QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN
SẢN PHẨM

Bảo Hiểm Hỗ Trợ Chi Phí Nằm Viện

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN MẪU

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN
SẢN PHẨM BẢO HIỂM BÁN KÈM HỖ TRỢ CHI PHÍ NẰM VIỆN

(Được ban hành theo Quyết định số AIAVN/PM/2610-01, đề ngày 30/10/2026 của Tổng Giám đốc Công ty TNHH Bảo Hiểm Nhân Thọ AIA (Việt Nam))

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN MẪU

CHƯƠNG I — NHỮNG ĐIỀU KHOẢN CHUNG
Điều 1: Định nghĩa 01
Điều 2: Tuổi tham gia và Thời hạn bảo hiểm 04
Điều 3: Ngày có hiệu lực 04
Điều 4: Nguyên tắc áp dụng 05
Điều 5: Nghĩa vụ kê khai thông tin của Khách hàng 05
Điều 6: Nghĩa vụ cung cấp thông tin của Công ty 05
Điều 7: Nhầm lẫn khi kê khai tuổi và/hoặc giới tính của Người được bảo hiểm 06
Điều 8: Trách nhiệm bảo mật thông tin Khách hàng 06
Điều 9: Miễn truy xét 06
Điều 10: Xác minh các khoản tiền đã đóng 07
Điều 11: Giải quyết tranh chấp 07

CHƯƠNG II — QUYỀN LỢI BẢO HIỂM
Điều 12: Quyền lợi bảo hiểm 08
Điều 13: Điều khoản loại trừ 09

CHƯƠNG III — SỐ TIỀN BẢO HIỂM, PHÍ BẢO HIỂM
Điều 14: Số tiền bảo hiểm, phí bảo hiểm và đóng phí bảo hiểm 11
Điều 15: Tái tục và chấm dứt 11

CHƯƠNG IV — THỦ TỤC YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM
Điều 16: Thủ tục yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm 12
Điều 17: Thời hạn giải quyết yêu cầu bảo hiểm 13

CHƯƠNG V — NHỮNG LƯU Ý KHI THAM GIA BẢO HIỂM
Điều 18: Thay đổi nơi cư trú/nghề nghiệp 14
Điều 19: Mất hiệu lực và khôi phục hiệu lực 14
Điều 20: Chỉ định, thay đổi Người thụ hưởng 14
Điều 21: Hợp đồng bảo hiểm vô hiệu 15

Điều khoản của sản phẩm Bảo hiểm bán kèm Hỗ trợ chi phí nằm viện (sau đây gọi tắt là "Bảo hiểm Hỗ trợ chi phí nằm viện") được phân phối kèm Bảo hiểm nhân thọ và là một phần của Hợp đồng bảo hiểm.

Sau khi được Công ty chấp thuận, quyền lợi bảo hiểm được thể hiện cụ thể tại Giấy chứng nhận bảo hiểm và các thỏa thuận sửa đổi, bổ sung khác (nếu có).

Những từ "AIA Việt Nam" hay "Công ty" được hiểu là Công ty Trách Nhiệm Hữu Hạn Bảo hiểm Nhân thọ AIA (Việt Nam); từ "Khách hàng" tùy từng trường hợp được hiểu là Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm. Trong phạm vi của Quy tắc và Điều khoản của Bảo hiểm Hỗ trợ chi phí nằm viện, khi đề cập đến Người được bảo hiểm có nghĩa là Người được bảo hiểm của riêng Bảo hiểm Hỗ trợ chi phí nằm viện.

CHƯƠNG I: NHỮNG ĐIỀU KHOẢN CHUNG

Các thuật ngữ về y học sử dụng trong Quy tắc và Điều khoản này sẽ có cùng nghĩa về mặt y học theo như cách hiểu và sử dụng chung của các chuyên gia về y học trong lĩnh vực tương ứng. Trong trường hợp pháp luật Việt Nam có quy định riêng về các thuật ngữ y học, các thuật ngữ này sẽ được ưu tiên áp dụng.

Bảo hiểm Hỗ trợ chi phí nằm viện này là loại sản phẩm không chia lãi và không được lãi cũng như thưởng dưới bất kỳ hình thức nào, và không có giá trị hoàn lại.

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN MẪU

Điều 1. Định nghĩa

1.1 **Bác sĩ được phép hành nghề:** là cá nhân có bằng cấp được thừa nhận về tây y đã đăng ký và được phép hành nghề một cách hợp pháp tại một khu vực địa lý nhất định để thực hành nghề y hoặc phẫu thuật bằng tây y; tuy nhiên định nghĩa này loại trừ những bác sĩ chính là Người được bảo hiểm, hay là đại lý của Người được bảo hiểm, hay là một đại lý bảo hiểm hay là bên đối tác hay người sử dụng lao động/người lao động của Người được bảo hiểm hay là thành viên trực hệ trong gia đình của Người được bảo hiểm.

1.2 **Bác sĩ chuyên khoa được phép hành nghề:** là Bác sĩ được phép hành nghề có bằng cấp chuyên khoa trong một hoặc một số lĩnh vực chuyên khoa về tây y đã đăng ký và được phép hành nghề tại một khu vực địa lý nhất định để thực hành nghề y hoặc phẫu thuật bằng tây y theo chuyên khoa của mình; tuy nhiên định nghĩa này loại trừ những bác sĩ chính là Người được bảo hiểm, hay là đại lý của Người được bảo hiểm, hay là một đại lý bảo hiểm hay là bên đối tác hay người sử dụng lao động/người lao động của Người được bảo hiểm hay là thành viên trực hệ trong gia đình của Người được bảo hiểm.

1.3 **Bảo hiểm nhân thọ:** là sản phẩm bảo hiểm được phân phối cùng với Bảo hiểm Hỗ trợ chi phí nằm viện này. Tùy thuộc vào lựa chọn của Khách hàng và kế hoạch phân phối của Công ty cũng như quy định pháp luật về nghiệp vụ bảo hiểm nhân thọ thì Bảo hiểm nhân thọ bao gồm các nghiệp vụ bảo hiểm trọn đời, bảo hiểm sinh kỳ, bảo hiểm tử kỳ, bảo hiểm hỗn hợp, bảo hiểm trả tiền định kỳ, bảo hiểm liên kết đầu tư, bảo hiểm hưu trí.

1.4 **Bên mua bảo hiểm (BMBH): l**à cá nhân tại Việt Nam từ 18 tuổi trở lên và có năng lực hành vi dân sự đầy đủ tại thời điểm giao kết Hợp đồng bảo hiểm, hoặc tổ chức được thành lập và hoạt động hợp pháp tại Việt Nam.
Bên mua bảo hiểm phải có quyền lợi có thể được bảo hiểm với Người được bảo hiểm và đáp ứng các điều kiện để mua bảo hiểm theo Quy tắc và Điều khoản này.

