người được bảo hiểm không thay đổi;
- b. Thời gian đã được bảo hiểm của các Hợp đồng bảo hiểm tối thiểu đủ 12 tháng;
- c. Khoảng thời gian ngắn quãng giữa 02 Hợp đồng bảo hiểm liền kề không quá 60 ngày;
- d. Số tiền bảo hiểm nhỏ hơn hoặc bằng số tiền bảo hiểm đã tham gia trước đó.

Trường hợp số tiền bảo hiểm lớn hơn số tiền bảo hiểm đã tham gia trước đó thì số tiền bảo hiểm đã tham gia đủ 12 tháng trước đó được coi là số tiền bảo hiểm của Bảo hiểm tái tục.

- 1.18 “**Thương tật toàn bộ vĩnh viễn/tàn tật toàn bộ vĩnh viễn**” là tình trạng Người được bảo hiểm bị thương tật do tai nạn hoặc tàn tật do bệnh tật, thai sản làm mất hoàn toàn chức năng và không thể phục hồi được chức năng của:

- Hai tay; hoặc
- Hai chân; hoặc
- Một tay và một chân; hoặc
- Hai mắt; hoặc
- Một tay và một mắt; hoặc
- Một chân và một mắt.

Trong khái niệm này:

- Mắt hoàn toàn chức năng và không thể phục hồi được chức năng của mắt được hiểu là lấy bỏ nhãn cầu hoặc mù hoàn toàn (thị lực dưới 1/20);
- Mắt hoàn toàn chức năng và không thể phục hồi được chức năng của tay được hiểu là:
  - + Bị cắt cụt từ khớp cổ tay trở lên; hoặc
  - + Mất khả năng vận động (liệt) vĩnh viễn từ toàn bộ bàn tay trở lên;
- Mắt hoàn toàn chức năng và không thể phục hồi được chức năng của chân được hiểu là:
  - + Bị cắt cụt từ khớp cổ chân (bao gồm cả xương sên và xương gót) trở lên; hoặc
  - + Mất khả năng vận động (liệt) vĩnh viễn từ toàn bộ bàn chân trở lên.

- 1.19 “**Thương tật bộ phận vĩnh viễn**” là tình trạng Người được bảo hiểm bị thương tật do tai nạn làm cho Người được bảo hiểm bị mất, cắt, cụt, liệt, khuyết một phần hay toàn bộ bất kỳ bộ phận nào trên cơ thể và vĩnh viễn không có khả năng phục hồi hoàn toàn 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 2: Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm thương tật bộ phận vĩnh viễn đính kèm Quy tắc bảo hiểm này. Trường hợp đa thương tật vĩnh viễn áp dụng nguyên tắc cộng dồn tỷ lệ của từng thương tật.

## **Điều 2: Thủ tục yêu cầu tham gia bảo hiểm**

Khi yêu cầu bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm chấp thuận tham gia bảo hiểm theo các điều khoản, điều kiện của Quy tắc bảo hiểm này bằng việc kê khai đầy đủ, trung thực, chính xác và ký xác nhận vào Giấy yêu cầu bảo hiểm theo mẫu của ABIC.

**Điều 3: Phí bảo hiểm**

- 3.1 Phí bảo hiểm được quy định tại Phụ lục 1: Biểu phí và số tiền bảo hiểm kèm theo Quy tắc bảo hiểm này và được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- 3.2 Phí bảo hiểm được thu một lần thông qua Ngân hàng tại thời điểm cấp Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc thời điểm phát sinh phí bảo hiểm bổ sung.

**Điều 4: Thời hạn bảo hiểm, Thời điểm phát sinh trách nhiệm bảo hiểm**

- 4.1 Thời hạn bảo hiểm tương ứng với thời hạn hoặc thời hạn còn lại của Hợp đồng tín dụng tại thời điểm tham gia bảo hiểm hoặc theo thỏa thuận. Thời hạn bảo hiểm được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- 4.2 Thời điểm phát sinh trách nhiệm bảo hiểm phải thỏa mãn đồng thời 02 điều kiện sau:
  - Ngay khi cấp Giấy chứng nhận bảo hiểm;
  - Là thời điểm đầu tiên của thời hạn bảo hiểm.

**Điều 5: Thay đổi liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm**

Trong thời hạn bảo hiểm, nếu muốn thay đổi Người thụ hưởng, số tiền bảo hiểm, thời hạn bảo hiểm thì Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm phải thông báo bằng văn bản cho ABIC. Việc thay đổi được áp dụng kể từ thời điểm ABIC chấp thuận cấp đổi Giấy chứng nhận bảo hiểm theo các nội dung mới.

