



QUY TẮC BẢO HIỂM SỨC KHỎE TIÊU CHUẨN DÀNH CHO NGƯỜI VAY VỐN

Tên thương mại: **BẢO AN TÍN DỤNG**



(Ban hành kèm theo Quyết định số 2160/QĐ-ABIC-QLNV ngày 06/6/2025 của Tổng Giám đốc Công ty Cổ phần Bảo hiểm Ngân hàng Nông nghiệp đã được Bộ Tài chính chấp thuận phương pháp, cơ sở tính phí sản phẩm Bảo hiểm sức khỏe tiêu chuẩn theo Công văn số 7673/BTC-QLBH ngày 03/6/2025)

I. QUY ĐỊNH CHUNG

Điều 1: Giải thích từ ngữ

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

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

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

1.3 "Người được bảo hiểm" Là các cá nhân có tính mạng, sức khỏe được ABIC chấp nhận bảo hiểm và thỏa mãn đồng thời các điều kiện sau:

1.3.1 Có năng lực hành vi dân sự đầy đủ.

1.3.2 Không bị thương tật toàn bộ.

1.3.3 Trong độ tuổi từ đủ 18 đến 65 tuổi vào ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm và không quá 66 tuổi vào ngày kết thúc thời hạn bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

1.3.4 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 với số tiền bảo hiểm tối đa của Quy tắc bảo hiểm này nhưng chưa hết hạn mức cho vay hoặc Bên vay không thỏa mãn điều kiện tại điểm 1.3.1, 1.3.2, 1.3.3 khoản 1.3 Điều 1 Quy tắc bảo hiểm này thì Bên vay được chỉ định tham gia bảo hiểm cho các cá nhân trong gia đình theo đúng thứ tự sau: vợ/chồng, con, cha mẹ hợp pháp của Bên vay. Việc chỉ định không được thay đổi thứ tự này, trừ khi người đứng trước không thỏa mãn điều kiện 1.3.1, 1.3.2, 1.3.3 khoản 1.3 Điều 1 Quy tắc bảo hiểm này.

b. Trường hợp Bên vay là tổ chức thì có thể chỉ định tham gia bảo hiểm cho các cá nhân theo thứ tự ưu tiên là thành viên Hội đồng quản trị/Hội đồng thành viên, Ban Tổng Giám đốc/Ban Giám đốc, Ban Kiểm soát, Kế toán trưởng, Trưởng/Phó Ban, Trưởng/Phó Phòng và các chức danh tương đương.

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.

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

1.5 "Cho vay" là hình thức cấp tín dụng, theo đó Tổ chức tín dụng 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 cho vay với nguyên tắc có hoàn trả cả gốc và lãi.

1.6 "Bên vay" là tổ chức, cá nhân thực hiện giao dịch liên quan đến hoạt động cho vay theo quy định của Tổ chức tín dụng.

1.7 "Thỏa thuận cho vay" là văn bản ký kết giữa Tổ chức tín dụng và Bên vay dưới hình thức Hợp đồng tín dụng hoặc Sổ vay vốn hoặc các hình thức khác.

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

1.9 "Khoản phải trả" là số tiền mà Bên vay có trách nhiệm phải trả cho Tổ chức tín dụng theo Thỏa thuận cho vay.

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.

1.10.1 Người thụ hưởng đầu tiên là Tổ chức tín dụng nhận số tiền chi trả quyền lợi bảo hiểm theo quy định tại điểm a khoản 12.3.1 Điều 12 Quy tắc bảo hiểm này.

1.10.2 Người thụ hưởng còn lại là người được chỉ định nhận số tiền chi trả quyền lợi bảo hiểm theo quy định tại điểm b khoản 12.3.1, khoản 12.3.2, khoản 12.3.3, khoản 12.3.4, Điều 12 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 hoặc các giấy tờ hợp lệ khác của Người được bảo hiểm theo quy định của pháp luật.

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

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

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

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

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

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

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

1.17.1 **"Ung thư"** là bệnh lý ác tính của tế bào, khi bị kích thích bởi các tác nhân ung thư tế bào tăng sinh một cách vô hạn, vô tổ chức và không tuân theo các cơ chế kiểm soát về phát triển của cơ thể.

