

# QUY TẮC ĐIỀU KHOẢN

## SẢN PHẨM BỔ TRỢ - BẢO HIỂM HỖ TRỢ NĂM VIỆN - 2

Được Bộ Tài chính phê chuẩn theo Công văn số: 8550/BTC-QLBH ngày 2 tháng 7 năm 2010  
sửa đổi, bổ sung theo Công văn số 12040/BTC-QLBH ngày 9 tháng 10 năm 2019

## **QUY TẮC ĐIỀU KHOẢN**

### **SẢN PHẨM BỔ TRỢ BẢO HIỂM HỖ TRỢ NĂM VIỆN - 2**

*(Đã được Bộ Tài chính phê chuẩn theo Công văn số: 8550/BTC-QLBH ngày 02/07/2010, sửa đổi, bổ sung theo Công văn số 12040/BTC-QLBH ngày 09/10/2019)*

Đây là Quy tắc điều khoản của Sản phẩm bổ trợ bảo hiểm hỗ trợ năm viện - 2 (sau đây gọi tắt là “**Quy tắc điều khoản**”) dành cho những khách hàng có yêu cầu bổ sung thêm Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ Bảo hiểm hỗ trợ năm viện. Xin vui lòng kiểm tra và đọc kỹ để chắc chắn rằng Quý khách hàng đã hiểu toàn bộ các nội dung được quy định trong Quy tắc điều khoản này. Chúng tôi rất vui lòng được giải đáp mọi nội dung của Quy tắc điều khoản này với Quý khách hàng. Xin lưu ý, việc Quý khách hàng ký vào Giấy yêu cầu bảo hiểm là bằng chứng xác nhận việc Quý khách hàng đã hiểu rõ và đồng ý tất cả các nội dung được quy định trong Quy tắc điều khoản này.

#### **Cam kết dịch vụ của chúng tôi**

Chúng tôi mong muốn cung các dịch vụ tiêu chuẩn chất lượng cao nhất và giải quyết mọi khiếu nại phát sinh một cách trung thực, công bằng và nhanh chóng.

## MỤC LỤC

<b>Điều 1.</b>	<b>Các định nghĩa.....</b>	<b>4</b>
<b>Điều 2.</b>	<b>Quy định chung.....</b>	<b>8</b>
<b>Điều 3.</b>	<b>Điều kiện của Người được bảo hiểm .....</b>	<b>9</b>
<b>Điều 4.</b>	<b>Quyền lợi bảo hiểm .....</b>	<b>9</b>
<b>Điều 5.</b>	<b>Điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm.....</b>	<b>9</b>
<b>Điều 6.</b>	<b>Phí bảo hiểm và phương thức đóng phí. ....</b>	<b>11</b>
<b>Điều 7.</b>	<b>Những thay đổi liên quan đến việc tham gia bảo hiểm .....</b>	<b>12</b>
<b>Điều 8.</b>	<b>Chấm dứt, tái tục và khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm hỗ trợ.....</b>	<b>12</b>
<b>Điều 9.</b>	<b>Giải quyết quyền lợi bảo hiểm .....</b>	<b>14</b>

## Điều 1. Các định nghĩa

- 1.1. “**Công ty**” là Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ Mirae Asset Prévoir, được Bộ Tài chính cấp phép thành lập và hoạt động.
- 1.2. “**Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ**” là toàn bộ các giao kết về các quyền lợi và trách nhiệm bảo hiểm giữa Công ty và Bên mua bảo hiểm theo Quy tắc điều khoản này. Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ được bán kèm với một Hợp đồng bảo hiểm chính và bao gồm nhưng không giới hạn bởi Giấy yêu cầu bảo hiểm, Giấy chứng nhận bảo hiểm, Bảng câu hỏi sức khỏe, Quy tắc điều khoản này và các tài liệu sửa đổi bổ sung có liên quan khác hoặc các tài liệu khác do Công ty và Bên mua bảo hiểm thỏa thuận.
- 1.3. “**Hợp đồng bảo hiểm chính**” là hợp đồng bảo hiểm mà sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này được bán kèm, do Công ty quy định và được ghi nhận trong Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- 1.4. “**Giấy 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 Bên mua bảo hiểm tham gia bảo hiểm và Người được bảo hiểm cung cấp để Công ty đánh giá rủi ro, làm căn cứ chấp nhận bảo hiểm hoặc từ chối bảo hiểm. Giấy 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.
- 1.5. “**Giấy chứng nhận bảo hiểm**” là văn bản do Công ty cấp cho Bên mua bảo hiểm, trong đó thể hiện các thông tin cơ bản của Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ và là một phần không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ.
- 1.6. “**Bên mua bảo hiểm**” là tổ chức được thành lập và hoạt động hợp pháp tại Việt Nam hoặc cá nhân từ đủ 18 (mười tám) tuổi trở lên hiện đang sinh sống tại Việt Nam, có năng lực hành vi dân sự đầy đủ, là bên trực tiếp kê khai, ký tên trên Giấy yêu cầu bảo hiểm, đóng Phí bảo hiểm và thực hiện các quyền và nghĩa vụ quy định trong Quy tắc điều khoản này.
- 1.7. “**Người được bảo hiểm**” Là cá nhân có độ tuổi từ 2 (hai) tuổi đến 59 (năm mươi chín) tuổi với điều kiện là Người được bảo hiểm đang sinh sống hợp pháp ở Việt Nam vào ngày hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ và được Công ty chấp nhận bảo hiểm theo Quy tắc điều khoản này. Tại thời điểm yêu cầu bảo hiểm, Người được bảo hiểm không ở trong tình trạng bị bệnh tâm thần, bệnh thần kinh, bệnh phong, bệnh lao, bệnh ung thư hoặc đang trong thời gian điều trị bệnh hoặc thương tật.
- 1.8. “**Tuổi**” của Người được bảo hiểm là tuổi tính theo ngày sinh nhật liền trước Ngày hiệu lực.
- 1.9. “**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 điều khoản sản phẩm này. Người thụ hưởng được ghi tên trong Giấy yêu cầu bảo hiểm, Giấy chứng nhận bảo hiểm và các thỏa thuận bổ sung của Hợp đồng bảo hiểm chính (nếu có).