**CHƯƠNG II: PHẠM VI BẢO HIỂM VÀ QUYỀN LỢI BẢO HIỂM****Điều 6: Phạm vi bảo hiểm**

Trừ những trường hợp loại trừ trách nhiệm bảo hiểm quy định tại Điều 9 Quy tắc bảo hiểm này, ABIC nhận bảo hiểm trong các trường hợp cụ thể sau:

- 6.1 Trường hợp Người được bảo hiểm bị tử vong, thương tật toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn kể từ thời điểm phát sinh trách nhiệm bảo hiểm và trong thời hạn bảo hiểm hoặc trong vòng 06 tháng kể từ ngày xảy ra tai nạn;
- 6.2 Trường hợp Người được bảo hiểm bị tử vong, tàn tật toàn bộ vĩnh viễn do bệnh tật, thai sản kể từ thời điểm phát sinh trách nhiệm bảo hiểm và trong thời hạn bảo hiểm;
- 6.3 Trường hợp Người được bảo hiểm bị thương tật bộ phận vĩnh viễn từ 21% trở lên do tai nạn từ thời điểm phát sinh trách nhiệm bảo hiểm và trong thời hạn bảo hiểm hoặc trong vòng 06 tháng kể từ ngày xảy ra tai nạn.

**Điều 7: Quyền lợi bảo hiểm cơ bản****7.1 Quyền lợi bảo hiểm tử vong/thương tật toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn**

- 7.1.1 Trường hợp Người được bảo hiểm bị tử vong/thương tật toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, ABIC chi trả toàn bộ số tiền bảo hiểm theo quyền lợi bảo hiểm cơ bản.
- 7.1.2 Khi xảy ra sự kiện làm phát sinh trách nhiệm của ABIC theo quy định tại Khoản 7.1.1 Điều 7 Quy tắc bảo hiểm này, Hợp đồng bảo hiểm sẽ tự động chấm dứt hiệu lực.

## **7.2 Quyền lợi bảo hiểm tử vong/tàn tật toàn bộ vĩnh viễn do bệnh tật**

- 7.2.1 Trường hợp Người được bảo hiểm bị tử vong/tàn tật toàn bộ vĩnh viễn do:
- Các bệnh lý đã được điều trị trong vòng 02 năm trước ngày tham gia bảo hiểm, bao gồm: Suy tim; Viêm tắc động mạch đã có biến chứng hoại tử; Tâm phế mạn; Xơ gan; Suy chức năng gan; Suy thận; Suy tụy; Cắt bỏ tuyến giáp; Suy tụy; Tiểu đường typ 1; Tiểu đường typ 2; Bệnh phổi phế quản tắc nghẽn mãn tính; Suy hô hấp mãn tính; Lao phổi tái phát; Thiếu máu huyết tán;
  - Các bệnh lý khác (không bao gồm ung thư, tai biến mạch máu não/đột quỵ) mà tại thời điểm tham gia bảo hiểm đang trong thời gian điều trị.

ABIC sẽ chi trả 20 % số tiền bảo hiểm theo quyền lợi cơ bản (không áp dụng đối với Bảo hiểm tái tục).

- 7.2.2 Trường hợp Người được bảo hiểm bị tử vong/tàn tật toàn bộ vĩnh viễn do các bệnh lý không được điều trị trong vòng 02 năm trước ngày tham gia bảo hiểm, bao gồm: Ung thư; Suy tim; Viêm tắc động mạch đã có biến chứng hoại tử; Tâm phế mạn; Xơ gan; Suy chức năng gan; Suy thận; Suy tụy; Cắt bỏ tuyến giáp; Suy tụy; Tiểu đường typ 1; Tiểu đường typ 2; Bệnh phổi phế quản tắc nghẽn mãn tính; Suy hô hấp mãn tính; Lao phổi tái phát; Thiếu máu huyết tán, ABIC sẽ chi trả 50% số tiền bảo hiểm theo quyền lợi cơ bản (không áp dụng đối với Bảo hiểm tái tục).

- 7.2.3 Các trường hợp Người được bảo hiểm bị tử vong/tàn tật toàn bộ vĩnh viễn do bệnh lý khác ngoài các bệnh lý quy định tại Khoản 7.2.1; 7.2.2 Điều 7 của Quy tắc bảo hiểm này và do tất cả các bệnh lý đối với bảo hiểm tái tục thuộc phạm vi bảo hiểm, ABIC sẽ chi trả 100% số tiền bảo hiểm theo quyền lợi cơ bản.

- 7.2.4 Khi xảy ra sự kiện làm phát sinh trách nhiệm của ABIC theo quy định tại Khoản 7.2.1; 7.2.2; 7.2.3 Điều 7 Quy tắc bảo hiểm này, Hợp đồng bảo hiểm sẽ tự động chấm dứt hiệu lực.

## **7.3 Quyền lợi bảo hiểm thương tật bộ phận vĩnh viễn**

- 7.3.1 Trường hợp Người được bảo hiểm bị thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, ABIC chi trả quyền lợi bảo hiểm căn cứ vào Tỷ lệ trả tiền bảo hiểm quy định cho Thương tật bộ phận vĩnh viễn (tại Phụ lục 2 của Quy tắc bảo hiểm này) và Số tiền bảo hiểm theo quyền lợi bảo hiểm cơ bản.

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

- 7.3.3 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 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 theo quyền lợi cơ bản với số tiền đã chi trả trước đó (chi trả theo quyền lợi bảo hiểm tử vong do tai nạn).

