

vững tin
SỐNG KHỎE

QUY TẮC ĐIỀU KHOẢN

SẢN PHẨM BẢO HIỂM BỆNH UNG THƯ - LỰA CHỌN A

Được phê chuẩn theo công văn số: 2553/BTC-QLBH ngày 6 tháng 3 năm 2020 của Bộ Tài chính



SẢN PHẨM BẢO HIỂM BỆNH UNG THƯ VỮNG TIN SỐNG KHỎE

Lựa chọn A

(Được phê chuẩn theo công văn số: 2553/BTC-QLBH ngày 06/03/2020 của Bộ Tài chính)

Đây là Quy tắc điều khoản của Sản phẩm bảo hiểm Bệnh ung thư – Lựa chọn A (sau đây gọi tắt là “**Quy tắc điều khoản**”).

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, Giấy chứng nhận bảo hiểm và các tài liệu được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm. Chúng tôi rất vui lòng được giải đáp cho Quý khách hàng mọi nội dung của Quy tắc điều khoản này và Hợp đồng bảo hiểm.

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 và của Hợp đồng bảo hiểm.

Cam kết dịch vụ của chúng tôi

Chúng tôi mong muốn được cung cấp các dịch vụ có 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

Điều 1. Các định nghĩa.....	4
Điều 2. Hợp đồng bảo hiểm	5
Điều 3. Thời gian cân nhắc	6
Điều 4. Quyền lợi bảo hiểm.....	6
Điều 5. Điều khoản loại trừ.....	6
Điều 6. Nghĩa vụ đóng phí và thời gian gia hạn đóng phí.....	6
Điều 7. Khôi phục hiệu lực hợp đồng.....	6
Điều 8. Trách nhiệm kê khai, cung cấp và bảo mật thông tin.....	7
Điều 9. Nhầm lẫn khi kê khai tuổi, giới tính	8
Điều 10. Miễn truy xét	8
Điều 11. Chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm	8
Điều 12. Các thay đổi trong quá trình thực hiện hợp đồng bảo hiểm	8
Điều 13. Thủ tục giải quyết yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm	9
Điều 14. Luật áp dụng và giải quyết tranh chấp	10

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. “Bên mua bảo hiểm” là tổ chức được thành lập 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 Hợp đồng bảo hiểm.

1.3. “Người được bảo hiểm” là cá nhân hiện đang sinh sống tại Việt Nam, có độ tuổi từ 06 (sáu) tháng đến 60 (sáu mươi) tuổi vào Ngày hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm và được Công ty chấp nhận bảo hiểm theo Quy tắc điều khoản sản phẩm bảo hiểm này.

1.4. “Tuổi” của Người được bảo hiểm là tuổi tính theo ngày sinh nhật liền trước Ngày hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm.

1.5. “Thời hạn bảo hiểm” của sản phẩm bảo hiểm này là 05 (năm) năm tính từ Ngày hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm và được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm.

1.6. “Số tiền bảo hiểm” là số tiền Công ty chấp thuận bảo hiểm theo Quy tắc điều khoản của sản phẩm và được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các thỏa thuận sửa đổi, bổ sung của Hợp đồng bảo hiểm (nếu có).

1.7. “Phí bảo hiểm” là khoản tiền mà Bên mua bảo hiểm phải đóng cho Công ty theo định kỳ và được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các thỏa thuận sửa đổi, bổ sung của Hợp đồng bảo hiểm (nếu có).

1.8. “Ngày đến hạn đóng phí” là ngày đóng phí bảo hiểm định kỳ theo thỏa thuận tại Hợp đồng bảo hiểm hoặc thỏa thuận sửa đổi, bổ sung của Hợp đồng bảo hiểm (nếu có).

1.9. “Thời hạn đóng phí” của sản phẩm bảo hiểm này bằng với Thời hạn bảo hiểm.

1.10. “Ngày hiệu lực” hoặc **“Ngày hiệu lực hợp đồng”** là ngày Bên mua bảo hiểm hoàn thành Giấy yêu cầu bảo hiểm, đóng đầy đủ Phí bảo hiểm tạm tính, 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 hợp đồng được ghi nhận trên Giấy chứng nhận bảo hiểm.

