

QUY TẮC BẢO HIỂM



BẢO AN TÍN DỤNG

Ban hành kèm theo Quyết định số 5959/2000/QĐ-ABIC-PHH ngày 16/12/2000 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 15013/BTC-QLBH ngày 08/12/2020



2020

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 "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. Trong Quy tắc bảo hiểm này Tổ chức tín dụng được gọi chung là Ngân hàng.

1.3 "Cho vay" là hình thức cấp tín dụng, theo đó Ngân hàng giao hoặc cam kết giao cho Bên vay một khoản tiền để sử dụng vào mục đích xác định trong một thời gian nhất định theo thỏa thuận với nguyên tắc có hoàn trả cả gốc và lãi.

1.4 "Bên vay" là cá nhân, pháp nhân thực hiện giao dịch liên quan đến hoạt động cho vay theo quy định của Ngân hàng.

1.5 "Thỏa thuận cho vay" là văn bản ký kết giữa Ngân hàng và Bên vay dưới hình thức Hợp đồng tín dụng/Sổ vay vốn.

1.6 "Hạn mức cho vay/Hạn mức tín dụng" là số tiền cho vay tối đa trên một (01) Thỏa thuận cho vay giữa Ngân hàng và Bên vay.

1.7 "Khoản phải trả" là số tiền mà Bên vay có trách nhiệm phải trả cho Ngân hàng theo Thỏa thuận cho vay.

1.8 "Bên mua bảo hiểm" là cá nhân, pháp 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.

1.9 "Người được bảo hiểm" là cá nhân có tính mạng, sức khỏe được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm. Người được bảo hiểm có thể đồng thời là người thụ hưởng và thỏa mãn các điều kiện sau:

1.9.1 Có năng lực hành vi dân sự đầy đủ.

1.9.2 Trong độ tuổi từ đủ 18 đến 75 tuổi vào ngày phát sinh hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm và không quá 76 tuổi vào ngày kết thúc của Hợp đồng bảo hiểm.

1.9.3 Không bị thương tật toàn bộ do tai nạn, bệnh tật.

1.9.4 Là Bên vay trong Thỏa thuận cho vay và các cá nhân có liên quan đến Bên vay, trong đó:

a. Trường hợp Bên vay là cá nhân đã tham gia bảo hiểm theo số tiền bảo hiểm tối đa nhưng chưa hết hạn mức cho vay hoặc Bên vay không thỏa mãn điều kiện tại Điểm 1.9.1; 1.9.2; 1.9.3 thì có thể chỉ định tham gia bảo hiểm cho các cá nhân trong gia đình theo thứ tự ưu tiên là vợ/chồng, con, cha, mẹ hợp pháp của Bên vay.

b. Trường hợp Bên vay là pháp nhân thì Người được bảo hiểm là thành viên Hội đồng quản trị/Hội đồng thành viên, Ban Tổng Giám đốc/Ban Giám đốc, Ban Kiểm soát, Kế toán trưởng.

Trường hợp Bên vay hoàn trả khoản phải trả trước hạn hoặc tham gia bảo hiểm vượt quá thời hạn vay vẫn là Người được bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này.

1.10 "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.

Người thụ hưởng đầu tiên là Ngân hàng nhận số tiền chi trả quyền lợi bảo hiểm theo quy định tại Điểm 14.3.1 Khoản 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 Điểm 14.3.2 Khoản 14.3 và Khoản 14.4 Điều 14 Quy tắc bảo hiểm này.

1.11 "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 của Người được bảo hiểm.

1.12 "Giấy yêu cầu bảo hiểm" là văn bản yêu cầu bảo hiểm của Bên mua bảo hiểm được lập với đầy đủ nội dung theo mẫu của ABIC.

1.13 "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.

1.14 "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 Bảo an tín dụng; Giấy yêu cầu bảo hiểm; Giấy chứng nhận bảo hiểm; các giấy tờ hợp lệ khác có liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm (nếu có).

1.15 "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, phát sinh trong thời hạn bảo hiểm.

1.16 "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).