- 7.4 Trường hợp tại thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm, Người được bảo hiểm tham gia đồng thời nhiều Hợp đồng bảo hiểm với tổng số tiền bảo hiểm lớn hơn số

tiền bảo hiểm tối đa, ABIC sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm trên cơ sở số tiền bảo hiểm tối đa và hoàn lại số phí bảo hiểm cho phần chênh lệch giữa tổng số tiền bảo hiểm đã tham gia và số tiền bảo hiểm tối đa cho Người mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm/Người thụ hưởng theo chỉ định/Người thừa kế hợp pháp của Người được bảo hiểm.

- 7.5 ABIC không nhận bảo hiểm lại đối với Người được bảo hiểm bị thương tật toàn bộ vĩnh viễn, tàn tật toàn bộ vĩnh viễn, thương tật bộ phận vĩnh viễn có tỷ lệ trả tiền bảo hiểm từ 50% trở lên.
- 7.6 Ngoài ra ABIC sẽ thanh toán chi phí hợp lý, hợp lệ liên quan đến giám định y khoa đối với các trường hợp được ABIC chỉ định.

#### **Điều 8: Quyền lợi bảo hiểm bổ sung**

##### **8.1 Quyền lợi bảo hiểm trợ cấp nằm viện do tai nạn**

Trường hợp Người được bảo hiểm bị tử vong, thương tật toàn bộ vĩnh viễn, thương tật bộ phận vĩnh viễn từ 21% trở lên do tai nạn có nằm viện điều trị thuộc phạm vi bảo hiểm. ABIC chi trả trợ cấp cho những ngày nằm viện của đợt điều trị đầu tiên ngay sau khi xảy ra tai nạn như sau:

8.1.1 Số tiền trợ cấp/01 ngày nằm viện, cụ thể:

- Tham gia với số tiền bảo hiểm theo quyền lợi cơ bản đến 30 triệu đồng, trợ cấp số tiền 50,000 đồng/ngày.
- Tham gia với số tiền bảo hiểm theo quyền lợi cơ bản trên 30 triệu đồng đến 100 triệu đồng, trợ cấp số tiền 100,000 đồng/ngày.
- Tham gia với số tiền bảo hiểm theo quyền lợi cơ bản trên 100 triệu đồng, trợ cấp số tiền 200,000 đồng/ngày.

8.1.2 Số ngày trợ cấp tối đa cho đợt nằm viện điều trị đầu tiên, cụ thể:

- Trường hợp Người được bảo hiểm bị thương tật bộ phận vĩnh viễn từ 21% đến 61%, trợ cấp tối đa 30 ngày/01 năm bảo hiểm.
- Trường hợp Người được bảo hiểm bị tử vong, thương tật toàn bộ vĩnh viễn, thương tật bộ phận vĩnh viễn từ trên 61%, trợ cấp tối đa 60 ngày/01 năm bảo hiểm.

Đối với các Hợp đồng bảo hiểm dài hạn/ngắn hạn, số ngày tối đa được hưởng trợ cấp nằm viện sẽ xác định theo tỷ lệ tương ứng.

##### **8.2 Quyền lợi bảo hiểm lãi tiền vay**

8.2.1 Khi sự kiện bảo hiểm xảy ra, ABIC hỗ trợ một phần lãi tiền vay theo Hợp đồng tín dụng mà Người vay còn nợ Ngân hàng. Số tiền chi trả được xác định trên cơ sở Dư nợ gốc còn lại tại ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm (nhưng tối đa không quá Số tiền bảo hiểm theo quyền lợi cơ bản) nhân (x) với Lãi suất cho vay trong hạn quy định tại Hợp đồng tín dụng vào ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm được quy đổi theo lãi suất cho vay (ngày) và Thời gian tính lãi (theo ngày). Lãi suất cho vay (ngày) và thời gian tính lãi (theo ngày) được quy định cụ thể:

8.2.2 Lãi suất cho vay được quy đổi như sau:

$$\text{Lãi suất cho vay (ngày)} = \frac{\text{Lãi suất cho vay (năm)}}{360 \text{ ngày}} \text{ hoặc } \frac{\text{Lãi suất cho vay (tháng)}}{30 \text{ ngày}}$$

8.2.3 Thời gian tính lãi bao gồm:

- a. Số ngày chưa trả lãi vay theo Hợp đồng tín dụng tính đến ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm (tối đa không quá 30 ngày đối với cho vay ngắn hạn và không quá 90 ngày đối với cho vay trung, dài hạn).
- b. Số ngày tính từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm đến ngày ABIC nhận được hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm đầy đủ và hợp lệ (nhưng tối đa không quá 30 ngày).
- c. Số ngày tính từ ngày ABIC nhận được đầy đủ hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm đến ngày ABIC thông báo chi trả bảo hiểm.

#### **Quyền lợi bảo hiểm trợ cấp mai táng phí**

ABIC trả một lần Trợ cấp mai táng phí với số tiền trợ cấp 1,000,000 đồng/người cho Người thụ hưởng/Người thừa kế hợp pháp/Cơ quan, chính quyền địa phương/Người đã đứng ra tổ chức mai táng cho Người được bảo hiểm trong mọi trường hợp Người được bảo hiểm bị tử vong.

