

**QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN
SẢN PHẨM BẢO HIỂM BỔ TRỢ – HỖ TRỢ ĐÓNG PHÍ
CHO SẢN PHẨM LIÊN KẾT CHUNG**

Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ - Hỗ trợ đóng phí đã được Bộ Tài chính chấp thuận theo Công văn số **5763** /BTC-QLBH ngày **14/5/2020**.

Khi Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ - Hỗ trợ đóng phí (sau đây gọi là "Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ") được mua kèm với Sản phẩm bảo hiểm chính là sản phẩm bảo hiểm Liên kết chung, Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này sẽ được đính kèm theo Hợp đồng bảo hiểm, kế thừa những định nghĩa, quy định trong Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm bảo hiểm chính. Trong trường hợp có sự mâu thuẫn hoặc khác biệt, những định nghĩa, quy định trong Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ sẽ được ưu tiên áp dụng.

ĐIỀU 1: ĐỊNH NGHĨA

- 1.1 Người được bảo hiểm:** là cá nhân từ mười tám (18) tuổi đến sáu mươi (60) tuổi vào Ngày hiệu lực của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ và có mối quan hệ có thể được bảo hiểm với Bên mua bảo hiểm. Theo đó, Người được bảo hiểm là:
- a) Bên mua bảo hiểm; hoặc
 - b) Vợ, chồng, con, cha, mẹ, anh, chị, em ruột của Bên mua bảo hiểm; hoặc
 - c) Người giám hộ hợp pháp của Người được bảo hiểm của Sản phẩm bảo hiểm chính; hoặc
 - d) Người khác, nếu Bên mua bảo hiểm có quyền lợi có thể được bảo hiểm.
- 1.2 Ngày hiệu lực của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ:** nếu Người được bảo hiểm còn sống vào ngày Công ty chấp thuận yêu cầu bảo hiểm, Ngày hiệu lực của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ là Ngày hiệu lực hợp đồng trong trường hợp Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ được tham gia cùng lúc với Sản phẩm bảo hiểm chính; hoặc là ngày được thể hiện trên văn bản xác nhận trong trường hợp tham gia sau Ngày hiệu lực hợp đồng.
- 1.3 Ngày khôi phục hiệu lực của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ:** là ngày mà Công ty chấp nhận yêu cầu khôi phục hiệu lực Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ của Bên mua bảo hiểm bằng văn bản theo quy định tại Khoản 6.2.
- 1.4 Số tiền bảo hiểm:** là tổng Phí bảo hiểm (không bao gồm Phí đóng thêm của Hợp đồng bảo hiểm) theo định kỳ đóng phí năm của (các) Sản phẩm bảo hiểm được hỗ trợ đóng phí trong Thời gian hỗ trợ đóng phí nêu tại điểm 1.7.
- 1.5 Thời hạn bảo hiểm:** là thời hạn được tính từ Ngày hiệu lực của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ cho đến ngày liền kề trước Ngày kỷ niệm hợp đồng mà tại ngày này Người được bảo hiểm của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ tròn sáu

mười lăm (65) tuổi nhưng không vượt quá thời hạn hợp đồng còn lại của Hợp đồng bảo hiểm.

1.6 Thời hạn đóng phí:

Thời hạn đóng phí bắt buộc bằng với thời hạn đóng phí bắt buộc của Sản phẩm bảo hiểm Liên kết chung mà sản phẩm bổ trợ này được đính kèm.

Sau thời gian đóng phí bắt buộc, khách hàng có quyền đóng phí linh hoạt.

1.7 Thời gian hỗ trợ đóng phí:

Thời gian hỗ trợ đóng phí bằng với thời gian Bên mua bảo hiểm dự kiến đóng Phí bảo hiểm cho sản phẩm bảo hiểm Liên kết chung mà Sản phẩm bổ trợ này được đính kèm.

1.8 Sản phẩm bảo hiểm được hỗ trợ đóng phí

(Các) Sản phẩm bảo hiểm được hỗ trợ đóng phí bao gồm Sản phẩm bảo hiểm chính, (các) Quyền lợi bảo hiểm tăng cường và (các) Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ khác trong Hợp đồng bảo hiểm, trừ:

- các sản phẩm bổ trợ khác của cùng Người được bảo hiểm
- các sản phẩm bổ trợ Hỗ trợ đóng phí/Miễn thu phí khác trong cùng Hợp đồng bảo hiểm này.