- 1.10. “**Số tiền bảo hiểm**” là số tiền được xác định để chi trả cho một Ngày nằm viện của Người được bảo hiểm theo quy định tương ứng tại Điều 4 của Quy tắc điều khoản này. Số tiền bảo hiểm được ghi nhận trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc thông báo chấp nhận bảo hiểm.
- 1.11. “**Ngày hiệu lực**” là ngày Bên mua bảo hiểm hoàn thành Giấy yêu cầu bảo hiểm, đóng đầy đủ phí bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này, với điều kiện Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm còn sống vào thời điểm Giấy yêu cầu bảo hiểm được Công ty chấp thuận, nếu không có thỏa thuận khác. Ngày hiệu lực được ghi nhận trên Giấy chứng nhận bảo hiểm. Ngày hiệu lực sẽ đồng thời là “Ngày tái tục” nếu Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ được tái tục.
- 1.12. “**Ngày hợp đồng bắt đầu có hiệu lực**” là Ngày hiệu lực đầu tiên của Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ.
- 1.13. “**Ngày đáo hạn**” là ngày cuối cùng của Thời hạn hợp đồng và được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm nếu Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ còn hiệu lực đến thời điểm đó. Ngày đáo hạn sẽ được xác định là “Ngày tái tục” nếu Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ được tái tục.
- 1.14. “**Thời hạn hiệu lực**” là khoảng thời gian được tính từ Ngày hiệu lực đến Ngày chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ. Trong mọi trường hợp, Người được bảo hiểm chỉ được bảo hiểm theo Quy tắc điều khoản này trong Thời hạn hiệu lực.
- 1.15. “**Ngày đến hạn đóng phí**” là ngày mà Bên mua bảo hiểm phải đóng đủ Phí bảo hiểm cho Công ty theo thỏa thuận tại Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ hoặc thỏa thuận sửa đổi bổ sung Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ (nếu có).
- 1.16. “**Phí bảo hiểm**” là khoản tiền Bên mua bảo hiểm phải đóng cho Công ty theo định kỳ và được ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc thư xác nhận điều chỉnh hợp đồng gần nhất, nếu có.
- 1.17. “**Sự kiện bảo hiểm**” là sự kiện Người được bảo hiểm Nằm viện trong Thời hạn hiệu lực.
- 1.18. “**Bệnh tật**” là tình trạng sức khỏe giảm sút bất ngờ, không dự báo trước được của Người được bảo hiểm dẫn đến tình trạng cần thiết phải Nằm viện để điều trị hoặc phẫu thuật nhằm phục hồi sức khỏe theo chẩn đoán điều trị của Bác sĩ.
- 1.19. “**Bệnh viện**” hoặc “**Cơ sở y tế**” được hiểu là một cơ sở khám chữa bệnh được thành lập và hoạt động theo pháp luật của Việt Nam hoặc nước sở tại. Cơ sở đó phải được cấp phép như một bệnh viện/cơ sở y tế theo quy định của Việt Nam hoặc nước sở tại. Đối với Bệnh viện trong lãnh thổ Việt Nam, tư cách của bệnh viện phải được thể hiện bằng chữ “bệnh viện” trên con dấu chính thức. Đối với Bệnh viện ngoài lãnh thổ Việt Nam, tư cách của Bệnh viện phải được thể hiện bằng ngôn ngữ của quốc gia/ lãnh thổ đó mà được hiểu là “bệnh viện” theo tiếng Việt. Cho mục đích của sản phẩm bảo hiểm này, Bệnh viện sẽ không bao gồm:
  - a. Trung tâm y tế dự phòng;
  - b. Bệnh viện/ viện tâm thần;

- c. Bệnh viện/ viện y học dân tộc;
- d. Bệnh viện/ viện phong;
- e. Nhà điều dưỡng, trung tâm phục hồi chức năng, nhà lưu bệnh;
- f. Nhà bảo sanh, nhà an dưỡng hay các cơ sở khác chủ yếu dành cho việc chữa trị cho người già, người nghiện rượu, chất ma túy, chất kích thích cho dù các cơ sở, trung tâm này hoạt động độc lập hay trực thuộc một Bệnh viện.