### **CHƯƠNG III: 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 theo quy định tại Điều 7; Mục 8.1; 8.2 Điều 8 Quy tắc bảo hiểm này nếu Người được bảo hiểm tử vong, thương tật toàn bộ vĩnh viễn, tàn tật toàn bộ vĩnh viễn, thương tật bộ phận vĩnh viễn trong các trường hợp sau đây hoặc do hậu quả trực tiếp hoặc gián tiếp của một trong các nguyên nhân sau đây:

- 9.1 Không thuộc phạm vi bảo hiểm theo quy định tại Điều 6 Quy tắc bảo hiểm này;
- 9.2 Người được bảo hiểm bị nhiễm HIV; Bệnh AIDS;
- 9.3 Người được bảo hiểm đã điều trị bệnh ung thư, tai biến mạch máu não/dột quỵ trong vòng 02 năm trước thời điểm tham gia bảo hiểm (không áp dụng đối với bảo hiểm tái tục);
- 9.4 Người được bảo hiểm bị tử vong, tàn tật toàn bộ vĩnh viễn do bệnh tật, thai sản trong vòng 15 ngày kể từ ngày đầu tiên của thời hạn bảo hiểm (không áp dụng đối với bảo hiểm tái tục);
- 9.5 Hành vi cố ý của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng;
- 9.6 Người được bảo hiểm bị tử hình theo phán quyết của Tòa án, tham gia vào các hoạt động bất hợp pháp, tham gia đánh nhau trừ trường hợp được xác nhận là hành động phòng vệ chính đáng;
- 9.7 Người được bảo hiểm bỏ trốn, mất tích (trừ trường hợp Tòa án có quyết định tuyên bố Người được bảo hiểm đã chết do tai nạn trong thời hạn bảo hiểm);

- 9.8 Người được bảo hiểm bị ảnh hưởng của rượu, bia, ma tuý hoặc các chất kích thích tương tự khác;
- 9.9 Người được bảo hiểm tham gia 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 lực lượng vũ trang;
- 9.10 Người được bảo hiểm tham gia các môn thể thao chuyên nghiệp;
- 9.11 Động đất, sóng thần, núi lửa phun, nhiễm phóng xạ, vũ khí sinh học, vũ khí hóa học, chiến tranh, nội chiến, bạo động, nổi loạn, khủng bố và các sự kiện mang tính chất chiến tranh khác.

## **CHƯƠNG IV: NGHĨA VỤ CỦA BÊN MUA BẢO HIỂM VÀ CÁC BÊN CÓ LIÊN QUAN**

### **Điều 10: Nghĩa vụ cung cấp thông tin, ngăn ngừa hạn chế tổn thất**

- 10.1 Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm có nghĩa vụ 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.
- 10.2 Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm đồng ý rằng Ngân hàng được quyền cung cấp cho ABIC các thông tin về giao dịch của các Hợp đồng tín dụng có liên quan tới việc giao kết và thực hiện Hợp đồng bảo hiểm.
- 10.3 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.
- 10.4 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.

## **CHƯƠNG V: CHẤM DỨT HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM**

### **Điều 11: Chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm**

Ngoài các trường hợp Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt hiệu lực theo quy định tại Khoản 7.1.2; 7.2.4 Điều 7 Quy tắc bảo hiểm này, Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực trong các trường hợp sau:

#### **11.1 Chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm theo yêu cầu**

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 30 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. Nếu ABIC yêu cầu chấm dứt, ABIC sẽ hoàn trả 100% phí bảo hiểm của thời gian còn lại. Trong mọi trường hợp, ABIC chỉ hoàn trả phí bảo hiểm với điều kiện trong thời hạn bảo hiểm chưa có khiếu nại nào được ABIC

chấp nhận chi trả quyền lợi bảo hiểm.

#### 11.2 **Hợp đồng bảo hiểm tự động chấm dứt hiệu lực**

Hợp đồng bảo hiểm sẽ tự động chấm dứt hiệu lực tại thời điểm Người được bảo hiểm quá 66 tuổi. ABIC không phải hoàn lại phí bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm.

### **CHƯƠNG VI: THỦ TỤC GIẢI QUYỀN LỢI BẢO HIỂM**

#### **Điều 12: Thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm**

- 12.1 Khi xảy ra sự kiện bảo hiểm, Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải thông báo ngay cho ABIC và trong vòng 30 ngày phải thông báo bằng văn bản (theo mẫu của ABIC) trừ trường hợp có lý do chính đáng.
- 12.2 Thời hạn 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. Quá thời hạn quy định mọi yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm không có giá trị.
- 12.3 Sau khi nhận được thông báo về sự kiện bảo hiểm, ABIC được quyền kiểm tra, xác minh, giám định để phục vụ cho việc giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

#### **Điều 13: Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm**

Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải cung cấp cho ABIC những giấy tờ sau để làm thủ tục giải quyết quyền lợi bảo hiểm, bao gồm:

- Giấy yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm (theo mẫu của ABIC);
- Giấy chứng nhận bảo hiểm;
- Giấy chứng tử (trường hợp tử vong);
- Giấy tờ hợp pháp chứng minh quyền thụ hưởng quyền lợi bảo hiểm;
- Biên bản 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);
- Các chứng từ y tế: Giấy ra 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 quan y tế có thẩm quyền;
- Hợp đồng tín dụng/Sô vay vốn (gồm tài liệu chứng minh Người được bảo hiểm thỏa mãn điều kiện nhận bảo hiểm);
- 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.