1.5 **Bệnh viện đủ tiêu chuẩn:** là bệnh viện hoạt động hợp pháp và hội đủ các tiêu chuẩn sau:

a) Là bệnh viện được phép cung cấp dịch vụ y tế tây y để chăm sóc và điều trị cho những người bị thương tật hay ốm đau tại địa phương nơi bệnh viện có trụ sở và là nơi cung cấp các phương tiện cho chẩn đoán bệnh, đại phẫu và dịch vụ chăm sóc liên tục 24 giờ; và không phải là cơ sở phục vụ cho việc điều dưỡng hay nhà dưỡng lão hay các mục đích tương tự cũng như không là cơ sở có tham gia vào việc chăm sóc các trường hợp nghiện rượu hay ma túy; và

b) Là bệnh viện có lưu trữ hồ sơ bệnh án bệnh nhân theo tiêu chuẩn quy định của pháp luật và quy định hiện hành tại địa phương nơi bệnh viện có trụ sở; và

c) Phải là bệnh viện tuyến trung ương hoặc tuyến tỉnh hoặc tuyến huyện theo phân cấp của Bộ Y tế Việt Nam, hay bệnh viện loại tương đương nếu ở ngoài Việt Nam; và

d) Phải là bệnh viện được đăng ký hợp pháp với cơ quan có thẩm quyền tại địa phương nơi bệnh viện có trụ sở và tư cách của bệnh viện phải được thể hiện bằng chữ "bệnh viện" trên con dấu chính thức của bệnh viện.

Bệnh viện sẽ không bao gồm những cơ sở sau đây cho dù các cơ sở này hoạt động độc lập hay trực thuộc một Bệnh viện:

- Bệnh viện hoặc viện tâm thần;
- Bệnh viện hoặc viện y học dân tộc, vật lý trị liệu và/hoặc phục hồi chức năng;
- Bệnh viện hoặc viện phong;
- Bệnh viện hoặc viện điều dưỡng;
- Nhà bảo sanh, nhà điều dưỡng, nhà an dưỡng hay các cơ sở khác chủ yếu dành cho việc chữa trị cho người già, người nghiện rượu, người nghiện ma túy, người nghiện chất kích thích.

1.6 **Bệnh viện có đăng ký khám chữa bệnh bằng bảo hiểm y tế:** là bệnh viện được Người được bảo hiểm chọn khi tham gia vào chế độ bảo hiểm y tế hay bảo hiểm y tế tự nguyện của Việt Nam để cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe theo các chế độ này. Bệnh viện này cũng phải là một Bệnh viện đủ tiêu chuẩn như định nghĩa tại Điều 1.5 ở trên.

1.7 **Bệnh được bảo hiểm:** là bệnh được chi trả bảo hiểm theo Bảo hiểm Hỗ trợ chi phí nằm viện này. Trong định nghĩa này, một bệnh được coi là bắt đầu khi bệnh đó được kiểm tra, chẩn đoán hay điều trị hoặc khi có các dấu hiệu hay triệu chứng mà một người bình thường sẽ đi khám y tế, chẩn đoán, chăm sóc hay điều trị.

1.8 **Cùng một lần nằm viện:** nếu hai hay nhiều lần nằm viện do cùng một thương tật hay cùng một bệnh hay do các thương tật và bệnh có liên quan, hay do bất kỳ biến chứng nào phát sinh thì những lần nằm viện đó sẽ chỉ được coi là cùng một lần nằm viện nếu lần nằm viện sau không cách quá 90 ngày kể từ ngày cuối của lần nằm viện được bồi thường hay sẽ được bồi thường ngay trước đó. Quy tắc này dùng để xác định mức giới hạn quyền lợi bảo hiểm được hưởng.

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN MẪU

1.9 **Khoa săn sóc đặc biệt (ICU):** là khoa cung cấp dịch vụ chăm sóc riêng cho từng bệnh nhân tại các Bệnh viện đủ tiêu chuẩn tuyến trung ương hoặc tuyến tỉnh hay tại Bệnh viện có đăng ký khám chữa bệnh bằng bảo hiểm y tế mà tại đó người bệnh được làm các thủ thuật chuyên môn để hồi sức cấp cứu, theo dõi và điều trị. Khoa này phải có nhân viên y tá, nhân viên kỹ thuật và bác sĩ được đào tạo chuyên khoa trực 24/24 giờ, và được trang bị các máy móc hồi sức cấp cứu và các thiết bị theo dõi cho phép đánh giá liên tục các chức năng sinh tồn của cơ thể như nhịp tim, huyết áp và các chỉ số sinh hoá máu.

1.10 **Năm hợp đồng:** là khoảng thời gian một năm kể từ ngày có hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm hoặc Ngày kỷ niệm hợp đồng.

1.11 **Nằm viện:** là việc nhập viện vào bất cứ một Bệnh viện đủ tiêu chuẩn nào như là một bệnh nhân nội trú với thời gian ít nhất là một ngày như được định nghĩa tại Điều 1.12 theo chỉ định của một Bác sĩ được phép hành nghề do cần điều trị đối với bất kỳ bệnh nào được bảo hiểm hay thương tật nào được bảo hiểm và phải nằm trong Bệnh viện đủ tiêu chuẩn đó liên tục trước khi được ra viện. Việc nằm viện phải được chứng minh bằng hóa đơn tiền phòng hay hóa đơn gồm cả tiền phòng và tiền ăn của bệnh viện đó.

1.12 **Ngày:** là một khoảng thời gian 24 giờ liên tục mà Người được bảo hiểm phải nằm viện như một bệnh nhân nội trú tại một Bệnh viện đủ tiêu chuẩn và là cơ sở để bệnh viện tính tiền phòng và tiền ăn hay tiền Khoa săn sóc đặc biệt (ICU).

1.13 **Ngày kỷ niệm hợp đồng:** là ngày lặp lại hàng năm của Ngày có hiệu lực của Hợp đồng Bảo hiểm. Nếu không có ngày này, Ngày kỷ niệm hợp đồng là ngày cuối cùng của tháng có Ngày có hiệu lực hợp đồng.

1.14 **Người được bảo hiểm (NĐBH):** là cá nhân đang sinh sống tại Việt Nam tại thời điểm nộp hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và được Công ty chấp thuận bảo hiểm theo Bảo hiểm Hỗ trợ chi phí nằm viện này.

1.15 **Giấy chứng nhận bảo hiểm:** văn bản chấp thuận bảo hiểm của Công ty, thể hiện các thông tin chính về các quyền lợi bảo hiểm và là một phần không tách rời của HĐBH.

1.16 **Hành vi gian lận bảo hiểm:** là hành vi của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm (i) sử dụng các chứng từ, tài liệu giả mạo hoặc cố ý làm sai lệch thông tin trong hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm; hoặc (ii) gây thiệt hại đến tính mạng, sức khỏe của Người được bảo hiểm để yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm.

