

**QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN
SẢN PHẨM BẢO HIỂM BỔ TRỢ – HỖ TRỢ ĐÓNG PHÍ 2021
CHO SẢN PHẨM LIÊN KẾT CHUNG**

Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ - Hỗ trợ đóng phí 2021 đã được Bộ Tài chính chấp thuận theo Công văn số 1165/BTC-QLBH ngày 02/02/2021.

Khi Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ - Hỗ trợ đóng phí 2021 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 hiện đang cư trú tại Việt Nam có tuổi từ mười tám (18) tuổi đến sáu mươi (60) tuổi vào Ngày hiệu lực của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ và được Công ty chấp thuận bảo hiểm theo Hợp đồng này.
- 1.2 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, với điều kiện Công ty đã nhận được đầy đủ phí bảo hiểm của kỳ phí đầu tiên và Người được bảo hiểm còn sống vào ngày Công ty chấp thuận yêu cầu bảo hiểm.
- 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 Điều 6.1.
- 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 Điều 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 mươi lăm (65) tuổi nhưng không vượt quá thời hạn hợp đồng còn lại của Hợp đồng bảo hiểm.
- 1.6 Thời hạn đóng phí:** bằng Thời hạn bảo hiểm, trong đó:
 - 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 bảo hiểm 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:** 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 bảo hiểm bổ trợ này được đính kèm.
- 1.8 Sản phẩm bảo hiểm được hỗ trợ đóng phí:** bao gồm Sản phẩm bảo hiểm chính, (các) Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ khác trong Hợp đồng bảo hiểm, trừ:
- a) (Các) Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ khác của cùng Người được bảo hiểm; và
 - b) (Các) Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ Hỗ trợ đóng phí khác trong cùng Hợp đồng bảo hiểm này.
- 1.9 Phí bảo hiểm cơ bản của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ:** là khoản tiền Bên mua bảo hiểm cần đóng cho Công ty theo định kỳ đóng phí thỏa thuận 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 cơ bản của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ trước khi phân bổ vào Giá trị tài khoản cơ bản theo quy định tại Điểm a, Điều 5.2
- 1.11 Phí bảo hiểm rủi ro:** là khoản phí được khấu trừ từ Giá trị tài khoản cơ bản vào Ngày hiệu lực Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ và vào các Ngày kỷ niệm tháng để Công ty thực hiện cam kết đối với quyền lợi bảo hiểm bổ trợ này.
- 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;
- 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 bồi trợ hoặc Ngày khôi phục hiệu lực Sản phẩm bảo hiểm bồi trợ gần nhất (lần sau cùng), tùy thuộc ngày nào đến sau.

1.14 Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn là tình trạng của Người được bảo hiểm

a) 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 được hiểu là đứt rời hoàn toàn (i) tay được tính từ cổ tay trở lên, (ii) chân được tính từ mắt cá chân trở lên. Mất hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của mắt được hiểu là mất toàn bộ nhãn cầu hoặc mất thị lực hoàn toàn không thể hồi phục.

Việc chứng nhận Người được bảo hiểm bị mất hoàn toàn bộ phận cơ thể (tay, chân hoặc mắt) 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 180 ngày kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm hoặc từ ngày bệnh lý được chẩn đoán xác định.

Hoặc:

- b) Được xác nhận có tỷ lệ phần trăm tổn thương cơ thể hoặc mất sức lao động vĩnh viễn trên 80% bởi Hội đồng giám định y khoa cấp tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương.

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 tất cả các thông tin liên quan đến tình trạng nhân thân, sức khỏe và nghề nghiệp của Người được bảo hiểm vào Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm để Công ty đánh giá khả năng chấp nhận bảo hiểm cho Người được bảo hiểm hoặc khôi phục hiệu lực Sản phẩm bảo hiểm bồi trợ.

Việc Người được bảo hiểm được yêu cầu kiểm tra sức khỏe (nếu có) không thể thay thế cho Nghĩa vụ kê khai thông tin của Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm.

- 2.2** Bên mua bảo hiểm có nghĩa vụ cung cấp thông tin thay đổi về nghề nghiệp của Người được bảo hiểm hoặc khi Người được bảo hiểm ra khỏi phạm vi lãnh thổ Việt Nam trong thời gian từ ba (03) tháng trở lên bằng cách gửi thông báo bằng văn bản đến Công ty trong vòng ba mươi (30) ngày kể từ ngày Người được bảo hiểm thay đổi nghề nghiệp hoặc tối thiểu mười lăm (15) ngày trước ngày Người được bảo hiểm xuất cảnh.

- 2.3** Trường hợp Bên mua bảo hiểm vi phạm nghĩa vụ cung cấp, kê khai thông tin quy định tại Điều 2.1 và 2.2, Công ty sẽ thẩm định lại rủi ro bảo hiểm và có thể từ chối hoặc chấp thuận bảo hiểm Sản phẩm bảo hiểm bồi trợ:

a) Nếu Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm cố ý kê khai không đầy đủ, chính xác và trung thực các thông tin cần thiết theo yêu cầu của Công ty, theo đó, nếu với thông tin chính xác, Công ty đã không chấp nhận bảo hiểm, Công ty sẽ (i) chấm dứt hiệu lực và không hoàn lại phí đã đóng cho Sản phẩm bảo hiểm bồi trợ này, và (ii) không chi trả đối với bất kỳ sự kiện bảo hiểm xảy ra có quyền lợi bảo hiểm liên quan đến việc vi phạm Nghĩa vụ kê khai và cung cấp thông tin.

b) Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm vi phạm nghĩa vụ kê khai thông tin quy định tại Điều 2.1 và 2.2 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 và điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm này.

c) Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm cố ý vi phạm nghĩa vụ kê khai thông tin quy định tại Điều 2.1 và 2.2 nhưng Công ty vẫn chấp thuận bảo hiểm và tiếp tục duy trì hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm, Công ty có quyền:

- (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 tương ứng với mức rủi ro theo thông tin chính xác; 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; hoặc
- (iv) Duy trì hiệu lực Sản phẩm bảo hiểm hỗ trợ, nếu các thông tin này không ảnh hưởng đến việc chấp nhận bảo hiểm cho Người được bảo hiểm tương ứng với những thỏa thuận hiện tại.