Ung thư bao gồm nhưng không giới hạn bởi các chẩn đoán: Ung thư/ K/ U ác tính/ Bướu ác tính; Bệnh bạch cầu/ Lơ xê mi; U lympho; Rối loạn sinh tủy; Đa u tủy xương; Tăng sinh miễn dịch ác tính; Sarcoma.

1.17.2 **"Tai biến mạch máu não/Đột quy"** là một hội chứng lâm sàng bao gồm "các dấu hiệu lâm sàng của rối loạn chức năng não (khu trú hoặc toàn thể) phát triển nhanh, kéo dài trên 24 giờ hoặc dẫn đến tử vong, không xác định nguyên nhân nào khác ngoài căn nguyên mạch máu".

Tai biến mạch máu não bao gồm nhưng không giới hạn bởi các chẩn đoán: Tai biến mạch máu não; Đột quy; Xuất huyết não; Nhồi máu não.

1.17.3 **"Bệnh đặc biệt"** bao gồm Suy tim; Nhồi máu cơ tim; Suy thận; Suy tuyến thượng thận; Hội chứng thận hư; Suy tủy, Nhược tủy; Suy tụy; Viêm tụy mãn tính; Xơ gan; Đái tháo đường (tuýp 1, tuýp 2); Bệnh phổi phế quản tắc nghẽn mãn tính (COPD); Nghẽn mạch phổi; Lao các loại; Tâm phế mạn; Suy hô hấp

mãn tính (bao gồm Hen phế quản); Thiếu máu huyết tán; Lupus ban đỏ; Hội chứng Cushing; U các loại (trừ ung thư).

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

1.17.4 **"Bệnh khác"** là các bệnh còn lại không phải là ung thư, tai biến mạch máu não, bệnh đặc biệt.

1.18 "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.

1.19 "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.

Số ngày nằm viện được hưởng trợ cấp = ngày ra viện – ngày vào viện +1.

1.20 "Đợt điều trị đầu tiên" là khoảng thời gian Người được bảo hiểm nằm viện điều trị liên tục kể từ thời điểm xảy ra tai nạn bao gồm thời gian điều trị tại các bệnh viện do chuyển tuyến theo quy định.

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

- a. Người được bảo hiểm không thay đổi.
- b. Thời gian được bảo hiểm liên tục của Người được bảo hiểm theo các Quy tắc bảo hiểm Bảo an tín dụng vượt quá 01 năm. Trường hợp thời gian ngắt quãng giữa 02 Hợp đồng bảo hiểm liên kế không quá 60 ngày thì vẫn tính là bảo hiểm liên tục.
- c. Số tiền bảo hiểm tái tục (theo từng quyền lợi bảo hiểm) nhỏ hơn hoặc bằng số tiền bảo hiểm đã tham gia đủ 01 năm trước đó.

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

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

1.24 "Thương tật toàn bộ" là tình trạng:

1.24.1 Thương tật do tai nạn dẫn đến tình trạng Người được bảo hiểm bị tổn thương cơ thể từ 81% trở lên theo kết quả giám định y khoa, giám định pháp y của cơ quan có thẩm quyền cấp tỉnh, thành phố, trung ương.

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

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

Giải thích về *"Tình trạng Người được bảo hiểm bị mất hoàn toàn chức năng và không thể phục hồi được chức năng"* của từng bộ phận cơ thể quy định tại khoản 1.24.2 Điều 1 Quy tắc bảo hiểm này như sau:

- Mất hoàn toàn chức năng và không thể phục hồi được chức năng của tay bao gồm:

+ Bị mất, cắt cụt từ khớp cổ tay trở lên; hoặc

+ Liệt hoàn toàn của toàn bộ bàn tay trở lên; Sức cơ của tay từ 0-1/5. Trường hợp hồ sơ y tế không thể hiện tình trạng thương tật này, ABIC sẽ chỉ định giám định để xác định tình trạng thương tật làm căn cứ giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

- Mất hoàn toàn chức năng và không thể phục hồi được chức năng của chân bao gồm:

+ Bị mất, cắt cụt từ khớp cổ chân (bao gồm cả xương sên và xương gót) trở lên; hoặc

+ Liệt hoàn toàn của toàn bộ bàn chân trở lên; Sức cơ của chân từ 0-1/5. Trường hợp hồ sơ y tế không thể hiện tình trạng thương tật này, ABIC sẽ chỉ định giám định để xác định tình trạng thương tật làm căn cứ giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

- Mất hoàn toàn chức năng và không thể phục hồi được chức năng của mắt bao gồm lấy bỏ nhãn cầu hoặc mù hoàn toàn hoặc thị lực sáng tối âm tính.