1.17 **Hợp đồng bảo hiểm (HĐBH):** là thỏa thuận giữa Công ty và Khách hàng trên cơ sở yêu cầu bảo hiểm của Khách hàng. Hợp đồng bảo hiểm được thể hiện bằng:

- Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, các thông tin và bằng chứng khác liên quan đến Người được bảo hiểm do Khách hàng cung cấp;
- Bảng phân tích nhu cầu và thông tin tài chính;
- Bảng khảo sát mức độ chấp nhận rủi ro trong đầu tư (nếu có);
- Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm Bảo hiểm nhân thọ và các sản phẩm bảo hiểm bán kèm (nếu có);
- Tài liệu tóm tắt Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm Bảo hiểm nhân thọ và các sản phẩm bảo hiểm bán kèm (nếu có);
- Tài liệu minh họa bán hàng;
- Giấy chứng nhận bảo hiểm, và tất cả các điều khoản riêng hay các xác nhận sửa đổi bổ sung (nếu có);
- Các tài liệu khác theo thỏa thuận giữa Công ty và Khách hàng.

Tất cả các tài liệu trên là một phần của Hợp đồng bảo hiểm.

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN MẪU

1.18 **Số tiền bảo hiểm:** là số tiền mà Khách hàng đã chọn làm căn cứ để chi trả các quyền lợi bảo hiểm.

1.19 **Tai nạn:** là một sự kiện bất ngờ, mạnh mẽ, ngoài ý muốn, từ bên ngoài, ngoại trừ bất cứ trạng thái nào xảy ra do bệnh tật, do tuổi tác hay quá trình thoái hóa, trực tiếp gây ra thương tật có thể nhìn thấy được cho Người được bảo hiểm. Thương tật này phải xảy ra trong vòng 90 ngày kể từ ngày xảy ra tai nạn và tai nạn này phải là nguyên nhân duy nhất gây ra thương tật hay tử vong này.

1.20 **Thương tật được bảo hiểm:** là bất kỳ một thương tật nào tạo nên sự không bình thường trên cơ thể do hậu quả trực tiếp và duy nhất của Tai nạn như được định nghĩa tại Điều 1.19 ở trên.

1.21 **Giới hạn hợp lý và thông thường:** các dịch vụ y tế phải thực sự cần thiết về mặt y khoa và theo tiêu chuẩn thực hành tốt về y khoa và không được vượt quá tiêu chuẩn bình thường về điều trị cho bệnh hay thương tật tương tự tại địa phương nơi việc nằm viện diễn ra. Giới hạn hợp lý và thông thường này được xác định dựa trên các yếu tố như sự cần thiết của việc nhập viện, thời gian nằm viện, các dịch vụ y tế và điều trị, các chi phí bệnh viện và chuyên môn. Các chi phí bệnh viện và chuyên môn không được vượt quá mức chi phí thông thường đối với việc điều trị bệnh hay thương tật tương tự tại địa phương nơi nằm viện.

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN MẪU

Điều 2. Tuổi tham gia và Thời hạn bảo hiểm

2.1 Tuổi tham gia của Người được bảo hiểm từ 1 đến 55 tuổi. Phụ thuộc vào Điểm 2.2 dưới đây, quyền lợi bảo hiểm sẽ chấm dứt vào Ngày kỷ niệm hợp đồng ngay sau ngày sinh nhật lần thứ 65 của Người được bảo hiểm.

2.2 Thời hạn bảo hiểm của Bảo hiểm Hỗ trợ chi phí nằm viện là một năm, phụ thuộc vào điều khoản về tái tục được quy định ở Điều 15 dưới đây. Thời hạn của Bảo hiểm Hỗ trợ chi phí nằm viện không được vượt quá thời hạn của hợp đồng Bảo hiểm nhân thọ và được ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hay phần sửa đổi bổ sung nếu Bảo hiểm Hỗ trợ chi phí nằm viện được thêm vào sau Ngày hợp đồng có hiệu lực.

Điều 3. Ngày có hiệu lực

3.1 Nếu yêu cầu bảo hiểm của Khách hàng được Công ty chấp thuận, Ngày có hiệu lực của Bảo hiểm Hỗ trợ chi phí nằm viện này là ngày được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc xác nhận sửa đổi, bổ sung (nếu có). Nếu hồ sơ yêu cầu Bảo hiểm Hỗ trợ chi phí nằm viện không được Công ty chấp thuận thì phí bảo hiểm đầu tiên cho Bảo hiểm Hỗ trợ chi phí nằm viện, nếu đã đóng, sẽ được hoàn trả lại.

3.2 Bảo hiểm Hỗ trợ chi phí nằm viện sẽ chấm dứt khi một trong các điều kiện sau xảy ra:

- Hợp đồng Bảo hiểm nhân thọ hết hạn, đáo hạn, bị chấm dứt hay bị hủy bỏ; hoặc
- Thời hạn bảo hiểm của Bảo hiểm Hỗ trợ chi phí nằm viện kết thúc, phụ thuộc vào điều khoản tái tục như được nêu tại Điều 15 dưới đây; hoặc
- Bảo hiểm nhân thọ được phân phối cùng với Bảo hiểm Hỗ trợ chi phí nằm viện thực hiện việc duy trì hiệu lực với Số tiền bảo hiểm giảm (không áp dụng với Bảo hiểm nhân thọ thuộc nghiệp vụ bảo hiểm liên kết chung và bảo hiểm liên kết đơn vị); hoặc

- Tại Ngày kỷ niệm hợp đồng ngay sau lần sinh nhật thứ 65 của Người được bảo hiểm; hoặc
- Người được bảo hiểm tử vong; hoặc
- Tổng số tiền chi trả quyền lợi bảo hiểm đã đạt giới hạn tối đa được quy định tại Điểm e, Khoản 12.3, Điều 12; hoặc
- Bảo hiểm Hỗ trợ chi phí nằm viện đã mất hiệu lực trên 24 tháng liên tục; hoặc
- Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt Bảo hiểm Hỗ trợ chi phí nằm viện.

Điều 4. Nguyên tắc áp dụng

Luật Kinh doanh bảo hiểm và/hoặc các quy định pháp luật hiện hành khác liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm sẽ được áp dụng trong các trường hợp:

a) Khách hàng chuyển giao Hợp đồng bảo hiểm. Bên nhận chuyển giao phải đáp ứng các điều kiện về quyền lợi có thể được bảo hiểm với Người được bảo hiểm;

b) Các quy định về quyền và nghĩa vụ của các bên tại Hợp đồng bảo hiểm;

c) Sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan.

