



QUY TẮC BẢO HIỂM TAI NẠN MỨC TRÁCH NHIỆM CAO



Ban hành kèm theo Quyết định số 4500/QĐ-ABIC-QLNV ngày 13/11/2025 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 tai nạn theo Công văn số 15313/BTC-QLBH ngày 03/10/2025

CHƯƠNG 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 công dân Việt Nam hoặc người nước ngoài cư trú tại Việt Nam được ABIC chấp nhận bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này.

1.3.1 Trong các chương trình bảo hiểm cụ thể, ABIC có thể áp dụng giới hạn đối tượng bảo hiểm, độ tuổi phù hợp.

1.3.2 Trường hợp ABIC cung cấp bảo hiểm trong điều kiện tham gia bảo hiểm của Người được bảo hiểm dưới chuẩn theo quy định của ABIC thì nội dung này được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

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

1.5 **"Tuổi của Người được bảo hiểm, tuổi của người phụ thuộc"** là tuổi căn cứ vào ngày, tháng, năm sinh được ghi trên Căn cước hoặc các giấy tờ hợp lệ khác theo quy định của pháp luật.

1.6 **"Yêu cầu bảo hiểm"** là thông tin do Bên mua 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 có trách nhiệm khai báo đầy đủ và trung thực, chịu trách nhiệm trước pháp luật về những nội dung khai báo.

1.7 **"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.

1.8 **"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.

1.9 **"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.

1.10 **"Bộ hợp đồng bảo hiểm"** bao gồm: Yêu cầu bảo hiểm; Hợp đồng bảo hiểm và/hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm; Quy tắc bảo hiểm; Sửa đổi bổ sung/Phụ lục hợp đồng và các tài liệu liên quan khác (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 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 (không bao gồm ngộ độc, nhiễm độc).

1.12 **"Cơ sở y tế/Bệnh viện"** là cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hợp pháp có khả năng và phương tiện chẩn đoán, điều trị thương tật; 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.

1.13 **"Bác sĩ"** là người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh được nước sở tại cấp giấy phép hợp pháp và thực hiện khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được đào tạo và giấy phép của mình.

1.14 **"Chi phí thực tế hợp lý"** bao gồm:

1.14.1 Chi phí y tế thực tế là những chi phí y tế phát sinh thực tế, cần thiết và hợp lý cho việc khám, điều trị thương tật của Người được bảo hiểm và theo chỉ định của bác sĩ, không bao gồm thực phẩm chức năng, dược mỹ phẩm, mỹ phẩm; điều trị thử nghiệm, điều trị không được y học công nhận.

1.14.2 Chi phí hợp lý và hợp lệ khác là những chi phí cần thiết không vượt quá mức chi phí chung của nhà cung cấp hàng hóa, dịch vụ trong cùng khu vực địa lý khi cung cấp hàng hóa, dịch vụ tương đương.

1.15 **"Bộ phận giả"** là bộ phận nhân tạo được lắp đặt, cấy ghép vào cơ thể nhằm duy trì sự tuần hoàn, hô hấp, sự sống, thay thế hoặc hỗ trợ chức năng sinh lý của cơ thể con người bao gồm và không giới hạn bởi những thiết bị, dụng cụ, vật tư thay thế.

1.16 **"Thương tật toàn bộ"** là tình trạng thương tật do tai nạn làm cho 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; hoặc
- g. Mất toàn bộ và vĩnh viễn khả năng nói và khả năng nghe.

Trường hợp điều chỉnh các trường hợp thương tật bộ phận vĩnh viễn sẽ được quy định trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

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 1.16 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.

1.17 **"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 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 như sau:

STT	Tình trạng thương tật	Tỷ lệ trả tiền bảo hiểm
1	Điếc vĩnh viễn và hoàn toàn một tai	20%
2	Điếc vĩnh viễn và hoàn toàn cả hai tai	70%
3	Mất vĩnh viễn và hoàn toàn tiếng nói	50%
4	Mất vĩnh viễn và hoàn toàn thị lực một mắt	50%
5	Mất do phải phẫu thuật cắt bỏ hay mất vĩnh viễn và hoàn toàn chức năng của:	
5.1	Một tay từ bả vai	50%
5.2	Một chân từ háng	50%
5.3	Ngón chân cái cả hai đốt	10%
5.4	Ngón chân cái một đốt	3%
5.5	Bất kỳ ngón chân nào khác	2%
5.6	Ngón tay cái cả hai đốt	25%
5.7	Ngón tay cái một đốt	10%
5.8	Ngón trỏ	15%
5.9	Ngón giữa	10%
5.10	Ngón nhẫn hoặc ngón út	8%

