

Hà Nội, ngày 14 tháng 3 năm 2022

## QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành Quy tắc bảo hiểm sức khỏe cho khách du lịch quốc tế  
Tên thương mại: Bảo hiểm du lịch quốc tế năm 2022

### TỔNG GIÁM ĐỐC

CÔNG TY CỔ PHẦN BẢO HIỂM NGÂN HÀNG NÔNG NGHIỆP

Căn cứ Luật Doanh nghiệp số 68/2014/QH13 ngày 26/11/2014; Luật Doanh nghiệp sửa đổi, thay thế;

Căn cứ Luật Kinh doanh bảo hiểm số 24/2000/QH10 ngày 09/12/2000; Luật Kinh doanh bảo hiểm sửa đổi và các văn bản hướng dẫn thi hành;

Căn cứ Giấy phép thành lập số 38/GP/KDBH ngày 18/10/2008 của Bộ Tài chính và các giấy phép điều chỉnh;

Căn cứ Điều lệ Tổ chức và hoạt động của Công ty Cổ phần Bảo hiểm Ngân hàng Nông nghiệp (ABIC) ban hành kèm theo Nghị quyết số 66/2014/NQ-ĐHĐCD của Đại hội đồng cổ đông thường niên năm 2014;

Căn cứ Công văn số 14590/BTC-QLBH ngày 22/12/2021 của Bộ Tài chính về việc phê chuẩn sản phẩm bảo hiểm sức khỏe cho khách du lịch quốc tế;

Căn cứ yêu cầu thực tiễn của hoạt động kinh doanh;

Theo đề nghị của Trưởng phòng BH Phi hàng hải tại Tờ trình ngày 14/3/2022.

## QUYẾT ĐỊNH

**Điều 1:** Ban hành kèm theo Quyết định này “**Quy tắc bảo hiểm sức khỏe cho khách du lịch quốc tế**” tại Công ty Cổ phần Bảo hiểm Ngân hàng Nông nghiệp.

**Điều 2:** Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký.

**Điều 3:** Thành viên Ban Tổng Giám đốc, Trưởng các phòng Trụ sở chính, Giám đốc các Chi nhánh trực thuộc ABIC chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

**Nơi nhận:**

- Như điều 3;
- Chủ tịch HĐQT (để báo cáo);
- HĐQT, Ban kiểm soát;
- Ban QLRR, Ban KTKSNB;
- Lưu TCHC, PHH.



Nguyễn Tiến Hải

# QUY TẮC BẢO HIỂM SỨC KHỎE CHO KHÁCH DU LỊCH QUỐC TẾ

## Tên thương mại: Bảo hiểm du lịch quốc tế năm 2022

(Ban hành kèm theo Quyết định số 1155/QĐ-ABIC-PHH ngày 14/3/2022 của  
Tổng Giám đốc Công ty Cổ phần Bảo hiểm Ngân hàng Nông nghiệp đã được Bộ Tài  
chính phê chuẩn theo Công văn số 14590/BTC-QLBH ngày 22/12/2021)

## CHƯƠNG I: NHỮNG 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 “**Bên mua bảo hiểm**” là tổ chức, cá nhân có quyền lợi có thể được bảo hiểm theo quy định pháp luật giao kết hợp đồng bảo hiểm với ABIC và đóng phí bảo hiểm theo điều kiện, điều khoản của Quy tắc bảo hiểm này.
  - 1.3 “**Người được bảo hiểm**” là mọi công dân Việt Nam hoặc người nước ngoài cư trú tại Việt Nam có năng lực hành vi dân sự đầy đủ và không quá 85 tuổi vào ngày kết thúc của Hợp đồng bảo hiểm có tên trong Giấy yêu cầu bảo hiểm, được ABIC cấp Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc giao kết Hợp đồng bảo hiểm.
  - 1.4 “**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.
  - 1.5 “**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 công dân/Chứng minh nhân dân/Hộ chiếu/Giấy khai sinh của Người được bảo hiểm tại thời điểm tham gia bảo hiểm.
  - 1.6 “**Du lịch**” là hoạt động có liên quan đến chuyến đi của Người được bảo hiểm ngoài nơi cư trú nhằm đáp ứng nhu cầu tham quan, nghỉ dưỡng, giải trí, tìm hiểu, khám phá tài nguyên du lịch hoặc kết hợp với mục đích học tập, lao động hoặc các mục đích hợp pháp khác.
  - 1.7 “**Chuyến đi du lịch/chuyến đi**” là chuyến đi của Người được bảo hiểm khởi hành từ Việt Nam để đến điểm đến ở nước ngoài và thỏa mãn điều kiện về hiệu lực bảo hiểm tại Khoản 2.2, Điều 2 Quy tắc bảo hiểm này.
  - 1.8 “**Giấy yêu cầu bảo hiểm**” là yêu cầu bảo hiểm của Bên mua bảo hiểm được lập với đầy đủ nội dung theo mẫu của ABIC.
  - 1.9 “**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.
  - 1.10 “**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 bồi thường cho Người được bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm. Hợp đồng bảo hiểm bao gồm Quy tắc bảo hiểm du lịch quốc tế; Giấy yêu cầu bảo hiểm; Giấy chứng nhận bảo hiểm (nếu có); các giấy tờ hợp lệ khác có liên

