



CÔNG TY TNHH BẢO HIỂM NHÂN THỌ VIETCOMBANK-CARDIF



**ĐIỀU KHOẢN
BẢO HIỂM TỬ KỶ NHÓM**

(Được chấp thuận theo công văn số: 5667/BTC-QLBH ngày 29 tháng 4 năm 2014 của
Bộ Tài chính)

A handwritten signature in black ink, appearing to be "Thư", located in the bottom right corner of the page.

MỤC LỤC

ĐIỀU 1.	QUY ĐỊNH CHUNG	3
ĐIỀU 2.	MỘT SỐ KHÁI NIỆM	3
ĐIỀU 3.	ĐIỀU KIỆN VÀ THỦ TỤC THAM GIA BẢO HIỂM.....	5
ĐIỀU 4.	. THỜI HẠN HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM	7
ĐIỀU 5.	QUYỀN LỢI BẢO HIỂM TẠM THỜI.....	7
ĐIỀU 6.	QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	8
ĐIỀU 7.	ĐIỀU KHOẢN LOẠI TRỪ	8
ĐIỀU 8.	. PHÍ BẢO HIỂM	9
ĐIỀU 9.	. NHỮNG THAY ĐỔI LIÊN QUAN ĐẾN HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM	10
ĐIỀU 10.	CHẤM DỨT HIỆU LỰC HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM.....	10
ĐIỀU 11.	GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	11
ĐIỀU 12.	TRANH CHẤP VÀ GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP.....	13

Điều 1. Quy định chung

Hợp đồng bảo hiểm Từ kỳ nhóm ("**Hợp đồng bảo hiểm**") quy định các điều kiện và điều khoản bảo hiểm giữa CÔNG TY TNHH BẢO HIỂM NHÂN THỌ VIETCOMBANK-CARDIF và BÊN MUA BẢO HIỂM được ghi tên trong Phụ lục Hợp đồng.

Phụ lục Hợp đồng, Điều khoản Bảo hiểm từ kỳ nhóm, Danh sách Người được bảo hiểm, mẫu giấy đăng ký thành viên và các tài liệu sửa đổi, bổ sung có liên quan khác đều là một phần không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm.

Với điều kiện tất cả các thông tin trong Phụ lục Hợp đồng và Danh sách Người được bảo hiểm do Bên mua bảo hiểm cung cấp cho Công ty là chính xác và đúng sự thật, đồng thời Phí bảo hiểm được đóng đúng theo quy định trong Hợp đồng bảo hiểm và Phụ lục Hợp đồng bảo hiểm, Công ty có trách nhiệm giải quyết các quyền lợi bảo hiểm theo các điều kiện, điều khoản và các điểm loại trừ được quy định hoặc được bổ sung kèm theo Hợp đồng bảo hiểm.

Sản phẩm bảo hiểm từ kỳ nhóm là loại sản phẩm không chia lãi, không có giá trị hoàn lại và không có quyền lợi đáo hạn.

Điều 2. Một số khái niệm

2.1 "**Công ty**" là Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ Vietcombank-Cardif, có trụ sở tại tầng 11, Capital Tower, 109 Trần Hưng Đạo, quận Hoàn Kiếm, Hà Nội, có giấy phép thành lập và hoạt động số 55GP/KDBH do Bộ Tài chính cấp ngày 23 tháng 10 năm 2008 tại Hà Nội và được sửa đổi tùy từng thời điểm.

2.2 "**Bên mua bảo hiểm**" là các ngân hàng, các tổ chức tài chính hoặc các tổ chức được thành lập và hoạt động hợp pháp tại Việt Nam:

(1) với mục đích chính không phải để tham gia bảo hiểm; và

(2) có yêu cầu bảo hiểm và đóng phí bảo hiểm theo điều kiện và điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm này.

Bên mua bảo hiểm thực hiện các quyền và nghĩa vụ cam kết trong Hợp đồng bảo hiểm này thông qua người đại diện theo pháp luật hay người đại diện theo ủy quyền.

2.3 "**Người được bảo hiểm**" là người từ đủ 18 đến 65 tuổi vào Ngày bắt đầu bảo hiểm, đáp ứng đầy đủ các quy định tại Khoản 3.1 Điều 3 và được Công ty chấp nhận bảo hiểm theo điều kiện và điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm này.

Thông tin về Người được bảo hiểm được thể hiện trong Danh sách Người được bảo hiểm, Danh sách Người được bảo hiểm bổ sung (nếu có) theo mẫu của Công ty và được Công ty và Bên mua bảo hiểm ký xác nhận. Danh sách Người được bảo hiểm, Danh sách Người được bảo hiểm bổ sung (nếu có) là một phần không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm này.

