

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN
SẢN PHẨM BẢO HIỂM

Bồi Hoàn Chi Phí Năm Viện Do Tai Nạn

Quy tắc và Điều khoản
Sản phẩm bổ sung

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN MẪU

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN
SẢN PHẨM BỔ SUNG BỒI HOÀN CHI PHÍ NẪM VIỆN DO TAI NẠN
(Được chấp thuận theo Công văn số 5932/BTC-BH ngày 07/5/2007 của Bộ Tài Chính)

Quy tắc và điều khoản này liên quan đến thỏa thuận bổ sung giữa Công ty và Bên mua bảo hiểm khi Bên mua bảo hiểm yêu cầu bổ sung thêm "sản phẩm bổ sung bồi hoàn chi phí nằm viện do tai nạn" (sau đây được gọi là sản phẩm bổ sung) vào hợp đồng bảo hiểm chính và đóng đầy đủ khoản phí bổ sung và yêu cầu đó đã được Công ty chấp thuận.

CHƯƠNG 01	NHỮNG ĐIỀU KHOẢN CHUNG	
	Điều 1: Định nghĩa	01
	Điều 2: Tuổi tham gia và thời hạn	02
	Điều 3: Thay đổi nghề nghiệp	02
	Điều 4: Ngày sản phẩm bổ sung có hiệu lực	03
CHƯƠNG 02	QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	
	Điều 5: Quyền lợi bảo hiểm	04
	Điều 6: Điều khoản loại trừ	06
CHƯƠNG 03	SỐ TIỀN BẢO HIỂM, PHÍ BẢO HIỂM	
	Điều 7: Số tiền bảo hiểm, phí bảo hiểm và đóng phí bảo hiểm	08
	Điều 8: Tái tục	08
CHƯƠNG 04	THỦ TỤC YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	
	Điều 9: Thủ tục yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm	09
	Điều 10: Thời hạn nộp yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm	10

CHƯƠNG 1: NHỮNG ĐIỀU KHOẢN CHUNG

Tất cả các thuật ngữ sử dụng trong bản quy tắc và điều khoản này được hiểu đúng như đã định nghĩa trong hợp đồng bảo hiểm chính.

Quy tắc và điều khoản của hợp đồng bảo hiểm chính sẽ được áp dụng cho sản phẩm bổ sung. Trong trường hợp có sự mâu thuẫn giữa hợp đồng bảo hiểm chính và sản phẩm bổ sung, điều khoản của sản phẩm bổ sung sẽ được áp dụng.

Sản phẩm bổ sung này là loại sản phẩm không chia lãi và không được trả lãi cũng như thưởng dưới bất kỳ hình thức nào, và không có giá trị hoàn lại.

Điều 1: Định nghĩa

- 1.1 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 hoặc gây ra cái chết cho Người được bảo hiểm. Thương tật hay cái chết 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 cái chết này.
- 1.2 Thương tật được bảo hiểm:** bất kỳ một thương tật nào xảy ra trong thời gian sản phẩm bổ sung còn hiệu lực và trước ngày hết hạn, 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 1.1 ở trên và tai nạn này phải xảy ra sau khi Công ty chấp thuận hồ sơ yêu cầu bảo hiểm cho sản phẩm bổ sung hay ngày khôi phục lần sau cùng của sản phẩm bổ sung này, lấy ngày nào đến sau.
- 1.3 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, tiền ăn hay tiền khoa săn sóc đặc biệt (ICU).
- 1.4 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 điểm 1.3 theo chỉ định của một bác sĩ được phép hành nghề do cần điều trị đối với bất kỳ bệnh được bảo hiểm hay thương tật được bảo hiểm nào 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 dịch vụ của bệnh viện đó.
- 1.5 Cùng một lần nằm viện:** nếu hai hay nhiều lần nằm viện do cùng một thương tật được bảo hiểm 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. Qui tắc này dùng để xác định mức giới hạn quyền lợi bảo hiểm được hưởng.
- 1.6 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 bao gồm nhưng không giới hạn 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.

