

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN BẢO HIỂM BỆNH UNG THƯ – LỰA CHỌN NÂNG CAO

(Được chấp thuận theo Công văn số 968/BTC-QLBH ngày 28 tháng 01 năm 2021 của Bộ Tài chính)

MỘT SỐ ĐIỂM CẦN LƯU Ý ĐỐI VỚI KHÁCH HÀNG KHI THAM GIA SẢN PHẨM

▪ Quyền của khách hàng

1. Thời gian cân nhắc Điều 3
Bên mua bảo hiểm được phép hủy Hợp đồng trong vòng hai mươi một (21) ngày kể từ ngày nhận được Hợp đồng bảo hiểm để nhận lại Phí bảo hiểm đã đóng, không có lãi.
2. Quyền lợi bảo hiểm Điều 4
 - Quyền lợi bảo hiểm Bệnh ung thư: 100% Số tiền bảo hiểm.
 - Quyền lợi bảo hiểm tử vong do Tai nạn: 50% Số tiền bảo hiểm.
 - Quyền lợi bảo hiểm tử vong không do Tai nạn: 10% Số tiền bảo hiểm.
 - Quyền lợi bảo hiểm hỗ trợ nằm viện do Tai nạn: 0,1% Số tiền bảo hiểm/Ngày nằm viện (Tối đa 10 Ngày nằm viện)
 - Quyền lợi bảo hiểm hỗ trợ chăm sóc đặc biệt do Tai nạn: 0,1% Số tiền bảo hiểm/Ngày nằm viện (Tối đa 7 Ngày nằm viện)
3. Yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm Điều 7
Khi xảy ra Sự kiện bảo hiểm, (những) Người thụ hưởng có thể yêu cầu Công ty giải quyết quyền lợi bảo hiểm. Các chứng từ cần thiết được quy định tại điều này.
4. Chấm dứt Hợp đồng Điều 12
Bên mua bảo hiểm có thể chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm bằng cách gửi thông báo bằng văn bản đến Công ty.

▪ Trách nhiệm của khách hàng

1. Thay đổi trong quá trình thực hiện Hợp đồng Điều 8, Điều 9
2. Nghĩa vụ kê khai trung thực và thông báo thông tin Điều 10
Bên mua bảo hiểm phải kê khai thông tin trung thực và thông báo đến Công ty khi có thay đổi các thông tin liên quan đến Hợp đồng. Việc cố ý kê khai không trung thực sẽ dẫn đến rủi ro khách hàng không được Công ty chấp nhận chi trả quyền lợi bảo hiểm của sản phẩm.

▪ Các điểm quan trọng khác cần lưu ý

1. Định nghĩa Điều 1
Bên mua bảo hiểm cần đọc kỹ các định nghĩa để hiểu rõ các thuật ngữ sử dụng trong Quy tắc và Điều khoản này.
2. Điều khoản loại trừ Điều 6
Các trường hợp Công ty không chi trả quyền lợi bảo hiểm được quy định tại điều này.



ĐIỀU 1: ĐỊNH NGHĨA

Trong điều khoản này, các thuật ngữ sau đây sẽ được diễn giải như sau:

- 1.1 Công ty:** là Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ Cathay (Việt Nam), được Bộ Tài chính cấp Giấy phép thành lập và hoạt động số: 44GP/KDBH, được cấp ngày 21 tháng 11 năm 2007.
- 1.2 Bên mua bảo hiểm:** là tổ chức được thành lập và hoạt động hợp pháp tại Việt Nam, hoặc cá nhân từ đủ 18 tuổi trở lên hiện đang sinh sống tại Việt Nam, có năng lực hành vi dân sự đầy đủ, có yêu cầu giao kết Hợp đồng bảo hiểm, đóng phí bảo hiểm và thực hiện các quyền và nghĩa vụ quy định trong Hợp đồng bảo hiểm.
- 1.3 Người được bảo hiểm:** là cá nhân có độ tuổi từ mười tám (18) đến năm mươi (50) tuổi vào Ngày hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm và được Công ty chấp nhận bảo hiểm theo Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm bảo hiểm này.
- 1.4 Người thụ hưởng:** là cá nhân hoặc tổ chức được Bên mua bảo hiểm chỉ định (với sự đồng ý của Người được bảo hiểm hoặc Người đại diện theo pháp luật của Người được bảo hiểm) nhận quyền lợi bảo hiểm theo Quy tắc và Điều khoản sản phẩm này.
- 1.5 Tuổi bảo hiểm:** là tuổi của Người được bảo hiểm tính theo ngày sinh nhật gần nhất trước ngày có hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm. Tất cả các từ “tuổi” sử dụng trong Hợp đồng bảo hiểm này đều được hiểu là “Tuổi bảo hiểm”.
- 1.6 Thời hạn hợp đồng:** là thời gian có hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm, một (01) năm tính từ Ngày hiệu lực hợp đồng, và được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm.
Hợp đồng bảo hiểm được gia hạn hàng năm, không quá bốn (04) lần hoặc cho đến hết ngày liền trước Ngày kỷ niệm năm hợp đồng ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt năm mươi (50) tuổi, tùy theo điều kiện nào đến trước, và chấm dứt hiệu lực theo các quy định tại Điều 12 theo Quy tắc Điều khoản này.
Trong trường hợp Công ty không tiếp tục cung cấp sản phẩm này hoặc khi Người được bảo hiểm không đáp ứng yêu cầu thẩm định nội bộ hiện hành của Công ty, Công ty có quyền từ chối gia hạn hàng năm và sẽ thông báo bằng văn bản cho Bên mua bảo hiểm ít nhất ba mươi (30) ngày trước Ngày gia hạn gần nhất.
- 1.7 Thời hạn đóng phí:** bằng Thời hạn hợp đồng.
- 1.8 Số tiền bảo hiểm:** là số tiền Công ty chấp thuận bảo hiểm theo Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm và được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- 1.9 Phí bảo hiểm:** là khoản tiền mà Bên mua bảo hiểm có nghĩa vụ đóng cho Công ty theo định kỳ đóng phí và phương thức đóng phí được các bên thỏa thuận tại Hợp đồng bảo hiểm hoặc các tài liệu sửa đổi, bổ sung liên quan gần nhất (nếu có).
Phí bảo hiểm có thể thay đổi tùy theo sự chấp thuận của Bộ Tài chính. Công ty sẽ gửi thông báo bằng văn bản cho Bên mua bảo hiểm ít nhất ba mươi (30) ngày trước khi áp dụng. Mức phí bảo hiểm mới sẽ được áp dụng vào Ngày gia hạn kế tiếp.
- 1.10 Ngày hiệu lực hợp đồng:** Nếu Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm còn sống vào thời điểm Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm được Công ty chấp thuận, Ngày hiệu lực hợp đồng là ngày Bên mua bảo hiểm hoàn tất Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và nộp đầy đủ phí bảo hiểm tạm tính. Ngày hiệu lực hợp đồng được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- 1.11 Ngày gia hạn:** là ngày kỷ niệm hàng năm của Ngày hiệu lực hợp đồng.
- 1.12 Sự kiện bảo hiểm:** sự kiện dẫn đến yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo Quy tắc và Điều khoản này.



- 1.13 Bác sĩ:** là người có bằng cấp chuyên môn y khoa được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc thừa nhận được hành nghề y trong phạm vi giấy phép theo pháp luật của nước sở tại nơi người này tiến hành việc khám, điều trị. Bác sĩ không được đồng thời là:
- Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng; hoặc
 - Vợ/chồng, cha/mẹ, con, anh chị em ruột của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm; hoặc
 - Đại lý bảo hiểm của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm.
- 1.14 Bệnh viện/cơ sở y tế:** là một cơ sở khám chữa bệnh được thành lập và hoạt động hợp pháp theo luật pháp Việt Nam hoặc nước sở tại, sử dụng phương pháp tây y để chăm sóc và điều trị bệnh. Cơ sở đó phải thỏa mãn một trong các điều kiện sau: (1) được cấp giấy phép với tên là “Bệnh viện” thể hiện trên con dấu theo quy định của Việt Nam hoặc nước sở tại; hoặc (2) cơ sở đó phải được cấp giấy phép như một viện hoặc trung tâm y tế chuyên khoa cấp tỉnh, cấp thành phố hoặc cấp trung ương, có đủ các thiết bị chuyên môn để tiến hành chẩn đoán, điều trị, phẫu thuật, có y tá chăm sóc 24/24 và có Bác sĩ trực thường xuyên.
- Bệnh viện/cơ sở y tế theo định nghĩa tại điều này không bao gồm tổ chức, phân khu, khoa phụ thuộc hoạt động dưới sự quản lý trực tiếp của Bệnh viện/cơ sở y tế như:
- Viện nghỉ dưỡng, nhà dưỡng lão hoặc các cơ sở khác chủ yếu dành cho việc chăm sóc cho người già;
 - Trung tâm cai nghiện, cơ sở cai nghiện;
 - Bệnh viện tâm thần, viện tâm thần;
 - Khoa, viện, bệnh viện y học dân tộc;
 - Bệnh viện phong, trại phong;
 - Trung tâm y tế dự phòng.
- 1.15 Bệnh có sẵn:** là tình trạng bệnh hoặc thương tật của Người được bảo hiểm đã được Bác sĩ khám, xét nghiệm, chẩn đoán, điều trị trước Ngày hiệu lực hợp đồng. Hồ sơ y tế, tiền sử bệnh được lưu giữ tại Bệnh viện/Cơ sở y tế hoặc các thông tin do Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm tự kê khai được xem là bằng chứng đầy đủ và hợp pháp về Bệnh có sẵn.
- 1.16 Tai nạn:** một sự kiện hoặc một chuỗi sự kiện không bị gián đoạn gây ra bởi tác động của một lực hoặc một vật bất ngờ từ bên ngoài, không chủ định và ngoài ý muốn của Người được bảo hiểm lên cơ thể Người được bảo hiểm, xảy ra trong thời gian có hiệu lực của hợp đồng. Sự kiện hoặc chuỗi sự kiện nêu trên phải là nguyên nhân trực tiếp gây ra thương tật hoặc tử vong cho Người được bảo hiểm trong vòng một trăm tám mươi (180) ngày kể từ ngày xảy ra sự kiện hoặc chuỗi sự kiện đó.
- 1.17 Chăm sóc đặc biệt (ICU):** khoa hay bộ phận của bệnh viện được trang bị để cung cấp sự chăm sóc y tế đặc biệt cho các bệnh nhân mắc bệnh nặng, cần sự theo dõi giám sát về sức khỏe và điều trị liên tục bởi các trang thiết bị hồi sức và phương tiện cấp cứu nhưng không phải phòng điều trị giá cao theo yêu cầu.
- 1.18 Ngày nằm viện:** là một ngày Người được bảo hiểm nằm viện qua đêm để Điều trị nội trú mà viện phí và tiền phòng theo quy định của Bệnh viện/cơ sở y tế phải được thể hiện trên hóa đơn viện phí.
- 1.19 Thương tích:** là thương tích trên thân thể (loại trừ những tình trạng tâm thần), phát sinh hoàn toàn và duy nhất từ một Tai nạn.
- 1.20 Điều trị nội trú:** là việc điều trị Thương tích tại Bệnh viện/cơ sở y tế và Người được bảo hiểm cần thiết về mặt y tế phải nằm viện trong một thời gian liên tục từ mười tám (18) tiếng trở lên để điều trị Thương tích đó.