Lưu ý: Các hóa đơn, chứng từ tiếng nước ngoài phải nộp kèm một bản dịch thích hợp.

### **CHƯƠNG VII: GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM**

#### **Điều 14: Giải quyết quyền lợi bảo hiểm**

- 14.1 ABIC có trách nhiệm giải quyết quyền lợi bảo hiểm 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 theo quy định tại Điều 13 Quy tắc bảo hiểm này.
- 14.2 Thông báo giải quyết quyền lợi bảo hiểm được ABIC gửi tới Ngân hàng và Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm.
- 14.3 Số tiền chi trả quyền lợi bảo hiểm được quy định tại Điều 7 và Mục 8.2 Điều 8 Quy tắc bảo hiểm này sẽ được chi trả cho Người thụ hưởng theo nguyên tắc sau:
- 14.3.1 Người thụ hưởng đầu tiên là Ngân hàng được nhận một phần hoặc toàn bộ số tiền chi trả tương ứng với dư nợ khoản vay của Người được bảo hiểm/Người mua bảo hiểm để thu nợ vay;
- 14.3.2 Số tiền chênh lệch giữa số tiền chi trả quyền lợi bảo hiểm và dư nợ khoản vay (nếu có), ABIC sẽ chi trả theo thứ tự ưu tiên: Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng theo chỉ định, Người thừa kế hợp pháp của Người được bảo hiểm.
- 14.4 Số tiền chi trả Trợ cấp nằm viện do tai nạn được quy định tại Mục 8.1 Điều 8 Quy tắc bảo hiểm này và Trợ cấp mai táng phí được quy định tại Mục 8.3 Điều 8 của Quy tắc bảo hiểm này, ABIC sẽ chi trả theo thứ tự ưu tiên: Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng theo chỉ định, Người thừa kế hợp pháp của Người được bảo hiểm.
- 14.5 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 15: Áp dụng giảm trừ trong giải quyết quyền lợi bảo hiểm**

- ABIC sẽ giảm trừ một phần hoặc toàn bộ số tiền chi trả quyền lợi bảo hiểm (không áp dụng đối với quyền lợi bảo hiểm trợ cấp mai táng phí) tùy theo mức độ vi phạm trong các trường hợp sau đây:
- 15.1 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 Mục 12.1 Điều 12 Quy tắc bảo hiểm này (trừ trường hợp có lý do chính đáng);
- 15.2 Giảm trừ từ 20 - 30% số tiền chi trả quyền lợi bảo hiểm trong trường hợp vi phạm nghĩa vụ ngăn ngừa hạn chế tổn thất quy định tại Mục 10.3 Điều 10 Quy tắc bảo hiểm này;
- 15.3 Giảm trừ từ 20 - 50% số tiền chi trả quyền lợi bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm vi phạm nghiêm trọng nội quy, quy định của cơ quan, chính quyền địa phương, tổ chức xã hội, nhà nước;
- 15.4 Giảm trừ từ 50 - 100% số tiền chi trả quyền lợi bảo hiểm trong trường hợp vi phạm nghĩa vụ cung cấp thông tin, tài liệu, không tạo điều kiện cho ABIC xác minh khi có sự kiện bảo hiểm xảy ra, quy định tại Mục 10.4 Điều 10 Quy tắc bảo hiểm này và trường hợp vi phạm nghĩa vụ cung cấp thông tin quy định tại Mục 10.1 Điều 10 Quy tắc bảo hiểm này.

## **CHƯƠNG VIII: GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP**

### **Điều 16: Thời hạn khiếu nại**

Trong vòng 03 năm kể từ ngày nhận được thông báo giải quyết quyền lợi bảo hiểm, Ngân hàng, Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm, Người thụ hưởng có quyền khiếu nại tới ABIC bằng văn bản về việc giải quyết quyền lợi bảo hiểm. Quá thời hạn trên, mọi khiếu nại bị bác bỏ cho mọi mục đích và không còn được phục hồi.

### **Điều 17: Giải quyết tranh chấp**

Mọi tranh chấp phát sinh liên quan đến Quy tắc bảo hiểm này trước hết phải được giải quyết thông qua thương lượng giữa các bên.

Nếu không giải quyết được bằng thương lượng, một trong các bên có quyền khởi kiện tại Tòa án có thẩm quyền giải quyết ở Việt Nam theo quy định của pháp luật.

Luật áp dụng cho việc giải quyết các tranh chấp này là pháp luật Việt Nam. Phán quyết của Tòa án có giá trị cuối cùng bắt buộc các bên thực hiện. Bên thua kiện phải chịu mọi lệ phí và chi phí khác phát sinh theo phán quyết của Toà án.