2.4 "**Tuổi của Người được bảo hiểm**" là tuổi tính theo ngày sinh nhật liền trước Ngày bắt đầu bảo hiểm. Tuổi tối đa của Người được bảo hiểm trong thời gian hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực không được vượt quá 70 tuổi.

2.5 "**Nhóm Người được bảo hiểm**" là nhóm những Người được bảo hiểm theo cùng Hợp đồng bảo hiểm này và Hợp đồng tái tục của Hợp đồng bảo hiểm này.

- 2.6 **“Người thụ hưởng”** là người được nhận quyền lợi bảo hiểm khi Người được bảo hiểm chết. Người thụ hưởng do Bên mua bảo hiểm chỉ định với sự đồng ý bằng văn bản của Người được bảo hiểm.

Danh sách Người thụ hưởng (nếu có) phải được Công ty xác nhận và là một bộ phận của Hợp đồng bảo hiểm này.

- 2.7 **“Hợp đồng bảo hiểm”** là sự thỏa thuận bằng văn bản giữa Bên mua bảo hiểm và Công ty trong đó ghi nhận quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm và Công ty.

Hợp đồng bảo hiểm bao gồm Phụ lục Hợp đồng bảo hiểm, Điều khoản bảo hiểm, Mẫu giấy đăng ký thành viên của Người được bảo hiểm, Danh sách Người được bảo hiểm, Danh sách Người được bảo hiểm bổ sung (nếu có), các giấy tờ hợp lệ xác nhận mọi thay đổi có liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm được Công ty ký xác nhận.

- 2.8 **“Phụ lục Hợp đồng bảo hiểm”** là một phần không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm. Phụ lục hợp đồng bảo hiểm xác định các nội dung cơ bản của Hợp đồng bảo hiểm theo mẫu của Công ty và được Công ty và Bên mua bảo hiểm thỏa thuận ký xác nhận.

- 2.9 **“Ngày hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực”** là ngày Hợp đồng bảo hiểm này phát sinh hiệu lực. Ngày hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực được ghi trong Phụ lục Hợp đồng.

- 2.10 **“Ngày bắt đầu bảo hiểm của mỗi Người được bảo hiểm”** hay còn gọi là **“Ngày bắt đầu bảo hiểm”** là ngày Công ty và Bên mua bảo hiểm thỏa thuận về việc chấp nhận một người được tham gia vào Hợp đồng bảo hiểm với tư cách là Người được bảo hiểm. Ngày bắt đầu bảo hiểm của mỗi Người được bảo hiểm là ngày Người được bảo hiểm ký xác nhận trên mẫu giấy đăng ký thành viên hoặc ngày Người được bảo hiểm được chấp nhận bảo hiểm sau khi hoàn tất các thủ tục thẩm định, tùy thuộc vào ngày nào muộn hơn.

Ngày bắt đầu bảo hiểm của mỗi Người được bảo hiểm được thể hiện trong Danh sách Người được bảo hiểm.

- 2.11 **“Thời hạn bảo hiểm của mỗi Người được bảo hiểm”** hay Thời hạn bảo hiểm, là khoảng thời gian 6 (sáu) tháng hoặc 1 (một) năm tính từ Ngày bắt đầu bảo hiểm của Người được bảo hiểm, có thể được gia hạn cho cùng thời hạn tùy theo lựa chọn của Bên mua bảo hiểm.

Thời hạn bảo hiểm của mỗi Người được bảo hiểm được thể hiện trong Danh sách Người được bảo hiểm.

- 2.12 **“Số tiền bảo hiểm của mỗi Người được bảo hiểm”** là số tiền được xác định để làm căn cứ cho việc giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo quy định tại Điều 6 của Hợp đồng bảo hiểm này.

Số tiền bảo hiểm cho mỗi Người được bảo hiểm là khoản tiền cố định do Bên mua bảo hiểm quy định và được Công ty xác nhận. Số tiền bảo hiểm được quy định trong Phụ lục Hợp đồng bảo hiểm và được thể hiện trong Danh sách Người được bảo hiểm.

- 2.13 **“Sự kiện bảo hiểm”** là sự kiện Người được bảo hiểm chết hoặc bị Thương tật toàn bộ vĩnh viễn, xảy ra trong Thời hạn bảo hiểm.

- 2.14 **“Thương tật toàn bộ vĩnh viễn”** là sự kiện Người được bảo hiểm bị thương tật, dẫn đến một trong những tình trạng được mô tả sau đây:

- Mất toàn bộ hoặc không thể phục hồi được thị lực của hai mắt; hoặc
- Đứt rời hoặc liệt không thể phục hồi được hai chân tính từ mắt cá chân trở lên; hoặc
- Đứt rời hoặc liệt không thể phục hồi được hai tay tính từ cổ tay trở lên; hoặc
- Mất toàn bộ hoặc không thể phục hồi được thị lực của một mắt và đứt rời hoặc liệt không thể phục hồi được một chân tính từ mắt cá chân trở lên; hoặc
- Mất toàn bộ hoặc không thể phục hồi được thị lực của một mắt và đứt rời hoặc liệt không thể phục hồi được một tay tính từ cổ tay trở lên; hoặc
- Đứt rời hoặc liệt không thể phục hồi được một chân tính từ mắt cá chân trở lên và một tay tính từ cổ tay trở lên.