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

1.18 "Nằm viện" là việc bệnh nhân phải lưu trú qua đêm ít nhất 24 giờ tại bệnh viện để điều trị tai nạn, bệnh tật.

1.19 "Thời gian được bảo hiểm liên tục" là khoảng thời gian đã được bảo hiểm liên tục của Người được bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm Bảo an tín dụng và/hoặc Quy tắc bảo hiểm Bảo an tiết kiệm của ABIC. Trường hợp thời gian ngắt quãng giữa 02 Hợp đồng bảo hiểm liên kế không vượt quá 60 ngày thì vẫn tính là thời gian được bảo hiểm liên tục.

1.20 "Năm đầu tiên" là khoảng thời gian được bảo hiểm liên tục của Người được bảo hiểm từ 12 tháng trở xuống. Số tiền bảo hiểm năm đầu tiên là số tiền bảo hiểm tương ứng với khoảng thời gian được bảo hiểm năm đầu tiên.

1.21 "Năm tái tục" là khoảng thời gian được bảo hiểm liên tục của Người được bảo hiểm vượt quá 12 tháng. Số tiền bảo hiểm năm tái tục là 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 được coi là số tiền bảo hiểm năm tái tục, phần chênh lệch được tính là số tiền bảo hiểm năm đầu tiên.

Trường hợp Người được bảo hiểm tham gia nhiều hợp đồng bảo hiểm, khi xảy ra sự kiện bảo hiểm thì căn cứ để xét số tiền bảo hiểm tái tục là tổng số tiền bảo hiểm đã tham gia bảo hiểm liên tục đủ 12 tháng của các Hợp đồng bảo hiểm đang còn hiệu lực.

1.22 "Thời gian chờ" là khoảng thời gian được tính từ thời điểm bắt đầu của thời hạn bảo hiểm mà Người được bảo hiểm tham gia lần đầu trong năm đầu tiên, trong khoảng thời gian đó nếu rủi ro phát sinh Người được bảo hiểm sẽ không được hưởng quyền lợi bảo hiểm. Thời gian chờ đối với rủi ro do bệnh tật là 15 ngày kể từ thời điểm đầu tiên của thời hạn bảo hiểm (không áp dụng đối với bảo hiểm năm tái tục).

1.23 "Thương tật" là tình trạng Người được bảo hiểm bị tổn thương cơ thể; tổn hại sức khỏe; thương tích để lại di chứng do tai nạn hoặc bệnh tật gây ra. Danh

mục thương tật được bảo hiểm trong Quy tắc bảo hiểm này áp dụng danh mục thương tật quy định tại Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 27/09/2013 của Bộ Y tế, Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội (trong Quy tắc bảo hiểm này được gọi là Thông tư số 28), bao gồm:

a. "Thương tật toàn bộ" là trường hợp Người được bảo hiểm bị thương tật do tai nạn, bệnh tật với tỷ lệ thương tật từ 81% trở lên.

b. "Thương tật bộ phận" là trường hợp Người được bảo hiểm bị thương tật do tai nạn với tỷ lệ thương tật từ 21% đến dưới 81%.

1.24 "Tỷ lệ thương tật" là tỷ lệ tổn thương cơ thể, tỷ lệ suy giảm khả năng lao động, tỷ lệ thương tích, tỷ lệ bệnh tật, tỷ lệ tổn hại sức khỏe. Tỷ lệ thương tật được xác định căn cứ vào tỷ lệ tổn thương cơ thể do thương tích, bệnh, tật, bệnh nghề nghiệp theo Thông tư số 28 hoặc tỷ lệ theo kết quả giám định y khoa, giám định pháp y của cơ quan có thẩm quyền cấp tỉnh, thành phố, trung ương.

1.25 "Sự kiện bảo hiểm" là sự kiện Người được bảo hiểm bị tử vong, thương tật toàn bộ, thương tật bộ phận do tai nạn hoặc tử vong, thương tật toàn bộ do bệnh tật thuộc phạm vi bảo hiểm.