Điều 5. Nghĩa vụ kê khai thông tin của Khách hàng

a) Khách hàng có trách nhiệm kê khai đầy đủ và trung thực tất cả các thông tin cần thiết để Công ty đánh giá khả năng chấp nhận bảo hiểm cho Hợp đồng bảo hiểm. Việc thẩm định sức khỏe theo quyết định của Công ty tại từng trường hợp, nếu có, không thay thế cho nghĩa vụ kê khai trung thực của Khách hàng.

b) Trường hợp Khách hàng cố ý cung cấp thông tin sai sự thật hoặc không đầy đủ, theo đó nếu với thông tin chính xác Công ty:

(i) Không thể bảo hiểm được cho Khách hàng, thì Công ty sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm, hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm và hoàn lại tất cả phí bảo hiểm đã đóng, không có lãi, sau khi trừ đi các quyền lợi bảo hiểm đã chi trả trước đó, các chi phí kiểm tra sức khỏe và các khoản nợ (nếu có). BMBH phải bồi thường thiệt hại phát sinh cho Công ty (nếu có); hoặc

(ii) Chấp thuận bảo hiểm nhưng có giới hạn quyền lợi bảo hiểm hoặc Khách hàng phải trả thêm phí, thì Công ty theo quyết định của mình, sẽ:

- Chi trả đầy đủ quyền lợi bảo hiểm sau khi đã thu thêm hoặc khấu trừ khoản phí bảo hiểm phải tăng; hoặc
- Chi trả Số tiền bảo hiểm đã giảm tương ứng với mức phí bảo hiểm mà Khách hàng đã đóng; hoặc
- Chi trả quyền lợi bảo hiểm nằm ngoài giới hạn có thể được bảo hiểm.

Điều 6. Nghĩa vụ cung cấp thông tin của Công ty

Công ty có nghĩa vụ cung cấp đầy đủ, chính xác thông tin liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm, giải thích các điều kiện, điều khoản bảo hiểm cho Khách hàng. Trường hợp Công ty 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, Bên mua bảo hiểm có quyền hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm, được hoàn lại phí bảo hiểm đã đóng. Công ty phải bồi thường những thiệt hại phát sinh cho Bên mua bảo hiểm (nếu có).

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN MẪU

Điều 7. Nhầm lẫn khi kê khai tuổi và/hoặc giới tính của Người được bảo hiểm

Trường hợp nhầm lẫn khi kê khai tuổi và/hoặc giới tính của Người được bảo hiểm thì Phí bảo hiểm sẽ được điều chỉnh theo tuổi và/hoặc giới tính đúng kể từ thời điểm Công ty chấp thuận điều chỉnh.

Trường hợp theo tuổi và/hoặc giới tính đúng, Người được bảo hiểm không thể được bảo hiểm, Công ty sẽ hủy bỏ Bảo hiểm Hỗ trợ chi phí nằm viện và hoàn trả cho Bên mua bảo hiểm toàn bộ Phí bảo hiểm đã đóng (không có lãi), sau khi đã trừ đi các khoản tiền bảo hiểm đã được thanh toán trước đó, nếu có.

Điều 8. Trách nhiệm bảo mật thông tin Khách hàng

Công ty thực hiện thu thập, xử lý và bảo mật thông tin khách hàng theo nội dung Chính sách bảo vệ dữ liệu cá nhân tại https://www.aia.com.vn/vi/dich-vu/chinh-sach-bao-ve-du-lieu-ca-nhan.html và Cam kết bảo mật tại https://www.aia.com.vn/vi/cam-ket-bao-mat.html của Công ty, theo đó, Công ty được xử lý, lưu trữ và chuyển giao dữ liệu cá nhân, kể cả dữ liệu cá nhân nhạy cảm của BMBH, (các) NĐBH, (các) NTH do khách hàng cung cấp khi tham gia bảo hiểm cho bên thứ ba cho các mục đích:

a) Theo yêu cầu của Cơ quan có thẩm quyền bao gồm cả Cơ quan quản lý thuế vụ Hoa Kỳ;

b) Cho các mục đích cần thiết: Tính toán phí, thẩm định, phát hành, thu phí và chi trả quyền lợi bảo hiểm từ hợp đồng; tái bảo hiểm; chăm sóc và thực hiện các yêu cầu của khách hàng; trích lập quỹ dự phòng nghiệp vụ; theo dõi đánh giá tình hình tài chính; quản lý, quản trị cơ sở dữ liệu; ứng dụng khoa học, công nghệ và chuyển đổi số để tối ưu hóa, cải thiện hiệu suất của công cụ làm việc nhằm nâng cao chất lượng phục vụ khách hàng tham gia bảo hiểm; phòng chống trục lợi, gian lận bảo hiểm; nghĩa vụ tuân thủ pháp luật;

c) Cho các mục đích tùy chọn: Tiếp thị, quảng cáo, khuyến mại; nghiên cứu, thiết kế sản phẩm và mục đích tùy chọn khác theo thông báo cụ thể từ Công ty về mục đích chuyển giao thông tin và khách hàng được quyền lựa chọn giữa đồng ý hoặc không đồng ý với việc chuyển giao đó. Việc Khách hàng không đồng ý chuyển giao thông tin cho bên thứ ba không được sử dụng làm lý do để từ chối giao kết hợp đồng.

Điều 9. Miễn truy xét

Sau thời hạn hai năm kể từ ngày Công ty chấp thuận hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, hoặc ngày chấp thuận yêu cầu tăng Số tiền bảo hiểm gần nhất hoặc ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng gần nhất, tùy ngày nào đến sau, nếu Người được bảo hiểm vẫn còn sống, các nội dung kê khai không chính xác hoặc bỏ sót trong Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và các giấy tờ có liên quan sẽ được AIA Việt Nam miễn truy xét. Quy định này sẽ không được áp dụng trong trường hợp Bên mua bảo hiểm đã cố ý kê khai không trung thực hoặc không đầy đủ theo quy định tại Điều 5 và Điều 7 của Quy tắc và Điều khoản này.

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN MẪU

Điều 10. Xác minh các khoản tiền đã đóng

Bên mua bảo hiểm phải đảm bảo nguồn tiền dùng để mua Bảo hiểm Hỗ trợ chi phí nằm viện là hợp pháp. Trường hợp Bên mua bảo hiểm bị phát hiện hoặc có lý do nghi ngờ liên quan đến rửa tiền/khủng bố hoặc có bất kỳ rủi ro nào liên quan đến các lệnh trừng phạt kinh tế hoặc thương mại, lệnh cấm vận/hạn chế nào theo các Nghị quyết của Liên Hợp quốc, Liên minh Châu Âu, Vương quốc Anh, Hoa Kỳ hoặc bất kỳ lệnh trừng phạt kinh tế hoặc thương mại khác có quy định, Công ty có quyền thực hiện các hành động theo quy định của pháp luật và/hoặc thực hiện các biện pháp theo yêu cầu của cơ quan có thẩm quyền liên quan đến hành vi đó.