- quan đến Hợp đồng bảo hiểm (nếu có).
- 1.11 “**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 lên Người được bảo hiểm, phát sinh trong thời hạn bảo hiểm.
- 1.12 “**Bệnh**” 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 biến chứng thai sản).
- 1.13 “**Bệnh có sẵn**” là tình trạng bệnh của Người được bảo hiểm đã được khám bệnh, chẩn đoán, điều trị hay kê đơn thuốc hoặc bất kỳ dấu hiệu/ triệu chứng liên quan đến tình trạng bệnh đó xảy ra trong vòng 36 tháng trước thời điểm Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực. Cơ sở xác định bệnh có sẵn là căn cứ vào kết luận của bác sĩ, hồ sơ bệnh án được lưu trữ bởi bác sĩ/cơ sở y tế/bệnh viện hoặc các tài liệu y khoa mô tả về diễn biến, dịch tễ bệnh hoặc các thông tin do Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm kê khai.
- 1.14 “**Cơ sở y tế/Bệnh viện**” là cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hợp pháp tại nước sở tại có khả năng và phương tiện chẩn đoán bệnh, điều trị và phẫu thuật; có giấy phép điều trị nội trú, ngoại trú; không phải là nơi để nghỉ ngơi, điều dưỡng hay một cơ sở đặc biệt dành riêng cho người già, hoặc để cai nghiện rượu, ma túy, hoặc để điều trị rối loạn tâm thần, điều trị bệnh phong.
- 1.15 “**Thương tật thân thể**” là tình trạng Người được bảo hiểm bị tổn thương cơ thể; tổn hại sức khỏe do tai nạn.
- 1.16 “**Thương tật toàn bộ vĩnh viễn**” là tình trạng Người được bảo hiểm bị thương tật do tai nạn làm cản trở hoàn toàn và vĩnh viễn 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 vĩnh viễn được liệt kê tại Điều 5.1.1, Khoản 5.1, Điều 5 Quy tắc bảo hiểm này.
- 1.17 “**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 Điều 5.1.1, Khoản 5.1, Điều 5 Quy tắc bảo hiểm này.
- 1.18 “**Sự kiện bảo hiểm**” là sự kiện Người được bảo hiểm bị tử vong do tai nạn; thương tật toàn bộ vĩnh viễn, thương tật bộ phận vĩnh viễn do hậu quả của tai nạn; phát sinh chi phí hỗ trợ học hành, chi phí y tế hợp lý do tai nạn hoặc bệnh thuộc phạm vi bảo hiểm.
- 1.19 “**Hoạt động thể thao chuyên nghiệp**” là các hoạt động thể thao mang lại thu nhập chính và thường xuyên cho Người được bảo hiểm.
- 1.20 “**Hoạt động thể thao nguy hiểm**” là các hoạt động hàng không (trừ khi với tư

cách là hành khách); các môn thể thao bay lượn trên không, nhảy dù; các môn thể thao mùa đông như trượt băng, trượt tuyết, hockey trên băng; lướt ván; các môn thể thao đối kháng; leo bộ lên độ cao hơn 5.000 mét so với mặt nước biển hoặc sử dụng bình khí lặn sâu hơn 20 mét so với mặt nước biển; các hoạt động thám hiểm như thám hiểm hang động, rừng rậm, sa mạc; các cuộc đua (không bao gồm các cuộc đua mang tính chất từ thiện, các cuộc đua mang tính chất nội bộ do đơn vị tổ chức).