Điều 2: Thời hạn bảo hiểm

Thời hạn bảo hiểm được quy định trên Giấy chứng nhận bảo hiểm. Thời hạn bảo hiểm tương ứng với thời hạn hoặc thời hạn còn lại của Thỏa thuận cho vay hoặc theo thỏa thuận.

Điều 3: Số tiền bảo hiểm và phí bảo hiểm

3.1 Số tiền bảo hiểm

3.1.1 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 số tiền bảo hiểm quy định tại Phụ lục 1 Quy tắc bảo hiểm này. Số tiền bảo hiểm bao gồm số tiền bảo hiểm theo quyền lợi bảo hiểm cơ bản, số tiền bảo hiểm theo quyền lợi bảo hiểm mai táng phí.

3.1.2 Số tiền bảo hiểm theo quyền lợi bảo hiểm cơ bản ghi trên một (01) Giấy chứng nhận bảo hiểm không vượt quá hạn mức cho vay theo Thỏa thuận cho vay tương ứng.

3.1.3 Bên mua bảo hiểm có thể tham gia nhiều Hợp đồng bảo hiểm theo từng Thỏa thuận cho vay nhưng tại bất kỳ thời điểm nào Người được bảo hiểm chỉ được bảo hiểm với tổng số tiền bảo hiểm theo quyền lợi bảo hiểm cơ bản của tất cả các Hợp đồng bảo hiểm không vượt quá số tiền bảo hiểm tối đa quy định tại Phần I, Phụ lục 1 Quy tắc bảo hiểm này.

3.2 Phí bảo hiểm

3.2.1 Phí bảo hiểm được quy định tại Phụ lục 1 Quy tắc bảo hiểm này và được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm.

3.2.2 Phí bảo hiểm được thanh toán theo quy định của pháp luật hiện hành.

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 chấp thuận 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 Trong trường hợp đã cấp sai tuổi của Người được bảo hiểm, nhưng tuổi đúng của Người được bảo hiểm không thỏa mãn độ tuổi quy định tại Điểm 1.9.2, Khoản 1.9 Điều 1 thì ABIC có quyền huỷ bỏ Hợp đồng bảo hiểm theo Điều 6 Quy tắc bảo hiểm này.

4.2.2 Trong trường hợp đã cấp sai tuổi của Người được bảo hiểm làm giảm số phí bảo hiểm phải đóng, nhưng tuổi đúng của Người được bảo hiểm thỏa mãn độ tuổi quy định tại Điểm 1.9.2, Khoản 1.9, Điều 1 thì ABIC có quyền:

a. Yêu cầu Bên mua bảo hiểm đóng phí bảo hiểm bổ sung tương ứng với số tiền bảo hiểm đã thoả thuận tại Hợp đồng bảo hiểm trong trường hợp chưa xảy ra sự kiện bảo hiểm.

b. Giảm số tiền bảo hiểm đã thoả thuận tại Hợp đồng bảo hiểm tương ứng với số phí bảo hiểm đã đóng trong trường hợp đã xảy ra sự kiện bảo hiểm.

4.2.3 Trong trường hợp đã cấp sai tuổi của Người được bảo hiểm dẫn đến tăng số phí bảo hiểm phải đóng, nhưng tuổi đúng của Người được bảo hiểm thỏa mãn độ tuổi quy định tại Điểm 1.9.2, Khoản 1.9, Điều 1 thì ABIC sẽ hoàn trả cho Bên mua bảo hiểm số phí bảo hiểm chênh lệch đã đóng.

Điều 5: Áp dụng văn bản pháp luật điều chỉnh

Trong trường hợp có sự thay đổi của văn bản quy phạm pháp luật dẫn đến việc áp dụng Quy tắc bảo hiểm này trái với quy định của pháp luật hiện hành hoặc văn bản quy phạm pháp luật được viện dẫn trong Quy tắc bảo hiểm này có sự thay đổi, bổ sung hoặc thay thế thì thực hiện áp dụng theo văn bản quy phạm pháp luật mới.