1.9 Phí bảo hiểm bổ trợ: là khoản tiền Bên mua bảo hiểm đóng theo định kỳ đóng phí tại Hợp đồng bảo hiểm hoặc theo các văn bản xác nhận liên quan gần nhất.

1.10 Phí ban đầu: là khoản phí được khấu trừ từ Phí bảo hiểm bổ trợ trước khi phân bổ vào Giá trị tài khoản hợp đồng theo quy định tại Điểm a, Khoản 5.2

1.11 Phí bảo hiểm rủi ro: là khoản phí để Công ty thực hiện cam kết đối với quyền lợi bảo hiểm bổ trợ này; được khấu trừ từ Giá trị tài khoản hợp đồng vào Ngày hiệu lực sản phẩm bảo hiểm bổ trợ và vào các Ngày kỷ niệm tháng.

1.12 Bệnh viện: là bệnh viện hoạt động hợp pháp và hội đủ các tiêu chuẩn sau:

- a) Được phép cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, khám, chẩn đoán và điều trị cho những người bị thương tật hay bệnh tật và hoạt động liên tục hai mươi bốn (24) giờ trong ngày; và
- b) Có lưu giữ đầy đủ bệnh án và hồ sơ của bệnh nhân theo tiêu chuẩn quy định của pháp luật và quy định hiện hành tại địa phương nơi bệnh viện có trụ sở; và

- c) Là bệnh viện tuyến trung ương hoặc tuyến tỉnh hoặc tuyến huyện hay cấp tương đương theo phân cấp của Bộ Y tế Việt Nam, hay bệnh viện cấp tương đương nếu ở ngoài lãnh thổ Việt Nam; và
- d) Được đăng ký là một bệnh viện hợp pháp và tư cách pháp nhân của bệnh viện phải được thể hiện bằng chữ “bệnh viện” trên con dấu chính thức của bệnh viện;
- e) Bệnh viện không bao gồm các cơ sở sau đây:
 - i. Trung tâm y tế dự phòng;
 - ii. Khoa/Bệnh viện/Viện tâm thần;
 - iii. Khoa/Bệnh viện/Viện y học cổ truyền;
 - iv. Khoa/Bệnh viện/Viện phong;
 - v. Khoa/Bệnh viện/Viện/Trung tâm phục hồi chức năng chỉnh hình
 - vi. Khoa/Bệnh viện/Viện/Trung tâm điều dưỡng;
 - vii. 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.

1.13 Tình trạng tồn tại trước: là bệnh/các triệu chứng bệnh và/hoặc thương tật đã xuất hiện/tồn tại trước Ngày hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ hoặc trước Ngày khôi phục hiệu lực sản phẩm bảo hiểm bổ trợ gần nhất (lần sau cùng), tùy thuộc ngày nào đến sau.

1.14 Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn là tình trạng:

- a) Người được bảo hiểm bị mất hoặc liệt hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của:
 - Hai tay, hoặc;
 - Hai chân, hoặc;
 - Một tay và một chân, hoặc;
 - Hai mắt, hoặc;
 - Một tay và một mắt, hoặc;
 - Một chân và một mắt.

Trong định nghĩa này, mất hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của (i) tay được tính từ cổ tay trở lên; (ii) chân được tính từ mắt cá chân trở lên và (iii) mắt được hiểu là mất hoàn toàn và vĩnh viễn thị lực.

Việc chứng nhận Người được bảo hiểm bị mất hoàn toàn bộ phận cơ thể (tay, chân) có thể được thực hiện ngay sau khi sự kiện bảo hiểm xảy ra.

Việc chứng nhận bị liệt hoàn toàn và không thể phục hồi chức năng của các bộ phận cơ thể phải được thực hiện không sớm hơn sáu (06) tháng kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm hoặc từ ngày bệnh lý được chẩn đoán xác định.

Hoặc:

- b) Người được bảo hiểm bị thương tật trên tám mươi (80) phần trăm theo xác nhận của cơ quan y tế/Hội đồng giám định Y khoa cấp tỉnh trở lên.