1.21 Bệnh ung thư: là một khối u ác tính được chẩn đoán đặc trưng bởi sự phát triển và lây lan không kiểm soát của các tế bào ác tính, xâm lấn và phá hủy các mô lành xung quanh.

Bệnh ung thư phải được xác định bằng bằng chứng mô bệnh học, mô tả sự ác tính bởi Bác sĩ chuyên khoa ung bướu hoặc Bác sĩ chuyên khoa giải phẫu bệnh, tại một Bệnh viện/Cơ sở y tế.

Những trường hợp dưới đây không thỏa mãn định nghĩa trên và sẽ không được Công ty chi trả quyền lợi bảo hiểm:

- a. Tất cả các bệnh ung thư được phân loại theo mô học là tiền ác tính, không xâm lấn, ung thư tại chỗ, có giáp biên ác, hoặc có khả năng ác tính thấp;
- b. Ung thư cổ tử cung tại chỗ (in situ); dị sản cổ tử cung nhóm CIN-1, CIN-2, CIN-3; và tất cả những giai đoạn tiền ung thư hay ung thư chưa xâm lấn khác của cổ tử cung;
- c. Ung thư tuyến tiền liệt có kết quả mô bệnh học là T1 (bao gồm cả T1a và T1b) hoặc ở giai đoạn sớm hơn theo hệ thống phân loại TNM, hoặc hệ thống phân loại quốc tế tương đương;
- d. Ung thư tuyến giáp, ung thư bàng quang có kết quả mô bệnh học là T1N0M0 hoặc ở giai đoạn sớm hơn theo hệ thống phân loại TNM;
- e. Ung thư bạch cầu Lympho mạn tính nhỏ hơn giai đoạn 3 theo phân loại RAI;
- f. Ung thư nốt ruồi ác tính với chiều sâu dưới 1,5 mm theo bảng phân loại của Breslow, hay thuộc nhóm dưới 3 theo bảng phân loại của Clark;
- g. Tăng sinh tế bào sừng, ung thư da tế bào đáy và tế bào vảy.

ĐIỀU 2: HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

2.1 Hợp đồng bảo hiểm: Hợp đồng bảo hiểm là thỏa thuận bằng văn bản giữa Bên mua bảo hiểm và Công ty, trong đó ghi nhận quyền và nghĩa vụ của các bên trong quá trình thực hiện hợp đồng.

Hợp đồng bảo hiểm bao gồm các tài liệu sau:

- Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm;
- Giấy chứng nhận bảo hiểm;
- Quy tắc và Điều khoản sản phẩm bảo hiểm đã được Bộ Tài chính phê chuẩn;
- Tài liệu minh họa bán hàng;
- Các văn bản sửa đổi, bổ sung hợp đồng bảo hiểm (nếu có).