Điều 11. Giải quyết tranh chấp

Mọi tranh chấp liên quan đến 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 Tòa án tại Việt Nam nơi Công ty hoặc Khách hàng có trụ sở hoặc nơi cư trú của Khách hàng để giải quyết. Thời hiệu khởi kiện trong vòng 3 năm tính từ ngày xảy ra tranh chấp.

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN MẪU

CHƯƠNG II: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Điều 12. Quyền lợi bảo hiểm

Khi Bảo hiểm Hỗ trợ chi phí nằm viện này còn hiệu lực, nếu Người được bảo hiểm còn sống phải nhập viện như là một bệnh nhân nội trú tại một Bệnh viện đủ tiêu chuẩn sau (i) ngày Công ty chấp thuận hồ sơ yêu cầu Bảo hiểm Hỗ trợ chi phí nằm viện hay (ii) ngày của lần khôi phục sau cùng của Bảo hiểm Hỗ trợ chi phí nằm viện, lấy ngày nào đến sau, theo yêu cầu của Bác sĩ được phép hành nghề để được điều trị về y tế cần thiết cho Thương tật được bảo hiểm hay Bệnh được bảo hiểm, Công ty sẽ thanh toán một tỷ lệ phần trăm của số tiền bảo hiểm của Bảo hiểm Hỗ trợ chi phí nằm viện như quy định trong Giấy chứng nhận bảo hiểm (hay phần sửa đổi bổ sung nếu Bảo hiểm Hỗ trợ chi phí nằm viện được đính kèm sau Ngày có hiệu lực của hợp đồng) theo các điều khoản dưới đây:

12.1 Quyền lợi bảo hiểm hỗ trợ chi phí nằm viện mỗi ngày bằng 100% Số tiền bảo hiểm của Bảo hiểm Hỗ trợ chi phí nằm viện này. Quyền lợi bảo hiểm này sẽ bị giảm đi 50% nếu Người được bảo hiểm nằm tại Bệnh viện đủ điều kiện ở tuyến huyện trừ khi:

a) Đây là bệnh viện mà người đó có đăng ký khám chữa bệnh bằng bảo hiểm y tế; hoặc

b) Người được bảo hiểm được nhập viện để điều trị do Tai nạn.

12.2 Quyền lợi bảo hiểm khi nằm Khoa săn sóc đặc biệt (ICU)

Công ty sẽ chi trả 200% Số tiền bảo hiểm của Bảo hiểm Hỗ trợ chi phí nằm viện cho mỗi ngày nằm viện tại Khoa săn sóc đặc biệt của Bệnh viện đủ tiêu chuẩn tuyến trung ương và tuyến tỉnh hay tại Bệnh viện có đăng ký khám chữa bệnh bằng bảo hiểm y tế với điều kiện là việc nằm viện tại Khoa săn sóc đặc biệt phải cần thiết về mặt y học và theo chỉ định của Bác sĩ được phép hành nghề. Không quyền lợi bảo hiểm nào theo Điều 12.1 sẽ được trả cho khoảng thời gian quyền lợi bảo hiểm khi nằm Khoa săn sóc đặc biệt (ICU) được chi trả.

12.3 Giới hạn quyền lợi bảo hiểm

Các quyền lợi bảo hiểm được trả theo Điều 12.1 và 12.2 sẽ bị giới hạn như sau:

a) Việc nằm viện phải trong Giới hạn hợp lý và thông thường đối với các quyền lợi bảo hiểm được trả;

b) Trong mọi trường hợp và không kể số lượng bệnh hay thương tật, Công ty sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm cho mỗi ngày nằm viện cao hơn quyền lợi bảo hiểm của một ngày theo quy định tại Điều 12.1 hay Điều 12.2;

c) Tổng quyền lợi bảo hiểm được trả theo Điều 12.1 sẽ không vượt quá 365 ngày cho mỗi lần nằm viện và cùng một lần nằm viện;

d) Quyền lợi bảo hiểm do nằm Khoa săn sóc đặc biệt (ICU) theo Điều 12.2 sẽ không vượt quá 25 ngày cho mỗi lần nằm viện và cùng một lần nằm viện;

e) Giới hạn tối đa quyền lợi: tổng quyền lợi bảo hiểm được trả theo Điều 12.1 và 12.2 cho các lần nằm viện khác nhau và/hay cùng một lần nằm viện sẽ không vượt quá 1000 ngày. Khi giới hạn tối đa quyền lợi này đạt tới thì Bảo hiểm Hỗ trợ chi phí nằm viện sẽ tự động chấm dứt.

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN MẪU

12.4 Không quyền lợi bảo hiểm nào được chi trả:

a) Nếu các dấu hiệu hay triệu chứng của Bệnh được bảo hiểm bắt đầu:

i) Từ trước ngày Công ty chấp thuận hồ sơ yêu cầu bảo hiểm của Bảo hiểm Hỗ trợ chi phí nằm viện này hoặc ngày khôi phục lần sau cùng của Bảo hiểm Hỗ trợ chi phí nằm viện này, lấy ngày nào đến sau; hoặc

ii) Trong vòng 30 ngày kể từ sau ngày Công ty chấp thuận hồ sơ yêu cầu bảo hiểm của Bảo hiểm Hỗ trợ chi phí nằm viện này hoặc ngày khôi phục lần sau cùng của Bảo hiểm Hỗ trợ chi phí nằm viện này, lấy ngày nào đến sau.

b) Nếu Thương tật được bảo hiểm đã có từ trước ngày Công ty chấp thuận hồ sơ yêu cầu bảo hiểm của Bảo hiểm Hỗ trợ chi phí nằm viện này hoặc khôi phục lần sau cùng của Bảo hiểm Hỗ trợ chi phí nằm viện này, lấy ngày nào đến sau.

Điều 13. Điều khoản loại trừ

Vào tất cả các thời điểm, Công ty không thanh toán bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào theo Bảo hiểm Hỗ trợ chi phí nằm viện nếu việc nằm viện xảy ra trực tiếp hay gián tiếp bởi bất kỳ nguyên nhân nào dưới đây:

a) bất kỳ thương tật hay bệnh nào do Người được bảo hiểm tự hủy hoại, bất kỳ sự cố ý hủy hoại hay thương tật do tự gây thương tích cho mình dù trong tình trạng tỉnh táo hay mất trí; hay bất kỳ sự liên quan nào đến các sự kiện nguy hiểm không cần thiết ngoại trừ trường hợp cố gắng để cứu người;

b) chiến tranh hoặc các hoạt động gây chiến, bao gồm hành động xâm lược, hành động của nước thù địch, chiến tranh (tuyên chiến hay không tuyên chiến), nội chiến, nổi loạn, cách mạng, khởi nghĩa, đảo chính quân sự hoặc tiếm quyền;

c) phục vụ trong lực lượng vũ trang vào thời gian chiến tranh có tuyên chiến hay không tuyên chiến, hoặc hành động theo mệnh lệnh chiến đấu hay lập lại trật tự công cộng;