**1.20. “Tai nạn”** là một sự kiện hoặc một chuỗi các sự kiện không bị gián đoạn có liên quan đến sự tác động bất ngờ của một vật chất hoặc một lực bên ngoài, ngoài ý muốn chủ quan của Người được bảo hiểm, lên cơ thể của Người được bảo hiểm và là nguyên nhân trực tiếp làm ảnh hưởng đến sức khỏe của Người được bảo hiểm và là nguyên nhân duy nhất và trực tiếp dẫn đến việc Người được bảo hiểm phải Nằm viện để điều trị, ngoại trừ bất kỳ quá trình nào xảy ra do bệnh tật, tuổi tác hoặc sự thoái hóa.

Tai nạn cũng bao gồm trường hợp Người được bảo hiểm có hành động cứu người, cứu tài sản của nhà nước, của nhân dân hoặc tham gia phòng chống các hành động phạm pháp.

**1.21. “Nằm viện”** là việc Người được bảo hiểm nhập viện làm bệnh nhân nội trú tại Bệnh viện trong Thời hạn hiệu lực để điều trị y tế khi bị Bệnh tật hoặc bị Tai nạn theo chỉ định của một Bác sĩ. Việc nằm viện của Người được bảo hiểm phải diễn ra liên tục và không bị gián đoạn trong suốt thời gian Nằm viện, có bệnh án được lập và biên lai viện phí / giấy xuất viện của Bệnh viện.

**1.22. “Ngày nằm viện”** là một ngày Nằm viện với thời gian ở tại bệnh viện liên tục đủ 24 giờ và viện phí, tiền phòng cho một ngày nằm viện được trả đầy đủ cho Bệnh viện theo quy định của Bệnh viện đó.

**1.23. “Bệnh loại trừ”** gồm các loại bệnh: Bệnh mãn tính, Bệnh di truyền, Bệnh bẩm sinh, Bệnh có sẵn.

**1.24. “Bệnh mãn tính”** hoặc còn gọi là **“Bệnh mạn tính”**, là các bệnh không thể chữa khỏi mà chỉ có thể kiểm soát bằng cách và/hoặc theo phương pháp trị liệu suốt đời. Việc xác định Bệnh mãn tính phải do Bác sĩ thực hiện.

**1.25. “Bệnh di truyền”** là bất kỳ bệnh nào xuất hiện ở những người có cùng huyết thống hay là sự chuyển những bệnh lý của bố, mẹ cho con cái thông qua gen của bố, mẹ và/hoặc được truyền từ đời này sang đời khác, từ thế hệ này sang thế hệ khác trong những người có cùng huyết thống. Việc xác định Bệnh di truyền phải do Bác sĩ thực hiện.

**1.26. “Bệnh bẩm sinh”** là bất kỳ bệnh nào được hình thành trên thai nhi trong quá trình mang thai của người mẹ dưới tác động của yếu tố môi trường lên sự phát triển của thai nhi và có thể được cơ quan y tế mô tả dưới nhiều tên gọi khác nhau như “bệnh bẩm sinh”, “đị tật bẩm sinh”, “khuyết tật bẩm sinh”. Việc xác định Bệnh bẩm sinh phải do Bác sĩ thực hiện.

- 1.27. “**Bệnh có sẵn**” là thương tật, bệnh lý hoặc triệu chứng mà Người được bảo hiểm đã bị trước khi Hợp đồng bảo hiểm bắt đầu có hiệu lực lần đầu tiên, cho dù Người được bảo hiểm biết hoặc không biết về tình trạng thương tật, bệnh lý, triệu chứng đó.
- 1.28. “**Điều trị loại trừ**” là việc Người được bảo hiểm Nằm viện để thực hiện các điều trị hoặc phẫu thuật sau đây:
- (a) Điều trị nha khoa, điều trị da liễu (trừ trường hợp Nằm viện do tai nạn);
  - (b) Điều trị các tật khúc xạ mắt, kiểm tra thị lực, thử kính, điều trị các bệnh lý liên quan đến việc sử dụng kính áp tròng, điều trị mắt lác bằng bất kỳ phương pháp nào; trợ thính hoặc phục hồi thính lực (trừ trường hợp Nằm viện do tai nạn);
  - (c) Điều trị về thai sản bao gồm mang thai, sinh đẻ, mổ đẻ, sảy thai, nạo thai, điều trị trước và/hoặc sau khi sinh đẻ (trừ trường hợp Nằm viện điều trị thai sản do tai nạn) hay bất kỳ bệnh tật ốm đau nào hoặc tổn thương liên quan đến hoặc do thai sản gây ra, thực hiện các thủ thuật nhằm mục đích điều trị vô sinh, thụ tinh nhân tạo, thụ tinh trong ống nghiệm, thụ tinh trong tử cung, thực hiện các biện pháp kế hoạch hóa gia đình;
  - (d) Điều trị tâm thần, suy nhược cơ thể, rối loạn tâm lý, suy nhược thần kinh, thiếu năng trí tuệ, mất trí, thoái hóa cột sống, thần kinh tọa, gai đôi cột sống;
  - (e) Hiến, cho, cấy ghép tạng, chuyển đổi giới tính;
  - (f) Điều trị bệnh phong, bệnh lao, bệnh sốt rét, bệnh lây truyền qua đường tình dục, bệnh nghề nghiệp (“bệnh nghề nghiệp” được xác định theo các quy định của Bộ Y tế và Bộ Lao động - Thương Binh và Xã hội);
  - (g) Điều trị các bệnh như: Bệnh liên quan đến ung thư, Khối u (“Khối u” là hiện tượng một số tế bào vượt ra ngoài sự kiểm soát của cơ thể, tăng trưởng khi không cần thiết, tạo nên một khối tế bào thừa, không có chức năng gì đối với cơ thể), bệnh tim mạch (phẫu thuật động mạch vành, nhồi máu cơ tim, phẫu thuật van tim, phẫu thuật động mạch chủ), tai biến mạch máu não, suy thận, parkinson, alzheimer, huyết áp, đái tháo đường, viêm gan;
  - (h) Điều dưỡng, an dưỡng, dưỡng lão, cai nghiện;
  - (i) Điều trị bằng các phương pháp y học dân tộc;
- 1.29. “**Phẫu thuật theo yêu cầu**” là (các) thủ thuật, phẫu thuật y tế có liên quan đến sức khỏe và sinh mạng của Người được bảo hiểm, được thực hiện hoàn toàn theo mong muốn riêng của Người được bảo hiểm nhằm đáp ứng một nhu cầu nào đó của Người được bảo hiểm, không phải nhằm mục đích chữa khỏi Bệnh tật để phục hồi sức khỏe (như phẫu thuật thẩm mỹ, kế hoạch hóa gia đình), không phải do chỉ định độc lập của Bác sĩ mà là phẫu thuật được lựa chọn từ sự thỏa thuận giữa Bác sĩ với Người được bảo hiểm theo yêu cầu của Người được bảo hiểm.