Trường hợp đa vết thương, tỷ lệ trả tiền bảo hiểm được tính bằng tổng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm theo từng tình trạng thương tật trên nhưng tổng số tiền chi trả cho Người được bảo hiểm không vượt quá Số tiền bảo hiểm của Điều kiện A3.

Trường hợp thương tật bộ phận vĩnh viễn không được liệt kê tại danh mục trên, số tiền chi trả được xác định theo mức độ nghiêm trọng của thương tật, trên cơ sở so sánh với các trường hợp thương tật đã được quy định trên, mà không xét đến nghề nghiệp của Người được bảo hiểm.

Các trường hợp điều chỉnh về tình trạng thương tật bộ phận vĩnh viễn, tỷ lệ trả tiền bảo hiểm được quy định cụ thể trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

1.18 Dịch vụ vận chuyển cấp cứu: là việc sử dụng xe cứu thương hoặc phương tiện giao thông khác (được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm) trong trường hợp Người được bảo hiểm trong tình trạng tai nạn buộc phải đưa đến cơ sở y tế gần nhất hoặc từ bệnh viện này đến bệnh viện khác để tránh tử vong hay ảnh hưởng nghiêm trọng tới tình trạng sức khỏe lâu dài hoặc hiện tại.

1.19 "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.

1.20 "Hoạt động thể thao chuyên nghiệp" là các hoạt động thể thao, trong đó huấn luyện viên, vận động viên lấy huấn luyện, biểu diễn, thi đấu thể thao là nghề của mình.

1.21 "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; ảo thuật; các môn thể thao đối kháng; săn bắn; leo núi/leo bộ

lên độ cao hơn 5.000 mét so với mặt nước biển; đắm bocc/thi đấu võ thuật; lặn sâu hơn 20 mét so với mặt nước biển, lặn dưới nước có sử dụng thiết bị lặn; các hoạt động thám hiểm như thám hiểm hang động, rừng rậm, sa mạc; bóng đá; bóng ném; bóng ngựa; bóng gôn; trượt nước; bơi thuyền buồm cách xa bờ 5m; đua thuyền máy, đua mô tô và 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).

1.22 **"Nội chiến"** là chiến tranh, xung đột vũ trang xảy ra giữa các nhóm, giữa các thành phần trong cùng một quốc gia, giữa những người cùng ngôn ngữ, do các nguyên nhân tôn giáo, chính trị, kinh tế,... và được xác định theo công bố của cơ quan nhà nước có thẩm quyền.

1.23 **"Bạo loạn"** Là hành động chống phá bằng bạo lực có tổ chức nhằm gây rối loạn an ninh chính trị, trật tự, an toàn xã hội hoặc lật đổ chính quyền và được xác định theo công bố của cơ quan nhà nước có thẩm quyền.

1.24 **"Phương tiện giao thông công cộng"** là những loại phương tiện được tổ chức và vận hành để phục vụ nhu cầu đi lại của nhiều người trong cộng đồng, theo lộ trình và thời gian nhất định.

Phương tiện giao thông công cộng bao gồm: Xe buýt, tàu điện, metro, tàu hỏa, phà, tàu thủy công cộng.

Điều 2: Thời hạn bảo hiểm

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

Điều 3: Số tiền bảo hiểm và phí bảo hiểm

3.1 Số tiền bảo hiểm

Số tiền bảo hiểm là số tiền mà Bên mua bảo hiểm và ABIC thỏa thuận theo từng điều kiện, điều khoản bảo hiểm cho Người được bảo hiểm được quy định trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

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

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 kịp thời (trước ngày có sự thay đổi). Việc thay đổi được áp dụng kể từ thời điểm ABIC chấp thuận cấp Sửa đổi bổ sung/Phụ lục hợp đồng hoặc cấp đổi Giấy chứng nhận bảo hiểm theo các nội dung mới.

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.