1.25 "Thương tật bộ phận" là tình trạng thương tật do tai nạn làm cho Người được bảo hiểm bị tổn thương cơ thể từ 21% đến dưới 81%.

Tỷ lệ tổn thương được căn cứ tại Bảng 1: Tỷ lệ tổn thương cơ thể do thương tích được ban hành kèm theo 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 28) hoặc theo kết quả giám định y khoa, giám định pháp y của cơ quan có thẩm quyền cấp tỉnh, thành phố, trung ương.

Trường hợp Thông tư 28 được thay thế bằng văn bản pháp luật khác thì áp dụng văn bản thay thế để thực hiện.

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

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

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

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

Điều 2: Thời hạn bảo hiểm

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

Điều 3: Số tiền bảo hiểm và phí bảo hiểm

3.1 Số tiền bảo hiểm

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. Bao gồm số tiền bảo hiểm theo quyền lợi bảo hiểm chính và số tiền bảo hiểm theo quyền lợi bảo hiểm bổ sung.

3.1.2 Số tiền bảo hiểm theo điều kiện A trên một (01) Hợp đồng bảo hiểm không được vượt quá hạn mức cho vay. Nếu Người được bảo hiểm tham gia số tiền bảo hiểm theo điều kiện A trên một (01) Hợp đồng bảo hiểm vượt quá hạn mức cho vay thì ABIC chỉ bảo hiểm với số tiền bảo hiểm theo điều kiện A bằng hạn mức cho vay và hoàn lại số phí bảo hiểm cho phần chênh lệch giữa số tiền bảo hiểm đã tham gia và hạn mức cho vay.

3.1.3 Bên mua bảo hiểm có thể tham gia nhiều Hợp đồng bảo hiểm theo một (01) Thỏa thuận cho vay nhưng tại bất kỳ thời điểm nào tổng số tiền bảo hiểm theo điều kiện A không vượt quá số tiền bảo hiểm tối đa quy định tại Phụ lục 1 Quy tắc bảo hiểm này.

Nếu Người được bảo hiểm tham gia vượt quá số tiền bảo hiểm tối đa, ABIC chỉ bảo hiểm với số tiền bảo hiểm tối đa và hoàn lại số phí bảo hiểm cho phần chênh lệch giữa số tiền bảo hiểm đã tham gia và số tiền bảo hiểm tối đa.

3.2 Phí bảo hiểm

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

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

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

4.1 Thay đổi chung

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

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

4.2.1 Trường hợp sai tuổi Người được bảo hiểm trên Hợp đồng bảo hiểm, nhưng tuổi đúng không thỏa mãn độ tuổi theo quy định tại điểm 1.3.3 khoản 1.3 Điều 1 của Quy tắc bảo hiểm này thì Hợp đồng bảo hiểm không có hiệu lực, ABIC không chịu trách nhiệm chi trả quyền lợi bảo hiểm đối với mọi rủi ro đã xảy ra đối với Người được bảo hiểm và hoàn lại 100% phí bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm không có hiệu lực.

4.2.2 Trường hợp sai tuổi Người được bảo hiểm trên Hợp đồng bảo hiểm, nhưng tuổi đúng của Người được bảo hiểm thỏa mãn độ tuổi theo quy định tại điểm 1.3.3 khoản 1.3 Điều 1 của Quy tắc bảo hiểm này thì Hợp đồng bảo hiểm tiếp tục với hiệu lực bảo hiểm như sau:

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

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

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

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

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

Điều 5: Áp dụng văn bản pháp luật điều chỉnh

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

II.