- 1.21 **“Chi phí y tế hợp lý”** là những chi phí y tế phát sinh cần thiết cho việc khám và điều trị thương tật thân thể, bệnh của Người được bảo hiểm và theo chỉ định của bác sĩ.
- 1.22 **“Hành động khủng bố”** là hành động hoặc sự đe dọa bằng bạo lực, gây tổn hại đến con người, tài sản vô hình hoặc hữu hình hay cơ sở hạ tầng với ý định hoặc mục đích ép buộc chính phủ hay đặt dân chúng trong tình trạng sợ hãi, mất an toàn.
- 1.23 **“Dịch bệnh”** là sự xuất hiện bệnh truyền nhiễm với số người mắc bệnh vượt quá số người mắc bệnh dự tính bình thường trong một khoảng thời gian xác định ở một khu vực nhất định. Dịch bệnh theo công bố của cơ quan chức năng nước sở tại.

## **Điều 2: Thời hạn bảo hiểm và hiệu lực bảo hiểm**

### **2.1 Thời hạn bảo hiểm**

Thời hạn bảo hiểm theo số lượng ngày đi du lịch được quy định tại Phần II, Phụ lục 2 Quy tắc bảo hiểm này và được ghi cụ thể trong Hợp đồng bảo hiểm.

### **2.2 Hiệu lực bảo hiểm**

Bảo hiểm có hiệu lực kể từ thời điểm đầu tiên của thời hạn bảo hiểm ghi trên Hợp đồng bảo hiểm hoặc thời điểm hoàn tất thủ tục xuất cảnh khỏi Việt Nam của chuyến đi du lịch tùy vào thời điểm nào đến sau và kết thúc vào thời điểm kết thúc của thời hạn bảo hiểm ghi trên Hợp đồng bảo hiểm hoặc thời điểm hoàn tất thủ tục nhập cảnh vào Việt Nam của chuyến đi du lịch tùy vào thời điểm nào đến trước.

## **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 trên cơ sở quyền lợi bảo hiểm và số tiền bảo hiểm quy định tại Phần I, Phụ lục 2 Quy tắc bảo hiểm này. Số tiền bảo hiểm được ghi trên Hợp đồng bảo hiểm.

### **3.2 Phí bảo hiểm**

- 3.2.1 Phí bảo hiểm được quy định tại Phần II, Phần III, Phụ lục 2 Quy tắc bảo hiểm này và được ghi trên Hợp đồng bảo hiểm.
- 3.2.2 Phí bảo hiểm được thanh toán theo quy định của pháp luật hiện hành.

## CHƯƠNG II: CHẤM DỨT HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

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

- 4.1 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 24 giờ kể từ ngày dự định chấm dứt. Nếu Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt, ABIC sẽ hoàn trả tối thiểu 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.
- 4.2 Trường hợp Người được bảo hiểm tự ý chấm dứt hành trình du lịch và không thông báo cho ABIC thì hiệu lực của bảo hiểm cũng kết thúc ngay tại thời điểm chấm dứt và ABIC sẽ không có trách nhiệm hoàn phí.

## CHƯƠNG III: PHẠM VI BẢO HIỂM VÀ QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

### Điều 5: Phạm vi bảo hiểm và quyền lợi bảo hiểm

Trừ những trường hợp loại trừ trách nhiệm bảo hiểm quy định tại Điều 6, Quy tắc bảo hiểm này, ABIC có trách nhiệm trả tiền bảo hiểm trong các trường hợp cụ thể sau:

#### 5.1 Quyền lợi bảo hiểm tai nạn cá nhân

- 5.1.1 Trong trường hợp Người được bảo hiểm bị tử vong do tai nạn, thương tật toàn bộ vĩnh viễn, thương tật bộ phận vĩnh viễn do hậu quả của tai nạn trong thời hạn bảo hiểm hoặc trong vòng 06 tháng kể từ ngày xảy ra tai nạn, ABIC chi trả theo tỷ lệ trả tiền bảo hiểm tương ứng nhân với số tiền bảo hiểm, các trường hợp được quy định cụ thể:

STT	Quyền lợi bảo hiểm	Tỷ lệ trả tiền bảo hiểm
1	Tử vong	100%
2	Thương tật toàn bộ vĩnh viễn	
2.1	Mù hoặc mất hoàn toàn hai mắt	100%
2.2	Mất toàn bộ và vĩnh viễn khả năng nói và thính giác	100%
2.3	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%
2.4	Liệt vĩnh viễn và không phục hồi được từ chi	100%
3	Thương tật bộ phận vĩnh viễn	

3.1	Mất hoàn toàn và vĩnh viễn thính giác của hai tai	75%
3.2	Mất hoàn toàn và vĩnh viễn thính giác của một tai	15%
3.3	Mất hoàn toàn và vĩnh viễn thị giác của một mắt	55%
3.4	Mất một chi hoặc mất hoàn toàn và vĩnh viễn khả năng sử dụng một chi	50%

- 5.1.2 Trường hợp Người được bảo hiểm bị thương tật bộ phận vĩnh viễn do hậu quả của tai nạn đã được ABIC giải quyết quyền lợi bảo hiểm, trong thời hạn bảo hiểm hoặc trong vòng 6 tháng kể từ ngày xảy ra tai nạn, Người được bảo hiểm tử vong hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn do hậu quả của tai nạn đó, ABIC chi trả thêm phần chênh lệch giữa số tiền bảo hiểm ghi trên Hợp đồng bảo hiểm với số tiền đã chi trả trước đó.
- 5.1.3 Trường hợp Người được bảo hiểm bị tử vong do tai nạn, thương tật toàn bộ vĩnh viễn do hậu quả của tai nạn làm phát sinh trách nhiệm của ABIC theo quy định tại Điều 5.1.1, Khoản 5.1, Điều 5 Quy tắc bảo hiểm này, hiệu lực bảo hiểm sẽ tự động chấm dứt.

## 5.2 **Quyền lợi hỗ trợ chi phí học hành**

Trong trường hợp Người được bảo hiểm bị tử vong do tai nạn, thương tật toàn bộ vĩnh viễn do hậu quả của tai nạn được ABIC chi trả theo Điều 5.1.1, Khoản 5.1, Điều 5, nếu vào ngày xảy ra tai nạn, Người được bảo hiểm có con (con đẻ hoặc con nuôi hợp pháp) đến 23 tuổi hiện đang tham gia học chính khoá tại các trường học hợp pháp, ABIC sẽ hỗ trợ chi trả số tiền bảo hiểm của quyền lợi này theo quy định tại mỗi chương trình bảo hiểm để trang trải chi phí học hành cho mỗi người con hợp pháp của Người được bảo hiểm, tối đa chi trả không quá 02 người con.

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

## 5.3 **Quyền lợi bảo hiểm về chi phí y tế do tai nạn hoặc bệnh**

ABIC chi trả các chi phí y tế thực tế hợp lý phát sinh trong thời hạn bảo hiểm để khám và điều trị thương tật do tai nạn hoặc bệnh theo chỉ định của bác sĩ tại Cơ sở y tế, cụ thể như sau:

- 5.3.1 “Chi phí điều trị nội trú” là các khoản chi phí nằm viện, phẫu thuật, dịch vụ xe cứu thương và người trợ giúp y tế đi kèm, xét nghiệm chẩn đoán, khám bệnh và thuốc được kê theo đơn theo chỉ định của bác sĩ; tiền phòng và tiền ăn trong bệnh viện.
- 5.3.2 “Chi phí điều trị ngoại trú” bao gồm chi phí khám bệnh, chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm chẩn đoán, thăm dò chức năng và thuốc được kê theo đơn theo chỉ định của bác sĩ.