CHƯƠNG II: HỦY BỎ VÀ CHẤM DỨT HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

Điều 6: Hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm

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

6.1.1 Người được bảo hiểm không đủ điều kiện quy định tại Khoản 1.9, Điều 1.

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

6.2 Khi Hợp đồng bảo hiểm bị hủy bỏ, Hợp đồng bảo hiểm sẽ không có hiệu lực kể từ thời điểm giao kết và 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 7: Chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm

7.1 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 15 ngày kể từ ngày dự định chấm dứt. Nếu Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt, ABIC sẽ hoàn trả 70% phí bảo hiểm của thời gian còn lại với điều kiện trong thời hạn bảo hiểm chưa có khiếu nại nào được ABIC chấp nhận chi trả quyền lợi bảo hiểm. Nếu ABIC yêu cầu chấm dứt, ABIC sẽ hoàn trả 100% phí bảo hiểm của thời gian còn lại.

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

7.3 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 ngắn hạn, dài hạn.

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

Điều 8: Phạm vi bảo hiểm

Trừ những trường hợp loại trừ trách nhiệm bảo hiểm quy định tại Điều 11 Quy tắc bảo hiểm này, ABIC có trách nhiệm trả tiền bảo hiểm trong các trường hợp cụ thể sau:

8.1 Người được bảo hiểm bị tử vong, thương tật toàn bộ do tai nạn (tai nạn xảy ra trong thời hạn bảo hiểm):

- Kể từ thời điểm phát sinh trách nhiệm bảo hiểm và trong thời hạn bảo hiểm, hoặc:
- Kể từ thời điểm phát sinh trách nhiệm bảo hiểm và trong vòng 06 tháng kể từ ngày xảy ra tai nạn.

8.2 Người được bảo hiểm bị tử vong, thương tật toàn bộ do bệnh tật trong thời hạn bảo hiểm.

8.3 Người được bảo hiểm bị thương tật bộ phận (từ 21% đến dưới 81%) do tai nạn (tai nạn xảy ra trong thời hạn bảo hiểm):

- Kể từ thời điểm phát sinh trách nhiệm bảo hiểm và trong thời hạn bảo hiểm, hoặc:
- Kể từ thời điểm phát sinh trách nhiệm bảo hiểm và trong vòng 06 tháng kể từ ngày xảy ra tai nạn.

Điều 9: Quyền lợi bảo hiểm cơ bản

9.1 Quyền lợi bảo hiểm tử vong, thương tật toàn bộ do tai nạn

9.1.1 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 theo quyền lợi bảo hiểm cơ bản.

9.1.2 Khi xảy ra sự kiện làm phát sinh trách nhiệm của ABIC theo quy định tại Điểm 9.1.1, Khoản 9.1 Điều 9 Quy tắc bảo hiểm này, hiệu lực bảo hiểm sẽ tự động chấm dứt.

9.2 Quyền lợi bảo hiểm tử vong, thương tật toàn bộ do bệnh tật

9.2.1 Trường hợp Người được bảo hiểm bị tử vong, thương tật toàn bộ do các bệnh lý trong bảng mô tả quyền lợi dưới đây, ABIC chi trả theo tỷ lệ % tương ứng nhân với số tiền bảo hiểm theo quyền lợi bảo hiểm cơ bản, cụ thể:

Thời điểm xảy ra SKBH	Các bệnh lý	Ung thư	Tai biến mạch máu não	Các bệnh lý đặc biệt	Bệnh lý khác
a. Các bệnh lý có trước thời điểm hoặc có tại thời điểm tham gia bảo hiểm năm đầu tiên					
Năm đầu tiên		0%	0%	30%	100%
Năm tái tục		70%	70%	100%	100%
b. Các bệnh lý có sau thời điểm tham gia bảo hiểm năm đầu tiên					
Năm đầu tiên		70%	100%	70%	100%
Năm tái tục		100%	100%	100%	100%
Ghi chú:					
<ul style="list-style-type: none"> • Ung thư bao gồm: Ung thư; K; U ác tính; Bướu ác tính; U và Polyp (tại thời điểm phát hiện) sau đó phát triển thành ung thư. • Tai biến mạch máu não bao gồm: Tai biến mạch máu não; Đột quy; Xuất huyết não; Nhồi máu não. • Các bệnh lý đặc biệt 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 tủy; Viêm tụy mãn tính; Tiểu đường tuýp 1; Tiểu đường tuýp 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: Là các bệnh lý còn lại không phải là Ung thư, Tai biến mạch máu não, các bệnh lý đặc biệt được liệt kê ở trên. • Số tiền bảo hiểm làm cơ sở để chi trả quyền lợi là số tiền bảo hiểm năm đầu tiên và số tiền bảo hiểm năm tái tục tương ứng với các năm bảo hiểm. 					