PHẠM VI VÀ QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Trên cơ sở các điều kiện, điều khoản bảo hiểm quy định dưới đây, Bên mua bảo hiểm có quyền lựa chọn điều kiện bảo hiểm và điều khoản bổ sung để tham gia bảo hiểm. Căn cứ các điều kiện, điều khoản bảo hiểm được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm, ABIC có trách nhiệm trả tiền bảo hiểm đối với các trường hợp thuộc phạm vi bảo hiểm sau khi áp dụng điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm quy định tại Điều 9 và giảm trừ bảo hiểm quy định tại Điều 13 Quy tắc bảo hiểm này (nếu có). Trong mọi trường hợp ABIC chỉ chi trả tối đa đến Giới hạn trách nhiệm tương ứng với từng điều kiện, điều khoản bảo hiểm.

Điều 6. Phạm vi, Quyền lợi bảo hiểm chính

6.1 Điều kiện A: Tử vong, thương tật toàn bộ do tai nạn

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

- a. Bị tử vong, thương tật toàn bộ trong thời hạn bảo hiểm, hoặc
- b. Bị tử vong, thương tật toàn bộ sau ngày kết thúc thời hạn bảo hiểm nhưng trong vòng 06 tháng kể từ ngày xảy ra tai nạn.

6.1.2 Quyền lợi bảo hiểm

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

6.1.3 Thời gian chờ: Không áp dụng

6.1.4 Khi xảy ra sự kiện làm phát sinh trách nhiệm của ABIC theo quy định tại điểm 6.1.2 khoản 6.1 Điều 6 Quy tắc bảo hiểm này, toàn bộ các Hợp đồng bảo hiểm của Người được bảo hiểm tham gia theo Quy tắc bảo hiểm này sẽ tự động chấm dứt.

6.2 Điều kiện B: Thương tật bộ phận do tai nạn

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

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

6.2.2 Quyền lợi bảo hiểm

a. Trường hợp Người được bảo hiểm bị thương tật bộ phận do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, ABIC chi trả quyền lợi bảo hiểm theo tỷ lệ tổn thương cơ thể nhân với số tiền bảo hiểm của Điều kiện B quy định trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

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

c. Trường hợp Người được bảo hiểm bị thương tật bộ phận do tai nạn đã được ABIC giải quyết quyền lợi bảo hiểm, trong thời hạn bảo hiểm hoặc trong vòng 06 tháng kể từ ngày xảy ra tai nạn, Người được bảo hiểm tử vong do hậu quả của tai nạn đó, ABIC chi trả thêm phần chênh lệch giữa số tiền bảo hiểm của Điều kiện A quy định trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm với số tiền đã chi trả trước đó.

6.2.3 Thời gian chờ: Không áp dụng

6.3 Điều kiện C: Tử vong, thương tật toàn bộ do bệnh

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

6.3.2 Quyền lợi bảo hiểm

Trường hợp Người được bảo hiểm bị tử vong, thương tật toàn bộ do bệnh thuộc phạm vi bảo hiểm, ABIC chi trả theo tỷ lệ % tương ứng theo bảng dưới đây nhân với số tiền bảo hiểm của Điều kiện C quy định trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm, cụ thể:

Thời điểm xảy ra SKBH Bệnh	Ung thư	Tai biến mạch máu não	Bệnh đặc biệt	Bệnh khác
a. Các bệnh có trước hoặc có tại thời điểm bắt đầu thời hạn bảo hiểm năm đầu tiên				
Bảo hiểm năm đầu tiên	0%	0%	30%	100%
Bảo hiểm tái tục	70	70%	100%	100%
b. Các bệnh có sau thời điểm bắt đầu thời hạn bảo hiểm năm đầu tiên				
Bảo hiểm năm đầu tiên	70%	100%	70%	100%
Bảo hiểm tái tục	100%	100%	100%	100%

6.3.3 Thời gian chờ

- a. Thời gian chờ là 15 ngày.
- b. Không áp dụng thời gian chờ đối với bảo hiểm tái tục.

6.3.4 Khi xảy ra sự kiện làm phát sinh trách nhiệm của ABIC theo quy định tại điểm 6.3.2 khoản 6.3 Điều 6 Quy tắc bảo hiểm này, toàn bộ các Hợp đồng bảo hiểm của Người được bảo hiểm tham gia theo Quy tắc bảo hiểm này sẽ tự động chấm dứt.