Những tình trạng nêu trên phải được cơ quan y tế có thẩm quyền xác nhận. Trường hợp liệt không thể phục hồi phải được cơ quan y tế có thẩm quyền xác nhận là kéo dài liên tục trong thời gian 6 (sáu) tháng kể từ ngày bị thương tật.

2.15. "**Ngày phát sinh sự kiện bảo hiểm**" là một trong hai ngày sau, tùy thuộc ngày nào xảy ra trước trong thời hạn bảo hiểm tương ứng của mỗi Người được bảo hiểm:

- Ngày Người được bảo hiểm chết;
- Ngày ghi nhận Người được bảo hiểm bị Thương tật toàn bộ vĩnh viễn, theo chứng nhận của cơ quan y tế có thẩm quyền.

2.16. "**Tai nạn**" là một hay một chuỗi các sự kiện gây ra bởi tác động bất ngờ không lường trước được của một lực bên ngoài hay một vật thể lên cơ thể của Người được bảo hiểm, gây ra tổn thương hay tử vong đối với Người được bảo hiểm. Những sự kiện được coi là tai nạn phải thỏa mãn những điều kiện sau:

- Xảy ra một cách không lường trước và không thể kiểm soát bởi ý muốn của Người được bảo hiểm.
- Phải là nguyên nhân trực tiếp và duy nhất dẫn đến thương tổn hay tử vong của Người được bảo hiểm.
- Không phải là thương tổn gây ra do bệnh tật hay do nhiễm các loại vi khuẩn, vi rút.

Điều 3. Điều kiện và Thủ tục tham gia bảo hiểm

3.1 Điều kiện trở thành Người được bảo hiểm và số lượng Người được bảo hiểm

3.1.1. Điều kiện trở thành Người được bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm này:

- Người được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này phải là thành viên của Bên mua bảo hiểm và đang tham gia chính thức, thường xuyên, liên tục các hoạt động của Bên mua bảo hiểm hoặc là khách hàng đang sử dụng các sản phẩm, dịch vụ của Bên mua bảo hiểm tại thời điểm được chấp nhận bảo hiểm, đồng thời thỏa mãn các điều kiện theo thỏa thuận bằng văn bản giữa Bên mua bảo hiểm và Công ty; và
- Người đó phải đồng ý trở thành Người được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này.

3.1.2. Số lượng Người được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này phải đảm bảo số tối thiểu theo thỏa thuận trong Phụ lục hợp đồng, nếu có.

3.1.3. Công ty có quyền chấm dứt thực hiện Hợp đồng bảo hiểm này trong trường hợp số lượng Người được bảo hiểm không đạt tới số lượng tối thiểu quy định tại Khoản 3.1.2 trên đây.

3.2 Thủ tục yêu cầu bảo hiểm

Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm hoàn tất hồ sơ yêu cầu bảo hiểm theo mẫu của Công ty bao gồm xác nhận của Người được bảo hiểm đồng ý trở thành thành viên của Hợp đồng bảo hiểm, cam kết tình trạng sức khỏe tốt của Người được bảo hiểm và đóng phí bảo hiểm cho Công ty theo thỏa thuận trong Phụ lục hợp đồng bảo hiểm.

Bên mua bảo hiểm cung cấp cho Công ty Danh sách Người được bảo hiểm theo mẫu của Công ty. Danh sách Người được bảo hiểm phải được Bên mua bảo hiểm và Công ty cùng ký xác nhận.

3.3 Bảo hiểm cho thành viên mới

Trường hợp Bên mua bảo hiểm có thành viên mới phù hợp với các điều kiện quy định tại Khoản 3.1 Điều 3, Bên mua bảo hiểm phải thông báo cho Công ty bằng văn bản về thành viên mới này bằng cách gửi Danh sách Người được bảo hiểm bổ sung và các giấy tờ cần thiết có liên quan để yêu cầu bảo hiểm cho Người được bảo hiểm mới theo Hợp đồng bảo hiểm này. Danh sách Người được bảo hiểm bổ sung phải được Bên mua bảo hiểm và Công ty ký xác nhận.

Thời gian thông báo được quy định cụ thể trong Phụ lục hợp đồng bảo hiểm.