2.2 Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm: là văn bản yêu cầu bảo hiểm theo mẫu của Công ty, trong đó ghi các nội dung đề nghị tham gia bảo hiểm và thông tin do người đề nghị tham gia bảo hiểm cung cấp để Công ty đánh giá rủi ro, làm căn cứ chấp nhận bảo hiểm hoặc từ chối bảo hiểm. Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm do Bên mua bảo hiểm (và Người được bảo hiểm hoặc Người đại diện theo pháp luật của Người được bảo hiểm) kê khai, ký tên và cung cấp cho Công ty.

2.3 Giấy chứng nhận bảo hiểm: là văn bản do Công ty cấp cho Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm, trong đó thể hiện các thông tin cơ bản của Hợp đồng bảo hiểm, và là một phần không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm.

2.4 Tài liệu minh họa bán hàng: là tài liệu minh họa về sản phẩm được cung cấp cho Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm, thể hiện các thông tin cơ bản về Hợp đồng bảo hiểm theo điều kiện, điều khoản bảo hiểm được thỏa thuận giữa Bên mua bảo hiểm và Công ty.



ĐIỀU 3: THỜI GIAN CÂN NHẮC

Trong vòng hai mươi mốt (21) ngày kể từ ngày nhận được Hợp đồng bảo hiểm, và với điều kiện là chưa xảy ra sự kiện bảo hiểm hoặc chưa có yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm nào, Bên mua bảo hiểm có quyền từ chối không tiếp tục tham gia bảo hiểm bằng cách gửi văn bản thông báo đến Công ty. Công ty hoàn trả phí bảo hiểm đã đóng, không có lãi.

ĐIỀU 4: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

4.1 Quyền lợi bảo hiểm Bệnh ung thư

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, nếu Người được bảo hiểm mắc phải Bệnh ung thư theo quy định tại Khoản 1.21, Công ty sẽ chi trả một trăm phần trăm (100%) Số tiền bảo hiểm.

4.2 Quyền lợi bảo hiểm tử vong do Tai nạn

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, nếu Người được bảo hiểm tử vong do Tai nạn, Công ty sẽ chi trả năm mươi phần trăm (50%) Số tiền bảo hiểm.

4.3 Quyền lợi bảo hiểm tử vong không do Tai nạn

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, nếu Người được bảo hiểm tử vong không do Tai nạn, Công ty sẽ chi trả mười phần trăm (10%) Số tiền bảo hiểm.

4.4 Quyền lợi bảo hiểm hỗ trợ nằm viện do Tai nạn

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, nếu Người được bảo hiểm phải nhập viện trong vòng 24 giờ kể từ thời điểm xảy ra Tai nạn để Điều trị nội trú cho Thương tích, Công ty sẽ chi trả không phải một phần trăm (0,1%) Số tiền bảo hiểm cho mỗi Ngày nằm viện.

Tổng số Ngày nằm viện cho quyền lợi này được chi trả tối đa là mười (10) ngày trong suốt Thời hạn hợp đồng.

4.5 Quyền lợi bảo hiểm hỗ trợ chăm sóc đặc biệt do Tai nạn (ICU)

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, nếu Người được bảo hiểm phải nhập viện trong vòng 24 giờ kể từ thời điểm xảy ra Tai nạn để Điều trị nội trú cho Thương tích tại Phòng chăm sóc đặc biệt, ngoài Quyền lợi bảo hiểm hỗ trợ nằm viện do Tai nạn, Công ty sẽ chi trả không phải một phần trăm (0,1%) Số tiền bảo hiểm cho mỗi Ngày nằm viện.

Tổng số Ngày nằm viện cho quyền lợi này được chi trả tối đa là bảy (7) ngày trong suốt Thời hạn hợp đồng.

ĐIỀU 5: THỜI GIAN CHỜ

Thời gian chờ là khoảng thời gian mà các quyền lợi bảo hiểm không được chi trả nếu dấu hiệu và triệu chứng của bệnh xuất hiện trong khoảng thời gian này. Thời gian chờ được tính từ Ngày hiệu lực hợp đồng. Thời gian chờ được áp dụng như sau:

- Đối với Bệnh ung thư: chín mươi (90) ngày;
- Các quyền lợi bảo hiểm do nguyên nhân Tai nạn: không áp dụng thời gian chờ.