Trong trường hợp Khách hàng không đồng ý với quyết định tái thẩm định của Công ty thì Công ty sẽ chấm dứt hiệu lực và không hoàn lại phí đã đóng cho Sản phẩm bảo hiểm hỗ trợ này.

ĐIỀU 3: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

3.1 Quyền lợi bảo hiểm Hỗ trợ đóng phí

Trong thời gian Sản phẩm bảo hiểm hỗ 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 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 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:

- a) Công ty sẽ chấm dứt hiệu lực:
 - (Các) Sản phẩm bảo hiểm hỗ trợ của Người được bảo hiểm của Sản phẩm bảo hiểm hỗ trợ này, và
 - (Các) Sản phẩm bảo hiểm hỗ trợ Hỗ trợ đóng phí khác.
- b) Trong thời gian Công ty đang hỗ trợ đóng phí, Công ty sẽ không chấp nhận bất kỳ thay đổi nào liên quan đến Định kỳ đóng phí bảo hiểm cũng như quyền lợi bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm bao gồm Sản phẩm chính và tất cả các Sản phẩm bảo hiểm hỗ trợ/ tăng cường khác.

ĐIỀU 4: ĐIỀU KHOẢN LOẠI TRỪ

4.1 Loại trừ đối với trường hợp Tử vong

Công ty Cổ phần Bảo hiểm Nhân thọ Phú Hưng

Công ty sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm và chấm dứt hiệu lực của Sản phẩm bảo hiểm bồi trợ nếu Người được bảo hiểm Tử vong hoặc mắc Bệnh nặng đe dọa tính mạng do hậu quả của bất kỳ nguyên nhân nào sau đây:

- a) Hành vi tự tử 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 bồi 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) Do hành vi cố ý của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm và/hoặc Người thụ hưởng đối với Người được bảo hiểm; hoặc
- d) 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 Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn, chấm dứt hiệu lực của Sản phẩm bảo hiểm bồi trợ, 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, tự hủy hoại cơ thể 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 bồi 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) Do hành vi cố ý của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm và/hoặc Người thụ hưởng đối với Người được bảo hiểm; hoặc
- d) 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
- e) 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
- f) Chiến tranh (không hoặc có tuyên bố), nội chiến, nổi loạn, các hình thức xung đột có vũ trang tương tự hoặc khủng bố.

ĐIỀU 5: PHÍ BẢO HIỂM CƠ BẢN CỦA SẢN PHẨM BẢO HIỂM BỒ TRỢ VÀ CÁC LOẠI PHÍ LIÊN QUAN

5.1 Phân bổ phí bảo hiểm cơ bản của Sản phẩm bảo hiểm bồi trợ

Phí bảo hiểm cơ bản của Sản phẩm bảo hiểm bồi trợ được phân bổ vào Giá trị tài khoản cơ bản theo tỷ lệ quy định tại điểm a, Điều 5.2.

5.2 Các loại phí liên quan

a) Phí ban đầu

Phí ban đầu sẽ được khấu trừ từ Phí bảo hiểm cơ bản của Sản phẩm bảo hiểm bồi trợ theo tỷ lệ phần trăm (%) theo quy định tại Sản phẩm bảo hiểm Liên kết chung mà Sản phẩm bảo hiểm bồi trợ này được đính kèm.

b) Phí bảo hiểm rủi ro

Phí bảo hiểm rủi ro được khấu trừ hàng tháng từ Giá trị tài khoản cơ bản vào mỗi Ngày kỷ niệm tháng. Phí bảo hiểm rủi ro được tính căn cứ theo nghề nghiệp hiện tại và giới tính Người được bảo hiểm.

Trong trường hợp Giá trị tài khoản cơ bản không đủ để khấu trừ Phí bảo hiểm rủi ro hàng tháng, Công ty sẽ sử dụng Giá trị tài khoản đóng thêm để duy trì hiệu lực Hợp đồng.

Phí bảo hiểm rủi ro có thể thay đổi sau khi được Bộ Tài chính chấp thuận. Trong trường hợp này, 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 và khôi phục Sản phẩm bảo hiểm bồi trợ

Mất hiệu lực và khôi phục Sản phẩm bảo hiểm bồi trợ sẽ hoàn toàn kế thừa và áp dụng theo quy định trong Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm bảo hiểm chính.

6.2 Chấm dứt hiệu lực Sản phẩm bảo hiểm bồi trợ

Sản phẩm bảo hiểm bồi 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 vĩnh viễn;
- c) Sản phẩm bảo hiểm bồi trợ được chấm dứt trước thời hạn theo yêu cầu của Bên mua bảo hiểm;
- d) Khi Thời hạn bảo hiểm kết thúc;

- e) Sản phẩm bảo hiểm bồi trợ hoặc Hợp đồng bảo hiểm bị mất hiệu lực liên tục trên hai mươi bốn (24) tháng;
- f) Công ty từ chối bảo hiểm theo Điều 2;
- g) 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.