CHƯƠNG II PHẠM VI BẢO HIỂM VÀ QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Trên cơ sở các điều kiện bảo hiểm/điều kiện quy định dưới đây và các điều khoản bảo hiểm bổ sung/điều khoản bổ sung quy định tại Phụ lục 1 của Quy tắc bảo hiểm này, Bên mua bảo hiểm có quyền lựa chọn điều kiện và điều khoản bổ sung để tham gia bảo hiểm.

Căn cứ các 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 10 và giảm trừ bảo hiểm quy định tại Điều 14 Quy tắc bảo hiểm này (nếu có). Đối với một (01) vụ tai nạn, ABIC chi trả một (01) quyền lợi bảo hiểm theo Điều kiện A1 hoặc A2 hoặc A3 hoặc A4. Trong mọi trường hợp, số tiền chi trả không vượt quá Số tiền bảo hiểm và Giới hạn trách nhiệm tương ứng với từng điều khoản bảo hiểm (nếu có).

Điều 6: Điều kiện A1: Tử vong do tai nạn

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

6.1.1 Bị tử vong trong thời hạn bảo hiểm, hoặc

6.1.2 Bị tử vong sau ngày kết thúc thời hạn bảo hiểm nhưng trong vòng 02 năm kể từ ngày xảy ra tai nạn.

6.2 Quyền lợi bảo hiểm: Trường hợp Người được bảo hiểm bị tử vong do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, ABIC chi trả toàn bộ số tiền bảo hiểm của Điều kiện A1 quy định trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

6.3 Khi xảy ra sự kiện làm phát sinh trách nhiệm của ABIC theo quy định tại khoản 6.2, 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: Điều kiện A2: Thương tật toàn bộ do tai nạn

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

7.1.1 Bị thương tật toàn bộ trong thời hạn bảo hiểm, hoặc

7.1.2 Bị thương tật toàn bộ sau ngày kết thúc thời hạn bảo hiểm nhưng trong vòng 02 năm kể từ ngày xảy ra tai nạn.

7.2 Quyền lợi bảo hiểm: Trường hợp Người được bảo hiểm bị thương tật toàn bộ do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, ABIC chi trả toàn bộ số tiền bảo hiểm của Điều kiện A2 quy định trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

7.3 Khi xảy ra sự kiện làm phát sinh trách nhiệm của ABIC theo quy định tại khoản 7.2, Điều 7 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 8: Điều kiện A3: Thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn

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

8.1.1 Bị thương tật bộ phận vĩnh viễn trong thời hạn bảo hiểm, hoặc

8.1.2 Bị thương tật bộ phận vĩnh viễn sau ngày kết thúc thời hạn bảo hiểm nhưng trong vòng 02 năm kể từ ngày xảy ra tai nạn.

8.2 Quyền lợi bảo hiểm: Trường hợp Người được bảo hiểm bị thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, ABIC chi trả quyền lợi bảo hiểm theo tỷ lệ trả tiền bảo hiểm tương ứng với tình trạng thương tật theo quy định tại khoản 1.17 Điều 1 nhân với số tiền bảo hiểm của Điều kiện A3.

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

8.4 Trường hợp Người được bảo hiểm bị thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn đã được ABIC giải quyết quyền lợi bảo hiểm, trong thời hạn bảo hiểm hoặc sau ngày kết thúc thời hạn bảo hiểm nhưng trong vòng 02 năm 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 A1 và số tiền đã chi trả trước đó.

Điều 9: Điều kiện A4: Chi phí y tế do tai nạn

9.1 **Phạm vi bảo hiểm:** Người được bảo hiểm bị tai nạn xảy ra trong thời hạn bảo hiểm dẫn đến thương tật thân thể trong thời hạn bảo hiểm.

9.2 **Quyền lợi bảo hiểm:** ABIC chi trả chi phí thực tế hợp lý để điều trị thương tật do tai nạn trong thời hạn bảo hiểm, bao gồm:

9.2.1 Chi phí y tế hợp lý điều trị thương tật.

9.2.2 Chi phí vận chuyển cấp cứu.

9.2.3 Chi phí hỗ trợ và các chi phí hợp lý khác được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

9.2.4 Giới hạn chi trả theo loại chi phí được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

9.3 Sau khi sự kiện bảo hiểm chi phí y tế do tai nạn xảy ra, Hợp đồng bảo hiểm tiếp tục duy trì với các quyền lợi và nghĩa vụ theo Hợp đồng bảo hiểm.