- 1.7 Bệnh viện đủ tiêu chuẩn:** là bệnh viện hoạt động hợp pháp và hội đủ các tiêu chuẩn sau:
- 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, phẫu thuật 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
 - Là bệnh viện có lưu giữ hồ sơ bệnh án bệnh nhân theo tiêu chuẩn qui định của pháp luật và qui định hiện hành tại địa phương nơi bệnh viện có trụ sở. Và
 - 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
 - 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.
- 1.8 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.
- 1.9 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.

Điều 2: Tuổi tham gia và thời hạn

- 2.1** Tuổi tham gia của Người được bảo hiểm là từ 18 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 60 của Người được bảo hiểm.
- 2.2** Thời hạn của sản phẩm bổ sung là một năm, phụ thuộc vào điều khoản về tái tục được quy định ở điều 8 dưới đây. Thời hạn của sản phẩm bổ sung không được vượt quá thời hạn của hợp đồng bảo hiểm chính và được ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hay phần sửa đổi bổ sung nếu sản phẩm bổ sung được thêm vào sau ngày hợp đồng có hiệu lực.

Điều 3: Thay đổi nghề nghiệp

- 3.1 Các rủi ro nghề nghiệp**
 Công ty sẽ đánh giá rủi ro nghề nghiệp tại thời điểm khai báo và quyết định việc chấp thuận hay từ chối hồ sơ yêu cầu sản phẩm bổ sung trên cơ sở qui tắc thẩm định.

3.2 Thay đổi nghề nghiệp

Nếu Người được bảo hiểm thay đổi nghề nghiệp, Bên mua bảo hiểm phải thông báo cho Công ty trong vòng 30 ngày kể từ ngày thay đổi; nếu không, Công ty có thể không chi trả tiền bảo hiểm khi phát sinh yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm. Công ty sẽ quyết định xem sản phẩm bổ sung có thể tiếp tục hay tiếp tục với điều kiện mới hay không trong vòng 30 ngày kể từ ngày nhận đủ hồ sơ liên quan đến sự thay đổi này.

Điều 4: Ngày sản phẩm bổ sung có hiệu lực

- 4.1** Nếu hồ sơ yêu cầu cho sản phẩm bổ sung được Công ty chấp thuận thì ngày sản phẩm bổ sung có hiệu lực là ngày Bên mua bảo hiểm điền đầy đủ vào hồ sơ yêu cầu sản phẩm bổ sung và đóng đủ khoản phí bảo hiểm đầu tiên cho sản phẩm bổ sung như được thể hiện trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc tại xác nhận bổ sung.
- 4.2** Nếu hồ sơ yêu cầu sản phẩm bổ sung không được Công ty chấp thuận thì phí bảo hiểm đầu tiên cho sản phẩm bổ sung, nếu đã đóng, sẽ được hoàn trả lại, không có lãi.
- 4.3** Sản phẩm bổ sung sẽ chấm dứt khi một trong các điều kiện sau xảy ra:
- Bên mua bảo hiểm không đóng đủ phí bảo hiểm của hợp đồng bảo hiểm chính hay sản phẩm bổ sung khi hết thời gian gia hạn đóng phí; hay
 - Hợp đồng bảo hiểm chính hết hạn/đáo hạn, bị chấm dứt hay bị hủy bỏ; hay
 - Thời hạn của sản phẩm bổ sung kết thúc, phụ thuộc vào điều khoản tái tục như được nêu tại Điều 8 dưới đây; hay
 - Hợp đồng bảo hiểm chính trở thành hợp đồng có số tiền bảo hiểm giảm; hay
 - Tại Ngày kỷ niệm hợp đồng ngay sau lần sinh nhật thứ 60 của Người được bảo hiểm; hay
 - Ngay sau khi Người được bảo hiểm chết; hay
 - Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt sản phẩm bổ sung.
- 4.4** Bên mua bảo hiểm yêu cầu hủy bỏ sản phẩm bổ sung: Bên mua bảo hiểm có thể gửi yêu cầu chấm dứt hiệu lực sản phẩm bảo hiểm bổ sung tại bất kỳ thời điểm nào bằng văn bản cho Công ty. Phí bảo hiểm đã đóng cho sản phẩm bảo hiểm bổ sung sẽ không được hoàn lại.
- 4.5** Sản phẩm bảo hiểm bổ sung bị hủy bỏ bởi Công ty: Công ty có quyền chấm dứt sản phẩm bảo hiểm bổ sung tại bất kỳ thời điểm nào bằng việc gửi thông báo trước 30 ngày bằng văn bản tới địa chỉ liên lạc cuối cùng của Bên mua bảo hiểm. Trong trường hợp này, Công ty sẽ hoàn lại phần phí bảo hiểm chưa sử dụng, không có lãi, đã đóng trong năm hợp đồng đó theo tỉ lệ thời gian còn lại tương ứng với khoản phí bảo hiểm đã đóng trong năm hợp đồng.