3.4 Nghĩa vụ cung cấp thông tin

3.4.1 Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm có trách nhiệm cung cấp đầy đủ và trung thực tất cả những thông tin có liên quan đến việc giao kết và thực hiện Hợp đồng bảo hiểm này theo yêu cầu của Công ty. Việc Công ty tiến hành kiểm tra sức khỏe của Người được bảo hiểm (nếu có) không thay thế cho nghĩa vụ này.

3.4.2 Nếu bất kỳ sai sót nào được Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng phát hiện thì sai sót đó phải được thông báo bằng văn bản ngay lập tức đến Công ty. Công ty sẽ thẩm định lại rủi ro trong việc chấp nhận bảo hiểm cho nhóm người được bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm liên quan và điều chỉnh lại tổng phí bảo hiểm phải nộp hoặc điều chỉnh lại quyền lợi bảo hiểm tương ứng. Trường hợp thông tin kê khai không chính xác được coi là thông tin quan trọng và cần thiết dẫn đến việc Người được bảo hiểm không thể được Công ty chấp nhận bảo hiểm, phần Hợp đồng bảo hiểm liên quan đến Người được bảo hiểm đó được xem như vô hiệu và Công ty sẽ hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm phần phí bảo hiểm tương ứng đã đóng sau khi trừ đi chi phí kiểm tra sức khỏe, nếu có

3.4.3 Công ty có thể yêu cầu cung cấp bằng chứng về sức khỏe (gồm kiểm tra sức khỏe hoặc các xét nghiệm y tế) hoặc các thông tin khác đối với từng người được đề cử là Người được bảo hiểm, hoặc đối với Người được bảo hiểm có yêu cầu tăng quyền lợi bảo hiểm.

Tất cả các thông tin do Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, hoặc người đại diện của họ cung cấp cho Công ty hoặc bất kỳ bác sĩ nào sẽ là cơ sở cho việc xác lập và thực hiện Hợp đồng bảo hiểm này.

Tất cả các thông tin trao đổi giữa Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm và Công ty phải được bảo mật nghiêm ngặt.

3.5 Nghĩa vụ chấp hành các cam kết trong Hợp đồng bảo hiểm

Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm có nghĩa vụ chấp hành đúng và đầy đủ các cam kết có liên quan trong Hợp đồng bảo hiểm này. Nếu Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm vi phạm nghĩa vụ này, Công ty có quyền từ chối thanh toán một phần hoặc toàn bộ quyền lợi bảo hiểm tùy theo mức độ vi phạm.

3.6 Miễn truy xét

Khi Người được bảo hiểm còn sống, các nội dung kê khai không chính xác hoặc bỏ sót trong hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và các giấy tờ liên quan sẽ được Công ty miễn truy xét sau 24 tháng liên tục kể từ Ngày bắt đầu bảo hiểm.

Quy định này không được áp dụng trong trường hợp Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm cố ý kê khai không trung thực hoặc cố ý bỏ sót những thông tin mà nếu biết được những thông tin đó, Công ty sẽ từ chối chấp nhận bảo hiểm hoặc chấp nhận bảo hiểm nhưng phải kèm theo các điều kiện bổ sung.

Điều 4 . Thời hạn hợp đồng bảo hiểm

Thời hạn Hợp đồng bảo hiểm là 01 (một) năm được tính từ Ngày hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực và được tự động gia hạn cho cùng thời hạn trừ phi bị hủy bỏ hoặc chấm dứt theo các điều kiện và điều khoản của Hợp đồng này. Thời hạn Hợp đồng bảo hiểm được thể hiện trong Phụ lục hợp đồng.

Bên mua bảo hiểm có quyền chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm vào ngày kỷ niệm hợp đồng với điều kiện phải thông báo trước bằng văn bản cho Công ty trước ít nhất 3 (ba) tháng.

Điều 5. Quyền lợi bảo hiểm tạm thời

Công ty sẽ chi trả Quyền lợi bảo hiểm tạm thời nếu Người được bảo hiểm chết do Tai nạn trong Thời hạn bảo hiểm tạm thời.

Thời hạn bảo hiểm tạm thời bắt đầu từ ngày Người được bảo hiểm hoàn tất hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, bao gồm điền và ký vào Mẫu giấy đăng ký thành viên và các giấy tờ/tài liệu khác như quy định chi tiết tại Phụ lục Hợp đồng. Thời hạn bảo hiểm sẽ kết thúc vào ngày sớm hơn của một trong các sự kiện sau:

- (i) Công ty chấp nhận bảo hiểm cho Người được bảo hiểm liên quan; hoặc
- (ii) Công ty tạm hoãn hoặc từ chối chấp nhận bảo hiểm cho Người được bảo hiểm liên quan; hoặc
- (iii) Sau 30 (ba mươi) ngày kể từ ngày bắt đầu hiệu lực của Thời hạn bảo hiểm tạm thời.