ĐIỀU 2: KÊ KHAI CÁC THÔNG TIN CẦN THIẾT

- 2.1 Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm có nghĩa vụ cung cấp, kê khai đầy đủ, trung thực và chính xác mọi thông tin liên quan đến tình trạng nhân thân, sức khỏe của Người được bảo hiểm vào Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm. Việc Người được bảo hiểm được yêu cầu kiểm tra sức khỏe (nếu có) không thể thay thế cho nghĩa vụ cung cấp thông tin này.
- 2.2 Trường hợp Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm vi phạm nghĩa vụ cung cấp, kê khai thông tin quy định tại Khoản 2.1, Công ty có thể thẩm định lại rủi ro bảo hiểm và sẽ từ chối hoặc chấp thuận bảo hiểm:
 - a) Nếu từ chối bảo hiểm, Công ty sẽ chấm dứt hiệu lực Sản phẩm bảo hiểm bồi trợ và không hoàn lại phí đã đóng cho Sản phẩm bồi trợ này; hoặc
 - b) Trong trường hợp vẫn chấp thuận bảo hiểm, Công ty sẽ:
 - (i) Thu thêm khoản phí bảo hiểm tương ứng với mức tăng rủi ro (nếu có); và/hoặc
 - (ii) Điều chỉnh lại Số tiền bảo hiểm (đối với Lựa chọn cơ bản); và/hoặc
 - (iii) Loại trừ trách nhiệm bảo hiểm đối với thương tật, bệnh tật, khuyết tật không được cung cấp, kê khai đầy đủ, trung thực và chính xác.

ĐIỀU 3: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

3.1 Quyền lợi bảo hiểm Hỗ trợ đóng phí

Trong thời gian Sản phẩm bảo hiểm bồi trợ có hiệu lực, nếu Người được bảo hiểm tử vong hoặc bị Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn, Công ty sẽ hỗ trợ đóng phí bảo hiểm cho (các) Sản phẩm bảo hiểm được hỗ trợ đóng phí bắt đầu từ Ngày đến hạn đóng phí ngay sau ngày sự kiện bảo hiểm xảy ra đến hết Thời gian hỗ trợ đóng phí hoặc Thời hạn bảo hiểm, tùy thời điểm nào đến trước.

3.2 Giới hạn quyền lợi bảo hiểm

Trong trường hợp có nhiều hơn một (01) quyền lợi bảo hiểm Hỗ trợ đóng phí/Miễn thu phí đồng thời được yêu cầu giải quyết, nếu Công ty chấp thuận, Công ty chỉ chi trả một (01) quyền lợi bảo hiểm với tổng Phí bảo hiểm được Miễn thu phí/Hỗ trợ đóng phí cao nhất.

3.3 Quy định sau khi quyền lợi Hỗ trợ đóng phí được Công ty chấp thuận bồi thường

Sau khi quyền lợi Hỗ trợ đóng phí được Công ty chấp thuận bồi thường:

- i. Công ty sẽ chấm dứt hiệu lực:
 - Sản phẩm bảo trợ/Quyền lợi bảo hiểm tăng cường của Người được bảo hiểm của Sản phẩm bảo hiểm bảo trợ này, và
 - (các) Sản phẩm bảo hiểm bảo trợ Hỗ trợ đóng phí/Miễn thu phí.
- ii. (Các) Sản phẩm bảo hiểm bảo trợ/quyền lợi bảo hiểm tăng cường khác không được hỗ trợ đóng phí theo điều khoản của sản phẩm bảo trợ này (nếu có) vẫn phải tiếp tục được đóng Phí bảo hiểm; nếu không Sản phẩm bảo trợ/Quyền lợi bảo hiểm tăng cường khác sẽ mất hiệu lực khi Thời gian gia hạn đóng phí kết thúc.
- iii. Trong thời gian Công ty đang hỗ trợ đóng phí, Công ty không chấp nhận những yêu cầu từ Bên mua bảo hiểm dẫn đến thay đổi Phí bảo hiểm của các Sản phẩm bảo hiểm được hỗ trợ đóng phí như định nghĩa tại điều 1.8.