1.11. “Chẩn đoán bệnh” hoặc **“Chẩn đoán”** là chẩn đoán sau cùng được thực hiện bởi Bác sĩ của Bệnh viện. Chẩn đoán bệnh phải căn cứ trên bằng chứng cụ thể đáp ứng các điều kiện tại định nghĩa Bệnh ung thư giai đoạn cuối quy định tại Điều 1.15 và được hỗ trợ xác thực bởi các bằng chứng y khoa khách quan như triệu chứng lâm sàng, kết quả xét nghiệm máu, mô học, di truyền phân tử, chẩn đoán hình ảnh hoặc các xét nghiệm khác có thể chấp nhận được đối với Công ty. Chẩn đoán bệnh và các bằng chứng như vậy sẽ được Công ty xem xét trên cơ sở các bằng chứng do Bên mua bảo hiểm cung cấp và/hoặc bất kỳ bằng chứng bổ sung nào mà Công ty có thể yêu cầu thêm.

Trong trường hợp có sự tranh chấp hoặc sự không đồng thuận về tính hợp lệ và/hoặc tính chính xác của Chẩn đoán bệnh, Công ty có quyền xem xét lại và yêu cầu Người được bảo hiểm tiến hành kiểm tra sức khỏe tại một trung tâm kiểm tra sức khỏe độc lập, trung tâm này sẽ được chọn lựa theo sự thỏa thuận giữa Công ty và Người được bảo hiểm (hoặc người đại diện theo pháp luật của Người được bảo hiểm). Công ty và Người được bảo hiểm phải tuân theo kết quả kiểm tra sức khỏe cuối cùng này. Tất cả các chi phí phát sinh trong quá trình khám sức khỏe theo yêu cầu của Công ty sẽ do Công ty chịu.

Công ty sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm này nếu Người được bảo hiểm không thực hiện các yêu cầu trên, trừ khi có lý do chính đáng được Công ty chấp thuận.

1.12. “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:

- Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm; hoặc
- 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; con riêng của vợ hoặc chồng của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm; trừ trường hợp giao nhiệm vụ theo phân công của cấp có thẩm quyền.

1.13. “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:

- Trung tâm y tế dự phòng;
- Bệnh viện/viện tâm thần;
- Bệnh viện/viện y học dân tộc;
- Bệnh viện/viện phong;
- Nhà điều dưỡng, trung tâm phục hồi chức năng, nhà lưu bệnh;
- 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.

1.14. “Bệnh có sẵn” là tình trạng bệnh tật của Người được bảo hiểm được chẩn đoán hoặc được điều trị hoặc được thăm khám bởi Bác sĩ được thực hiện tại bất kỳ cơ sở khám chữa bệnh nào hoặc đã được điều trị trước Ngày hiệu lực/Ngày khôi phục hiệu lực Hợp đồng và có bằng chứng của cơ quan y tế có thẩm quyền dù cho được kê khai hay không được kê khai trong Giấy yêu cầu bảo hiểm hoặc trên bất kỳ bản kê khai sức khỏe nào.

1.15. “Bệnh ung thư giai đoạn cuối” là khối u ác tính được Chẩn đoán xác định bởi kết quả xét nghiệm mô bệnh học với sự phát triển không kiểm soát của các tế bào ác tính, có sự xâm lấn và phá hủy các mô bình thường. Thuật ngữ khối u ác tính bao gồm bệnh bạch cầu, ung thư hạch và sarcoma.

Chẩn đoán ung thư phải được xác định bằng kết quả xét nghiệm mô bệnh học và được thực hiện bởi Bác sĩ chuyên khoa ung bướu hoặc Bác sĩ chuyên khoa giải phẫu bệnh.