d) các hành động quấy rối, bạo động dân sự, bãi công hay khủng bố;

e) tham gia đánh nhau, ẩu đả; hay chống cự việc bắt giữ;

f) do bất cứ khuyết tật bẩm sinh nào. Khuyết tật bẩm sinh là tình trạng bệnh đã có từ khi mới sinh, có thể là sự bất thường về thực thể hoặc về chức năng. Khuyết tật đó có thể là do di truyền, mắc phải do ảnh hưởng của các biến cố trong tử cung, hoặc do kết hợp của các nguyên nhân trên;

g) có thai, sẩy thai, sinh con, hoặc các biến chứng của những trường hợp đó;

h) triệt sản, thụ tinh nhân tạo, kiểm tra/chẩn đoán và điều trị vô sinh;

i) các trợ giúp điều chỉnh khuyết tật, kính sát tròng, trợ thính và điều trị các tật khúc xạ trừ khi là đòi hỏi cần thiết của Thương tật được bảo hiểm phát sinh do Tai nạn;

j) bệnh loạn thần, rối loạn tâm thần/thần kinh, hay các rối loạn về giấc ngủ;

k) điều trị nghiện rượu, lạm dụng thuốc hay bất cứ biến chứng nào phát sinh do các nguyên nhân này, sử dụng thuốc không có chỉ định, tình cờ hoặc cố ý sử dụng thuốc quá liều hay bất cứ tai nạn nào về thuốc;

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN MẪU

l) bất kỳ hình thức chăm sóc nha khoa nào hay phẫu thuật nào trừ khi là đòi hỏi cần thiết của Thương tật được bảo hiểm phát sinh do Tai nạn (không bao gồm các chi phí làm răng giả và các chi phí liên quan);

m) phẫu thuật thẩm mỹ, tạo hình hay bất kỳ một phẫu thuật không cần thiết nào;

n) khám sức khỏe định kỳ, hay dưỡng bệnh, chăm sóc khi bị án phạt hay chăm sóc y tế chỉ cần nghỉ ngơi;

o) điều trị hay phẫu thuật amiđan, V.A, thoát vị, phì đại tuyến tiền liệt, tràn dịch tinh mạc, viêm xoang, cắt bao qui đầu hay bệnh của cơ quan sinh sản nữ trừ khi Người được bảo hiểm đã liên tục được bảo hiểm theo Bảo hiểm Hỗ trợ chi phí nằm viện này trong một thời gian ít nhất là 120 ngày ngay trước khi nhập viện để điều trị hay phẫu thuật tính từ ngày Công ty chấp thuận hồ sơ yêu cầu bảo hiểm của Bảo hiểm Hỗ trợ chi phí nằm viện hay ngày khôi phục lần sau cùng của Bảo hiểm Hỗ trợ chi phí nằm viện, lấy ngày nào đến sau;

p) các điều trị hay dịch vụ y tế không phải là tây y;

q) nằm viện tại bất kỳ bệnh viện nào là nơi phục vụ cho việc điều dưỡng hay nhà dưỡng lão hay phục hồi chức năng hay phục vụ cho mục đích tương tự cũng như nơi có tham gia vào việc chăm sóc các trường hợp nghiện rượu hay ma túy;

r) bất kỳ lần nằm viện hoặc khoảng thời gian nằm viện nào mà không nằm trong Giới hạn hợp lý và thông thường;

s) hành vi phạm tội của Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm hay Người thụ hưởng vi phạm pháp luật và các quy định của Việt Nam; hay hành vi phạm tội xảy ra ngoài Việt Nam vi phạm pháp luật và các quy định của nước có liên quan; hay kháng cự lại lệnh bắt người;

t) các loại trừ bảo hiểm trong hợp đồng Bảo hiểm nhân thọ được phát hành cùng với Bảo hiểm hỗ trợ chi phí nằm viện này.

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN MẪU

Điều 14. Số tiền bảo hiểm, phí bảo hiểm và đóng phí bảo hiểm

14.1 Số tiền bảo hiểm và số phí bảo hiểm yêu cầu cho năm đầu tiên được ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hay phần sửa đổi bổ sung nếu Bảo hiểm Hỗ trợ chi phí nằm viện được thêm vào sau ngày hợp đồng có hiệu lực.

14.2 Phương thức đóng phí bảo hiểm của Bảo hiểm Hỗ trợ chi phí nằm viện sẽ theo phương thức đóng phí bảo hiểm của hợp đồng Bảo hiểm nhân thọ và sẽ được thay đổi khi có bất kỳ thay đổi nào về phương thức đóng phí của hợp đồng Bảo hiểm nhân thọ. Khách hàng có thể lựa chọn các phương thức đóng phí bảo hiểm được AIA Việt Nam áp dụng và công bố công khai tại trang thông tin điện tử của Công ty www.aia.com.vn.

14.3 Trong thời gian Bảo hiểm Hỗ trợ chi phí nằm viện có hiệu lực, Khách hàng có quyền yêu cầu thay đổi Số tiền bảo hiểm, với điều kiện:

a) Đối với yêu cầu tăng Số tiền bảo hiểm:

- Công ty có thể yêu cầu cung cấp bằng chứng về tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm khi thực hiện yêu cầu thay đổi này và có quyết định liên quan;
- Số tiền bảo hiểm sau khi tăng không vượt quá Số tiền bảo hiểm tối đa theo quy định của Công ty đối với sản phẩm này và được công bố tại trang thông tin điện tử www.aia.com.vn.
- Bên mua bảo hiểm đóng phí bảo hiểm bổ sung theo quy định của Công ty.

b) Đối với yêu cầu giảm Số tiền bảo hiểm: Số tiền bảo hiểm sau khi giảm không thấp hơn Số tiền bảo hiểm tối thiểu theo quy định của Công ty đối với sản phẩm này và được công bố tại trang thông tin điện tử www.aia.com.vn.

Yêu cầu thay đổi Số tiền bảo hiểm sẽ có hiệu lực vào Ngày đến hạn đóng phí kế tiếp ngay sau khi được Công ty chấp thuận bằng văn bản. Công ty sẽ áp dụng Thời gian chờ cho phần tăng thêm kể từ thời điểm có hiệu lực của Số tiền bảo hiểm mới. Phí bảo hiểm, các điều khoản và điều kiện khác liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm sẽ được điều chỉnh tương ứng với Số tiền bảo hiểm mới.

Điều 15. Tái tục và chấm dứt

15.1 Trong khi Bảo hiểm Hỗ trợ chi phí nằm viện còn hiệu lực và Người được bảo hiểm còn sống, Bên mua bảo hiểm có thể tái tục Bảo hiểm Hỗ trợ chi phí nằm viện vào mỗi Ngày kỷ niệm hợp đồng trước lần sinh nhật thứ 65 của Người được bảo hiểm, với điều kiện là Bảo hiểm Hỗ trợ chi phí nằm viện có thể được tái tục, và phí bảo hiểm tái tục do Công ty yêu cầu phải được đóng vào hoặc trước Ngày kỷ niệm hợp đồng và việc tái tục được Công ty chấp thuận. Mức phí tái tục phụ thuộc vào độ tuổi của Người được bảo hiểm tại thời điểm tái tục và có thể khác so với mức phí của Năm hợp đồng vừa qua.