ĐIỀU 6: ĐIỀU KHOẢN LOẠI TRỪ

6.1 Điều khoản loại trừ của Quyền lợi bảo hiểm Bệnh ung thư

Công ty sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm nếu Sự kiện bảo hiểm là do nguyên nhân trực tiếp của một trong các trường hợp sau đây:

- Dấu hiệu và triệu chứng của bệnh xuất hiện trước hoặc trong Thời gian chờ 90 ngày; hoặc
- Thuộc Bệnh có sẵn theo quy định tại Khoản 1.15; hoặc



- c. Bệnh ung thư là kết quả trực tiếp của việc sử dụng thuốc mê, thuốc an thần, rượu, chất độc, khí ga, hoặc ma túy, trừ trường hợp có chỉ định của bác sĩ; hoặc
- d. Người được bảo hiểm không còn sống sau mười bốn (14) ngày kể từ thời điểm có chẩn đoán đầy đủ của Bệnh ung thư, với bằng chứng y khoa và xác nhận của Bác sĩ chuyên khoa; hoặc
- e. Tất cả các ung thư trên người đang nhiễm HIV.

6.2 Điều khoản loại trừ của Quyền lợi bảo hiểm tử vong không do Tai nạn, Quyền lợi bảo hiểm tử vong do Tai nạn, Quyền lợi bảo hiểm hỗ trợ nằm viện do Tai nạn hoặc Quyền lợi bảo hiểm hỗ trợ chăm sóc đặc biệt do Tai nạn

Công ty sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm nếu Sự kiện bảo hiểm là do nguyên nhân trực tiếp của một trong các trường hợp sau đây:

- a. Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS), các bệnh có liên quan đến AIDS hay do vi rút gây bệnh AIDS, ngoại trừ trường hợp nhiễm HIV trong khi đang thực hiện nhiệm vụ tại nơi làm việc như là một nhân viên y tế hoặc công an, cảnh sát (điều khoản loại trừ này chỉ áp dụng cho Quyền lợi bảo hiểm tử vong không do Tai nạn);
- b. Do hành vi cố ý của Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người thụ hưởng đối với Người được bảo hiểm. Trong trường hợp một hoặc một số Người thụ hưởng cố ý gây ra cái chết cho Người được bảo hiểm, Công ty chỉ trả quyền lợi bảo hiểm cho những Người thụ hưởng còn lại tương ứng với tỷ lệ hưởng thuộc về những Người thụ hưởng này. Nếu không có Người thụ hưởng, Công ty sẽ chi trả cho người thừa kế của Người được bảo hiểm; hoặc
- c. Do hành vi cố ý của Người được bảo hiểm; hoặc
- d. Sử dụng bất kỳ thức uống có cồn vượt quá nồng độ cho phép theo quy định của pháp luật, chất kích thích, ma túy; tự tử hay mưu toan tự tử, hoặc cố tình tự gây thương tích trong lúc tỉnh táo hay mất trí; hoặc
- e. Các sự kiện gây tổn thất lớn bao gồm 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; phóng xạ hoặc nhiễm phóng xạ.

6.3 Trong trường hợp Công ty không chi trả Quyền lợi bảo hiểm Bệnh ung thư hoặc Quyền lợi bảo hiểm tử vong do Tai nạn hoặc Quyền lợi bảo hiểm tử vong không do Tai nạn theo quy định tại Khoản 6.1 và 6.2, Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực và Công ty phải trả cho Bên mua bảo hiểm tổng Phí bảo hiểm đã đóng (không có lãi), sau khi trừ đi các quyền lợi bảo hiểm đã chi trả (nếu có).

ĐIỀU 7: THỦ TỤC VÀ THỜI GIAN GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

7.1 Thủ tục ưu tiên nhận quyền lợi bảo hiểm

7.1.1 Quyền lợi bảo hiểm tử vong do Tai nạn, Quyền lợi bảo hiểm tử vong không do Tai nạn:

- a. Người thụ hưởng.

Nếu có hơn một Người thụ hưởng, quyền lợi bảo hiểm sẽ được chi trả cho những Người thụ hưởng theo tỷ lệ đã được chỉ định. Nếu một Người thụ hưởng không còn sống, phần quyền lợi bảo hiểm của người này sẽ được chia theo tỷ lệ đã được chỉ định cho (những) Người thụ hưởng còn lại;

Nếu Bên mua bảo hiểm không chỉ định tỷ lệ thụ hưởng thì quyền lợi bảo hiểm được chia đều cho tất cả (những) Người thụ hưởng còn sống.



b. Người thừa kế hợp pháp của Người được bảo hiểm.

7.1.2 Quyền lợi bảo hiểm Bệnh ung thư, Quyền lợi bảo hiểm hỗ trợ nằm viện do Tai nạn và Quyền lợi bảo hiểm hỗ trợ chăm sóc đặc biệt do Tai nạn được chi trả cho Người được bảo hiểm.