- 1.30. “**Bác sĩ**” là cá nhân tốt nghiệp đại học chuyên ngành Tây Y trở lên và được cấp phép hành nghề bác sĩ hợp pháp tại Việt Nam để cung cấp dịch vụ khám, chữa bệnh và phẫu thuật. Trong định nghĩa này, Bác sĩ không bao gồm những người sau đây:
- a. Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng; hoặc
  - b. Vợ, chồng, cha ruột, mẹ ruột, cha nuôi, mẹ nuôi, cha dượng, mẹ kế, con ruột, con nuôi, anh ruột, chị ruột, em ruột, ông nội, bà nội, ông ngoại, bà ngoại của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng; con riêng của vợ hoặc chồng của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng; trừ trường hợp được giao nhiệm vụ theo phân công của cấp có thẩm quyền.
- 1.31. “**Hợp lý và cần thiết về mặt y khoa**” là việc điều trị hoặc phẫu thuật y tế đúng với chẩn đoán của bệnh lý buộc Người được bảo hiểm cần thiết phải nhập viện nhằm mục đích chữa khỏi bệnh để phục hồi sức khỏe, đồng thời việc điều trị hay phẫu thuật đó phải phù hợp với tình trạng bệnh lý thực tế của Người được bảo hiểm và việc điều trị hoặc phẫu thuật đó cũng đang được áp dụng cho những người có tình trạng bệnh lý tương tự tại thời điểm Người được bảo hiểm phải nhập viện.
- 1.32. “**Điều**” là các điều, khoản, mục tương ứng của Quy tắc điều khoản này.
- 1.33. “**Thuế**” là các khoản thuế áp dụng đối với các khoản tiền được chi trả hoặc thanh toán theo quy định của Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ mà Công ty phải thu hộ Nhà nước theo quy định của Pháp luật thông qua việc khấu trừ từ bất kỳ khoản tiền nào được chi trả hoặc thanh toán theo quy định của Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ.

## **Điều 2. Quy định chung**

- 2.1. Quy tắc điều khoản này quy định các điều kiện và điều khoản bảo hiểm giữa chúng tôi, CÔNG TY TNHH BẢO HIỂM NHÂN THỌ MIRAE ASSET PRÉVOIR, và Bên mua bảo hiểm được ghi tên trong Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ.
- 2.2. Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ có thời hạn 1 (một) năm kể từ Ngày hiệu lực. Tùy thuộc vào việc tái tục được quy định trong Quy tắc điều khoản này, Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ này có thể được tái tục hàng năm cho mỗi thời hạn hợp đồng 1 (một) năm tiếp theo vào mỗi Ngày đáo hạn cho đến khi Hợp đồng bảo hiểm chính chấm dứt hoặc khi Người được bảo hiểm không nằm trong độ Tuổi được Công ty chấp nhận bảo hiểm.
- 2.3. Công ty có thể chấp nhận bảo hiểm cho Người được bảo hiểm theo Quy tắc điều khoản này vào bất kỳ ngày nào kể từ ngày Hợp đồng bảo hiểm chính bắt đầu có hiệu lực cho đến trước ngày chấm dứt hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm chính.
- 2.4. Sản phẩm bảo hiểm Hỗ trợ nằm viện-2 là loại sản phẩm bảo hiểm bồi trợ.
- 2.5. Trừ trường hợp có quy định khác trong Quy tắc điều khoản này, các định nghĩa, điều khoản và điều kiện của Hợp đồng chính sẽ được áp dụng cho Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ.



- 2.6. Nếu có sự khác nhau giữa Quy tắc điều khoản này và Hợp đồng chính thì các quy định của Quy tắc điều khoản này sẽ được áp dụng.
- 2.7. Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ này không được chia lãi và không được trả lãi, không có giá trị hoàn lại, không được thưởng dưới bất kỳ hình thức nào.