Điều 7: Quyền lợi bảo hiểm bổ sung

7.1 Điều khoản bổ sung BS1: Bảo hiểm nằm viện do tai nạn

7.1.1 Phạm vi bảo hiểm: Người được bảo hiểm bị tử vong, thương tật toàn bộ, thương tật bộ phận theo quy định tại khoản 6.1 Điều 6 và/hoặc khoản 6.2 Điều 6 Quy tắc bảo hiểm này có nằm viện điều trị.

7.1.2 Quyền lợi bảo hiểm:

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 60 ngày/vụ tai nạn. Số tiền trợ cấp cho mỗi ngày nằm viện được quy định trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

7.1.3 Thời gian chờ: Không áp dụng.

7.2 Điều khoản bổ sung BS2: Bảo hiểm lãi tiền vay

7.2.1 Phạm vi bảo hiểm

Người được bảo hiểm bị tử vong, thương tật toàn bộ, thương tật bộ phận theo quy định tại một trong các khoản 6.1; 6.2; 6.3 Điều 6 Quy tắc bảo hiểm này.

7.2.2 Quyền lợi bảo hiểm

Khi sự kiện bảo hiểm xảy ra, ABIC chi trả số tiền lãi vay mà Người được bảo hiểm còn nợ Tổ chức tín dụng tương ứng với Thỏa thuận cho vay đã tham gia bảo hiểm đến thời điểm ABIC nhận được thông báo yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm nhưng không vượt quá số tiền quy định trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

7.2.3 Thời gian chờ

- a. Thời gian chờ đối với rủi ro bệnh là 15 ngày.
- b. Không áp dụng thời gian chờ đối với rủi ro tai nạn và bảo hiểm tái tục.

7.3 Điều khoản bổ sung BS3: Trợ cấp người phụ thuộc

7.3.1 Phạm vi bảo hiểm

Người được bảo hiểm bị tử vong do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm theo quy định tại khoản 6.1 Điều 6 Quy tắc bảo hiểm này.

7.3.2 Quyền lợi bảo hiểm

Người được bảo hiểm bị tử vong do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, ABIC chi trả trợ cấp 01 lần cho người phụ thuộc của Người được bảo hiểm. Số tiền trợ cấp/người được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Người phụ thuộc của Người được bảo hiểm bao gồm:

- a. Con hợp pháp (con ruột, con nuôi) dưới 14 tuổi;
- b. Bố, mẹ (bố, mẹ đẻ; bố, mẹ chồng/vợ) trên 62 tuổi.

Tuổi của người phụ thuộc căn cứ vào ngày, tháng, năm sinh được ghi trên Căn cước hoặc các giấy tờ hợp lệ khác của Người phụ thuộc.

7.3.3 Thời gian chờ: Không áp dụng.

7.4 Điều khoản bổ sung BS4: Bảo hiểm mai táng phí

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

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

7.4.2 Quyền lợi bảo hiểm

Khi sự kiện bảo hiểm xảy ra, ABIC chi trả một lần chi phí mai táng phí cho Người thụ hưởng/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 điều khoản BS4 được quy định trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm trừ trường hợp hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm.

7.4.3 Thời gian chờ: Không áp dụng.

Điều 8: Điều khoản khác

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

Điều 9: Điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm

ABIC không chịu trách nhiệm chi trả quyền lợi bảo hiểm (không áp dụng đối với điều khoản BS4) trong các trường hợp sau:

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

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

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

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

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

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

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

IV. THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

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

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

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

Điều 11: Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

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

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

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

11.3 Bản sao hợp lệ trích lục khai tử/giấy chứng tử/biên bản khám nghiệm tử thi/biên bản kết luận của cơ quan, chính quyền địa phương hoặc công an (trường hợp tử vong).

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

11.5 Bản chính hoặc bản sao hợp lệ biên bản tai nạn/bản tường trình tai nạn có xác nhận của cơ quan và/hoặc chính quyền địa phương hoặc công an nơi xảy ra tai nạn (trường hợp tai nạn).

11.6 Bản chính hoặc bản sao hợp lệ các chứng từ y tế: giấy ra/vào viện, trích sao hồ sơ/hồ sơ bệnh án, kết quả xét nghiệm, toa thuốc/đơn thuốc, giấy chứng nhận phẫu thuật/phiếu mổ, hóa đơn, biên lai, các chứng từ y tế khác liên quan tới điều trị và phẫu thuật của cơ sở y tế.