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

Bên mua bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng có nghĩa vụ thông báo cho Công ty về Sự kiện bảo hiểm trong thời gian sớm nhất kể từ khi Bên mua bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng biết được Sự kiện bảo hiểm và cung cấp các chứng từ theo quy định để giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

Thời hạn nộp đầy đủ hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm tới Công ty tối đa là một (01) năm kể từ ngày xảy ra Sự kiện bảo hiểm, thời gian một (01) năm này không bao gồm thời gian trì hoãn do các trở ngại khách quan và sự kiện bất khả kháng.

7.3 Hồ sơ yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm

7.3.1 Các tài liệu cần cung cấp trong trường hợp giải quyết Quyền lợi Bệnh ung thư, gồm:

- a. Phiếu yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo mẫu của Công ty;
- b. Giấy Chẩn đoán Bệnh ung thư được cấp bởi Bệnh viện; hồ sơ bệnh án bao gồm bản tóm tắt hoặc bản photo bệnh án, sổ khám bệnh và các chứng từ y tế liên quan đến việc khám, chẩn đoán và điều trị; chứng từ nằm viện bao gồm giấy ra viện, bản kê chi tiết viện phí điều trị, biên lai, hóa đơn viện phí;
- c. Bản công chứng, chứng thực hợp pháp hóa lãnh sự các giấy tờ, bằng chứng (bằng tiếng Anh hoặc tiếng Việt) cho trường hợp khám và điều trị ở nước ngoài;
- d. Bản sao giấy tờ tùy thân của người nhận quyền lợi bảo hiểm (CMND/hoặc hộ chiếu/thẻ căn cước/giấy phép lái xe...).

7.3.2 Các tài liệu cần cung cấp trong trường hợp giải quyết Quyền lợi Tử vong do tai nạn hoặc Quyền lợi tử vong không do tai nạn, gồm:

- a. Giấy yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo mẫu của Công ty;
- b. Bằng chứng về sự kiện tử vong (Trích lục chứng tử và/hoặc biên bản tai nạn, biên bản giải phẫu pháp y, kết luận điều tra tai nạn của Công an/Tòa án (nếu có trong trường hợp tử vong do tai nạn); Hồ sơ bệnh án và chứng từ nằm viện để điều trị bệnh hoặc tai nạn (nếu có) bao gồm: giấy ra viện, bệnh án, xét nghiệm, chứng từ liên quan...);
- c. Bản sao giấy tờ tùy thân của người nhận quyền lợi bảo hiểm (CMND/hoặc hộ chiếu/thẻ căn cước/giấy phép lái xe...);
- d. Tài liệu chứng minh quyền được nhận quyền lợi bảo hiểm (nếu có) như giấy tờ chứng minh mối quan hệ với Người được bảo hiểm, văn bản thỏa thuận phân chia tài sản thừa kế,...

7.3.3 Các tài liệu cần cung cấp trong trường hợp giải quyết Quyền lợi Hỗ trợ nằm viện do Tai nạn hoặc/và Quyền lợi hỗ trợ chăm sóc đặc biệt do Tai nạn, gồm:

- a. Giấy yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo mẫu của Công ty;
- b. Hồ sơ bệnh án và chứng từ nằm viện (giấy ra viện, bản kê chi tiết viện phí điều trị, biên lai, hóa đơn viện phí);
- c. Bản công chứng, chứng thực hợp pháp hóa lãnh sự các giấy tờ, bằng chứng (bằng tiếng Anh hoặc tiếng Việt) cho trường hợp khám và điều trị ở nước ngoài;



d. Bản sao giấy tờ tùy thân của người nhận quyền lợi bảo hiểm (CMND/hoặc hộ chiếu/thẻ căn cước/giấy phép lái xe...).

7.4 Để phục vụ cho công tác giải quyết quyền lợi bảo hiểm, Công ty có quyền yêu cầu Người thụ hưởng cung cấp bản chính các tài liệu để Công ty kiểm tra. Người thụ hưởng và/hoặc Người được bảo hiểm có nghĩa vụ hỗ trợ và/hoặc ủy quyền có công chứng cho Công ty để Công ty đi xác minh, thu thập thông tin.

7.5 Nghĩa vụ chứng minh

Sau khi nhận được đầy đủ hồ sơ yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm, nếu Công ty từ chối chi trả quyền lợi bảo hiểm thì Công ty phải nêu rõ lý do từ chối bằng văn bản cho người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

7.6 Thời hạn giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Thời hạn giải quyết quyền lợi bảo hiểm là ba mươi (30) ngày kể từ ngày Công ty nhận được hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm đầy đủ và hợp lệ như quy định tại Khoản 7.3.

Nếu việc trì hoãn chi trả là do lỗi Công ty thì Công ty sẽ trả thêm tiền lãi của số tiền này. Mức lãi suất áp dụng cho khoản chi trả chậm này bằng với lãi suất tiền gửi kỳ hạn một (01) năm của Ngân hàng TMCP Ngoại thương Việt Nam (Vietcombank) và được công bố tại từng thời điểm trên website Công ty.