CHƯƠNG III LOẠI TRỪ TRÁCH NHIỆM BẢO HIỂM

Điều 10: Điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm

ABIC không chịu trách nhiệm chi trả quyền lợi bảo hiểm trong các trường hợp sau:

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

10.2 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/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

10.3 Người được bảo hiểm sử dụng ma túy hoặc các chất kích thích tương tự khác; rượu, bia, các chất có cồn khác và đây là nguyên nhân làm cho Người được bảo hiểm bị tử vong, thương tật thân thể.

10.4 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.

10.5 Người được bảo hiểm tham gia hoạt động thể thao chuyên nghiệp, hoạt động thể thao nguy hiểm trừ các trường hợp được bảo hiểm theo điều khoản BS1.

10.6 Chi phí mua, bảo dưỡng, sửa chữa các bộ phận giả, cấy ghép nội tạng.

10.7 Người được bảo hiểm bị tử hình theo phán quyết của Tòa án, tham gia vào các hoạt động bất hợp pháp, tham gia đánh nhau trừ trường hợp được xác nhận là hành động phòng vệ chính đáng.

10.8 Chiến tranh, xâm lược, hành động thù địch của người nước ngoài (cho dù có tuyên bố hay không), hành động khủng bố, nội chiến, bạo loạn dân sự, nổi loạn, đình công.

10.9 Tùy theo đối tượng bảo hiểm ABIC có thể điều chỉnh một số điểm loại trừ bảo hiểm phù hợp.

CHƯƠNG IV

THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Điều 11: Thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

11.1 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 30 ngày phải thông báo bằng văn bản hoặc hình thức khác theo quy định của ABIC.

11.2 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.

11.3 Mọi yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm vượt quá thời hạn quy định tại khoản 11.2 Điều 11 không được ABIC chấp nhận.

Điều 12: 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 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:

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

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

12.3 Bản sao hợp lệ trích lục khai tử/giấy chứng tử (trường hợp tử vong).

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

12.5 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.

12.6 Bản chính 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/đơn thuốc, giấy chứng nhận phẫu thuật/phiếu mổ, các chứng từ y tế có liên quan khác. Trường hợp không cung cấp được bản chính có thể cung cấp bản sao công chứng hoặc bản sao có xác nhận đã đối chiếu bản chính của cán bộ ABIC.

12.7 Chứng từ liên quan đến việc thanh toán chi phí y tế: Bản chính hóa đơn, biên lai, phiếu thu, bảng kê liên quan tới khám bệnh, chữa bệnh. Trường hợp Người được bảo hiểm tham gia nhiều Quy tắc bảo hiểm liên quan đến phần chi phí y tế, khi thanh toán phần vượt quá của các Quy tắc bảo hiểm khác, ABIC chấp nhận chi trả căn cứ vào hóa đơn bản phôi tô (có ảnh chụp hoặc bản scan hóa đơn gốc để đối chiếu) và xác nhận của doanh nghiệp bảo hiểm đã chi trả cho phần chi phí y tế theo Quy tắc bảo hiểm khác.

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

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 V

GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Điều 13: Giải quyết quyền lợi bảo hiểm

13.1 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 12 Quy tắc bảo hiểm này.

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

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

13.3.1 Đối với Hợp đồng bảo hiểm, điều khoản bảo hiểm có chỉ định người thụ hưởng: ABIC chi trả cho người thụ hưởng theo chỉ định tương ứng với số tiền thụ hưởng của người thụ hưởng đó.

Trường hợp số tiền chi trả của ABIC lớn hơn số tiền thụ hưởng của người thụ hưởng theo chỉ định, ABIC tiếp tục chi trả số tiền chênh lệch cho Người được bảo hiểm, Người thừa kế hợp pháp của Người được bảo hiểm.

13.3.2 Đối với Hợp đồng bảo hiểm, điều khoản bảo hiểm không chỉ định người thụ hưởng, ABIC chi trả quyền lợi bảo hiểm cho Người được bảo hiểm, Người thừa kế hợp pháp của Người được bảo hiểm.

13.4 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.

13.5 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 14: 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:

14.1 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 11.1 Điều 11 Quy tắc bảo hiểm này (trừ trường hợp nguyên nhân do sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan).