Theo định nghĩa trên, các trường hợp sau không thuộc phạm vi bảo hiểm:

- Ung thư biểu mô tại chỗ, loạn sản cổ tử cung CIN-1, CIN-2 và CIN-3, giai đoạn tiền ung thư hoặc ung thư không xâm lấn;
- Bất kỳ bệnh ung thư da không phải ung thư hắc tố trừ khi có di căn hạch bạch huyết hoặc di căn xa;
- Ung thư hắc tố nhưng chưa xâm lấn ra khỏi lớp biểu bì;
- Ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn đầu có kết quả mô bệnh học T1N0M0 hoặc ở giai đoạn sớm hơn theo hệ thống phân loại TNM hoặc theo hình thức phân loại khác ở giai đoạn tương đương;
- Ung thư tuyến giáp có kết quả mô bệnh học T1N0M0 hoặc ở giai đoạn sớm hơn theo hệ thống phân loại TNM;
- Ung thư bàng quang giai đoạn đầu có kết quả mô bệnh học T1N0M0 hoặc ở giai đoạn sớm hơn theo hệ thống phân loại TNM;
- Tất cả các khối u mô đệm đường tiêu hóa (GIST) có kết quả mô bệnh học là T1N0M0 hoặc ở giai đoạn sớm hơn theo hệ thống phân loại TNM và với số lượng phân bào nhỏ hơn hoặc bằng 5/50 HPFs;
- Bệnh bạch cầu mạn dòng lympho (CLL) ở giai đoạn 1 hoặc 2 theo phân loại Rai;
- Tất cả khối u trên người bị nhiễm HIV.

1.16. “Sự kiện bảo hiểm” là khi Người được bảo hiểm được Chẩn đoán xác định mắc Bệnh ung thư giai đoạn cuối. Việc xác nhận Sự kiện bảo hiểm phải được lập thành văn bản có chữ ký của Bác sĩ và các chữ ký khác nếu có yêu cầu trên văn bản xác nhận, con dấu của Bệnh viện.

1.17. “Thời gian chờ” là 90 (chín mươi) ngày sẽ được áp dụng kể từ Ngày hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm hoặc Ngày khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm gần nhất, tùy theo ngày nào đến sau. Quyền lợi bảo hiểm quy định tại Điều 4 của Quy tắc điều khoản này sẽ không được chi trả nếu như Người được bảo hiểm được Chẩn đoán mắc phải Bệnh ung thư giai đoạn cuối trước hoặc trong suốt Thời gian chờ.

1.18. “Thời gian sống” là 07 (bảy) ngày kể từ ngày Người được bảo hiểm được Chẩn đoán mắc phải Bệnh ung thư giai đoạn cuối. Quyền lợi bảo hiểm quy định tại Điều 4 của Quy tắc điều khoản này sẽ không được chi trả nếu như Người được bảo hiểm tử vong trong Thời gian sống.

Điều 2. Hợp đồng bảo hiểm

2.1 “Hợp đồng bảo hiểm” hoặc **“Hợp đồng”** 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 bao gồm các tài liệu sau: Giấy yêu cầu bảo hiểm, Bảng câu hỏi sức khỏe (nếu có), Giấy chứng nhận bảo hiểm, Quy tắc điều khoản, Bảng minh họa quyền lợi bảo hiểm, các văn bản sửa đổi, bổ sung Hợp đồng bảo hiểm (nếu có).

2.2 “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 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.

2.3 “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, và là một phần không tách rời của Hợp đồng.

2.4 Sản phẩm bảo hiểm 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 3. Thời gian cân nhắc

Trong vòng 21 (hai mươi mốt) ngày kể từ ngày Bên mua bảo hiểm 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 tham gia bảo hiểm, hoặc yêu cầu thay đổi, chỉnh sửa Hợp đồng bảo hiểm bằng cách gửi văn bản thông báo đến Công ty. Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm từ chối không tham gia bảo hiểm, Công ty sẽ hoàn trả lại Phí bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm đã đóng, không tính lãi, sau khi khấu trừ chi phí khám, xét nghiệm y khoa (nếu có).

Điều 4. Quyền lợi bảo hiểm

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm đang còn hiệu lực và sau Thời gian chờ, nếu Người được bảo hiểm được Chẩn đoán mắc phải Bệnh ung thư giai đoạn cuối và vẫn còn sống sau Thời gian sống, Công ty sẽ chi trả 100% Số tiền bảo hiểm của sản phẩm này. Hợp đồng bảo hiểm cũng sẽ chấm dứt hiệu lực ngay sau khi quyền lợi bảo hiểm được chấp thuận chi trả.