Quyền lợi bảo hiểm tạm thời được xác định như sau:

- Trường hợp phí bảo hiểm đã đóng liên quan đến Người được bảo hiểm đó lớn hơn 100.000.000 (một trăm triệu) đồng, Quyền lợi bảo hiểm tạm thời được xác định bằng số phí bảo hiểm đã đóng;
- Trường hợp phí bảo hiểm đã đóng liên quan đến Người được bảo hiểm đó nhỏ hơn 100.000.000 (một trăm triệu) đồng, Quyền lợi bảo hiểm tạm thời được xác định là giá trị nhỏ hơn của 100.000.000 (một trăm triệu) đồng hoặc Số tiền bảo hiểm liên quan đến Người được bảo hiểm đó.

Quyền lợi bảo hiểm tạm thời nêu trên sẽ không được trả nếu tử vong của Người được bảo hiểm trực tiếp hoặc gián tiếp gây ra bởi các nguyên nhân nêu tại Điều 7 của Điều khoản bảo hiểm này.

Điều 6. Quyền lợi bảo hiểm

6.1. Trong thời hạn bảo hiểm của mỗi Người được bảo hiểm, nếu Người được bảo hiểm đó chết, Công ty sẽ chi trả Số tiền bảo hiểm cho Người thụ hưởng.

6.2. Trong thời hạn bảo hiểm của mỗi Người được bảo hiểm, nếu Người được bảo hiểm đó bị Thương tật toàn bộ vĩnh viễn, Công ty sẽ chi trả Số tiền bảo hiểm cho Người được bảo hiểm.

6.3. Phần Hợp đồng bảo hiểm liên quan đến liên quan đến Người được bảo hiểm bị chết hoặc Thương tật toàn bộ vĩnh viễn đã được Công ty chi trả quyền lợi bảo hiểm theo khoản 6.1 hoặc 6.2 nêu trên sẽ chấm dứt hiệu lực kể từ ngày Người được bảo hiểm bị chết hoặc Thương tật toàn bộ vĩnh viễn.

Điều 7. Điều khoản loại trừ

7.1. Công ty không chi trả quyền lợi bảo hiểm theo quy định tại Điều 5 và Điều 6 trên đây nếu một Người được bảo hiểm chết hoặc bị Thương tật toàn bộ vĩnh viễn do hậu quả trực tiếp hoặc gián tiếp của một trong các nguyên nhân sau đây:

7.1.1. Hành động tự tử trong vòng hai năm kể từ Ngày bắt đầu bảo hiểm của Người được bảo hiểm; hoặc

7.1.2. Hành động tự gây thương tích, cho dù trong tình trạng tinh thần bình thường hay mất trí của Người được bảo hiểm; hoặc

7.1.3. Hành vi phạm tội của Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng hoặc của Bên mua bảo hiểm; hoặc

7.1.4. Tham gia vào các cuộc ẩu đả hoặc hành vi cố ý vi phạm pháp luật của Người được bảo hiểm, trừ trường hợp phải tự vệ hoặc cứu người đang gặp nguy hiểm; hoặc

7.1.5. Ảnh hưởng của rượu bia, ma túy, chất kích thích, chất gây mê trừ khi được chỉ dẫn hoặc dùng theo đơn thuốc của Bác sĩ hành nghề hợp pháp (Bác sĩ hành nghề hợp pháp là người có bằng cấp chuyên môn y khoa được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc thừa nhận được thực hành nghề y hoặc phẫu thuật hợp pháp); hoặc do ảnh hưởng của bất kỳ quá trình điều trị/phẫu thuật nào của những người không phải là Bác sĩ hành nghề hợp pháp thực hiện; hoặc

7.1.6. Tham gia vào các hoạt động thể thao chuyên nghiệp hoặc 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 lịch trình bay thương mại; hoặc

7.1.7. Thực hiện các Phẫu thuật theo yêu cầu. Phẫu thuật theo yêu cầu là (các) thủ thuật y tế, bao gồm cả giải phẫu thẩm mỹ, được thực hiện chỉ theo yêu cầu của Người được bảo hiểm mà không liên quan đến việc điều trị và phẫu thuật bình thường do ngành y tế quy định; hoặc