- 5.3.3 “Chi phí điều trị tiếp theo” trường hợp NĐBH đang điều trị thương tật thân thể do tai nạn ở nước ngoài, có nhu cầu về Việt Nam tiếp tục điều trị và được sự đồng ý của bác sĩ, ABIC chi trả chi phí điều trị tối đa trong vòng 30 ngày và trong thời hạn bảo hiểm.
- 5.3.4 Trợ cấp nằm viện: ABIC sẽ trả trợ cấp cho mỗi ngày nằm viện (tối đa đến 15 ngày) nếu Người được bảo hiểm phải nằm viện trong thời gian ở nước ngoài.
- 5.3.5 Giới hạn chi phí tại Điều 5.3.1 đến 5.3.4, Khoản 5.3, Điều 5 được quy định tại Phần I, Phụ lục 1 Quy tắc bảo hiểm này.
- 5.3.6 Tổng số tiền chi trả theo các Điều 5.3.1, 5.3.2, 5.3.3, 5.3.4 Khoản 5.3, Điều 5 sẽ không vượt quá Số tiền bảo hiểm tương ứng với từng chương trình được quy định tại Phần I, Phụ lục 1 Quy tắc bảo hiểm này.

#### **CHƯƠNG IV: LOẠI TRỪ TRÁCH NHIỆM BẢO HIỂM**

##### **Điều 6: Điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm**

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

- 6.1 Hành vi cố ý gây thiệt hại đối với sức khỏe, tính mạng cho Người được bảo hiểm của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng. Trong trường hợp một hoặc một số Người thụ hưởng cố ý gây ra cái chết hay thương tật toàn bộ vĩnh viễn 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 phải trả tiền bảo hiểm cho những Người thụ hưởng khác theo thoả thuận trong Hợp đồng bảo hiểm.
- 6.2 Người được bảo hiểm sử dụng ma túy, các chất kích thích khác (không bao gồm rượu bia) mà pháp luật nước sở tại cấm sử dụng và đây là nguyên nhân trực tiếp làm cho Người được bảo hiểm bị tử vong, thương tật thân thể.
- 6.3 Người được bảo hiểm bị tử vong do bệnh, dịch bệnh; chi phí y tế phát sinh do dịch bệnh. Chi phí y tế phát sinh để khám và điều trị bệnh có sẵn (không áp dụng kể từ ngày thứ 366 trở đi tính từ thời điểm bắt đầu của thời hạn bảo hiểm).
- 6.4 Chi phí y tế phát sinh trong các trường hợp sau đây cho dù bệnh lý đã xảy ra trước hay trong thời hạn bảo hiểm (không áp dụng kể từ ngày thứ 366 trở đi tính từ thời điểm bắt đầu của thời hạn bảo hiểm), bao gồm các bệnh: bệnh cao huyết áp, bệnh tim mạch, u các loại thông thường, u ác tính, ung thư, rối loạn máu hay tủy xương, viêm đa khớp mãn tính, loét ruột, sỏi các loại, viêm túi mật, tiêu đường, viêm amidan dẫn đến phẫu thuật.
- 6.5 Khám, điều trị, phẫu thuật theo yêu cầu của Người được bảo hiểm mà không phải theo chỉ định của bác sĩ hoặc không theo phác đồ, quy trình thông thường của ngành y tế nước sở tại. Khám sức khỏe định kỳ, khám sức khỏe tổng quát.
- 6.6 Chi phí khám, điều trị bệnh thuộc rối loạn về tâm thần, rối loạn hành vi, rối loạn tâm lý, bệnh chậm phát triển, tự kỷ. Điều trị rối loạn giấc ngủ, mất ngủ, hội chứng căng thẳng.
- 6.7 Các hình thức thẩm mỹ, phẫu thuật thẩm mỹ, chỉnh hình, kể cả nhằm mục đích tái tạo để phục hồi chức năng của bộ phận cơ thể bị tổn thương.