### **Điều 3. Điều kiện của Người được bảo hiểm**

Ngoài các điều kiện khác được quy định trong Quy tắc điều khoản này, Người được bảo hiểm chỉ được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ khi đáp ứng đầy đủ các điều kiện sau:

- Là cá nhân hiện đang cư trú tại Việt Nam,
- Nằm trong độ tuổi được Công ty chấp nhận bảo hiểm từ 2 (hai) đến 59 (năm mươi chín) Tuổi tại thời điểm yêu cầu bảo hiểm hoặc tái tục bảo hiểm.
- Đáp ứng đầy đủ các điều kiện để được chấp nhận bảo hiểm theo yêu cầu của Công ty.

### **Điều 4. Quyền lợi bảo hiểm**

- 4.1. Trong Thời hạn hiệu lực, nếu Người được bảo hiểm Nằm viện liên tục từ 2 (hai) ngày trở lên, với điều kiện việc Nằm viện phải Hợp lý và cần thiết về mặt y khoa theo chỉ định của một Bác sĩ và không nằm trong các trường hợp loại trừ bảo hiểm được quy định trong Điều 5, Công ty sẽ chi trả 100% Số tiền bảo hiểm cho mỗi Ngày nằm viện của Người được bảo hiểm. Số ngày chi trả quyền lợi bảo hiểm này được tính từ Ngày nằm viện thứ hai trở đi, không tính cho Ngày nằm viện đầu tiên.

Tổng số ngày chi trả quyền lợi bảo hiểm tối đa được xác định như sau:

- (a) Hình thức hỗ trợ cơ bản: không quá 4 (bốn) Ngày nằm viện liên tục trong một lần Nằm viện và không quá 30 (ba mươi) Ngày nằm viện trong một năm;
- (b) Hình thức hỗ trợ tăng cường: không quá 9 (chín) Ngày nằm viện liên tục trong một lần Nằm viện và không quá 60 (sáu mươi) Ngày nằm viện trong một năm.

- 4.2. Có nhiều mức Số tiền bảo hiểm để Bên mua bảo hiểm lựa chọn khi tham gia bảo hiểm.

- 4.3. Số tiền bảo hiểm do Bên mua bảo hiểm lựa chọn và được ghi nhận trong Giấy chứng nhận bảo hiểm.

### **Điều 5. Điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm**

Công ty có quyền không chi trả Quyền lợi bảo hiểm nếu Sự kiện bảo hiểm xảy ra ngoài lãnh thổ Việt Nam hoặc thuộc (hoặc có nguyên nhân từ) bất cứ trường hợp nào sau đây, dù trực tiếp hoặc gián tiếp:

- 5.1. Người được bảo hiểm không đáp ứng được các điều kiện của Người được bảo hiểm theo quy định tại Điều 3;
- 5.2. Người được bảo hiểm tự tử trong thời hạn hai năm kể từ Ngày hợp đồng bắt đầu có hiệu lực hoặc ngày khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ nếu Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ được khôi phục hiệu lực. Người được bảo hiểm Nằm viện để điều trị các thương tích do hành vi cố ý của Người thụ hưởng, Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm.
- 5.3. Người được bảo hiểm phải Nằm viện để điều trị các thương tật xảy ra trong lúc hoặc do Người được bảo hiểm đang bị ảnh hưởng của rượu, bia hoặc các chất có cồn;
- 5.4. Người được bảo hiểm phải Nằm viện do tham gia vào các hoạt động bạo loạn, biểu tình, đình công. Người được bảo hiểm vi phạm pháp luật hình sự hoặc tham gia đánh nhau trừ khi được cơ quan nhà nước có thẩm quyền xác nhận đó là hành động tự vệ hoặc để bảo vệ tính mạng, sức khỏe của người khác;
- 5.5. Chiến tranh (dù có tuyên bố hay không), các hành động thù địch hoặc mang tính chiến tranh, nội chiến, nổi loạn, bạo động hay bạo loạn dân sự, khủng bố
- 5.6. Động đất, núi lửa, nhiễm phóng xạ, các vụ nổ hoặc phóng xạ do vũ khí, trang thiết bị lắp đặt hạt nhân, nguyên tử hay hoá học;
- 5.7. Người được bảo hiểm Nằm viện để thực hiện các Phẫu thuật theo yêu cầu hoặc để điều trị các Bệnh loại trừ hoặc để thực hiện các Điều trị loại trừ hoặc Nằm viện nhằm mục đích khám bệnh, xét nghiệm, phòng bệnh hoặc tiêm chủng; Người được bảo hiểm Nằm viện để điều trị cùng một loại bệnh trên hai (2) lần trong một năm bảo hiểm.
- 5.8. Người được bảo hiểm có bất kỳ hành động tự ý sử dụng thuốc, ma túy hoặc chất gây mê mà theo quy định của cơ quan quản lý nhà nước về y tế thì việc sử dụng này phải được thực hiện theo đơn thuốc của một Bác sĩ;
- 5.9. Người được bảo hiểm Nằm viện để điều trị các bệnh có nguyên nhân và/hoặc phát sinh từ hoặc có liên quan đến virus HIV, hoặc các dạng đột biến hay biến thể của nó, bao gồm Hội chứng Suy giảm Miễn dịch Mắc phải (AIDS) Hội chứng phức hợp có liên quan đến Aids (ARC);
- 5.10. Người được bảo hiểm Nằm viện để điều trị chứng nghiện rượu, lạm dụng chất kích thích, ma túy hoặc tình trạng nghiện thuộc mọi thể loại và điều trị bất cứ căn bệnh hay tổn thương nào có nguyên nhân trực tiếp hay gián tiếp từ việc lạm dụng hoặc tình trạng nghiện đó;
- 5.11. Người được bảo hiểm tham gia vào các công việc có tính rủi ro cao, như tiếp xúc với các chất amiăng, tham gia tháo dỡ, phá hủy các công trình xây dựng, phòng chống cháy nổ, làm việc dưới hầm mỏ, tham gia các hành động nguy hiểm khi đóng phim;
- 5.12. Người được bảo hiểm tham gia dưới bất kỳ hình thức nào các cuộc đua, các hoạt động thể thao chuyên nghiệp, các hoạt động leo núi hoặc các hoạt động dưới nước có sử dụng mặt nạ thở; Người được bảo hiểm tham gia các hoạt động trên không trừ khi với tư cách là hành