## **Phụ lục 1: BIỂU PHÍ BẢO HIỂM VÀ SỐ TIỀN BẢO HIỂM**

### **I. Quyền lợi bảo hiểm cơ bản**

1. Phí bảo hiểm 01 người/năm = Tỷ lệ phí bảo hiểm x Số tiền bảo hiểm.
2. Tỷ lệ phí bảo hiểm:

Độ tuổi (tuổi)	Tỷ lệ phí bảo hiểm (%)
18-45	0.65%
46-65	0.90%

3. Số tiền bảo hiểm: Từ 1 triệu đồng đến 300 triệu đồng.
4. Số tiền bảo hiểm tối đa: 300 triệu đồng.

### **II. Quyền lợi bảo hiểm bổ sung: Không thu phí.**

### **III. Phí bảo hiểm ngắn hạn: Được xác định bằng tỷ lệ % trên phí bảo hiểm năm.**

Thời hạn bảo hiểm	Đến 3 tháng	Trên 3-6 tháng	Trên 6-9 tháng	Trên 9-12 tháng
Tỷ lệ	40%	60%	90%	100%

### **IV. Phí bảo hiểm dài hạn: Được xác định bằng tỷ lệ % trên phí bảo hiểm năm.**

Thời hạn bảo hiểm	Tỷ lệ
Trên 12 đến 15 tháng	120%
Trên 15 đến 18 tháng	145%
Trên 18 đến 21 tháng	165%
<b>Trên 21 đến 24 tháng</b>	<b>180%</b>
Trên 24 đến 27 tháng	210%
Trên 27 đến 30 tháng	235%
Trên 30 đến 33 tháng	250%
<b>Trên 33 đến 36 tháng</b>	<b>265%</b>
Trên 36 đến 42 tháng	290%
<b>Trên 42 đến 48 tháng</b>	<b>320%</b>
<b>Trên 48 tháng</b>	<b>Số tháng/12 tháng x 80%</b>

### **V. Tăng/Giảm phí bảo hiểm: Tùy theo tình hình kinh doanh, Tổng giám đốc quyết định tăng/giảm phí tối đa 20% phí bảo hiểm theo Biểu phí trên.**

**Phụ lục 2: BẢNG TỶ LỆ TRẢ TIỀN BẢO HIỂM  
THƯƠNG TẬT BỘ PHẬN VĨNH VIỄN**

TT	THƯƠNG TẬT BỘ PHẬN VĨNH VIỄN	TỶ LỆ TRẢ TIỀN BẢO HIỂM (%)
<b>A. CHI TRÊN</b>		
1	Mất một cánh tay từ vai xuống (tháo khớp vai)	70
2	Cắt cụt cánh tay từ dưới vai xuống	
	- Đường cắt từ 1/3 trên trở lên	65
	- Đường cắt từ 1/3 giữa trở xuống	60
3	Cắt cụt một cẳng tay từ khuỷu xuống (tháo khớp khuỷu)	60
4	Cắt cụt 1 cẳng tay	
	- Đường cắt từ 1/3 trên trở lên	55
	- Đường cắt từ 1/3 giữa trở xuống	50
5	Mất 1 bàn tay (cắt rộng đến xương bàn tay) hoặc tháo khớp cổ tay	48
6	Mất 5 ngón tay trên một bàn	45
7	Mất 4 ngón tay trên một bàn	42
8	Mất 3 ngón tay trên một bàn	
	- Mất ngón cái và 2 ngón khác	35
	- Mất ngón trỏ và 2 ngón khác (còn lại ngón cái)	30
	- Mất 3 ngón còn ngón cái và ngón trỏ	25
9	Mất 2 ngón tay trên một bàn	
	- Mất ngón cái và ngón trỏ	28
	- Mất ngón cái và 1 ngón khác	25
	- Mất ngón trỏ và 1 ngón khác	22
	- Mất ngón giữa và ngón đeo nhẫn/ngón út	18
	- Mất ngón đeo nhẫn và ngón út	15
10	Mất trọn 1 ngón cái và đốt bàn	25
11	Mất trọn ngón cái	21
12	Mất đốt ngoài ngón cái	8
13	Mất 1/2 đốt ngoài ngón cái	4
14	Mất trọn 1 ngón trỏ và đốt bàn	18
15	Mất trọn ngón trỏ	12
16	Mất 2 đốt 2 và 3 của ngón trỏ	8

17	Mắt đốt 3 ngón trỏ	6
18	Mắt ngón giữa/ngón đeo nhẫn và đốt bàn	15
19	Mắt trọn ngón giữa/ngón nhẫn	10
20	Mắt 2 đốt 2 và 3 của ngón giữa/ngón nhẫn	7
21	Mắt đốt 3 ngón giữa/ngón nhẫn	4
22	Mắt trọn 1 ngón út và đốt bàn	12
23	Mắt trọn ngón út	6
24	Mắt 2 đốt 2 và 3 của ngón út	5
25	Mắt đốt 3 ngón út	2