Điều 5. Điều khoản loại trừ

Công ty sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm quy định tại Điều 4 nếu Người được bảo hiểm được Chẩn đoán mắc phải Bệnh ung thư giai đoạn cuối vì một trong những nguyên nhân sau:

- Bệnh có sẵn, trừ khi thông tin về Bệnh có sẵn đã được cung cấp đầy đủ và trung thực cho Công ty và được Công ty chấp nhận cụ thể hoặc trừ khi đó là các Bệnh có sẵn không ảnh hưởng đến việc chấp nhận bảo hiểm hoặc chấp nhận yêu cầu khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm; hoặc
- Bệnh ung thư giai đoạn cuối tồn tại trước Ngày hiệu lực hoặc trước bất kỳ ngày khôi phục hiệu lực của Hợp đồng gần nhất, tùy vào ngày nào đến sau; hoặc
- Nhiễm HIV hoặc các bệnh liên quan đến 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; hoặc
- Do hành vi cố ý của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc người nhận quyền lợi bảo hiểm.

Điều 6. Nghĩa vụ đóng phí và thời gian gia hạn đóng phí

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.

Thời gian gia hạn đóng Phí bảo hiểm là 60 (sáu mươi) ngày và sẽ bắt đầu kể từ Ngày đến hạn đóng phí nếu Bên mua bảo hiểm không nộp đủ Phí bảo hiểm khi đến hạn. Trong thời gian gia hạn đóng phí, Công ty sẽ không tính lãi đối với các khoản phí chưa thanh toán và Hợp đồng bảo hiểm vẫn duy trì hiệu lực.

Nếu Bên mua bảo hiểm không tiếp tục đóng Phí bảo hiểm khi kết thúc thời gian gia hạn đóng phí, Hợp đồng bảo hiểm sẽ mất hiệu lực kể từ ngày bắt đầu thời gian gia hạn đóng phí.

Điều 7. Khôi phục hiệu lực hợp đồng

7.1 Khi hợp đồng mất hiệu lực theo quy định tại Điều 6, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu khôi phục hiệu lực Hợp đồng nếu đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

- Bên mua bảo hiểm có văn bản yêu cầu khôi phục hiệu lực trong thời gian 24 (hai mươi bốn) tháng kể từ ngày Hợp đồng mất hiệu lực gần nhất; và

- Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm đủ điều kiện để được bảo hiểm theo kết quả thẩm định của Công ty.

7.2 Nếu được Công ty chấp thuận yêu cầu khôi phục hiệu lực Hợp đồng, thời điểm có hiệu lực của việc khôi phục này được tính từ ngày Công ty xác nhận chấp thuận việc khôi phục hiệu lực Hợp đồng bằng văn bản, với điều kiện cả Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm phải còn sống vào thời điểm Công ty chấp thuận khôi phục hiệu lực Hợp đồng. Công ty sẽ không giải quyết bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào đối với Sự kiện bảo hiểm xảy ra trong giai đoạn kể từ ngày mất hiệu lực Hợp đồng cho đến khi Hợp đồng được khôi phục hiệu lực.

Điều 8. Trách nhiệm kê khai, cung cấp và bảo mật thông tin

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

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 và/hoặc Người được bảo hiểm.

Trường hợp Công ty cố ý cung cấp thông tin sai sự thật nhằm giao kết Hợp đồng thì Bên mua bảo hiểm có quyền đơn phương đình chỉ thực hiện Hợp đồng bảo hiểm; Công ty phải bồi thường thiệt hại phát sinh cho Bên mua bảo hiểm do việc cung cấp thông tin sai sự thật.

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

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 thuận bảo hiểm cho Hợp đồng bảo hiểm này. Việc thẩm định sức khỏe (nếu có) không thay thế cho nghĩa vụ kê khai trung thực của Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm theo quy định tại Điều này.

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 thuận bảo hiểm hoặc không chấp thuận yêu cầu khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm, Công ty có quyền đơn phương đình chỉ một phần hoặc toàn bộ Hợp đồng ngay sau khi phát hiện ra hành vi vi phạm của Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm. Khi đó, Công ty không chi trả bất cứ quyền lợi bảo hiểm nào và sẽ hoàn lại phí bảo hiểm đã đóng (không có lãi) tương ứng với thời gian còn lại của Hợp đồng bảo hiểm, sau khi trừ đi các chi phí kiểm tra sức khỏe (nếu có).