CHƯƠNG 2: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Điều 5: Quyền lợi bảo hiểm**5.1 Quyền lợi bảo hiểm chết**

Trong khi sản phẩm bổ sung còn hiệu lực và trước ngày hết hạn của sản phẩm bổ sung, nếu Người được bảo hiểm chết do một tai nạn xảy ra sau ngày Công ty chấp thuận hồ sơ yêu cầu bảo hiểm của sản phẩm bổ sung, Công ty sẽ chi trả 100% số tiền bảo hiểm của sản phẩm bổ sung như được ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm (hay phần sửa đổi bổ sung nếu sản phẩm bổ sung được thêm vào sau ngày hợp đồng có hiệu lực).

Hợp đồng bảo hiểm sẽ ngay lập tức chấm dứt hiệu lực vào ngày Người được bảo hiểm chết.

5.2 Quyền lợi bảo hiểm gãy xương do tai nạn

Trong khi sản phẩm bổ sung còn hiệu lực và trước ngày hết hạn của sản phẩm bổ sung, nếu Người được bảo hiểm bị thương tật do một tai nạn xảy ra sau ngày Công ty chấp thuận hồ sơ yêu cầu bảo hiểm của sản phẩm bổ sung, Công ty sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm theo tỉ lệ tương ứng với bảng tỉ lệ quyền lợi bảo hiểm dưới đây trên số tiền bảo hiểm của sản phẩm bổ sung như ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm (hay phần sửa đổi bổ sung nếu sản phẩm bổ sung được thêm vào sau ngày hợp đồng có hiệu lực).

Bảng tỉ lệ quyền lợi bảo hiểm

Quyền lợi bảo hiểm dưới đây được thể hiện bằng tỉ lệ phần trăm của số tiền bảo hiểm của sản phẩm bổ sung

Bảng tỉ lệ quyền lợi bảo hiểm

Gãy xương¹	
Xương chậu² (loại trừ xương đùi và xương cụt³)	
1. Gãy xương nhiều chỗ ⁴ và có gãy hở ⁵ (có ít nhất 3 đường gãy)	60%
2. Tất cả các loại gãy xương hở khác	30%
3. Gãy xương nhiều chỗ	15%
4. Tất cả các loại gãy xương khác	12%
Xương đùi	
1. Gãy xương nhiều chỗ và có gãy hở (có ít nhất 3 đường gãy)	30%
2. Tất cả các loại gãy xương hở khác	15%
3. Gãy xương nhiều chỗ	12%
4. Tất cả các loại gãy xương khác	10%
Xương sọ⁶ (loại trừ xương hàm dưới, xương hàm trên, xương gò má, xương mũi)	
1. Gãy xương nhiều chỗ và có gãy hở (có ít nhất 3 đường gãy)	24%
2. Tất cả các loại gãy xương hở khác	12%
3. Gãy xương nhiều chỗ	10%
4. Gãy lõm xương sọ cần can thiệp phẫu thuật	7%
5. Tất cả các loại gãy xương khác	5%

Xương cẳng chân, xương đòn, xương cổ chân⁷, xương cánh tay, xương cẳng tay, xương cổ tay⁸

1. Gãy xương nhiều chỗ và có gãy hở (có ít nhất 3 đường gãy)	24%
2. Tất cả các loại gãy xương hở khác	12%
3. Gãy xương nhiều chỗ	10%
4. Tất cả các loại gãy xương khác	5%