ĐIỀU 4: ĐIỀU KHOẢN LOẠI TRỪ

4.1 Loại trừ đối với trường hợp Tử vong

Công ty không chi trả quyền lợi bảo hiểm nếu Người được bảo hiểm Tử vong do hậu quả của bất kỳ nguyên nhân nào sau đây:

- a) Hành vi tự tử, dù trong tình trạng tỉnh táo hoặc không kiểm soát được ý thức hay hành vi của bản thân, xảy ra trong vòng hai mươi bốn (24) tháng kể từ Ngày hiệu lực hoặc Ngày khôi phục hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bảo trợ gần nhất (lần sau cùng); hoặc
- b) 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 nhân viên y tế hoặc công an, cảnh sát; hoặc
- c) Sử dụng rượu, bia quá nồng độ quy định của pháp luật; hoặc
- d) Sử dụng chất ma túy, chất dẫn xuất của ma túy, chất gây ảo giác và chất gây nghiện, trừ trường hợp có chỉ định của Bác sỹ với mục đích chữa bệnh; hoặc

- e) Bị tử hình, tham gia vào các hoạt động bất hợp pháp, chống cự khi bị cơ quan chức năng bắt giữ hay vượt ngục; hoặc
- f) Hành vi cố ý vi phạm pháp luật của Người được bảo hiểm; hoặc
- g) Hành vi cố ý của Bên mua bảo hiểm, Người thụ hưởng đối với Người được bảo hiểm; hoặc
- h) Chiến tranh (không hoặc có tuyên bố), nội chiến, nổi loạn, các hình thức xung đột có vũ trang tương tự hoặc khủng bố.

4.2 Loại trừ đối với trường hợp Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn

Công ty không chi trả quyền lợi bảo hiểm nếu sự kiện bảo hiểm dẫn đến Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn đã xảy ra trước Ngày hiệu lực hoặc Ngày khôi phục hiệu lực của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ gần nhất (lần sau cùng).

Công ty không chi trả quyền lợi bảo hiểm nếu tình trạng Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn của Người được bảo hiểm xảy ra do hậu quả của bất kỳ nguyên nhân nào sau đây:

- a) Hành vi tự tử, dù trong tình trạng tỉnh táo hoặc không kiểm soát được ý thức hay hành vi của bản thân; hoặc
- b) 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 nhân viên y tế hoặc công an, cảnh sát; hoặc
- c) Sử dụng rượu, bia quá nồng độ quy định của pháp luật; hoặc
- d) Sử dụng chất ma túy, chất dẫn xuất của ma túy, chất gây ảo giác và chất gây nghiện, trừ trường hợp có chỉ định của Bác sĩ với mục đích chữa bệnh; hoặc
- e) Thực hiện các phẫu thuật theo yêu cầu. Phẫu thuật theo yêu cầu là các thủ thuật ngoại khoa, bao gồm cả phẫu thuật thẩm mỹ, không nhất thiết phải thực hiện về mặt y khoa, được thực hiện theo yêu cầu của Người được bảo hiểm; hoặc
- f) Tham gia các hoạt động hàng không trên các chuyến bay dân dụng khai thác theo lịch trình bay, trừ khi với tư cách là hành khách có vé; hoặc
- g) Hành vi cố ý vi phạm pháp luật của Người được bảo hiểm; hoặc
- h) Hành vi cố ý của Bên mua bảo hiểm, Người thụ hưởng đối với Người được bảo hiểm; hoặc
- i) Chiến tranh (không hoặc có tuyên bố), nội chiến, nổi loạn, các hình thức xung đột có vũ trang tương tự hoặc khủng bố.

- 4.3** Trong trường hợp Công ty không chi trả quyền lợi tử vong do loại trừ theo Khoản 4.1, Công ty sẽ chấm dứt hiệu lực của Sản phẩm bảo hiểm bồi trợ.

Trong trường hợp Công ty không chi trả quyền lợi Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn theo Khoản 4.2, Sản phẩm bảo hiểm bồi trợ vẫn duy trì hiệu lực.

ĐIỀU 5: PHÍ BẢO HIỂM BỒ TRỢ VÀ CÁC LOẠI PHÍ LIÊN QUAN

5.1 Phân bổ phí bảo hiểm bồi trợ

Phí bảo hiểm bồi trợ được phân bổ vào Giá trị tài khoản hợp đồng theo tỷ lệ quy định tại điểm a, Khoản 5.2.

5.2 Các loại phí liên quan

a) **Phí ban đầu**

Phí ban đầu sẽ được khấu trừ từ Phí bảo hiểm bồi trợ trước khi phân bổ vào GTTK, tùy thuộc vào năm phí bảo hiểm như sau:

Năm hợp đồng	1	2	3	4	5	6+
% phí bảo hiểm bồi trợ	60%	40%	20%	6%	4%	2%

b) **Phí bảo hiểm rủi ro**

Phí bảo hiểm rủi ro được tính theo tỷ lệ phí bảo hiểm rủi ro đã được Bộ Tài chính phê chuẩn, phụ thuộc vào tuổi hiện tại và giới tính Người được bảo hiểm.