7.1.8. Nhiễm HIV, bị AIDS (hội chứng suy giảm miễn dịch) hoặc các bệnh có liên quan đến HIV/AIDS; hoặc

- 7.1.9 Động đất, núi lửa, phản ứng hạt nhân; hoặc
- 7.1.10 Chiến tranh, nội chiến, bạo động, nổi loạn, khủng bố và các sự kiện mang tính chất chiến tranh khác, cho dù có được công bố hay không; hoặc
- 7.1.11 Thực hiện các hoạt động nguy hiểm như sử dụng vũ khí, chất nổ; hoặc
- 7.1.12 Tai nạn hầm mỏ; hoặc
- 7.1.13 Tình trạng thương tật hay bệnh lý đã tồn tại trước Ngày bắt đầu bảo hiểm mà Người được bảo hiểm không kê khai vào thời điểm tham gia Hợp đồng bảo hiểm mặc dù Người được bảo hiểm đã từng được kiểm tra, xét nghiệm, chẩn đoán và yêu cầu điều trị hoặc phẫu thuật bởi Bác sỹ hành nghề hợp pháp.
- 7.2. Kể từ ngày Người được bảo hiểm chết hoặc bị thương tật toàn bộ vĩnh viễn do các Nguyên nhân quy định tại Khoản 7.1 Điều 7, phần Hợp đồng bảo hiểm liên quan đến Người được bảo hiểm đó sẽ chấm dứt hiệu lực.

Điều 8 . Phí bảo hiểm

8.1. Phí bảo hiểm

Đối với mỗi nhóm thành viên của Bên mua bảo hiểm, Công ty sẽ áp dụng một tỷ lệ phí bảo hiểm đồng nhất, dựa trên đặc điểm riêng có của mỗi nhóm khách hàng (giới tính, độ tuổi bình quân của nhóm thành viên tương ứng).

Tỷ lệ phí bảo hiểm của mỗi nhóm thành viên được xác định trong Phụ lục hợp đồng.

8.2. Đóng phí bảo hiểm

Phí bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm nhóm có thể đóng theo định kỳ hàng tháng, hàng quý, hàng nửa năm hoặc hàng năm theo lựa chọn của Bên mua bảo hiểm và thỏa thuận trong Phụ lục Hợp đồng. Định kỳ đóng phí, ngày đến hạn đóng phí, số phí phải đóng mỗi kỳ được xác định trong Phụ lục hợp đồng bảo hiểm.

Phí bảo hiểm liên quan đến từng Người được bảo hiểm có thể được đóng theo định kỳ hàng tháng, hàng quý, hàng nửa năm hoặc hàng năm theo lựa chọn của Bên mua bảo hiểm và/hoặc của Người được bảo hiểm. Định kỳ đóng phí, ngày đến hạn đóng phí, số phí phải đóng mỗi kỳ của mỗi Người được bảo hiểm được xác định trong Danh sách Người được bảo hiểm.

Bên mua bảo hiểm có trách nhiệm đóng phí bảo hiểm cho Công ty theo thời hạn và phương thức quy định trong Phụ lục hợp đồng.

8.3. Gia hạn đóng phí bảo hiểm

Trong trường hợp phí bảo hiểm được đóng định kỳ và phần phí bảo hiểm liên quan đến một Người được bảo hiểm đã được đóng đủ một hoặc một số lần nhưng không thể đóng được các khoản phí bảo hiểm tiếp theo đúng thời hạn đã quy định, các khoản phí bảo hiểm phải đóng tiếp theo này được gia hạn 60 ngày kể từ ngày đến hạn đóng phí đối với Người được bảo hiểm liên quan. Nếu phí bảo hiểm của một Người được bảo hiểm vẫn chưa được đóng khi kết thúc thời gian gia hạn, phần Hợp đồng bảo hiểm liên quan đến Người được bảo hiểm đó sẽ chấm dứt thời hạn kể

từ ngày đến hạn đóng phí và Công ty sẽ không hoàn trả lại phần phí bảo hiểm đã được đóng trước đó liên quan đến Người được bảo hiểm đó.

Trong thời gian gia hạn đóng phí bảo hiểm liên quan đến một Người được bảo hiểm, nếu phát sinh Sự kiện bảo hiểm và có yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm được Công ty chấp thuận, phần Phí bảo hiểm còn thiếu sẽ được khấu trừ vào quyền lợi bảo hiểm được chi trả.

Điều 9 . Những thay đổi liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm

9.1. Bên mua bảo hiểm phải thông báo cho Công ty bằng văn bản theo định kỳ thỏa thuận giữa Bên mua bảo hiểm và Công ty và được quy định trong Phụ lục Hợp đồng bảo hiểm:

- 9.1.1 Thông tin liên quan đến Nhóm Người được bảo hiểm, bao gồm thông tin về Người được bảo hiểm, số Người được bảo hiểm trong Nhóm;
- 9.1.2. Thông tin về Bên mua bảo hiểm, bao gồm: địa chỉ liên hệ, Người đại diện theo pháp luật hoặc người đại diện theo ủy quyền;
- 9.1.2 Thông tin liên quan đến Người thụ hưởng.

Hợp đồng bảo hiểm có thể được điều chỉnh tương ứng thông qua bản sửa đổi bổ sung do Công ty ký xác nhận.