15.2 Nếu việc tái tục được chấp thuận, thời hạn của mỗi lần tái tục là một năm. Trong mọi trường hợp, bất kỳ thời hạn của mỗi lần tái tục nào cũng sẽ không vượt quá Ngày kỷ niệm hợp đồng ngay sau lần sinh nhật thứ 65 của Người được bảo hiểm.

15.3 Vào ngày hết hạn của mỗi lần tái tục, Bên mua bảo hiểm có quyền không tái tục Bảo hiểm Hỗ trợ chi phí nằm viện và Công ty có quyền không chấp nhận yêu cầu tái tục.

15.4 Vào bất cứ lúc nào Bên mua bảo hiểm có quyền yêu cầu chấm dứt Bảo hiểm Hỗ trợ chi phí nằm viện bằng cách gửi thông báo bằng văn bản đến Công ty. Công ty có quyền chấm dứt Bảo hiểm Hỗ trợ chi phí nằm viện bằng việc ra thông báo trước 30 ngày bằng văn bản cho Bên mua bảo hiểm.

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN MẪU

Điều 16. Thủ tục yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

16.1 Người nhận quyền lợi bảo hiểm

Công ty sẽ chi trả quyền lợi của Bảo hiểm Hỗ trợ chi phí nằm viện này cho:

a) Trường hợp BMBH là cá nhân:

- Nếu NĐBH chưa đủ 18 tuổi tại thời điểm chi trả quyền lợi bảo hiểm, Công ty sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm cho BMBH.
- Nếu NĐBH đủ 18 tuổi tại thời điểm chi trả quyền lợi bảo hiểm, Công ty sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm cho NĐBH.

b) Trường hợp BMBH là doanh nghiệp:

- Nếu NĐBH chưa đủ 18 tuổi tại thời điểm chi trả quyền lợi bảo hiểm, Công ty sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm cho người giám hộ hợp pháp của NĐBH.
- Nếu NĐBH đủ 18 tuổi tại thời điểm chi trả quyền lợi bảo hiểm, Công ty sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm cho NĐBH.

16.2 Thủ tục yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Việc nằm viện phải được chứng minh là nằm trong Giới hạn hợp lý và thông thường thỏa mãn yêu cầu của Công ty. Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải gửi bằng chứng về nằm viện cho Công ty, bao gồm các tài liệu sau:

- Mẫu đơn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm được điền đầy đủ và chính xác;
- Các bằng chứng về y tế do Bác sĩ được phép hành nghề hay Bác sĩ chuyên khoa được phép hành nghề như được định nghĩa trong Bảo hiểm Hỗ trợ chi phí nằm viện này cung cấp;
- Bản gốc các hóa đơn, chứng từ của bệnh viện cho giai đoạn nằm viện;
- Giấy xuất viện và tóm tắt bệnh án xác nhận việc nằm viện, thời gian và các chi tiết. Các giấy tờ này phải được xác nhận bởi nhân viên có thẩm quyền của Bệnh viện đủ tiêu chuẩn;
- Bản sao của thẻ bảo hiểm y tế hay thẻ bảo hiểm y tế tự nguyện của Người được bảo hiểm;
- Bằng chứng chứng minh tai nạn dẫn đến việc nằm viện, nếu có. Ví dụ: Biên bản tai nạn của cơ quan công an;
- Bằng chứng về quyền thụ hưởng quyền lợi bảo hiểm như di chúc, văn bản phân chia di sản hoặc những giấy tờ xác nhận hợp pháp khác, và giấy tờ nhân thân của người có quyền thụ hưởng quyền lợi bảo hiểm.
- Giấy đồng ý thu thập thông tin hoặc văn bản khác có giá trị tương đương (theo mẫu của Công ty).

Công ty bảo lưu quyền yêu cầu các bằng chứng hay các tài liệu bổ sung để phục vụ việc xem xét giải quyết bồi thường. Trong trường hợp có khám y tế, hay có thực hiện các thủ thuật chẩn đoán hay phẫu thuật, Công ty có thể yêu cầu bằng chứng y tế để chứng minh rằng việc khám sức khỏe và/hoặc thực hiện các thủ thuật đó là thông thường trong trường hợp này và cần thiết về mặt y học, cũng như nằm trong Giới hạn hợp lý và thông thường. Việc yêu cầu các bằng chứng và tài liệu bổ sung này phải phù hợp với các quy định về thực hành y khoa thông thường ở Việt Nam.

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN MẪU

16.3 Khám y tế và khám nghiệm pháp y

Công ty bảo lưu quyền yêu cầu làm các xét nghiệm hay khám y tế đối với Người được bảo hiểm do bác sĩ hay phòng xét nghiệm mà Công ty chỉ định hoặc chấp thuận thực hiện. Trong trường hợp Người được bảo hiểm đã tử vong, nếu thấy phù hợp và được pháp luật cho phép, Công ty có thể yêu cầu khám nghiệm pháp y. Việc yêu cầu các xét nghiệm hay khám y tế này phải phù hợp với quy định về thực hành y khoa thông thường ở Việt Nam.

16.4 Thời hạn nộp yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Thời hạn nộp yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm là trong vòng 12 tháng kể từ ngày bắt đầu của lần nằm viện tương ứng.

Trường hợp Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng chứng minh được rằng không biết thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm thì thời hạn quy định nêu trên tại Điều này được tính từ ngày Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng biết việc xảy ra sự kiện bảo hiểm đó.

16.5 Phương thức chi trả quyền lợi bảo hiểm

Phương thức chi trả quyền lợi bảo hiểm được AIA Việt Nam áp dụng và công bố công khai tại trang thông tin điện tử của Công ty www.aia.com.vn.

Điều 17. Thời hạn giải quyết yêu cầu bảo hiểm

Thời hạn giải quyết quyền lợi bảo hiểm là 30 ngày kể từ ngày Công ty nhận được hồ sơ đầy đủ và hợp lệ. Nếu việc chi trả quyền lợi bảo hiểm bị chậm trễ, Công ty sẽ trả lãi trên số tiền chậm trả theo mức lãi suất mà Công ty đang áp dụng cho các khoản tạm ứng từ giá trị hợp đồng và được công bố tại trang thông tin điện tử của Công ty www.aia.com.vn.