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 hoặc quyết định khôi phục hiệu lực Hợp đồng 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 điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm này.

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

Công ty không được chuyển giao thông tin cá nhân do Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm cung cấp tại Hợp đồng bảo hiểm cho bất kỳ bên thứ ba nào khác, trừ các trường hợp sau đây:

- Thu thập, sử dụng, chuyển giao theo yêu cầu của cơ quan nhà nước có thẩm quyền hoặc cho mục đích thẩm định, tính toán Phí bảo hiểm, phát hành, quản lý và thực hiện Hợp đồng bảo hiểm, thu Phí bảo hiểm, tái bảo hiểm, trích lập dự phòng nghiệp vụ, giải quyết chi trả quyền lợi bảo hiểm, nghiên cứu thiết kế sản phẩm, phòng chống trục lợi bảo hiểm, nghiên cứu, đánh giá tình hình tài chính, khả năng thanh toán, mức độ đầy đủ vốn, yêu cầu vốn, cung cấp thông tin cho luật sư, người bảo vệ quyền và lợi ích hợp pháp của Công ty để phục vụ cho mục đích giải quyết khiếu nại/khiếu kiện.
- Các trường hợp khác được Bên mua bảo hiểm và/ hoặc Người được bảo hiểm đồng ý bằng văn bản, với điều kiện:
 - Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm phải được thông báo về mục đích chuyển giao thông tin và được quyền lựa chọn giữa đồng ý hoặc không đồng ý với việc chuyển giao đó; và
 - Việc Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm từ chối cho phép chuyển giao thông tin cho bên thứ ba ngoài điểm a thuộc Điều này không được sử dụng làm lý do để từ chối giao kết Hợp đồng.

Điều 9. Nhầm lẫn khi kê khai tuổi, giới tính

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

- Nếu việc kê khai nhầm tuổi và/hoặc giới tính dẫn đến số Phí bảo hiểm phải đóng lớn hơn số phí quy định trong Giấy chứng nhận bảo hiểm, Số tiền bảo hiểm sẽ được điều chỉnh giảm tương ứng theo độ tuổi và/hoặc giới tính đúng và số Phí bảo hiểm đã đóng.
- Nếu việc kê khai nhầm tuổi và/hoặc giới tính dẫn đến số Phí bảo hiểm phải đóng ít hơn số phí quy định trong Giấy chứng nhận bảo hiểm, số Phí bảo hiểm phải đóng sẽ được điều chỉnh giảm theo độ tuổi và/hoặc giới tính đúng và tương ứng với Số tiền bảo hiểm. Số Phí bảo hiểm đã đóng vượt quá sẽ được hoàn trả lại cho Bên mua bảo hiểm.
- Nếu theo tuổi và/hoặc giới tính đúng, Người được bảo hiểm không được Công ty chấp thuận bảo hiểm theo Quy tắc điều khoản của sản phẩm bảo hiểm này, Hợp đồng bảo hiểm sẽ được hủy bỏ. Trong trường hợp này, Công ty sẽ hoàn trả cho Bên mua bảo hiểm toàn bộ Phí bảo hiểm đã đóng, không có lãi sau khi trừ đi các chi phí khám, xét nghiệm y khoa (nếu có).

Điều 10. Miễn truy xét

Khi Người được bảo hiểm còn sống, các nội dung kê khai không chính xác hoặc bỏ sót trong Giấy yêu cầu bảo hiểm và các giấy tờ có liên quan sẽ được Công ty miễn truy xét sau 24 (hai mươi bốn) tháng kể từ Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc kể từ ngày khôi phục hiệu lực Hợp đồng gần nhất.

Quy định trên sẽ không được áp dụng trong trường hợp Bên mua bảo hiểm đã cố ý kê khai không trung thực những thông tin mà nếu biết được những thông tin đó, Công ty sẽ từ chối chấp thuận bảo hiểm theo quy định tại Điều 8.2 Quy tắc điều khoản này.