- 6.8 Kiểm tra thị lực và thính lực thông thường, điều trị cận thị, viễn thị/lão thị, loạn thị, điều trị và phẫu thuật những khiếm khuyết về suy thoái thị lực và thính lực tự nhiên, bệnh đục thủy tinh thể.
- 6.9 Kế hoạch hóa gia đình, điều trị chữa bệnh vô sinh, các phương pháp hỗ trợ sinh sản, các chi phí liên quan đến sinh nở.
- 6.10 Người được bảo hiểm tham gia hoạt động thể thao chuyên nghiệp, hoạt động thể thao nguy hiểm trừ trường hợp tham gia Điều khoản bổ sung 001/DLQT.
- 6.11 Điều trị hoặc sử dụng thuốc không theo chỉ dẫn của bác sĩ tại cơ sở y tế.
- 6.12 Người được bảo hiểm ra nước ngoài với mục đích chữa bệnh hoặc chăm sóc y tế, căn cứ xác định dựa trên hồ sơ xin thị thực của Người được bảo hiểm.
- 6.13 Chi phí mua, bảo dưỡng, sửa chữa các bộ phận giả, cấy ghép nội tạng.
- 6.14 Các bệnh giang mai, bệnh lậu; AIDS và các hội chứng suy giảm miễn dịch.
- 6.15 Các hình thức phòng ngừa bệnh và sử dụng thuốc phòng ngừa (trừ trường hợp phải phòng ngừa sau khi bị tai nạn hay súc vật, côn trùng cắn).
- 6.16 Nỗ lực, đình công, chiến tranh (cho dù có tuyên bố hay không), nội chiến bạo loạn dân sự, hành động khủng bố.

## **CHƯƠNG V: 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, Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người yêu cầu hợp pháp giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải thông báo bằng văn bản hoặc thông qua hình thức điện tử cho ABIC hoặc đơn vị tổ chức du lịch trong vòng 72 giờ.
- 7.2 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. Thời gian xảy ra sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan khác không tính vào thời hạn 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 theo quy định pháp luật hoặc Người thụ hưởng hợp pháp trong trường hợp Người được bảo hiểm tử vong 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:

- 8.1 Thông báo yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm (theo quy định của ABIC).
- 8.2 Bản sao hợp lệ Giấy chứng nhận bảo hiểm (nếu có).
- 8.3 Bản sao hợp lệ Hợp đồng bảo hiểm và bản sao (trích) danh sách Người được bảo hiểm (nếu có).
- 8.4 Bản sao hợp lệ Giấy chứng tử/Biên bản khám nghiệm tử thi/Biên bản kết luận của cơ quan chức năng có thẩm quyền của quốc gia sở tại, (trường hợp tử vong).

- 8.5 Bản sao hợp lệ Hộ chiếu/Thị thực.
- 8.6 Bản sao hợp lệ Vé máy bay/The lèn máy bay hoặc giấy tờ chứng minh sử dụng các phương tiện di chuyển theo lịch trình.
- 8.7 Bản sao hợp lệ Biên bản xác nhận tai nạn của cơ quan chức năng có thẩm quyền của quốc gia sở tại (trường hợp tai nạn).
- 8.8 Bản chính hoặc bản sao công chứng/có xác nhận đã đổi chiểu bản chính của cán bộ ABIC hoặc mã vạch/địa chỉ tra cứu thông tin y tế theo quy định của nước sở tại các chứng từ liên quan đến việc điều trị: Giấy ra/vào viện, trích sao/tóm tắt bệnh án, chỉ định, kết quả cận lâm sàng (xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng), toa thuốc/dơn thuốc, giấy chứng nhận phẫu thuật/phieu mổ, các chứng từ y tế có liên quan khác.
- 8.9 Chứng từ liên quan đến việc thanh toán chi phí y tế: Bản chính hóa đơn, biên lai, phiếu thu, bảng kê liên quan đến khám bệnh, chữa bệnh. Trường hợp Người được bảo hiểm muốn giữ lại bản chính, có thể cung cấp bản sao công chứng/có xác nhận đã đổi chiểu bản chính của cán bộ ABIC hoặc mã vạch/địa chỉ tra cứu thông tin y tế theo quy định của nước sở tại.
- 8.10 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 /hộ chiếu, giấy khai sinh.
- 8.11 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 hợp lệ. Chi phí dịch chứng từ này do Người được bảo hiểm tự chi trả.

## CHƯƠNG VI: GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

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

- 9.1 ABIC có trách nhiệm giải quyết quyền lợi bảo hiểm trong thời hạn 15 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 8 Quy tắc bảo hiểm này.
- 9.2 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 5% 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 (trừ trường hợp do nguyên nhân khách quan và bất khả kháng).
- 10.2 Giảm trừ 20% số tiền chi trả quyền lợi bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm vi phạm hành vi bị nghiêm cấm trong hoạt động du lịch là nguyên nhân trực

- tiếp dẫn đến tai nạn.
- 10.3 Giảm trừ 20% trong trường hợp có tình che giấu thông tin về thời gian, diễn biến, quá trình điều trị tai nạn, bệnh tật dẫn đến ABIC tốn kém nhân lực, chi phí để xác minh, thu thập tài liệu.
- 10.4 Trường hợp áp dụng nhiều mức giảm trừ, tổng số tiền giảm trừ không vượt quá 20% số tiền chi trả quyền lợi bảo hiểm.