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN MẪU

Điều 18. Thay đổi nơi cư trú/nghề nghiệp

Khách hàng có nghĩa vụ thông báo ngay cho Công ty khi Người được bảo hiểm có bất kỳ thay đổi nào về nơi cư trú từ 2 tháng liên tục trở lên và/hoặc thay đổi nghề nghiệp trong vòng 30 ngày kể từ ngày thay đổi.

Tùy theo sự thay đổi, Công ty có thể chấp thuận bảo hiểm, hoặc tăng mức phí bảo hiểm của Bảo hiểm Hỗ trợ chi phí nằm viện, hoặc giảm Số tiền bảo hiểm, hoặc chấm dứt Bảo hiểm Hỗ trợ chi phí nằm viện.

Điều 19. Mất hiệu lực và khôi phục hiệu lực

19.1 Mất hiệu lực:

Bảo hiểm Hỗ trợ chi phí nằm viện mất hiệu lực khi:

- Phí bảo hiểm của Bảo hiểm Hỗ trợ chi phí nằm viện chưa được đóng hoặc chưa được khấu trừ từ Giá trị tài khoản (nếu có) của Bảo hiểm nhân thọ sau thời gian 60 ngày kể từ ngày đến hạn đóng phí; hoặc
- Bảo hiểm nhân thọ được phân phối cùng với Bảo hiểm Hỗ trợ chi phí nằm viện mất hiệu lực, ngoại trừ có quy định khác trong Hợp đồng bảo hiểm.

19.2 Khôi phục hiệu lực:

Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu khôi phục hiệu lực Bảo hiểm Hỗ trợ chi phí nằm viện nếu đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

- Bên mua bảo hiểm yêu cầu khôi phục hiệu lực Bảo hiểm Hỗ trợ chi phí nằm viện bằng văn bản trong vòng 24 tháng kể từ ngày Bảo hiểm Hỗ trợ chi phí nằm viện bị mất hiệu lực;
- Bên mua bảo hiểm đóng tất cả các khoản phí bảo hiểm quá hạn và đến hạn theo quy định của Công ty;
- Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm phải cung cấp bằng chứng về tình trạng sức khỏe và đáp ứng mọi điều kiện để có thể được bảo hiểm theo quy định của Công ty.

Việc khôi phục hiệu lực Bảo hiểm Hỗ trợ chi phí nằm viện sẽ có hiệu lực từ ngày Công ty chấp thuận với điều kiện Người được bảo hiểm phải còn sống vào thời điểm Công ty chấp thuận việc khôi phục và Bảo hiểm nhân thọ được phân phối cùng với Bảo hiểm Hỗ trợ chi phí nằm viện có hiệu lực.

Khách hàng có nghĩa vụ cung cấp đầy đủ, chính xác, trung thực các thông tin trong hồ sơ yêu cầu khôi phục hiệu lực Bảo hiểm Hỗ trợ chi phí nằm viện và tuân thủ các điều kiện quy định tại Quy tắc và Điều khoản này. Nếu Khách hàng vi phạm các nghĩa vụ tại Điều này, việc khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm sẽ bị hủy bỏ theo quy định tại Điều 5 Quy tắc và Điều khoản này.

Điều 20. Chỉ định, thay đổi Người thụ hưởng

a) BMBH có thể chỉ định Người thụ hưởng. Trường hợp BMBH không đồng thời là NĐBH, việc chỉ định Người thụ hưởng phải có sự đồng ý bằng văn bản của NĐBH. Nếu NĐBH là người chưa thành niên, mất năng lực hành vi dân sự, có khó khăn trong nhận thức, làm chủ hành vi hoặc bị hạn chế năng lực hành vi dân sự, việc chỉ định Người thụ hưởng phải có sự đồng ý của người đại diện theo pháp luật.

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN MẪU

b) Trường hợp có từ hai Người thụ hưởng trở lên, người có quyền chỉ định Người thụ hưởng theo quy định tại Điều này có thể xác định thứ tự hoặc tỷ lệ thụ hưởng. Nếu không xác định, các Người thụ hưởng sẽ được hưởng quyền lợi theo tỷ lệ bằng nhau.

c) BMBH có quyền thay đổi Người thụ hưởng nhưng phải có sự đồng ý bằng văn bản của NĐBH và phải thông báo bằng văn bản cho Công ty. Trường hợp NĐBH là người chưa thành niên, mất năng lực hành vi dân sự, có khó khăn trong nhận thức, làm chủ hành vi hoặc bị hạn chế năng lực hành vi dân sự, việc thay đổi Người thụ hưởng phải có sự đồng ý của Người đại diện theo pháp luật. Việc thay đổi Người thụ hưởng chỉ có hiệu lực khi được Công ty chấp thuận bằng văn bản.

Trong trường hợp có sự mâu thuẫn hoặc khác biệt về việc chỉ định, thay đổi Người thụ hưởng giữa Điều này và quy định của Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm Bảo hiểm nhân thọ thì Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm Bảo hiểm nhân thọ sẽ được ưu tiên áp dụng.

Điều 21. Bảo hiểm bán kèm vô hiệu

Sản phẩm bảo hiểm bán kèm vô hiệu trong các trường hợp sau:

a) BMBH không có quyền lợi có thể được bảo hiểm tại thời điểm giao kết sản phẩm này;

b) NĐBH không tồn tại tại thời điểm giao kết sản phẩm bảo hiểm bán kèm;

c) Tại thời điểm giao kết sản phẩm bảo hiểm bán kèm, BMBH biết sự kiện bảo hiểm đã xảy ra;

d) Mục đích hoặc nội dung của sản phẩm bảo hiểm bán kèm vi phạm điều cấm của pháp luật hoặc trái đạo đức xã hội;

e) Sản phẩm bảo hiểm bán kèm được giao kết do nhầm lẫn làm cho một hoặc các bên không đạt được mục đích giao kết, trừ trường hợp mục đích đó đã đạt được hoặc có thể khắc phục ngay sự nhầm lẫn;

f) Sản phẩm bảo hiểm bán kèm được giao kết do bị lừa dối, trừ trường hợp pháp luật có quy định khác;

g) Sản phẩm bảo hiểm bán kèm được giao kết do bị đe dọa hoặc cưỡng ép;

h) Sản phẩm bảo hiểm bán kèm không tuân thủ quy định về hình thức theo quy định của pháp luật;

i) Hợp đồng bảo hiểm vô hiệu theo quy định tại Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm Bảo hiểm nhân thọ.

Khi sản phẩm bảo hiểm bán kèm vô hiệu theo quy định tại Điều này thì sản phẩm này không có hiệu lực từ thời điểm giao kết và Công ty sẽ hoàn trả cho BMBH tất cả phí bảo hiểm đã đóng của sản phẩm này (không có lãi), sau khi trừ đi các quyền lợi bảo hiểm đã chi trả trước đó, các khoản nợ và chi phí kiểm tra sức khỏe, nếu có. Ngoài ra, bên có lỗi gây thiệt hại phải bồi thường theo quy định của pháp luật.

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN MẪU