Điều 11. Chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm

Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực nếu một trong các sự kiện sau xảy ra:

- a. Quyền lợi bảo hiểm tại Điều 4 được Công ty chấp thuận chi trả; hoặc
- b. Hợp đồng bảo hiểm mất hiệu lực trên 24 (hai mươi bốn) tháng; hoặc
- c. Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt hiệu lực Hợp đồng này và Công ty sẽ không hoàn trả Phí bảo hiểm; hoặc
- d. Người được bảo hiểm tử vong; hoặc
- e. Người được bảo hiểm đạt 65 (sáu mươi lăm) tuổi; hoặc
- f. Kết thúc Thời hạn bảo hiểm; hoặc
- g. Hợp đồng bảo hiểm bị chấm dứt hiệu lực theo các quy định tại Quy tắc điều khoản sản phẩm hoặc theo quy định của pháp luật.

Điều 12. Các thay đổi trong quá trình thực hiện hợp đồng bảo hiểm

12.1 Chuyển nhượng Hợp đồng bảo hiểm

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực và Người được bảo hiểm còn sống, Bên mua bảo hiểm có thể chuyển nhượng toàn bộ Hợp đồng bảo hiểm cho cá nhân hoặc tổ chức khác. Bên được chuyển nhượng phải đáp ứng yêu cầu về mối quan hệ có thể được bảo hiểm và đáp ứng các quy định của pháp luật liên quan tại thời điểm chuyển nhượng.

Việc chuyển nhượng Hợp đồng bảo hiểm chỉ có hiệu lực khi Bên mua bảo hiểm thông báo yêu cầu chuyển nhượng bằng văn bản và được Công ty chấp thuận và xác nhận việc chuyển nhượng đó bằng văn bản với điều kiện bên được chuyển nhượng thỏa mãn các yêu cầu của Quy tắc điều khoản sản phẩm tham gia và các quy định pháp luật liên quan.

Khi việc chuyển nhượng có hiệu lực, Bên mua bảo hiểm trước đó sẽ chấm dứt việc thực hiện mọi quyền lợi và nghĩa vụ trong Hợp đồng bảo hiểm, bên được chuyển nhượng sẽ có toàn bộ quyền lợi và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm đối với Hợp đồng bảo hiểm. Tuy nhiên, Người được bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm sẽ không thay đổi.

Công ty không chịu trách nhiệm về tính hợp pháp của việc chuyển nhượng giữa Bên mua bảo hiểm và bên được chuyển nhượng.

12.2 Cập nhật thông tin cá nhân

Bên mua bảo hiểm có trách nhiệm thông báo cho Công ty trong vòng 30 ngày kể từ ngày phát sinh các thay đổi sau:

- a. Thông tin nhân thân của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm như: tên, tuổi, giới tính, địa chỉ, số điện thoại, địa chỉ email;
- b. Người được bảo hiểm ra nước ngoài từ 60 ngày liên tục trở lên.
- c. Người được bảo hiểm thay đổi nghề nghiệp.

Ngoại trừ các trường hợp đã được quy định trong Quy tắc điều khoản này, Công ty có thể thẩm định lại rủi ro có thể được bảo hiểm đối với các thay đổi để (i) xác định lại mức Phí bảo hiểm, (ii) loại trừ trách nhiệm bảo hiểm, (iii) giảm quyền lợi bảo hiểm, hoặc (iv) chấm dứt Hợp đồng.

12.3 Trường hợp Bên mua bảo hiểm tử vong/chấm dứt tồn tại:

Trong Thời hạn bảo hiểm, trường hợp Hợp đồng chưa được chuyển nhượng theo Điều 12.1 Quy tắc điều khoản này, mà Bên mua bảo hiểm tử vong (nếu Bên mua bảo hiểm là cá nhân) hoặc nếu Bên mua bảo hiểm là tổ chức giải thể, phá sản, chấm dứt tồn tại thì Hợp đồng bảo hiểm sẽ được xử lý như sau:

- a. Trường hợp Bên mua bảo hiểm là cá nhân và không phải là Người được bảo hiểm
Khi Bên mua bảo hiểm tử vong trong thời gian có hiệu lực của Hợp đồng, người sau đây sẽ trở thành Bên mua bảo hiểm theo thứ tự ưu tiên:
 - i. Người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm, với điều kiện Người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm phải đáp ứng các điều kiện quy định để trở thành Bên mua bảo hiểm tại Hợp đồng bảo hiểm này.
 - ii. Người được bảo hiểm sẽ trở thành Bên mua bảo hiểm, với điều kiện Người được bảo hiểm phải đáp ứng các điều kiện quy định để trở thành Bên mua bảo hiểm tại Hợp đồng bảo hiểm này.

