

**QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN
BẢO HIỂM CHĂM SÓC SỨC KHỎE 2021**

*(Được chấp thuận theo Công văn số 12162/BTC-QLBH
ngày 25 tháng 10 năm 2021 của Bộ Tài chính)*

MỘT SỐ ĐIỂM CẦN LƯU Ý ĐỐI VỚI KHÁCH HÀNG KHI THAM GIA SẢN PHẨM

▪ **Quyền của khách hàng**

1. Chương trình bảo hiểm và Quyền lợi bảo hiểm Điều 5
Bên mua bảo hiểm có thể lựa chọn Chương trình bảo hiểm với các Quyền lợi bảo hiểm có Hạn mức quyền lợi tối đa như sau:

Chương trình bảo hiểm	Bạch Kim	Kim Cương
Quyền lợi bảo hiểm Điều trị nội trú	1,2 tỷ đồng /Năm hợp đồng	1,8 tỷ đồng /Năm hợp đồng
Quyền lợi bảo hiểm Tử vong	400 triệu đồng	600 triệu đồng
Quyền lợi bảo hiểm phụ trội tử vong do Tai nạn	200 triệu đồng	300 triệu đồng

2. Thủ tục giải quyết quyền lợi bảo hiểm Điều 15
Thủ tục yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm và các chứng từ cần thiết được quy định tại điều này.

▪ **Trách nhiệm của khách hàng**

1. Đóng phí bảo hiểm Điều 9
Bên mua bảo hiểm có trách nhiệm đóng đầy đủ phí bảo hiểm vào Ngày đến hạn đóng phí.
2. Nghĩa vụ kê khai trung thực và thông báo thông tin Điều 12
Bên mua bảo hiểm phải kê khai thông tin trung thực và thông báo đến Công ty khi có thay đổi các thông tin liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm. Việc kê khai không trung thực về sức khỏe và tiền sử bệnh sẽ dẫn đến rủi ro khách hàng không được Công ty giải quyết quyền lợi bảo hiểm của sản phẩm.

▪ **Các điểm quan trọng khác cần lưu ý**

1. Định nghĩa Điều 1
Bên mua bảo hiểm cần đọc kỹ các định nghĩa để hiểu rõ các thuật ngữ sử dụng trong Quy tắc và Điều khoản này.
2. Thời hạn hợp đồng Điều 1.10
Thời hạn hợp đồng là một (1) năm, được tự động gia hạn hàng năm và chấm dứt theo các quy định tại Điều 11 theo Quy tắc và Điều khoản này.
Bên mua bảo hiểm và/hoặc Công ty có quyền không gia hạn Hợp đồng bảo hiểm. Trong trường hợp Công ty không tiếp tục cung cấp sản phẩm bảo hiểm này hoặc khi Người được bảo hiểm không còn đáp ứng các điều kiện được bảo hiểm quy định theo Quy tắc và Điều khoản này, Công ty có quyền từ chối gia hạn và sẽ thông báo bằng văn bản cho Bên mua bảo hiểm ít nhất ba mươi (30) ngày trước Ngày gia hạn.
3. Phí bảo hiểm Điều 1.13
Phí bảo hiểm có thể thay đổi tùy theo sự chấp thuận của Bộ Tài chính. Công ty sẽ gửi thông báo bằng văn bản cho Bên mua bảo hiểm ít nhất ba mươi (30) ngày trước khi áp dụng mức Phí bảo hiểm mới vào Ngày gia hạn kế tiếp.
4. Điều khoản loại trừ Điều 8
Các trường hợp Công ty không giải quyết quyền lợi bảo hiểm được quy định tại điều này.

MỤC LỤC

MỘT SỐ ĐIỂM CẦN LƯU Ý ĐỐI VỚI KHÁCH HÀNG KHI THAM GIA SẢN PHẨM.....	1
ĐIỀU 1: ĐỊNH NGHĨA.....	3
ĐIỀU 2: HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM.....	6
ĐIỀU 3: THỜI GIAN CÂN NHẮC.....	6
ĐIỀU 4: BẢO HIỂM TẠM THỜI.....	6
ĐIỀU 5: CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM VÀ QUYỀN LỢI BẢO HIỂM.....	7
ĐIỀU 6: BẢO HIỂM CÓ ĐIỀU KIỆN.....	9
ĐIỀU 7: THỜI GIAN CHỜ.....	9
ĐIỀU 8: ĐIỀU KHOẢN LOẠI TRỪ.....	10
ĐIỀU 9: ĐÓNG PHÍ BẢO HIỂM VÀ THỜI GIAN GIA HẠN ĐÓNG PHÍ.....	12
ĐIỀU 10: KHÔI PHỤC HIỆU LỰC HỢP ĐỒNG.....	12
ĐIỀU 11: CHẤM DỨT HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM.....	13
ĐIỀU 12: TRÁCH NHIỆM KÊ KHAI, CUNG CẤP VÀ BẢO MẬT THÔNG TIN.....	13
ĐIỀU 13: NHẦM LÃN KHI KÊ KHAI TUỔI, GIỚI TÍNH.....	14
ĐIỀU 14: CÁC THAY ĐỔI TRONG QUÁ TRÌNH THỰC HIỆN HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM.....	14
ĐIỀU 15: THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM.....	15