## CHƯƠNG VII: QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA CÁC BÊN

### **Điều 11 Quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm**

#### **11.1 Quyền của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm**

- 11.1.1 Yêu cầu ABIC giải thích các điều kiện, điều khoản bảo hiểm, cấp Hợp đồng bảo hiểm và/hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- 11.1.2 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.
- 11.1.3 Trong trường hợp ABIC có ý cung cấp thông tin sai sự thật nhằm giao kết Hợp đồng bảo hiểm thì Bên mua bảo hiểm có quyền đơn phương đình chỉ thực hiện Hợp đồng bảo hiểm, ABIC phải bồi thường thiệt hại phát sinh cho Bên mua bảo hiểm do việc cung cấp thông tin sai sự thật.
- 11.1.4 Các quyền khác theo quy định của pháp luật.

#### **11.2 Nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm**

- 11.2.1 Đóng phí bảo hiểm đầy đủ và đúng thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm.
- 11.2.2 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.
- 11.2.3 Khi xảy ra rủi ro, Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm 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.
- 11.2.4 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.
- 11.2.5 Các nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật.

### **Điều 12 Quyền và nghĩa vụ của ABIC**

#### **12.1 Quyền của ABIC**

- 12.1.1 Thu phí bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm.
- 12.1.2 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.
- 12.1.3 Từ chối trả tiền bảo hiểm cho Người thụ hưởng hoặc cho Người được bảo hiểm trong trường hợp không thuộc phạm vi trách nhiệm bảo hiểm hoặc trường hợp

loại trừ trách nhiệm bảo hiểm theo quy định tại Quy tắc bảo hiểm này.

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

12.1.5 Các quyền khác theo quy định của pháp luật.

## 12.2 Nghĩa vụ của ABIC

12.2.1 Giới thiệu, tư vấn và giải thích cho Bên mua bảo hiểm về điều kiện, điều khoản bảo hiểm.

12.2.2 Cáp Hợp đồng bảo hiểm và/hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm ngay sau khi giao kết Hợp đồng bảo hiểm.

12.2.3 Trả tiền bảo hiểm cho Người thụ hưởng hoặc Người được bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm.

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

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

## CHƯƠNG VIII: GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP

### Điều 13: 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.

### Điều 14: Thời hiệu khởi kiện

Thời hiệu khởi kiện về Hợp đồng bảo hiểm là 03 năm, kể từ thời điểm phát sinh tranh chấp. Quá thời hạn trên, mọi khiếu nại không còn giá trị.