Hợp đồng bảo hiểm này sẽ chấm dứt hiệu lực khi người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm không đáp ứng các điều kiện quy định để trở thành Bên mua bảo hiểm tại Hợp đồng bảo hiểm này.

- b. Trường hợp Bên mua bảo hiểm là tổ chức
Khi Bên mua bảo hiểm sáp nhập, hợp nhất để trở thành tổ chức mới, tổ chức mới sau khi thành lập sẽ trở thành Bên mua bảo hiểm mới kế thừa toàn bộ các quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm liên quan đến Quy tắc điều khoản này. Bên mua bảo hiểm phải đáp ứng các điều kiện quy định tại Quy tắc điều khoản này. Nếu sau khi sáp nhập, hợp nhất mà Bên mua bảo hiểm mới không đáp ứng các điều kiện quy định tại Quy tắc điều khoản này hoặc Bên mua bảo hiểm bị phá sản, giải thể, Người được bảo hiểm sẽ trở thành Bên mua bảo hiểm của Hợp đồng.

Hợp đồng bảo hiểm này sẽ chấm dứt hiệu lực khi Người được bảo hiểm không đáp ứng các điều kiện quy định để trở thành Bên mua bảo hiểm tại Hợp đồng bảo hiểm này.

Điều 13. Thủ tục giải quyết yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm

13.1 Thứ tự ưu tiên nhận quyền lợi bảo hiểm:

Quyền lợi bảo hiểm được quy định tại Điều 4 sẽ được Công ty chi trả như sau:

- a. Đối với Người được bảo hiểm từ 18 tuổi trở lên thì quyền lợi bảo hiểm sẽ được chi trả cho Người được bảo hiểm.
- b. Đối với Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi thì quyền lợi sẽ chi trả theo thứ tự ưu tiên sau:
 - Cha/mẹ/người giám hộ hợp pháp của Người được bảo hiểm;
 - Bên mua bảo hiểm.
- c. Đối với trường hợp Người được bảo hiểm tử vong trước khi chi trả quyền lợi bảo hiểm thì quyền lợi sẽ chi trả theo thứ tự ưu tiên sau:
 - Người thừa kế hợp pháp của Người được bảo hiểm;
 - Bên mua bảo hiểm.

13.2 Thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm:

Thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm là trong vòng 12 (mười hai) tháng kể từ ngày phát sinh 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.

13.3 Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm bao gồm:

- Phiếu yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm (theo mẫu của Công ty) được điền đầy đủ, trung thực và chính xác; và
- Kết quả Chẩn đoán bệnh được cấp bởi viện, bệnh viện, trung tâm y tế cấp tỉnh, thành phố hoặc cấp trung ương; và

- Các giấy tờ, hồ sơ Chẩn đoán bệnh, xét nghiệm liên quan đến tiến trình phát hiện và điều trị Bệnh ung thư giai đoạn cuối; và
- Giấy ra viện, giấy chứng nhận phẫu thuật (nếu có); và
- Giấy chứng nhận bảo hiểm bản gốc (nếu có); và
- Bản sao được chứng thực hợp pháp của giấy chứng tử do cơ quan có thẩm quyền cấp (trong trường hợp Người được bảo hiểm đã chết trước khi giải quyết quyền lợi bảo hiểm); và
- Bản sao được chứng thực hợp pháp của Chứng minh thư nhân dân/hộ chiếu hoặc giấy tờ tùy thân hợp pháp khác của người nhận quyền lợi bảo hiểm, Người được bảo hiểm;
- Bệnh án (nếu có); các bằng chứng thăm khám y tế và các xét nghiệm liên quan đến phát hiện và điều trị bệnh, kết quả Chẩn đoán bệnh được thực hiện theo yêu cầu của Bác sĩ.