Xương bả vai, xương bánh chè, xương ức, xương bàn tay⁹ (loại trừ xương ngón tay và xương cổ tay), xương bàn chân¹⁰ (loại trừ xương ngón chân và xương cổ chân)

1. Tất cả các loại gãy xương hở	12%
2. Tất cả các loại gãy xương khác	6%

Xương cột sống¹¹ (các đốt sống cổ, ngực, thắt lưng nhưng loại trừ xương cụt)

1. Tất cả các loại gãy lún ¹²	12%
2. Tất cả các loại gãy mòm gai, mòm ngang hay gãy cuống	12%
3. Tất cả các loại gãy đốt sống khác	6%

Xương hàm dưới

1. Gãy xương nhiều chỗ và có gãy hở (có ít nhất 3 đường gãy)	15%
2. Tất cả các loại gãy xương hở khác	8%
3. Gãy xương nhiều chỗ	5%
4. Tất cả các loại gãy xương khác	5%

Xương sườn¹³ hay nhiều xương sườn, xương gò má, xương cụt, xương hàm trên, xương mũi

1. Gãy xương nhiều chỗ và có gãy hở (có ít nhất 3 đường gãy)	10%
2. Tất cả các loại gãy hở khác	5%
3. Gãy xương nhiều chỗ	3%
4. Tất cả các loại gãy xương khác	3%

Chú ý 1 : Gãy xương có nghĩa là xương bị gãy hoàn toàn và phải được chẩn đoán bằng X-quang, nhưng loại trừ trường hợp gãy xương không hoàn toàn (như là những không giới hạn đối với gãy rạn nứt xương)

Chú ý 2: Xương chậu được định nghĩa là một (1) xương cho mục đích bảo hiểm của sản phẩm bổ sung này và bao gồm cả khớp háng và xương cùng nhưng loại trừ xương cụt

Chú ý 3: Xương cụt là khối 4 đốt sống cuối cùng của cột sống

Chú ý 4: Gãy xương nhiều chỗ là gãy nhiều hơn một chỗ trên cùng 1 xương

Chú ý 5: Gãy xương hở là gãy xương có xương bị gãy làm rách da

Chú ý 6: Xương sọ được định nghĩa là một (1) xương cho mục đích bảo hiểm của sản phẩm bổ sung này tuy nhiên loại trừ xương hàm dưới, xương hàm trên, xương gò má và xương mũi

Chú ý 7: Xương cổ chân được định nghĩa là một (1) xương cho mục đích bảo hiểm của sản phẩm bổ sung này và bao gồm xương gót, xương sên và xương ghe.

Chú ý 8: Xương cổ tay được định nghĩa là một (1) xương cho mục đích bảo hiểm của sản phẩm bổ sung này

Chú ý 9: Xương bàn tay được định nghĩa là một (1) xương cho mục đích bảo hiểm của sản phẩm bổ sung này

Chú ý 10: Xương bàn chân được định nghĩa là một (1) xương cho mục đích bảo hiểm của sản phẩm bổ sung này bao gồm xương đốt bàn chân, xương chêm và xương hộp

Chú ý 11: Xương cột sống được định nghĩa là một (1) xương cho mục đích bảo hiểm của sản phẩm bổ sung này

Chú ý 12: Gãy lún nghĩa là sự xẹp của thân đốt sống

Chú ý 13: Xương sườn được định nghĩa là một (1) xương cho mục đích bảo hiểm của sản phẩm bổ sung này.

Nếu cùng một tai nạn gây ra nhiều thương tật theo điều 5.2, Công ty sẽ thanh toán tiền bảo hiểm cho các thương tật với điều kiện là Công ty sẽ không chi trả nhiều hơn một lần cho mỗi thương tật và tổng số tiền bảo hiểm sẽ không vượt quá 100% số tiền bảo hiểm của sản phẩm bổ sung. Đồng thời, Công ty cũng không chi trả nhiều hơn một lần đối với cùng một khu vực xương bị gãy.

Tổng quyền lợi bảo hiểm có thể được chi trả theo điều 5.2 này đối với một hay nhiều tai nạn xảy ra trong bất kỳ một năm hợp đồng nào cũng không được vượt quá 100% số tiền bảo hiểm của sản phẩm bổ sung.