11.7 Bản chính hoặc bản sao hợp lệ biên bản giám định thương tật hoặc biên bản giám định y khoa do cơ quan có thẩm quyền cấp tỉnh, thành phố, trung ương cấp (trường hợp tai nạn hoặc do ABIC chỉ định).

11.8 Các chứng từ khi Bên mua bảo hiểm là tổ chức: Quyết định bổ nhiệm chức danh của Người được bảo hiểm; Hợp đồng lao động (nếu có); Quyết định miễn nhiệm chức danh của Người được bảo hiểm (nếu có); Xác nhận chức danh của Người được bảo hiểm tại thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm.

11.9 Các giấy tờ cần thiết khác (nếu có) có liên quan đến việc giải quyết quyền lợi bảo hiểm phù hợp với quy định của pháp luật và Quy tắc bảo hiểm này.

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

Điều 12: Giải quyết quyền lợi bảo hiểm

12.1 Khi xảy ra sự kiện bảo hiểm, ABIC có trách nhiệm giải quyết quyền lợi bảo hiểm trong thời hạn đã thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm. Trong trường hợp không có thỏa thuận về thời hạn giải quyết quyền lợi bảo hiểm, ABIC có trách nhiệm giải quyết trong vòng 15 ngày kể từ ngày nhận được hồ sơ đầy đủ và hợp lệ theo quy định tại Điều 11 Quy tắc bảo hiểm này.

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

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

12.3.1 Số tiền chi trả theo quyền lợi bảo hiểm chính, điều khoản BS2 sẽ được chi trả như sau:

a. Người thụ hưởng đầu tiên là Tổ chức tín dụng 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.

b. 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 thụ hưởng theo chỉ định, Người được bảo hiểm, Người thừa kế hợp pháp của Người được bảo hiểm.

12.3.2 Số tiền chi trả theo điều khoản BS1 ABIC sẽ chi trả theo thứ tự ưu tiên: Người thụ hưởng theo chỉ định, Người được bảo hiểm, Người thừa kế hợp pháp của Người được bảo hiểm.

12.3.3 Số tiền chi trả theo điều khoản BS3 ABIC sẽ chi trả cho Người phụ thuộc của Người được bảo hiểm theo quy định tại điểm 7.3.2 khoản 7.3 Điều 7.

12.3.4 Số tiền chi trả theo điều khoản BS4 ABIC sẽ chi trả cho 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).

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

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

Điều 13: Áp dụng giảm trừ trong giải quyết quyền lợi bảo hiểm

ABIC sẽ giảm trừ một phần số tiền chi trả quyền lợi bảo hiểm (không áp dụng đối với điều khoản BS4) tùy theo mức độ vi phạm trong các trường hợp sau đây:

13.1 Giảm trừ 10% số tiền chi trả quyền lợi bảo hiểm trong trường hợp thông báo sự kiện bảo hiểm quá thời gian quy định tại khoản 10.1 Điều 10 Quy tắc bảo hiểm này (trừ trường hợp nguyên nhân do sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Điều 14: Hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm

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

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

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

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

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

Điều 15: Chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm

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

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

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

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

15.5 Hậu quả chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm

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

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

15.5.3 Trường hợp chấm dứt hợp đồng theo khoản 15.2 Điều 15, nếu Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt, ABIC hoàn trả tối thiểu 70% phí bảo hiểm của thời gian còn lại với điều kiện chưa có khiếu nại nào được ABIC chấp nhận chi trả quyền lợi bảo hiểm. Nếu ABIC yêu cầu chấm dứt, ABIC sẽ hoàn trả 100% phí bảo hiểm của thời gian còn lại.