Để phục vụ cho việc giải quyết quyền lợi của Hợp đồng bảo hiểm, Công ty có quyền yêu cầu Người được bảo hiểm tham gia tiến hành kiểm tra xác nhận lại Chẩn đoán bệnh với sự chấp thuận của Người được bảo hiểm (hoặc người đại diện theo pháp luật của Người được bảo hiểm), bao gồm việc cung cấp bằng chứng về tiền sử bệnh, bệnh sử, kết quả các xét nghiệm chẩn đoán y khoa, kết quả chẩn đoán lại tại một cơ sở y tế khác. Khi đó mọi chi phí cho việc tiến hành xét nghiệm y khoa này theo yêu cầu của Công ty sẽ do Công ty chịu trách nhiệm chi trả.

Công ty sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm của Hợp đồng nếu Người được bảo hiểm không thực hiện các yêu cầu trên, trừ khi có lý do chính đáng được Công ty chấp thuận.

Các tài liệu và chứng cứ sẽ được xem xét bởi Công ty. Công ty sẽ thông báo cho người nhận quyền lợi bảo hiểm về quyết định của Công ty.

13.4 Trong trường hợp xảy ra tranh chấp hoặc sự không đồng thuận đối với quyết định của Công ty, Công ty và Người được bảo hiểm hoặc người đại diện theo pháp luật của Người được bảo hiểm sẽ thỏa thuận chọn một Bác sĩ tại Bệnh viện khác để khám. Quyết định của Bác sĩ có xác nhận của Bệnh viện này là quyết định cuối cùng.

13.5 Nếu người nhận quyền lợi bảo hiểm chưa thành niên và/hoặc mất năng lực hành vi dân sự vào thời điểm yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm, thì hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải có thêm bản sao được chứng thực hợp pháp văn bản của cơ quan nhà nước có thẩm quyền xác nhận người đại diện theo pháp luật liên quan cùng với bản sao được chứng thực hợp pháp Chứng minh thư nhân dân/hộ chiếu hoặc giấy tờ tùy thân hợp pháp khác của người đại diện theo pháp luật.

13.6 Công ty có trách nhiệm giải quyết quyền lợi bảo hiểm trong vòng 30 (ba mươi) ngày làm việc kể từ ngày nhận được hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm đầy đủ và hợp lệ theo quy định tại Điều này. Trường hợp giải quyết quyền lợi bảo hiểm sau ngày làm việc thứ 30 quy định tại Điều này, Công ty sẽ chi trả thêm một khoản tiền lãi cho số tiền chưa chi trả kể từ ngày thứ 31 với lãi suất bằng với lãi suất tiền gửi tiết kiệm kỳ hạn một tháng (trả lãi sau) của Ngân hàng Thương mại cổ phần ngoại thương Việt Nam (Vietcombank) tại thời điểm chi trả.

13.7 Người nhận quyền lợi của Hợp đồng có nghĩa vụ hoàn trả lại cho Công ty đầy đủ và ngay lập tức các khoản tiền quyền lợi bảo hiểm mà Công ty đã chi trả theo Hợp đồng nếu Công ty chứng minh được người nhận quyền lợi của Hợp đồng đã không trung thực, gian dối và/hoặc nhằm lừa khi yêu cầu giải quyết các quyền lợi bảo hiểm.

13.8 Công ty có quyền từ chối giải quyết bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào nếu yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo Hợp đồng được chứng minh là không trung thực, gian dối.

Điều 14. Luật áp dụng và giải quyết tranh chấp

Hợp đồng sẽ được giải thích và áp dụng theo quy định của pháp luật Việt Nam. Khi xảy ra tranh chấp liên quan đến Hợp đồng mà các bên không thể giải quyết được bằng thỏa thuận hoặc hòa giải trong vòng 90 (chín mươi) ngày kể từ ngày xảy ra tranh chấp, một trong các bên có thể khởi kiện tại một Tòa án có thẩm quyền của Việt Nam tại nơi đặt trụ sở chính của Công ty hoặc nơi cư trú của Bên mua bảo hiểm để giải quyết tranh chấp đó. Quyết định của Tòa án là quyết định cuối cùng và các bên có nghĩa vụ thực hiện. Án phí do bên thua kiện chịu.

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 Sóng Hồng, 23 Phan Chu Trinh, Quận Hoàn Kiếm, Hà Nội
☎ (84-24) 3934 4939 📠 (84-24) 3934 4940



map-life.com.vn