### B. CHI DƯỚI

26	Mắt một chân từ háng xuống (tháo khớp háng 1 đùi)	70
27	Cắt cụt 1 đùi	
	- Đường cắt từ 1/3 trên trở lên	65
	- Đường cắt từ 1/3 giữa trở xuống	60
28	Cắt cụt 1 chân từ gói xuống (tháo khớp gói)	60
29	Cắt cụt 01 cẳng chân	
	- Đường cắt từ 1/3 trên trở lên	50
	- Đường cắt từ 1/3 giữa trở xuống	40
30	Mắt xương làm ngắn chi	
	- Ít nhất 05 cm	35
	- Từ 03-05 cm	30
31	Mắt xương bánh chè	21
32	Tháo khớp cổ chân	40
33	Mắt nửa trước bàn chân	30
34	Mắt phàn lớn bàn chân còn lại chỗ chống gót	35
35	Mắt xương gót	30
36	Mắt xương sên	25
37	Mắt mắt cá chân	
	- Mắt cá trong	15
	- Mắt cá ngoài	10
38	Mắt trọn 5 ngón chân trên 01 bàn chân	25
39	Mắt 4 ngón chân trên 01 bàn chân	
	- Mắt 4 ngón có ngón cái	21

	- Mất 4 ngón trừ ngón cái	18
40	Mất 3 ngón chân trên 01 bàn chân	
	- Mất 3 ngón có ngón cái	18
	- Mất 3 ngón trừ ngón cái	16
41	Mất 2 ngón chân trên 01 bàn chân	
	- Mất 2 ngón có ngón cái	17
	- Mất 2 ngón trừ ngón cái	12
42	Mất 1 ngón chân	
	- Mất 1 ngón cái	15
	- Mất 1 ngón trừ ngón cái	8
43	Mất 2 đốt ngoài của ngón chân (trừ ngón cái)	5
44	Mất 01 đốt	
	- Mất đốt ngoài ngón cái	12
	- Mất 1 đốt ngoài ngón khác trừ ngón cái	3
45	Liệt hoàn toàn dây thần kinh hông khoeo ngoài	25
46	Liệt hoàn toàn dây thần kinh khoeo trong	21
47	Liệt hoàn toàn dây thần kinh đùi	35
48	Liệt hoàn toàn dây thần kinh đùi – bì	16
49	Liệt hoàn toàn dây thần kinh bìt	15

### C. CỘT SỐNG

50	Cắt bỏ cung sau	
	- Cửa 1 đốt sống	30
	- Cửa 2 đến 3 đốt sống trở lên	45

### D. SỌ NÃO

51	Khuyết xương sọ	
	- Đường kính dưới 2 cm	15
	- Đường kính từ 2 - 6 cm	21
	- Đường kính từ 6 - 10 cm	30
	- Đường kính trên 10 cm	40
52	Rối loạn ngôn ngữ do ảnh hưởng của vết thương đại não	
	- Nói ngọng, nói lắp, nói khó ảnh hưởng đến giao tiếp	25
	- Không nói được (câm) do tổn hại vùng Broca	55
	- Mất khả năng giao dịch bằng chữ viết, mất nhận biết về	60

	ngôn ngữ do tổn hại vùng Wernicke	
<b>E. LÒNG NGỰC</b>		
53	Cắt bỏ đoạn mõi xương sườn (mỗi đoạn xương sườn cắt bỏ thêm 3%)	5
54	Cắt bỏ 1 đến 2 xương sườn	12
55	Cắt bỏ 3 xương sườn (mỗi xương sườn cắt bỏ trên 03 xương sườn tăng thêm 5%)	15
56	Cắt toàn bộ một bên phổi và một phần bên kia	80
57	Cắt bỏ toàn bộ 1 phổi	60
58	Cắt bỏ nhiều thuỷ phổi ở 2 bên	60
59	Cắt bỏ nhiều thuỷ phổi ở 1 bên	45
60	Cắt 1 thuỷ phổi	35
	<i>Các trường hợp cắt phổi đã tính cả tỷ lệ cắt bỏ xương sườn</i>	
<b>F. BỤNG</b>		
61	Cắt toàn bộ dạ dày	70
62	Cắt đoạn dạ dày	50
63	Cắt gần hết ruột non (còn lại dưới 01 m)	70
64	Cắt đoạn ruột non	40
65	Cắt toàn bộ đại tràng	80
66	Cắt đoạn đại tràng	60
67	Cắt hoàn toàn trực tràng	75
68	Cắt 1 phần trực tràng	60
69	Cắt bỏ gan phải đơn thuần	60
70	Cắt bỏ gan trái đơn thuần	55
71	Cắt $\frac{1}{2}$ của một thùy gan	45
72	Cắt $\frac{1}{3}$ của một thùy gan	30
73	Cắt dưới $\frac{1}{3}$ của một thùy gan	25
74	Cắt bỏ túi mật	30
75	Cắt bỏ đuôi tụy, lách	60
76	Cắt bỏ lá lách	30
<b>G. CƠ QUAN TIẾT NIỆU, SINH DỤC</b>		
77	Cắt 1 phần thận trái hoặc phải	30
78	Cắt bỏ 1 thận, thận còn lại bình thường	40