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

Điều 16: Khôi phục Hợp đồng bảo hiểm

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

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

Điều 17: Quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm**17.1 Quyền của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm**

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

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

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

17.1.4 Các quyền khác theo quy định của pháp luật.

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

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

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

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

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

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

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

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

Điều 18: Quyền và nghĩa vụ của ABIC**18.1 Quyền của ABIC**

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

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

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

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

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

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

18.1.7 Các quyền khác theo quy định của pháp luật.

18.2 Nghĩa vụ của ABIC

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

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

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

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

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

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

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

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

VIII. GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP

Điều 20: Giải quyết tranh chấp

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

Điều 21: Thời hiệu khởi kiện

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

TT	Điều kiện bảo hiểm Điều khoản bổ sung	Số tiền bảo hiểm (trên 01 Hợp đồng bảo hiểm)	Giới hạn trách nhiệm (trên tất cả Hợp đồng bảo hiểm)
1	Điều kiện A: Tử vong, thương tật toàn bộ do tai nạn	Đến 10 tỷ đồng/NĐBH	10 tỷ đồng/NĐBH
2	Điều kiện B: Thương tật bộ phận do tai nạn	Đến 10 tỷ đồng/NĐBH/vụ	10 tỷ đồng/NĐBH
3	Điều kiện C: Tử vong, thương tật toàn bộ do bệnh	Đến 01 tỷ đồng/NĐBH	01 tỷ đồng/NĐBH
4	Điều khoản BS1: Bảo hiểm nằm viện do tai nạn	Đến 36 triệu đồng/NĐBH/năm	36 triệu đồng/NĐBH/năm
5	Điều khoản BS2: Bảo hiểm lãi tiền vay	Đến 05 triệu đồng/Thỏa thuận cho vay	10 triệu đồng/NĐBH
6	Điều khoản BS3: Trợ cấp người phụ thuộc	Đến 03 triệu đồng/người phụ thuộc	12 triệu đồng/NĐBH
7	Điều khoản BS4: Bảo hiểm mai táng phí	Đến 04 triệu đồng/NĐBH	04 triệu đồng/NĐBH

PHỤ LỤC 1

BIỂU PHÍ BẢO HIỂM BẢO AN TÍN DỤNG

I. Số tiền bảo hiểm; Giới hạn trách nhiệm; Phí bảo hiểm năm

1. Số tiền bảo hiểm tối đa của Điều kiện bảo hiểm A: 10 tỷ đồng

2. Số tiền bảo hiểm; Giới hạn trách nhiệm.

TT	Điều kiện bảo hiểm Điều khoản bổ sung	Số tiền bảo hiểm (trên 01 Hợp đồng bảo hiểm)	Giới hạn trách nhiệm (trên tất cả Hợp đồng bảo hiểm)
1	Điều kiện A: Tử vong, thương tật toàn bộ do tai nạn	Đến 10 tỷ đồng/ NĐBH	10 tỷ đồng/NĐBH
2	Điều kiện B: Thương tật bộ phận do tai nạn	Đến 10 tỷ đồng/ NĐBH/vụ	10 tỷ đồng/NĐBH
3	Điều kiện C: Tử vong, thương tật toàn bộ do bệnh	Đến 01 tỷ đồng/ NĐBH	01 tỷ đồng/NĐBH
4	Điều khoản BS1: Bảo hiểm nằm viện do tai nạn	Đến 36 triệu đồng/ NĐBH/năm	36 triệu đồng/NĐBH/ năm
5	Điều khoản BS2: Bảo hiểm lãi tiền vay	Đến 05 triệu đồng/ Thỏa thuận cho vay	10 triệu đồng/NĐBH
6	Điều khoản BS3: Trợ cấp người phụ thuộc	Đến 03 triệu đồng/ người phụ thuộc	12 triệu đồng/NĐBH
7	Điều khoản BS4: Bảo hiểm mai táng phí	Đến 04 triệu đồng/ NĐBH	04 triệu đồng/NĐBH

Số tiền bảo hiểm theo điều kiện bảo hiểm A làm cơ sở để xác định số tiền bảo hiểm các điều khoản bảo hiểm khác và là số tiền bảo hiểm để tính phí bảo hiểm.

Trong các chương trình bảo hiểm cụ thể, ABIC áp dụng số tiền bảo hiểm tối đa, giới hạn trách nhiệm phù hợp đối tượng và thời điểm.

3. Phí bảo hiểm

Được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

4. Phí bảo hiểm ngắn hạn

$$\text{Phí bảo hiểm ngắn hạn} = \frac{\text{Phí bảo hiểm năm}}{365 (\text{ngày})} \times \text{Số ngày tham gia bảo hiểm}$$