9.2 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 phần Hợp đồng bảo hiểm liên quan đến Người được bảo hiểm đó và hoàn trả lại số Phí bảo hiểm đã đóng cho Bên mua bảo hiểm sau khi đã trừ các chi phí hợp lý có liên quan. Trong trường hợp này, Công ty sẽ không giải quyết quyền lợi bảo hiểm cho bất kỳ Sự kiện bảo hiểm nào đã phát sinh đối với Người được bảo hiểm đó.

Điều 10. Chấm dứt hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm

10.1. Chấm dứt một phần của Hợp đồng bảo hiểm liên quan đến một (hoặc một số) Người được bảo hiểm

10.1.1 Bên mua bảo hiểm có quyền chấm dứt một phần của Hợp đồng bảo hiểm này liên quan đến một (hoặc một số) Người được bảo hiểm với sự đồng ý bằng văn bản của Công ty.

10.1.2 Phần Hợp đồng bảo hiểm liên quan đến một (hoặc một số) Người được bảo hiểm sẽ bị chấm dứt hiệu lực vào thời điểm xảy ra sớm nhất của một trong các sự kiện sau:

- Ngày đến hạn đóng phí tiếp theo của Người được bảo hiểm đó ngay sau khi Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt hiệu lực; hoặc
- Người được bảo hiểm không còn đáp ứng các điều kiện quy định tại Điểm 3.1.1 Điều 3; hoặc
- Ngày đến hạn đóng phí tiếp theo sau ngày Người được bảo hiểm liên quan không còn là thành viên trong Nhóm Người được bảo hiểm; hoặc

- Ngày đến hạn đóng phí tiếp theo sau ngày Người được bảo hiểm liên quan rút khỏi chương trình bảo hiểm này; hoặc
- Ngày đến hạn đóng phí nếu hết thời gian gia hạn đóng phí mà phí bảo hiểm của Người được bảo hiểm đó vẫn không được đóng theo Điều 8.3 của Điều khoản này; hoặc
- Ngày kỷ niệm hợp đồng đối với phần hợp đồng của Người được bảo hiểm liên quan ngay sau khi Người được bảo hiểm đó tròn 70 tuổi; hoặc
- Sự kiện bảo hiểm phát sinh.

Bên mua bảo hiểm có trách nhiệm thông báo cho Công ty bằng văn bản về các trường hợp chấm dứt hiệu lực nêu tại Điểm 10.1.2. Điều 10.

10.1.3 Công ty có quyền chấm dứt thực hiện hợp đồng trong trường hợp Bên mua bảo hiểm tự ý hủy một phần của Hợp đồng bảo hiểm liên quan đến một (hoặc một số) Người được bảo hiểm mà không được sự đồng ý của Công ty theo quy định tại Điểm 10.1.1 Điều 10. Trong trường hợp này, Công ty sẽ không hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm số phí bảo hiểm đã đóng của phần Hợp đồng bị chấm dứt.

10.2. Chấm dứt toàn bộ Hợp đồng bảo hiểm

10.2.1. Thời điểm chấm dứt hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm là thời điểm xảy ra sớm nhất của một trong các sự kiện sau:

- Số lượng Người được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này không đảm bảo số tối thiểu theo thỏa thuận giữa Công ty và Bên mua bảo hiểm được quy định trong Phụ lục Hợp đồng; hoặc
- Hợp đồng bảo hiểm đáo hạn và không được gia hạn; hoặc
- Bên mua bảo hiểm giải thể, phá sản, chấm dứt hoạt động hoặc các sự kiện khác theo quy định của pháp luật dẫn đến việc Bên mua bảo hiểm không còn tư cách pháp nhân.

10.2.2. Trường hợp Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt theo Điều 10.2.1 nêu trên, Công ty cam kết duy trì quyền lợi của mỗi Người được bảo hiểm cho đến hết thời hạn của kỳ phí đã đóng tương ứng liên quan đến cá nhân Người được bảo hiểm đó như đã được xác định tại Danh sách Người được bảo hiểm.

Điều 11 Giải quyết quyền lợi bảo hiểm

11.1 Thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

11.1.1 Thông báo Sự kiện bảo hiểm

Bên mua bảo hiểm hoặc người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải thông báo bằng văn bản cho Công ty về Sự kiện bảo hiểm trong vòng 45 ngày kể từ Ngày phát sinh sự kiện bảo hiểm. Thời gian xảy ra sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan khác không được tính vào thời hạn Thông báo Sự kiện bảo hiểm.

11.1.2 Thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm là trong vòng 12 tháng kể từ Ngày phát sinh sự kiện bảo hiểm.