Công ty sẽ không chi trả thêm bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào theo điều 5.2 nếu Người được bảo hiểm bị viêm xương hoặc bệnh về xương.

5.3 Bồi hoàn chi phí điều trị do tai nạn

Nếu Người được bảo hiểm do bị một thương tật được bảo hiểm mà phải nằm viện nội trú tại một bệnh viện đủ tiêu chuẩn trong thời gian hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực, trước ngày hết hạn và Người được bảo hiểm còn sống, để điều trị y tế cần thiết theo xác nhận của bác sĩ được phép hành nghề, Công ty sẽ bồi hoàn các chi phí hợp lý và thông thường phát sinh trong vòng 52 tuần kể từ ngày xảy ra tai nạn. Mức tối đa quyền lợi bồi hoàn chi phí điều trị do tai nạn bằng 100% số tiền bảo hiểm của sản phẩm bổ sung như được ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm (hay phần sửa đổi bổ sung nếu sản phẩm bổ sung được thêm vào sau ngày hợp đồng có hiệu lực).

Công ty sẽ không bồi hoàn chi phí điều trị do tai nạn này nếu các chi phí và phí phát sinh do và liên quan đến bất kỳ thương tật được bảo hiểm nào sẽ được bồi thường theo các chương trình hay qui định của chính phủ hay đã được bảo hiểm bởi các hợp đồng bảo hiểm khác trừ phi các chi phí hay phí đó không được bồi hoàn hay bồi thường theo các qui định, chương trình hay các hợp đồng bảo hiểm đó.

Điều 6: Điều khoản loại trừ

Vào mọi thời điểm, không quyền lợi bảo hiểm nào được chi trả theo các điều khoản của sản phẩm bổ sung này nếu Người được bảo hiểm chết hay bị thương tật do hậu quả trực tiếp hay gián tiếp của bất kỳ lý do nào dưới đây:

- Bị hành hung hoặc giết hại;

- 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;
- Phục vụ cho quân đội 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.
- Tham gia đánh nhau, ẩu đả; hay chống lại việc bắt giữ của cơ quan có thẩm quyền;
- Động kinh, thoát vị, bệnh hoa liễu, hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS), bị nhiễm trùng do tai nạn, bất kỳ trường hợp ốm đau nào;
- Biến chứng do quá trình phẫu thuật hay tai nạn xảy ra trong quá trình phẫu thuật hoặc điều trị bệnh;
- Hành động cố ý bao gồm nhưng không giới hạn: sử dụng chất kích thích, ma túy, tự tử hay mưu toan tự tử, hoặc cố tình tự gây thương tích trong lúc tình táo hay mất trí;
- Tai nạn xảy ra trong lúc hay do Người được bảo hiểm đang bị ảnh hưởng của rượu hoặc thuốc không được chỉ định;
- Ngộ độc thức ăn hay nhiễm khuẩn;
- Lên, xuống, vận hành, phục vụ, hoặc đang được chở trên các thiết bị hoặc phương tiện vận chuyển hàng không, trừ trường hợp khi Người được bảo hiểm, với tư cách là 1 hành khách, đi trên các chuyến bay thương mại với các lịch trình thường xuyên trên các tuyến đường đã được xác lập;
- Hành vi phạm tội của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm hay Người thụ hưởng vi phạm pháp luật và các qui định của Việt Nam; hay hành vi phạm tội xảy ra ngoài Việt Nam vi phạm pháp luật và các qui định của nước có liên quan;
- Hành động nguy hiểm không cần thiết trừ trường hợp cố gắng để cứu sống người khác; hoặc các hoạt động bạo loạn, gây rối, đình công hay khủng bố;
- Tham gia vào các hoạt động nguy hiểm bao gồm nhưng không giới hạn: lặn có bình dưỡng khí, nhảy bungee, nhảy dù, leo núi, đua ngựa hay đua trên các phương tiện có bánh xe;
- Tham gia các hoạt động thể thao như một nhà chuyên nghiệp mà có thể hoặc sẽ được trả lương hoặc mang lại thu nhập;
- Có thai, sẩy thai, sinh con, hoặc biến chứng của những trường hợp đó;
- Loãng xương (sự xốp và giòn của xương do bị mất protein từ thành phần cơ bản của xương) hay gãy xương bệnh lý (bất kỳ sự gãy xương nào do bệnh làm yếu xương gây nên)
- Do bất cứ bệnh tật, ốm đau hay khiếm khuyết bẩm sinh nào. Khiếm khuyết bẩm sinh là tình trạng y học đã có khi sinh ra, có thể là sự bất thường về cơ thể hoặc về chức năng. Đó có thể là do di truyền, hoặc do ảnh hưởng của các biến cố trong tử cung, hoặc kết hợp của các nguyên nhân trên;
- Khiếm khuyết về thể chất hay tinh thần hoặc tình trạng suy yếu hoặc thoái hoá đã có trước ngày sản phẩm bổ sung có hiệu lực hay lần khô phục sau cùng của sản phẩm bổ sung này, tùy thuộc ngày nào xảy ra sau, và không khai báo trong đơn yêu cầu bảo hiểm hoặc tờ khai tình trạng sức khỏe;
- Các loại trừ bảo hiểm trong hợp đồng bảo hiểm chính.