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

14.2.1 Người được bảo hiểm điều khiển xe cơ giới, xe máy chuyên dùng đi vào đường cấm, khu vực cấm, đưa xe trái phép, 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).

14.2.2 Người được bảo hiểm vi phạm nghiêm trọng quy định của pháp luật; vi phạm nội quy của cơ quan theo Luật lao động; sử dụng trái phép: điện, vũ khí, chất nổ.

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

14.3.1 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.

14.3.2 Người được bảo hiểm sử dụng ma túy hoặc các chất kích thích tương tự khác mà pháp luật cấm sử dụng ngoài các trường hợp được quy định tại khoản 10.3 Điều 10.

14.3.3 Người được bảo hiểm điều khiển phương tiện giao thông có sử dụng rượu, bia, các chất có cồn khác ngoài các trường hợp được quy định tại khoản 10.3 Điều 10.

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

14.4 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.

CHƯƠNG VI

HỦY BỎ VÀ CHẤM DỨT HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

Điều 15: Hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm

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

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

15.1.2 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.

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

15.2 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 16: Chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm

16.1 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.

16.2 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.

16.3 Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt theo khoản 6.3 Điều 6, khoản 7.3 Điều 7 Quy tắc bảo hiểm này.

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

16.5 Hậu quả chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm

16.5.1 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.

16.5.2 Trường hợp chấm dứt hợp đồng theo khoản 16.1 Điều 16, 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.

16.5.3 Trường hợp chấm dứt hợp đồng theo khoản 16.2 Điều 16, 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.

16.5.4 Trường hợp chấm dứt hợp đồng theo khoản 16.3 Điều 16, ABIC không hoàn phí bảo hiểm cho thời gian còn lại.

Điều 17: 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.

CHƯƠNG VII

QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA CÁC BÊN

Điều 18: Quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm

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

18.1.1 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.

18.1.2 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.

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 Các quyền khác theo quy định của pháp luật.

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

18.2.1 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.

18.2.2 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.

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

18.2.4 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.

18.2.5 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.

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

Điều 19: Quyền và nghĩa vụ của ABIC

19.1 Quyền của ABIC

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

19.1.2 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.

19.1.3 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.

19.1.4 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.

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

19.1.6 Chấp nhận hoặc không chấp nhận khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm theo quy định tại Điều 17 Quy tắc bảo hiểm này.

19.1.7 Các quyền khác theo quy định của pháp luật.

19.2 Nghĩa vụ của ABIC

19.2.1 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.

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

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

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

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

Điều 20: Trách nhiệm và hậu quả pháp lý do vi phạm nghĩa vụ cung cấp thông tin

20.1 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.

20.2 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.

CHƯƠNG VIII GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP

Điều 21: 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 và quy định của pháp luật.

Điều 22: 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.

Phụ lục 1

ĐIỀU KHOẢN BẢO HIỂM BỔ SUNG

(Ban hành kèm theo Quy tắc bảo hiểm tai nạn mức trách nhiệm cao)

Trên cơ sở Bên mua bảo hiểm đã tham gia bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm tai nạn mức trách nhiệm cao, Bên mua bảo hiểm có thể lựa chọn thêm các Điều khoản bảo hiểm bổ sung dưới đây. Điều khoản bảo hiểm bổ sung sẽ tuân theo các điều khoản có liên quan của Quy tắc bảo hiểm tai nạn mức trách nhiệm cao.

1. Điều khoản bổ sung BS1: Mở rộng tai nạn trong hoạt động thể thao chuyên nghiệp, hoạt động thể thao nguy hiểm

a. Theo điều khoản này, ABIC chấp nhận mở rộng bảo hiểm đối với trường hợp Người được bảo hiểm bị tai nạn khi tham gia hoạt động thể thao chuyên nghiệp, hoạt động thể thao nguy hiểm.

b. Tùy theo đối tượng bảo hiểm ABIC có thể điều chỉnh danh sách các hoạt động thể thao chuyên nghiệp, hoạt động thể thao nguy hiểm phù hợp tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