ĐIỀU 8: NHĂM LẦN KHI KÊ KHAI TUỔI/GIỚI TÍNH

Trường hợp nhầm lẫn khi kê khai ngày sinh hoặc giới tính của Người được bảo hiểm, tổng Phí bảo hiểm sẽ được điều chỉnh lại theo tuổi và/hoặc giới tính đúng. Cụ thể như sau:

- 8.1** Nếu Phí bảo hiểm đã nộp thấp hơn số Phí bảo hiểm tính theo tuổi và/hoặc giới tính đúng, Công ty sẽ yêu cầu Bên mua bảo hiểm đóng Phí bảo hiểm bổ sung tương ứng với Số tiền bảo hiểm đã thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm.
- 8.2** Nếu số Phí bảo hiểm đã nộp cao hơn số Phí bảo hiểm tính theo tuổi và/hoặc giới tính đúng, Công ty sẽ hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm phần Phí bảo hiểm nộp thừa, không có lãi.
- 8.3** Nếu theo tuổi và/hoặc giới tính đúng, Người được bảo hiểm không thể được bảo hiểm thì Công ty có quyền hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm và trả cho Bên mua bảo hiểm tổng Phí bảo hiểm đã đóng (không có lãi), sau khi trừ đi các quyền lợi bảo hiểm đã chi trả (nếu có).

ĐIỀU 9: CÁC THAY ĐỔI TRONG QUÁ TRÌNH THỰC HIỆN HỢP ĐỒNG

9.1 Thay đổi Người thụ hưởng

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực và Người được bảo hiểm còn sống, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu thay đổi Người thụ hưởng của Hợp đồng bảo hiểm bằng cách thông báo bằng văn bản đến Công ty.

Việc thay đổi Người thụ hưởng chỉ có hiệu lực khi Công ty có thông báo chấp thuận. Công ty không chịu trách nhiệm về tính hợp pháp cũng như tranh chấp (nếu có) của Bên mua bảo hiểm hoặc những người liên quan đến việc thay đổi Người thụ hưởng.

9.2 Thay đổi thông tin liên hệ, nghề nghiệp

Trường hợp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm thay đổi thông tin liên hệ (ví dụ như số điện thoại, địa chỉ hộp thư điện tử), thông tin cá nhân, nghề nghiệp, Bên mua bảo hiểm phải thông báo bằng văn bản cho Công ty trong vòng 30 ngày kể từ ngày có thay đổi.

Đối với các thay đổi về nghề nghiệp, Công ty có thể thẩm định lại rủi ro có thể được bảo hiểm. Trường hợp những thay đổi trên dẫn đến rủi ro bảo hiểm bị thay đổi thì Công ty có thể (i) loại trừ trách nhiệm bảo hiểm, hoặc (ii) chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm. Nếu Công ty chấm



dứt Hợp đồng bảo hiểm, Công ty sẽ hoàn lại số Phí bảo hiểm đã đóng tương ứng với thời gian còn lại của Hợp đồng bảo hiểm sau khi trừ đi những quyền lợi bảo hiểm đã chi trả (nếu có).

ĐIỀU 10: TRÁCH NHIỆM KÊ KHAI, CUNG CẤP VÀ BẢO MẬT THÔNG TIN

10.1 Trách nhiệm cung cấp, giải thích đầy đủ, trung thực và chính xác thông tin cho Bên mua bảo hiểm của Công ty

10.1.1 Công ty có trách nhiệm cung cấp đầy đủ thông tin liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm, giải thích các điều kiện, điều khoản bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm.

10.1.2 Trường hợp Công ty cố ý cung cấp thông tin sai sự thật nhằm giao kết Hợp đồng bảo hiểm thì Bên mua bảo hiểm có quyền đơn phương đình chỉ thực hiện Hợp đồng bảo hiểm; Công ty sẽ hoàn trả tổng Phí bảo hiểm đã đóng của Hợp đồng bảo hiểm này và số tiền lãi theo mức lãi suất được công bố tại từng thời điểm trên website Công ty tương ứng với khoảng thời gian kể từ ngày nhận phí bảo hiểm cho tới ngày Bên mua bảo hiểm nộp yêu cầu chấm dứt hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm. Mức lãi suất áp dụng trong trường hợp này bằng với lãi suất tiền gửi kỳ hạn một (01) năm của Ngân hàng TMCP Ngoại thương Việt Nam (Vietcombank).

10.2 Trách nhiệm kê khai thông tin trung thực, đầy đủ và chính xác của Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm

10.2.1 Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm 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 này.