TỔNG GIÁM ĐỐC



Nguyễn Tiến Hải

## Phụ lục 1: BẢNG QUYỀN LỢI BẢO HIỂM, SỐ TIỀN BẢO HIỂM VÀ BIỂU PHÍ BẢO HIỂM

### I. Bảng quyền lợi bảo hiểm và Số tiền bảo hiểm

Quyền lợi bảo hiểm	Số tiền bảo hiểm (triệu đồng)					
	Chương trình 1	Chương trình 2	Chương trình 3	Chương trình 4	Chương trình 5	Chương trình 6
<b>A. Tai nạn cá nhân</b>						
1. Tử vong do tai nạn, thương tật toàn bộ vĩnh viễn, thương tật bộ phận vĩnh viễn do hậu quả của tai nạn	Đến 200	Từ trên 200 đến 400	Từ trên 400 đến 600	Từ trên 600 đến 1.000	Từ trên 1.000 đến 2.000	Từ trên 2.000
2. Hỗ trợ chi phí học hành (tối đa không quá 02 người con) (triệu đồng/người)	3	6	10	14	20	30
<b>B. Chi phí y tế do tai nạn hoặc bệnh</b>	Đến 200	Từ trên 200 đến 400	Từ trên 400 đến 600	Từ trên 600 đến 1.000	Từ trên 1.000 đến 2.000	Từ trên 2.000
<b>1. Chi phí điều trị nội trú</b> Bao gồm chi phí nằm viện, phẫu thuật, dịch vụ xe cứu thương và người trợ giúp y tế đi kèm, xét nghiệm chẩn đoán, khám bệnh và thuốc được kê theo đơn theo chỉ định của bác sĩ, tiền phòng và tiền ăn trong bệnh viện.	100% Số tiền bảo hiểm Mục B tương ứng với từng Chương trình					
<b>2. Chi phí điều trị ngoại trú</b> Bao gồm chi phí khám bệnh, chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm chẩn đoán, thăm dò chức năng và thuốc được kê theo đơn theo chỉ định của bác sĩ.	5% Số tiền bảo hiểm Mục B tương ứng với từng Chương trình					
<b>3. Chi phí điều trị tiếp theo đối với thương tật do tai nạn (tối đa trong vòng 30 ngày và trong thời hạn bảo hiểm)</b>	5% Số tiền bảo hiểm Mục B tương ứng với từng Chương trình					
<b>4. Trợ cấp nằm viện/01 ngày (tối đa 15 ngày)</b>	0,15% Số tiền bảo hiểm Mục B tương ứng với từng Chương trình	0,10% Số tiền bảo hiểm Mục B tương ứng với từng Chương trình				

*[Signature]*

## II. Biểu phí bảo hiểm

### 1. Trường hợp tham gia thời hạn bảo hiểm dưới 31 ngày

Phí bảo hiểm/người = Số tiền bảo hiểm x Tỷ lệ phí bảo hiểm/chuyến

Số ngày/01 chuyến	Tỷ lệ phí bảo hiểm/chuyến					
	Chương trình 1	Chương trình 2	Chương trình 3	Chương trình 4	Chương trình 5	Chương trình 6
1-3	0.028%	0.025%	0.022%	0.020%	0.017%	0.015%
4-6	0.035%	0.031%	0.027%	0.024%	0.021%	0.019%
7-10	0.045%	0.040%	0.035%	0.031%	0.027%	0.025%
11-14	0.055%	0.050%	0.045%	0.040%	0.035%	0.032%
15-18	0.065%	0.060%	0.055%	0.049%	0.043%	0.040%
19-22	0.075%	0.070%	0.064%	0.057%	0.050%	0.046%
23-27	0.085%	0.080%	0.074%	0.065%	0.057%	0.050%
28-30	0.095%	0.090%	0.082%	0.072%	0.063%	0.060%

### 2. Trường hợp tham gia thời hạn bảo hiểm từ 31 ngày trở lên

Phí bảo hiểm/người = Số tiền bảo hiểm x Tỷ lệ phí bảo hiểm/ngày x Số ngày

Số ngày đi du lịch	Tỷ lệ phí bảo hiểm/ngày					
	Chương trình 1	Chương trình 2	Chương trình 3	Chương trình 4	Chương trình 5	Chương trình 6
31-90	0.0030%	0.0029%	0.0026%	0.0023%	0.0020%	0.0019%
91-180	0.0029%	0.0027%	0.0024%	0.0022%	0.0019%	0.0018%
181-365	0.0024%	0.0023%	0.0020%	0.0018%	0.0016%	0.0015%
Trên 365 ngày	0.0021%	0.0020%	0.0018%	0.0016%	0.0014%	0.0013%

### III. Tăng/giảm phí bảo hiểm

- Đối với Người được bảo hiểm dưới 06 tuổi, áp dụng tăng tối đa 30% so với tỷ lệ phí bảo hiểm trên.
- Đối với Người được bảo hiểm trên 70 tuổi, áp dụng tăng tối đa 45% so với tỷ lệ phí bảo hiểm trên.
- Đối với chuyến đi theo hình thức gia đình (gồm tối đa 02 người lớn không nhất thiết phải có quan hệ họ hàng kèm theo trẻ em): Phí bảo hiểm/gia đình = Phí bảo hiểm/người x 2.
- Trong mọi trường hợp, tùy theo tình hình kinh doanh, Công ty có thể tăng/giảm phí tối đa 45% phí bảo hiểm theo Biểu phí trên.

TỔNG GIÁM ĐỐC



Nguyễn Tiến Hải

12