9.2.2 Khi xảy ra sự kiện làm phát sinh trách nhiệm của ABIC theo quy định tại Điểm 9.2.1, Khoản 9.2 Điều 9 Quy tắc bảo hiểm này, hiệu lực bảo hiểm sẽ tự động chấm dứt.

9.3 Quyền lợi bảo hiểm thương tật bộ phận

9.3.1 Trường hợp Người được bảo hiểm bị thương tật bộ phận do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, ABIC chi trả quyền lợi bảo hiểm theo Tỷ lệ tổn thương cơ thể tại Bảng 1: Tỷ lệ tổn thương cơ thể do thương tích ban hành kèm theo Thông tư số 28 hoặc Tỷ lệ thương tật theo kết quả giám định y khoa, giám định pháp y của cơ quan có thẩm quyền nhân với Số tiền bảo hiểm theo quyền lợi bảo hiểm cơ bản.

9.3.2 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.

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

9.4 Trường hợp tại thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm, Người được bảo hiểm tham gia số tiền bảo hiểm theo quyền lợi bảo hiểm cơ bản trên một (01) Giấy chứng nhận bảo hiểm vượt quá hạn mức cho vay theo Thỏa thuận cho vay tương ứng, ABIC sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm trên cơ sở số tiền bảo hiểm theo quyền lợi bảo hiểm cơ bản bằng hạn mức cho vay và hoàn lại số phí bảo hiểm cho phần chênh lệch giữa tổng số tiền bảo hiểm đã tham gia và hạn mức cho vay.

9.5 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.

9.6 Ngoài ra 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 10: Quyền lợi bảo hiểm bổ sung

10.1 Quyền lợi bảo hiểm trợ cấp nằm viện do tai nạn

Trường hợp Người được bảo hiểm bị tử vong, thương tật toàn bộ, thương tật bộ phận do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm có nằm viện điều trị, ABIC chi trả trợ cấp cho những ngày nằm viện của đợt điều trị đầu tiên ngay sau khi xảy ra tai nạn, số ngày trợ cấp tối đa không quá 60 ngày/vụ tai nạn, số tiền trợ cấp/01 ngày nằm viện đối với mỗi Hợp đồng bảo hiểm, cụ thể:

a. Tham gia số tiền bảo hiểm theo quyền lợi cơ bản đến 100 triệu đồng, số tiền trợ cấp là 100.000 đồng/01 ngày nằm viện.

b. Tham gia số tiền bảo hiểm theo quyền lợi cơ bản trên 100 triệu đồng đến 300 triệu đồng, số tiền trợ cấp là 200.000 đồng/01 ngày nằm viện.

c. Tham gia số tiền bảo hiểm theo quyền lợi cơ bản trên 300 triệu đồng, số tiền trợ cấp là 300.000 đồng/01 ngày nằm viện.

10.2 Quyền lợi bảo hiểm lãi tiền vay

Khi sự kiện bảo hiểm xảy ra, ABIC chi trả số tiền lãi vay mà Người được bảo hiểm còn nợ Ngân hàng đến thời điểm ABIC nhận được thông báo yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm, nhưng không vượt quá 3 triệu đồng/Thỏa thuận cho vay.

10.3 Quyền lợi bảo hiểm mai táng phí

Trường hợp Người được bảo hiểm bị tử vong trong thời hạn bảo hiểm, ABIC trả một lần chi phí mai táng phí cho Người thụ hưởng/Người thừa kế hợp pháp hoặc Cơ quan, chính quyền địa phương/Người đã đứng ra tổ chức mai táng cho Người được bảo hiểm với số tiền bảo hiểm theo quyền lợi bảo hiểm bổ sung mai táng phí (trừ trường hợp hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm).