Tỷ lệ phí bảo hiểm rủi ro có thể thay đổi sau khi được Bộ Tài chính chấp thuận. Trong trường hợp thay đổi tỷ lệ phí bảo hiểm rủi ro, Công ty sẽ thông báo với Bên mua bảo hiểm bằng văn bản ba (03) tháng trước khi áp dụng.

ĐIỀU 6: MẤT HIỆU LỰC, KHÔI PHỤC, HỦY BỎ VÀ CHẤM DỨT HIỆU LỰC SẢN PHẨM BẢO HIỂM BỒ TRỢ

6.1 Mất hiệu lực Sản phẩm bảo hiểm bồi trợ

- a) Trong ba (03) Năm hợp đồng đầu tiên, thời gian gia hạn đóng Phí bảo hiểm bồi trợ là khoảng thời gian sáu mươi (60) ngày tính từ Ngày đến hạn đóng phí mà Phí bảo hiểm bồi trợ chưa được đóng.

Trong trường hợp này, khi thời gian gia hạn đóng Phí bảo hiểm bồi trợ kết thúc, nếu Bên mua bảo hiểm không đóng Phí bảo hiểm bồi trợ theo yêu cầu, Sản phẩm bảo hiểm bồi trợ sẽ bị mất hiệu lực kể từ Ngày đến hạn đóng phí.

- b) Từ Năm hợp đồng thứ tư (04) trở đi, thời gian gia hạn đóng Phí bảo hiểm bổ trợ là khoảng thời gian sáu mươi (60) ngày tính từ ngày Giá trị tài khoản hợp đồng nhỏ hơn hoặc bằng không (0).

Trong trường hợp này, khi thời gian gia hạn đóng Phí bảo hiểm bổ trợ kết thúc, nếu Bên mua bảo hiểm không đóng Phí bảo hiểm bổ trợ theo yêu cầu, Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ sẽ bị mất hiệu lực.

6.2 Khôi phục hiệu lực Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ

Nếu Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ bị mất hiệu lực theo Khoản 6.1 và Bên mua bảo hiểm vẫn chưa yêu cầu hủy bỏ Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu khôi phục hiệu lực Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ nếu đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

- a) Bên mua bảo hiểm đưa ra yêu cầu khôi phục hiệu lực trong thời gian hai mươi bốn (24) tháng kể từ ngày Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ bị mất hiệu lực;
- b) Bên mua bảo hiểm phải đóng một (01) trong các khoản phí sau:
- (i) Tất cả các khoản Phí bảo hiểm bổ trợ quá hạn trong ba (03) Năm hợp đồng đầu tiên nếu Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ bị mất hiệu lực theo Điểm a Khoản 6.1.
 - (ii) Ít nhất một (01) năm Phí bảo hiểm bổ trợ nếu Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ bị mất hiệu lực theo Điểm b Khoản 6.1.
- c) Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm đủ điều kiện tham gia theo quy định của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ.

Sau khi thẩm định lại mức độ rủi ro của Người được bảo hiểm, nếu Công ty chấp thuận việc khôi phục hiệu lực Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ và Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm vẫn còn sống vào thời điểm chấp thuận, thời điểm có hiệu lực của việc khôi phục này được tính từ ngày Công ty chấp thuận việc khôi phục hiệu lực Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ bằng văn bản.

Công ty không bảo hiểm cho những sự kiện bảo hiểm xảy ra trong thời gian Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ bị mất hiệu lực.

6.3 Chấm dứt hiệu lực Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ

Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ sẽ chấm dứt hiệu lực khi:

- a) Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt hiệu lực;
- b) Người được bảo hiểm Tử vong hoặc Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn;
- c) Bên mua bảo hiểm yêu cầu hủy bỏ Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ trước thời hạn;
- d) Khi Thời hạn bảo hiểm kết thúc;

- e) Công ty từ chối bảo hiểm theo Khoản 2.2
- f) Các trường hợp khác theo quy định của pháp luật.

ĐIỀU 7: THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Thủ tục giải quyết quyền lợi bảo hiểm sẽ hoàn toàn kế thừa và áp dụng theo quy định trong Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm bảo hiểm chính.