2. Điều khoản bổ sung BS2: Bảo hiểm tai nạn mở rộng

Theo điều khoản này, trường hợp Người được bảo hiểm bị tử vong do tai nạn xảy ra khi đang di chuyển trên các phương tiện giao thông công cộng với tư cách là hành khách có mua vé và thuộc phạm vi bảo hiểm của Điều kiện A1, ABIC sẽ chi trả thêm số tiền bảo hiểm theo điều khoản BS2 được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

3. Điều khoản bổ sung BS3: Mở rộng trường hợp ngộ độc

Theo điều khoản này, ABIC chi trả các trường hợp sau đây theo quyền lợi bảo hiểm tai nạn tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

a. Người được bảo hiểm bị ngộ độc thức ăn/đồ uống;

b. Các trường hợp nhiễm độc, ngộ độc khác được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

4. Điều khoản bổ sung BS4: Trợ cấp mất, giảm thu nhập do tai nạn

a. Theo điều khoản này, ABIC sẽ chi trả cho Người được bảo hiểm số tiền theo thỏa thuận để bù đắp cho khoản thu nhập bị giảm/mất cho thời gian nghỉ làm trong thời hạn bảo hiểm theo chỉ định của bác sĩ để điều trị thương tật do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm. Thời gian hưởng trợ cấp được tính theo số ngày nghỉ thực tế và không vượt quá Thời gian trợ cấp được ghi trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

b. Cách tính số tiền trợ cấp mất giảm thu nhập do tai nạn: Số tiền bảo hiểm theo điều khoản BS4/Thời gian trợ cấp (ngày) x Số ngày nghỉ.

- Số ngày nghỉ được hưởng trợ cấp bao gồm cả thứ bảy, chủ nhật và ngày lễ.

- Số ngày nghỉ phải có chỉ định của bác sĩ và xác nhận của bộ phận nhân sự.

- Nếu Người được bảo hiểm bị hai hay nhiều tai nạn gây ra thương tật và thời gian bị thương tật do những tai nạn đó trùng nhau thì Người được bảo hiểm sẽ chỉ được hưởng một lần trợ cấp cho thời gian điều trị thương tật.

5. Điều khoản bổ sung BS5: Mở rộng phương tiện vận chuyển cấp cứu

Theo điều khoản này, ABIC chấp nhận chi trả đối với các trường hợp sử dụng các phương tiện cấp cứu bằng đường hàng không. Số tiền bảo hiểm/Giới hạn trách nhiệm bảo hiểm được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

6. Điều khoản bổ sung BS6: Trợ cấp người phụ thuộc

Theo điều khoản này, trường hợp Người được bảo hiểm bị tử vong do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm theo Điều kiện A1, ABIC chi trả trợ cấp 01 lần cho người phụ thuộc của Người được bảo hiểm. Số tiền trợ cấp/người và số người tối đa nhận trợ cấp 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.

Trường hợp tổng số tiền trợ cấp cho những Người phụ thuộc vượt quá Giới hạn trách nhiệm, thì số tiền trợ cấp cho mỗi Người phụ thuộc bằng Giới hạn trách nhiệm chia cho tổng số Người phụ thuộc phụ thuộc.

7. Điều khoản bổ sung BS7: Mở rộng bảo hiểm bệnh nghề nghiệp

Theo điều khoản này, ABIC sẽ chi trả các chi phí y tế thực tế hợp lý quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm để điều trị bệnh nghề nghiệp phát sinh trong thời hạn bảo hiểm.

Danh mục bệnh nghề nghiệp được bảo hiểm theo quy định của pháp luật hoặc quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Thời gian chờ: 180 ngày kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm hoặc ngày khôi phục hiệu lực bảo hiểm gần nhất.

Đối với bảo hiểm tái tục hoặc Hợp đồng bảo hiểm nhóm có số lượng người tham gia tối thiểu theo thỏa thuận tại Hợp đồng bảo hiểm: Không áp dụng thời gian chờ hoặc giảm thời gian chờ.

8. Điều khoản khác

ABIC và Bên mua bảo hiểm có thể thỏa thuận điều chỉnh các điều khoản bổ sung trên theo quy định của pháp luật.

Ngoài các điều khoản bổ sung trên, ABIC và Bên mua bảo hiểm có thể thỏa thuận bổ sung các điều khoản khác theo quy định của pháp luật tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm. Tùy theo từng Hợp đồng, ABIC sẽ thu thêm phí bảo hiểm tương ứng với điều kiện và trách nhiệm bảo hiểm.