CHƯƠNG 3: SỐ TIỀN BẢO HIỂM, PHÍ BẢO HIỂM**Điều 7: Số tiền bảo hiểm, phí bảo hiểm và đóng phí bảo hiểm**

- 7.1** 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 sản phẩm bổ sung được thêm vào sau ngày hợp đồng có hiệu lực.
- 7.2** Số tiền bảo hiểm tối thiểu của sản phẩm bổ sung là 10.000.000 (mười triệu) đồng Việt Nam; mức quyền lợi bảo hiểm tối đa của sản phẩm bổ sung này và các sản phẩm bổ sung khác cho cùng một người được bảo hiểm phụ thuộc vào việc thẩm định tài chính và sự chấp thuận của công ty tái bảo hiểm.
- 7.3** Phương thức đóng phí bảo hiểm của sản phẩm bổ sung sẽ theo phương thức đóng phí bảo hiểm của hợp đồng bảo hiểm chính và sẽ được thay đổi khi có bất kỳ thay đổi nào về phương thức đóng phí của hợp đồng bảo hiểm chính.
- 7.4** Phí bảo hiểm tối thiểu của sản phẩm bổ sung sẽ là phí bảo hiểm cho số tiền bảo hiểm tối thiểu của sản phẩm bổ sung như được nêu trên và không được thấp hơn 1.000 đồng Việt Nam bất kể định kỳ đóng phí như thế nào.
- 7.5** Công ty có toàn quyền xem xét lại và quyết định phí bảo hiểm phải đóng cho sản phẩm bổ sung này tại bất kỳ thời điểm nào.
Công ty có quyền thay đổi phí bảo hiểm vào bất kỳ lúc nào với điều kiện Công ty sẽ gửi thông báo bằng văn bản cho Bên mua bảo hiểm ít nhất 30 ngày trước khi thay đổi.

Điều 8: Tái tục

- 8.1** Trong khi sản phẩm bổ sung còn hiệu lực và Người được bảo hiểm còn sống, Bên mua bảo hiểm có thể tái tục sản phẩm bổ sung vào mỗi Ngày kỷ niệm hợp đồng trước lần sinh nhật thứ 60 của Người được bảo hiểm, với điều kiện 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.
- 8.2** Nếu việc tái tục được chấp thuận, thời hạn của mỗi lần tái tục là một năm với cùng số tiền bảo hiểm. 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 60 của Người được bảo hiểm.
- 8.3** Phí bảo hiểm tái tục được xác định trên cơ sở mức phí bảo hiểm áp dụng cho Người được bảo hiểm tương ứng với tuổi bảo hiểm và loại bảo hiểm tại thời điểm tái tục.
- 8.4** Vào ngày hết hạn của mỗi lần tái tục, Bên mua bảo hiểm có quyền không tái tục sản phẩm bổ sung và Công ty có quyền không chấp nhận yêu cầu tái tục.