10.2.2 Nếu Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm cố ý kê khai không trung thực các thông tin cần thiết theo yêu cầu của Công ty, theo đó, nếu với thông tin chính xác Công ty sẽ không chấp nhận bảo hiểm, Công ty không có trách nhiệm chi trả nếu xảy ra Sự kiện bảo hiểm liên quan trực tiếp đến thông tin kê khai không trung thực và có quyền đơn phương chấm dứt Hợp đồng này ngay sau khi phát hiện ra hành vi vi phạm của Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm. Việc giải quyết Hợp đồng bảo hiểm bị đơn phương chấm dứt sẽ theo quy định của pháp luật hiện hành về bảo hiểm.

10.2.3 Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm vi phạm nghĩa vụ kê khai thông tin tại Điều này nhưng việc vi phạm này không làm ảnh hưởng tới quyết định chấp thuận bảo hiểm theo quy định của Công ty tại từng thời điểm, Công ty vẫn sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm nếu có Sự kiện bảo hiểm xảy ra theo Quy tắc và Điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm này. Trong trường hợp Hợp đồng bảo hiểm tiếp tục duy trì hiệu lực, Công ty bảo hiểm và Bên mua bảo hiểm có thể thỏa thuận về việc thu thêm khoản phí bảo hiểm (nếu có).

10.3 Trách nhiệm bảo mật thông tin khách hàng của Công ty

Công ty có trách nhiệm giữ bí mật thông tin cá nhân do Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm cung cấp tại Hợp đồng bảo hiểm. Trường hợp cung cấp cho bên thứ ba phải được sự chấp thuận của Bên mua bảo hiểm.

ĐIỀU 11: ĐÓNG PHÍ BẢO HIỂM VÀ THỜI GIAN GIA HẠN ĐÓNG PHÍ

11.1 Bên mua bảo hiểm có nghĩa vụ đóng các khoản Phí bảo hiểm vào Ngày đến hạn đóng phí.

11.2 Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm không đóng Phí bảo hiểm đầy đủ và đúng hạn như đã thỏa thuận, Công ty cho phép một khoảng thời gian gia hạn là sáu mươi (60) ngày kể từ Ngày đến hạn đóng phí bảo hiểm. Trong thời gian gia hạn này, Công ty không tính lãi đối với khoản



phí chưa đóng, Hợp đồng bảo hiểm vẫn có hiệu lực và Người được bảo hiểm vẫn được bảo hiểm theo các Quyền lợi bảo hiểm quy định tại Quy tắc và Điều khoản này.

Nếu Sự kiện bảo hiểm xảy ra trong thời gian gia hạn đóng phí, Công ty sẽ chi trả Quyền lợi bảo hiểm như quy định tại Điều 4 với điều kiện Bên mua bảo hiểm đã đóng đầy đủ Phí bảo hiểm đến hạn chưa đóng.

- 11.3** Nếu Bên mua bảo hiểm không tiếp tục đóng Phí bảo hiểm khi kết thúc thời gian gia hạn đóng phí sáu mươi (60) ngày nêu trên, Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực kể từ Ngày đến hạn đóng phí.

ĐIỀU 12: CHẤM DỨT HIỆU LỰC HỢP ĐỒNG

Hợp đồng bảo hiểm sẽ tự động chấm dứt hiệu lực nếu xảy ra một trong các trường hợp sau, tùy trường hợp nào xảy ra trước:

- 12.1** Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt theo quy định tại Khoản 1.6, Điều 3, Điều 6, Khoản 8.3, Khoản 9.2.ii; Khoản 10.2.2; Khoản 11.3; hoặc
- 12.2** Khi Quyền lợi bảo hiểm Bệnh ung thư đã được Công ty chấp thuận chi trả; hoặc
- 12.3** Khi Người được bảo hiểm tử vong; hoặc
- 12.4** Các trường hợp khác theo quy định pháp luật; hoặc
- 12.5** Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm. Trong trường hợp này, Bên mua bảo hiểm gửi thông báo bằng văn bản cho Công ty. Ngày chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm là ngày Công ty nhận được giấy yêu cầu chấm dứt hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm của Bên mua bảo hiểm. Công ty sẽ hoàn lại số Phí bảo hiểm đã đóng tương ứng với thời gian còn lại của Hợp đồng bảo hiểm.

ĐIỀU 13: GIẢI QUYẾT Mâu THuấn và TRANH CHÁP

Mọi tranh chấp liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm này, nếu không giải quyết được bằng thương lượng giữa các bên thì một trong các bên sẽ đưa ra tòa án ở Việt Nam nơi Công ty có trụ sở chính hoặc nơi Bên mua bảo hiểm cư trú hợp pháp giải quyết phù hợp với quy định hiện hành.

Thời hạn khởi kiện là ba (03) năm kể từ thời điểm phát sinh tranh chấp.