khách có mua vé trên một chuyến bay có giấy phép hoạt động và bay theo lịch trình bay thương mại.

- 5.13.** Người được bảo hiểm Năm viện để tiến hành các phẫu thuật thẩm mỹ trừ khi những phẫu thuật đó là cần thiết do hậu quả từ một Tai nạn hay Bệnh tật;
- 5.14.** Trong năm đầu tiên của Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ, Người được bảo hiểm Năm viện do Bệnh tật trong vòng 03 (ba) tháng kể từ Ngày hợp đồng bắt đầu có hiệu lực.

Trong trường hợp Sự kiện bảo hiểm xảy ra có nguyên nhân thuộc các trường hợp bị loại trừ theo quy định tại các điều trên, Công ty có quyền chấm dứt hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ này và không hoàn lại Phí bảo hiểm đã đóng.

## **Điều 6. Phí bảo hiểm và phương thức đóng phí.**

### **6.1. Phí bảo hiểm**

Phí bảo hiểm phụ thuộc vào Số tiền bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm lựa chọn và được ghi nhận trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc thông báo chấp nhận bảo hiểm hoặc thông báo tái tục bảo hiểm.

Mức phí bảo hiểm tương ứng với mỗi mức Số tiền bảo hiểm cụ thể được xác định trong biểu phí bảo hiểm do Công ty quy định tại ngày giao kết Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ hoặc tại Ngày tái tục.

Mức phí bảo hiểm có thể được thay đổi hàng năm khi tái tục bảo hiểm trên cơ sở sự thay đổi tỉ lệ người điều trị nội trú hàng năm theo thống kê của Bộ Y Tế.

Trong trường hợp có sự thay đổi biểu phí bảo hiểm, Công ty sẽ gửi văn bản thông báo cho Bên mua bảo hiểm trước Ngày tái tục 30 ngày trong đó nêu rõ mức phí bảo hiểm mới khi tái tục hợp đồng bảo hiểm để Bên mua bảo hiểm cân nhắc quyết định việc tái tục Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ.

### **6.2. Đóng Phí bảo hiểm**

Trong mọi trường hợp, Bên mua bảo hiểm có nghĩa vụ đóng phí bảo hiểm đúng hạn dù có nhận được thư yêu cầu hoặc nhắc nhở đóng phí của Công ty hay không. Bằng chứng cho việc đóng phí bảo hiểm đúng hạn là ngày ghi trên Phiếu thu phí bảo hiểm hợp lệ do Công ty cấp cho Bên mua bảo hiểm, ngày ngân hàng xác nhận trên ủy nhiệm chi hoặc xác nhận việc nộp tiền mặt vào tài khoản của Công ty, hoặc ngày trên chứng từ thu phí hợp lệ khác theo quy định của Công ty.

Trừ khi có thỏa thuận khác giữa Bên mua bảo hiểm và Công ty, Phí bảo hiểm được đóng theo năm.

### **6.3. Gia hạn đóng phí bảo hiểm**

Quá Ngày đến hạn đóng phí nếu Bên mua bảo hiểm không thể đóng phí bảo hiểm, Công ty sẽ gia hạn đóng phí bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm một khoảng thời gian là 60 (sáu mươi) ngày kể từ Ngày đến hạn đóng phí.

Trong thời gian gia hạn đóng phí bảo hiểm, nếu phát sinh Sự kiện bảo hiểm và có yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm, phần phí bảo hiểm còn thiếu sẽ được khấu trừ vào quyền lợi bảo hiểm trước khi chi trả.

Đến hết thời gian gia hạn đóng phí bảo hiểm nêu trên, nếu Bên mua bảo hiểm không đóng phí bảo hiểm, hoặc Bên mua bảo hiểm không đóng đầy đủ phí bảo hiểm theo đúng quy định nêu trên, Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ sẽ bị mất hiệu lực kể từ Ngày đáo hạn.