CHƯƠNG 4 : THỦ TỤC YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Điều 9: Thủ tục yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

9.1 Khi Người được bảo hiểm chết do tai nạn

Thủ tục yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm được thực hiện như qui định trong sản phẩm bảo hiểm chính của hợp đồng. Ngoài ra, người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm có nghĩa vụ cung cấp cho Công ty bằng chứng về tai nạn dẫn đến cái chết của Người được bảo hiểm.

9.2 Khi Người được bảo hiểm bị gãy xương.

9.2.1 Khi Người được bảo hiểm còn sống, Công ty sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm cho:

- Bên mua bảo hiểm (được coi như người thụ hưởng); hoặc
- Người được chuyển nhượng (được coi như người thụ hưởng) nếu hợp đồng bảo hiểm đã được chuyển nhượng và tùy thuộc vào thỏa thuận chuyển nhượng.

9.2.2 Thủ tục yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải thông báo và gửi sớm nhất những bằng chứng về thương tật sau đây cho Công ty:

- Đơn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm đã được điền đầy đủ và chính xác.
- Bằng chứng y tế về tàn tật do tai nạn, chứng nhận bởi chuyên gia hoặc cơ quan y tế có thẩm quyền.
- Các kiểm tra y tế cần thiết bao gồm nhưng không giới hạn bệnh án, phim X-quang và các chứng cứ xét nghiệm.
- Nếu tổn thất gây ra do quá trình phẫu thuật, bằng chứng y tế xác nhận việc phẫu thuật là cách điều trị thông thường cho trường hợp được yêu cầu và cách điều trị đó là hoàn toàn cần thiết về mặt y khoa.
- Bằng chứng về tai nạn dẫn đến thương tật cho Người được bảo hiểm.

Công ty bảo lưu quyền yêu cầu người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm cung cấp các giấy tờ hoặc bằng chứng bổ sung. Chi phí cho việc cung cấp các giấy tờ này sẽ do người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm chịu.

9.3 Khi Người được bảo hiểm phải nằm viện do tai nạn

9.3.1 Trong thời gian Người được bảo hiểm còn sống, Công ty sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm cho:

- Bên mua bảo hiểm (được coi như người thụ hưởng); hoặc
- Người được chuyển nhượng (được coi như người thụ hưởng) nếu hợp đồng bảo hiểm đã được chuyển nhượng và tùy thuộc vào thỏa thuận chuyển nhượng.

9.3.2 Thủ tục yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải thông báo về việc nằm viện trong vòng 30 ngày kể từ ngày bắt đầu nằm viện cho Công ty.

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 trong vòng 30 ngày kể từ ngày ra viện, bao gồm các tài liệu sau:

- Mẫu đơn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm được điền đầy đủ và chính xác;
- Thư ủy quyền có xác nhận của chính quyền địa phương;
- Các bằng chứng về y tế do bác sĩ được phép hành nghề hay bác sĩ chuyên khoa được phép hành nghề hay bệnh viện đủ tiêu chuẩn cung cấp;
- Bản gốc các hóa đơn tài chính, 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 điều trị. Các giấy tờ này phải được xác nhận bởi nhân viên có thẩm quyền của bệnh viện đủ tiêu chuẩn;
- Bằng chứng chứng minh tai nạn dẫn đến việc nằm viện, nếu có. Ví dụ: Biên bản tai nạn của cơ quan công an, biên bản giải quyết bồi thường, kết luận điều tra (nếu có).

Công ty bảo lưu quyền yêu cầu các bằng chứng hay các tài liệu bổ sung để phục vụ việc xem xét giải quyết quyền lợi bảo hiểm. Các chi phí cho việc cung cấp các giấy tờ tài liệu này sẽ do người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm chịu. 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. Các bằng chứng bổ sung hay các tài liệu này phải phù hợp với thực tế hành nghề y tại Việt Nam.

Điều 10: 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 24 tháng kể từ ngày Người được bảo hiểm chết hoặc ngày xảy ra tai nạn dẫn đến tử vong hay gãy xương của Người được bảo hiểm. Trong trường hợp yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm liên quan đến nằm viện, thời hạn nộp yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm là trong vòng 24 tháng kể từ ngày bắt đầu nằm viện.