CHƯƠNG IV: LOẠI TRỪ TRÁCH NHIỆM BẢO HIỂM

Điều 11: Điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm

ABIC không chịu trách nhiệm chi trả quyền lợi bảo hiểm (trừ quyền lợi bảo hiểm mai táng phí) trong các trường hợp sau:

11.1 Người được bảo hiểm bị nhiễm HIV; bệnh AIDS (trừ trường hợp bị phơi nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp sau khi tham gia bảo hiểm).

11.2 Người được bảo hiểm đã phát hiện bệnh ung thư, tai biến mạch máu não tại thời điểm hoặc trước thời điểm tham gia bảo hiểm năm đầu tiên (không áp dụng đối với năm tái tục).

11.3 Người được bảo hiểm bị tử vong, thương tật toàn bộ do bệnh tật trong thời gian chờ (không áp dụng đối với năm tái tục).

11.4 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, Người thừa kế. Trong trường hợp Người thụ hưởng, Người thừa kế cố ý gây ra hành vi phạm tội cho Người được bảo hiểm, ABIC có quyền từ chối chi trả quyền lợi cho người có hành vi phạm tội 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.

11.5 Người được bảo hiểm bị tử hình theo phán quyết của Tòa án. Người được bảo hiểm bỏ trốn, mất tích (trừ trường hợp Tòa án có quyết định tuyên bố Người được bảo hiểm đã chết do tai nạn trong thời hạn bảo hiểm). Việc tuyên bố một người là mất tích được thực hiện theo quy định của pháp luật.

11.6 Người được bảo hiểm sử dụng ma túy, các chất kích thích khác mà pháp luật cấm sử dụng và đây là nguyên nhân trực tiếp làm cho Người được bảo hiểm bị tử vong, thương tật toàn bộ, thương tật bộ phận.

CHƯƠNG V: THỦ TỤC GIẢI QUYẾT 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 hợp pháp 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.

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. 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 13: Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

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

- Bản chính Giấy yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm.
- Bản sao hợp lệ Giấy chứng nhận bảo hiểm (nếu có).
- Bản sao hợp lệ Giấy chứng tử/Biên bản khám nghiệm tử thi/Biên bản kết luận của cơ quan, chính quyền địa phương hoặc công an (trường hợp tử vong).
- Bản chính hoặc bản sao hợp lệ Giấy tờ hợp pháp chứng minh quyền thụ hưởng quyền lợi bảo hiểm.
- Bản chính hoặc bản sao hợp lệ Biên bản tai nạn có xác nhận của cơ quan và/hoặc chính quyền địa phương hoặc công an nơi xảy ra tai nạn (trường hợp tai nạn).
- Bản chính hoặc bản sao hợp lệ các chứng từ y tế: Giấy ra/vào viện, Trích sao hồ sơ/Hồ sơ bệnh án, Kết quả xét nghiệm, Toa thuốc/Đơn thuốc, Giấy chứng nhận phẫu thuật/Phiếu mổ, Hóa đơn, Biên lai, các chứng từ y tế khác liên quan tới điều trị và phẫu thuật của cơ sở y tế.
- Bản chính hoặc bản sao hợp lệ Biên bản giám định thương tật do cơ quan có thẩm quyền cấp tỉnh, thành phố, trung ương cấp.
- Bản sao hợp lệ Hợp đồng tín dụng/Sổ vay vốn hoặc xác nhận khoản vay của Ngân hàng; Xác nhận lãi vay Người được bảo hiểm còn nợ Ngân hàng đến thời điểm ABIC nhận được thông báo giải quyết quyền lợi 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 hợp lệ.

CHƯƠNG VI: GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Điều 14: Giải quyết quyền lợi bảo hiểm

14.1 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 thì ABIC có trách nhiệm giải quyết quyền lợi bảo hiểm trong vòng 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 13 Quy tắc bảo hiểm này.