## **Điều 7. Những thay đổi liên quan đến việc tham gia bảo hiểm**

- 7.1.** Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm thông báo sai Tuổi của Người được bảo hiểm, và Tuổi đúng của Người được bảo hiểm không thuộc nhóm tuổi có thể được bảo hiểm thì Công ty có quyền hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ và hoàn trả lại 70% số phí bảo hiểm đã đóng cho Bên mua bảo hiểm. Trong trường hợp này, Công ty sẽ không giải quyết quyền lợi bảo hiểm cho bất kỳ Sự kiện bảo hiểm nào phát sinh.
- 7.2.** Nếu Bên mua bảo hiểm kê khai nhầm lẫn thông tin khi yêu cầu bảo hiểm như nghề nghiệp, tình trạng sức khỏe, hoặc trả lời không đúng các câu hỏi được nêu trong Giấy yêu cầu bảo hiểm và/hoặc Bản câu hỏi kiểm tra sức khỏe, trừ trường hợp được nêu tại Điều 7.1 nêu trên, và các thông tin nhầm lẫn này ảnh hưởng đến quyết định chấp nhận bảo hiểm của Công ty, Công ty có quyền ngay lập tức chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ và không giải quyết quyền lợi bảo hiểm cho bất kỳ Sự kiện bảo hiểm nào phát sinh. Trong trường hợp này, Công ty sẽ không hoàn trả lại phí bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm đã nộp.
- 7.3.** Trong Thời hạn của Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ, Bên mua bảo hiểm có quyền yêu cầu chấm dứt việc tham gia bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ bằng văn bản. Trong trường hợp này, Công ty sẽ không hoàn trả phần phí bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm đã nộp.

## **Điều 8. Chấm dứt, tái tục và khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ**

### **8.1. Chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ**

Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ sẽ chấm dứt ngay lập tức và/hoặc không được tái tục khi xảy ra một trong các trường hợp sau:

- Hợp đồng bảo hiểm chính chấm dứt vì bất kỳ lý do gì; hoặc
- Người được bảo hiểm đạt 60 (sáu mươi) Tuổi; hoặc
- Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt hoặc không tái tục Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ; hoặc
- Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ bị mất hiệu lực theo Điều 6.3 của Quy tắc điều khoản này mà không được khôi phục; hoặc

- Các trường hợp được quy định tại Điều 7 của Quy tắc điều khoản này; hoặc
- Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ hoặc các quyền lợi bảo hiểm tương ứng nêu trong Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ cũng có thể bị chấm dứt do những nguyên nhân khác được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm chính, Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ hoặc theo quy định của pháp luật Việt Nam.

Trong trường hợp Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ chấm dứt hiệu lực do Hợp đồng bảo hiểm chính đáo hạn, Công ty sẽ hoàn trả lại cho Bên mua bảo hiểm 70% phí bảo hiểm của các khoản phí bảo hiểm đã đóng cho thời gian bảo hiểm bị chấm dứt trước hạn.

Trong trường hợp Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ chấm dứt hiệu lực do Hợp đồng bảo hiểm chính bị hủy trong thời gian tự do xem xét, Công ty sẽ hoàn trả lại cho Bên mua bảo hiểm 100% số phí bảo hiểm đã đóng cho Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ.

## **8.2. Tái tục Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ**

Với điều kiện Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ chưa bị chấm dứt hiệu lực theo quy định tại điều 8.1 hoặc chưa bị mất hiệu lực theo quy định tại điều 6.3, Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ sẽ tự động tái tục vào các Ngày đáo hạn đến khi Người được bảo hiểm đạt đến 70 (bảy mươi) tuổi nếu Bên mua bảo hiểm đóng phí bảo hiểm đầy đủ theo quy định của Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ. Nếu Công ty hoặc Bên mua bảo hiểm không đồng ý tái tục Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ thì phải gửi văn bản thông báo không tái tục cho bên còn lại trước ngày tái tục 30 (ba mươi) ngày.

## **8.3. Khôi phục hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ**

- a. Trong vòng 24 (hai mươi bốn) tháng kể từ ngày Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ bị mất hiệu lực do nguyên nhân quy định tại Điều 6.3 hoặc do các nguyên nhân khác được Công ty chấp nhận, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu khôi phục hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ đã bị mất hiệu lực nếu đáp ứng được đầy đủ các điều kiện sau đây:
  - (i) Bên mua bảo hiểm có văn bản yêu cầu khôi phục hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ; và
  - (ii) Hợp đồng bảo hiểm chính đang có hiệu lực; và
  - (iii) Bên mua bảo hiểm đóng đầy đủ khoản phí bảo hiểm cho khoảng thời gian kể từ ngày yêu cầu khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ cho đến ngày đến hạn đóng phí bảo hiểm tiếp theo; và
  - (iv) Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm vẫn đáp ứng được các điều kiện để được bảo hiểm theo Quy tắc điều khoản này; và
  - (v) Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm có nghĩa vụ cung cấp đầy đủ, chính xác, trung thực các thông tin về nhân thân, sức khỏe, nghề nghiệp trong Hồ sơ yêu cầu khôi phục hiệu lực hợp đồng bảo hiểm bổ trợ và tuân thủ các điều kiện đã thỏa thuận tại Quy tắc điều khoản này. Nếu Bên mua bảo hiểm vi phạm các nghĩa vụ quy định tại điều này, yêu cầu khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ sẽ bị hủy bỏ theo quy định tại Điều 8.3 Quy tắc điều khoản này; và