11.2 Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

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

- Giấy yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm (theo mẫu của Công ty) do Người được bảo hiểm hoặc đại diện hợp pháp của Người được bảo hiểm và/hoặc Người thụ hưởng điền đầy đủ và ký tên;
- Bản gốc hoặc bản sao hợp lệ của giấy chứng tử (trong trường hợp chết);
- Bản gốc hoặc bản sao hợp lệ giấy xác nhận của cơ quan y tế có thẩm quyền về tình trạng Thương tật toàn bộ vĩnh viễn của Người được bảo hiểm (trong trường hợp Thương tật toàn bộ vĩnh viễn);
- Biên bản tai nạn có xác nhận của cơ quan công an hoặc chính quyền địa phương nơi xảy ra tai nạn hoặc của cơ quan, đơn vị nơi Người được bảo hiểm đang làm việc tại thời điểm xảy ra tai nạn đối với tai nạn lao động (trường hợp Người được bảo hiểm chết hoặc bị thương tật toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn);
- Các giấy tờ liên quan đến việc giải quyết quyền lợi bảo hiểm như: Giấy ra viện, các xét nghiệm liên quan, bệnh án nằm viện, giấy chứng nhận phẫu thuật hoặc biên bản tai nạn, nếu có.

Người được bảo hiểm và/hoặc Người thụ hưởng có trách nhiệm cung cấp các giấy tờ nêu trên và tự thanh toán các chi phí phát sinh liên quan đến việc thu thập các giấy tờ nói trên.

11.2.2 Để phục vụ cho việc giải quyết quyền lợi bảo hiểm trong những trường hợp cần thiết và hợp lý, Công ty có thể:

- Yêu cầu các bằng chứng khác của tình trạng Thương tật toàn bộ vĩnh viễn ngoài xác nhận của cơ quan y tế có thẩm quyền; hoặc
- Yêu cầu Người được bảo hiểm thực hiện các giám định y khoa với chuyên gia y tế do Công ty chỉ định;
- Yêu cầu giám định pháp y trong trường hợp chết, nếu cần thiết và được pháp luật cho phép;
- Yêu cầu Bên mua bảo hiểm hoặc người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm cung cấp các giấy tờ khác có liên quan đến yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

Công ty sẽ chi trả chi phí cho việc giám định/xác nhận y tế bổ sung này. Công ty sẽ không giải quyết quyền lợi bảo hiểm nếu Người được bảo hiểm và/hoặc Người thụ hưởng không thực hiện các yêu cầu trên, trừ khi Người được bảo hiểm và/hoặc Người thụ hưởng có lý do chính đáng được Công ty chấp nhận.

11.3. Giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Công ty có trách nhiệm giải quyết 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. Nếu quá thời hạn 30 ngày nêu trên, Công ty có trách nhiệm thanh toán khoản lãi phát sinh kể từ ngày phải thanh toán (ngày thứ 30 nêu trên) cho đến ngày thanh toán quyền lợi bảo hiểm.

Thông báo giải quyết quyền lợi bảo hiểm được Công ty gửi tới Bên mua bảo hiểm và đồng thời được gửi tới địa chỉ cuối cùng do người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm cung cấp.

Trừ khi có thỏa thuận khác, việc chi trả quyền lợi bảo hiểm sẽ do Công ty trả trực tiếp cho Người thụ hưởng và sẽ được thanh toán bằng tiền mặt hoặc chuyển khoản.

11.4 Các quy định khác có liên quan đến giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Việc Hợp đồng bảo hiểm hoặc một phần Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt hiệu lực không làm ảnh hưởng đến việc yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm đối với những sự kiện bảo hiểm đã xảy ra trước khi Hợp đồng hoặc phần Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt hiệu lực, trừ trường hợp được nêu ở Khoản 3.4.2 Điều 3 và Khoản 9.2 Điều 9.

Công ty không có trách nhiệm thanh toán bất kỳ quyền lợi nào trong trường hợp yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo Hợp đồng này được chứng minh là không trung thực, gian dối và/hoặc nhầm lẫn. Nếu sau khi trả quyền lợi bảo hiểm Công ty mới biết đã trả quyền lợi bảo hiểm dựa trên yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm không trung thực, gian dối và/hoặc nhầm lẫn thì Công ty có quyền khiếu nại, khiếu kiện tới cơ quan có thẩm quyền để yêu cầu Người thụ hưởng, Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc Người thừa kế hoàn trả toàn bộ quyền lợi đã nhận.

Điều 12 Tranh chấp và giải quyết tranh chấp

Khi xảy ra tranh chấp liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm mà các bên không thể giải quyết được bằng thỏa thuận hoặc hòa giải, một trong các bên có quyền khởi kiện tại Tòa án Việt Nam nơi đặt trụ sở của Công ty hoặc nơi đặt trụ sở của Bên mua bảo hiểm hoặc nơi cư trú của Người được bảo hiểm để giải quyết.