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

14.3 Số tiền chi trả theo Quyền lợi bảo hiểm cơ bản được quy định tại Điều 9 Quy tắc bảo hiểm này và theo Quyền lợi bảo hiểm lãi tiền vay được quy định tại Khoản 10.2 Điều 10 Quy tắc bảo hiểm này sẽ được chi trả 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 Khoản phải trả của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm để thu nợ vay.

14.3.2 Số tiền chênh lệch giữa số tiền chi trả quyền lợi bảo hiểm và Khoản phải trả (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 theo Quyền lợi bảo hiểm trợ cấp nằm viện do tai nạn được quy định tại Khoản 10.1 Điều 10 và Quyền lợi bảo hiểm mai táng phí được quy định tại Khoản 10.3 Điều 10 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 (trừ trường hợp số tiền mai táng phí đã được trả cho Cơ quan, chính quyền địa phương/Người đứng ra tổ chức mai táng cho Người được bảo hiểm theo Khoản 10.3 Điều 10 của Quy tắc bảo hiểm này).

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 số tiền chi trả quyền lợi bảo hiểm (không áp dụng đối với quyền lợi bảo hiểm 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 Khoản 12.1 Điều 12 Quy tắc bảo hiểm này (trừ trường hợp do nguyên nhân khách quan và bất khả kháng).

15.2 Giảm trừ 20% số tiền chi trả quyền lợi bảo hiểm trong trường hợp nguyên nhân dưới đây là nguyên nhân trực tiếp dẫn đến tai nạn, cụ thể:

15.2.1 Người được bảo hiểm điều khiển xe cơ giới vi phạm các hành vi sau đây (chỉ áp dụng đối với Người điều khiển xe, không áp dụng đối với người ngồi trên xe):

a. Không có giấy phép lái xe theo quy định;

b. Sử dụng rượu bia có nồng độ cồn vi phạm quy định của pháp luật;

c. Đi vào đường cấm, khu vực cấm, đua xe.

d. Vận chuyển trái phép hoặc không thực hiện đầy đủ các quy định về vận chuyển hàng hóa nguy hiểm, vận chuyển hàng cấm.

15.2.2 Người được bảo hiểm vi phạm nội quy của cơ quan theo Luật lao động.

15.2.3 Người được bảo hiểm vi phạm pháp luật phải thụ án hình sự; Người được bảo hiểm tham gia đánh nhau trừ trường hợp được xác nhận là hành động phòng vệ chính đáng.

15.3 Giảm trừ 30% trong trường hợp cố 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.

15.4 Trường hợp áp dụng nhiều mức giảm trừ, tổng số tiền giảm trừ không vượt quá 30%.

CHƯƠNG VII: QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA CÁC BÊN

Điều 16: Quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm

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

16.1.1 Yêu cầu ABIC giải thích các điều kiện, điều khoản bảo hiểm, cấp Hợp đồng bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm.

16.1.2 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

16.1.3 Trong trường hợp ABIC cố 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.

16.1.4 Các quyền khác theo quy định của pháp luật.

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

16.2.1 Đóng phí bảo hiểm đầy đủ.

16.2.2 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.

16.2.3 Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm chấp thuận để Ngân hàng 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.

16.2.4 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.

16.2.5 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.

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

Điều 17: Quyền và nghĩa vụ của ABIC

17.1 Quyền của ABIC

17.1.1 Thu phí bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm

17.1.2 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.

17.1.3 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.

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

17.1.5 Các quyền khác theo quy định của pháp luật.

17.2 Nghĩa vụ của ABIC

17.2.1 Giới thiệu, tư vấn và giải thích cho Bên mua bảo hiểm về điều kiện, điều khoản bảo hiểm, quyền, nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm.

17.2.2 Cấp cho Bên mua bảo hiểm Giấy chứng nhận bảo hiểm ngay sau khi giao kết Hợp đồng bảo hiểm.

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

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

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



CHƯƠNG VIII: GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP

Điều 18: 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 Tòa án.

Điều 19: 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.