- (vi) Thời điểm Bên mua bảo hiểm yêu cầu khôi phục hiệu lực, Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ vẫn trong Thời hạn của Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ tại Điều 2.2; và
- (vii) Công ty thực hiện lại các thủ tục thẩm định bảo hiểm (nếu thấy cần thiết) và đưa ra quyết định chấp nhận hoặc không chấp nhận khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ.
- b. Nếu được Công ty chấp nhận, Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ khôi phục hiệu lực kể từ ngày ghi trên văn bản chấp thuận của Công ty với điều kiện Người được bảo hiểm phải còn sống vào thời điểm Công ty chấp thuận khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ (tức là ngày ghi trên văn bản chấp thuận khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ).
- c. Công ty sẽ không giải quyết bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào của Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ đối với các Sự kiện bảo hiểm xảy ra trong giai đoạn kể từ ngày mất hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ cho đến khi Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ được khôi phục.
- d. Bên mua bảo hiểm có nghĩa vụ tuân thủ các điều kiện đã thỏa thuận theo Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ. Nếu Bên mua bảo hiểm vi phạm một trong các nghĩa vụ quy định tại điều này, yêu cầu khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ tự động bị hủy bỏ và Công ty sẽ hoàn trả toàn bộ số tiền được Bên mua bảo hiểm đóng khi yêu cầu khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ, không có lãi, trừ đi chi phí khám, xét nghiệm y khoa và (các) khoản nợ, nếu có.

## **Điều 9. Giải quyết quyền lợi bảo hiểm**

### **9.1. Hồ sơ yêu cầu giải quyết Quyền lợi bảo hiểm:**

Người thụ hưởng, bằng chi phí của mình, cung cấp cho Công ty hồ sơ yêu cầu giải quyết Quyền lợi bảo hiểm, bao gồm:

- (a) Thư yêu cầu giải quyết Quyền lợi bảo hiểm theo mẫu do Công ty cung cấp;
- (b) Cung cấp các thông tin và bằng chứng cần thiết, bao gồm:
  - Bản photocopy của Giấy chứng nhận bảo hiểm;
  - Bản sao hợp pháp của Giấy xuất viện do Bệnh viện nơi Người được bảo hiểm Nằm viện cấp;
  - Bản sao hợp pháp hồ sơ bệnh án điều trị với các thông tin tối thiểu như sau: tên Bệnh viện, tên bệnh nhân, ngày vào viện, ngày ra viện, chẩn đoán khi vào viện, chẩn đoán khi ra viện, bệnh sử, tiền sử bệnh, loại thuốc điều trị, phương pháp điều trị, tên bác sĩ điều trị, tên khoa điều trị, quá trình điều trị.
  - Bản sao hợp pháp Biên bản tai nạn của cơ quan có thẩm quyền (trường hợp Nằm viện do tai nạn);
  - Bản sao hợp pháp giấy tờ tùy thân (Chứng minh thư nhân dân hoặc Hộ chiếu, ...) của Người được bảo hiểm/Người thụ hưởng;
  - Các giấy tờ khác có liên quan đến việc giải quyết quyền lợi bảo hiểm (theo yêu cầu của Công ty)

- 9.2.** Để phục vụ cho việc giải quyết quyền lợi của Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ này, Công ty có thể:
- (a) Yêu cầu Người được bảo hiểm thực hiện các giám định y khoa tại Bệnh viện hoặc Cơ sở y tế với Bác sĩ do Công ty và Người thụ hưởng hoặc người đại diện hợp pháp của Người thụ hưởng thỏa thuận lựa chọn.
  - (b) Trong trường hợp chết, nếu cần thiết và được pháp luật cho phép, Công ty có quyền yêu cầu giám định pháp y.

Các chi phí phát sinh theo yêu cầu của Công ty tại các điểm (a), (b) nêu trên do Công ty chịu.

- 9.3.** Công ty sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm nếu Người được bảo hiểm và/hoặc Người thụ hưởng không thực hiện các yêu cầu tại Điều 9.1, 9.2, trừ khi có lý do chính đáng được Công ty chấp thuận.
- 9.4.** Thời hạn yêu cầu giải quyết các quyền lợi bảo hiểm là 12 (mười hai) tháng kể từ ngày xảy ra Sự kiện bảo hiểm. Thời hạn 12 (mười hai) tháng này không bao gồm thời gian bị trì hoãn do các trở ngại khách quan và sự kiện bất khả kháng.
- 9.5.** Công ty có trách nhiệm giải quyết các quyền lợi bảo hiểm trong vòng 30 ngày kể từ ngày nhận được hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm đầy đủ và hợp lệ.
- 9.6.** Người thụ hưởng có nghĩa vụ hoàn trả lại cho Công ty đầy đủ và ngay lập tức các khoản tiền mà Công ty đã chi trả cho các quyền lợi bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ nếu Công ty chứng minh được Người thụ hưởng đã không trung thực và/hoặc gian dối khi yêu cầu giải quyết các quyền lợi bảo hiểm.
- 9.7.** Công ty có quyền từ chối giải quyết bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào nếu yêu cầu đó được chứng minh là không trung thực và/hoặc gian dối.

## CÔNG TY TNHH BẢO HIỂM NHÂN THỌ MIRAE ASSET PRÉVOIR

### Văn phòng chính:

Tầng 6A - 8, Tòa nhà Sài Gòn Giải Phóng  
436 - 438 Nguyễn Thị Minh Khai, Phường 5, Quận 3, Tp. Hồ Chí Minh  
☎ (84-28) 2220 1050 📠 (84-28) 3823 7349

### Văn phòng Hà Nội:

Tầng 9, Tòa nhà Mặt trời Sông Hồng, 23 Phan Chu Trinh, Quận Hoàn Kiếm, Hà Nội  
☎ (84-24) 3934 4939 📠 (84-24) 3934 4940



[map-life.com.vn](http://map-life.com.vn)