79	Cắt bỏ 1 thận, thận còn lại bị tổn thương hoặc bệnh lý	60
80	Cắt một phần bàng quang	25
81	Mất dương vật và 2 tinh hoàn ở người	
	- Dưới 55 tuổi chưa có con	50
	- Dưới 55 tuổi đã có con	40
	- Trên 55 tuổi	21
82	Cắt bỏ dạ con hoặc bán phần dạ con và buồng trứng 1 bên ở người	
	- Dưới 45 tuổi chưa có con	40
	- Dưới 45 tuổi đã có con	30
	- Trên 45 tuổi	21
83	Cắt vú ở nữ dưới 45 tuổi	
	- 2 bên	45
	- 1 bên	21
84	Cắt vú ở nữ trên 45 tuổi	
	- 2 bên	40
	- 1 bên	16

#### H. MẮT

85	Mất hoặc mù hoàn toàn 1 mắt nhưng trước khi xảy ra tai nạn này đã mất hoặc mù một mắt	85
86	Mất hoặc mù hoàn toàn một mắt	
	- Không lắp được mắt giả	50
	- Lắp được mắt giả	45
87	Một mắt thị lực còn đến 1/10	35
88	Một mắt thị lực còn từ 2/10 đến 4/10	10

#### I. TAI - MŨI - HỌNG

89	Điếc 2 tai hoàn toàn không phục hồi được	70
90	Điếc 01 tai hoàn toàn, 01 tai điếc nặng	65
91	Điếc 02 tai nặng (nói to hoặc thét vào tai còn nghe)	60
92	Điếc 1 tai hoàn toàn	15
93	Mất vành tai 2 bên	25
94	Mất vành tai 1 bên	10
95	Sẹo rỗm vành tai, chít hẹp ống tai	10

96	Mất mũi hoàn toàn	35
97	Biến dạng mũi	15
98	Sẹo vết thương họng làm hẹp họng ảnh hưởng đến nuốt	21

#### K. RĂNG - HÀM - MẶT

99	Mất 1 phần xương hàm trên và 1 phần xương hàm dưới từ cành cao trở xuống (đã tính cả tỷ lệ mất răng)	
	- Khác bên	75
	- Cùng bên	65
100	Mất toàn bộ xương hàm trên hoặc dưới	65
101	Mất một phần xương hàm trên hoặc một phần xương hàm dưới từ cành cao trở xuống	35
102	Mất răng trên 8 cái	
	- Không lắp được răng giả	18
	- Có lắp được răng giả	10
103	Mất từ 3 đến 7 răng	10
104	Mất 3/4 lưỡi còn gốc lưỡi (từ đường gai V trở ra)	60
105	Mất 2/3 lưỡi từ đầu lưỡi	50
106	Mất 1/3 lưỡi ảnh hưởng đến phát âm	15
107	Mất một phần nhỏ lưỡi (dưới 1/3) ảnh hưởng đến phát âm	10

#### L. VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM, BỎNG

108	Vết thương phần mềm (VTPM) để lại di chứng đau rát, tê, co kéo lâu dài sau khi điều trị	5
109	VTPM để lại di chứng gây đau, rát, tê, co kéo ảnh hưởng đến gan, cơ, mạch máu lớn, thần kinh sau khi điều trị	10
110	VTPM ở ngực, bụng để lại di chứng ảnh hưởng đến hô hấp sau khi điều trị	21
111	VTPM để lại sẹo xơ cứng làm biến dạng mặt gây trở ngại đến ăn, nhai và cử động cổ	25
112	VTPM khuyết hổng lớn ở xung quanh hốc miệng, vết thương môi và má ảnh hưởng nhiều đến ăn uống	30
113	Mất một phần hàm éch làm thông giữa mũi và miệng	21

## **NGUYÊN TẮC XÉT TRẢ TIỀN BẢO HIỂM**

Việc chi trả quyền lợi bảo hiểm theo bảng này tuân theo những nguyên tắc sau đây:

1. Các trường hợp thương tật bộ phận vĩnh viễn thuộc phạm vi bảo hiểm được quy định trong bảng được chi trả theo tỷ lệ trả tiền bảo hiểm tương ứng và Số tiền bảo hiểm theo quyền lợi bảo hiểm cơ bản.
2. Những trường hợp thương tật bộ phận vĩnh viễn không liệt kê trong bảng sẽ được chi trả theo tỉ lệ trên cơ sở so sánh tính nghiêm trọng của nó với những trường hợp khác có trong bảng.
3. Mất hẳn chức năng của từng bộ phận hoặc hỏng vĩnh viễn chỉ được coi như mất từng bộ phận đó hoặc mất chi.
4. Trường hợp đa thương tật bộ phận vĩnh viễn số tiền chi trả cho Người được bảo hiểm theo điều khoản này không vượt quá số tiền bảo hiểm theo quyền lợi bảo hiểm cơ bản. Trường hợp đa thương tật bộ phận vĩnh viễn ở cùng cùng một chi, tổng số tiền trả cho các thương tật không được vượt quá tỷ lệ mất chi đó.