ĐIỀU 1: ĐỊNH NGHĨA

Các thuật ngữ về y học sử dụng trong Quy tắc và Điều khoản này, trừ khi được quy định cụ thể khác đi, sẽ có cùng nghĩa về mặt y học theo như cách hiểu và sử dụng chung của các chuyên gia về y học trong lĩnh vực tương ứng.

- 1.1 Công ty:** là Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ Cathay (Việt Nam), được Bộ Tài chính cấp Giấy phép thành lập và hoạt động số: 44GP/KDBH, được cấp ngày 21 tháng 11 năm 2007.
- 1.2 Bên mua bảo hiểm:** là tổ chức được thành lập và hoạt động hợp pháp tại Việt Nam, hoặc cá nhân từ đủ 18 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 Hồ sơ 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 có độ tuổi từ không (0) Tuổi đến sáu mươi lăm (65) Tuổi vào Ngày hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm, đang cư trú ở Việt Nam tại thời điểm nộp Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và được Công ty chấp nhận bảo hiểm theo Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm bảo hiểm này.
- 1.4 Người thụ hưởng:** là cá nhân được nhận quyền lợi bảo hiểm theo Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm này.

Người thụ hưởng được quy định như sau:

- Đối với Quyền lợi bảo hiểm Điều trị nội trú: là Người được bảo hiểm hoặc người giám hộ hợp pháp của Người được bảo hiểm.
 - Đối với các Quyền lợi bảo hiểm khác: Bên mua bảo hiểm chỉ định Người thụ hưởng (với sự đồng ý của Người được bảo hiểm hoặc người đại diện theo pháp luật của Người được bảo hiểm).
- 1.5 Tuổi:** là tuổi của Người được bảo hiểm tính theo ngày sinh nhật gần nhất trước Ngày hiệu lực hoặc Ngày gian hạn của Hợp đồng bảo hiểm trong các Năm hợp đồng tiếp theo.
 - 1.6 Tuổi gia hạn tối đa:** Tuổi gia hạn tối đa của Người được bảo hiểm là bảy mươi (70) Tuổi. Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực tại Ngày gia hạn mà Người được bảo hiểm đạt Tuổi gia hạn tối đa.
 - 1.7 Ngày hiệu lực:** Nếu Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm còn sống vào thời điểm Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm được Công ty chấp thuận, Ngày hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm là ngày Bên mua bảo hiểm hoàn tất Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và nộp đủ Phí bảo hiểm tạm tính. Ngày hiệu lực được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm.
 - 1.8 Ngày gia hạn:** là ngày tương ứng hàng năm của Ngày hiệu lực. Nếu năm không có ngày này thì ngày cuối cùng của tháng đó sẽ là Ngày gia hạn.
 - 1.9 Ngày khôi phục hiệu lực:** là ngày mà hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm được khôi phục theo sự chấp thuận bằng văn bản của Công ty.
 - 1.10 Thời hạn hợp đồng:** một (01) năm tính từ Ngày hiệu lực, được thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các văn bản sửa đổi, bổ sung (nếu có).
Hợp đồng bảo hiểm được tự động gia hạn hàng năm và chấm dứt hiệu lực theo các quy định tại Điều 11 theo Quy tắc Điều khoản này.
Bên mua bảo hiểm và/hoặc Công ty có quyền không gia hạn Hợp đồng bảo hiểm. Trong trường hợp Công ty không tiếp tục cung cấp sản phẩm bảo hiểm này hoặc khi Người được bảo hiểm không còn đáp ứng các điều kiện được bảo hiểm quy định theo Quy tắc và Điều khoản này, Công ty có quyền từ chối gia hạn và sẽ thông báo bằng văn bản cho Bên mua bảo hiểm ít nhất ba mươi (30) ngày trước Ngày gia hạn.
 - 1.11 Thời hạn đóng phí:** là thời gian Bên mua bảo hiểm đóng phí bảo hiểm cho Công ty theo thỏa thuận tại Hợp đồng bảo hiểm. Thời hạn đóng phí bằng với Thời hạn hợp đồng.
 - 1.12 Ngày đến hạn đóng phí:** là ngày đóng Phí bảo hiểm theo thỏa thuận tại Hợp đồng bảo hiểm hoặc các tài liệu sửa đổi, bổ sung liên quan gần nhất (nếu có).

- 1.13 Phí bảo hiểm:** là khoản tiền mà Bên mua bảo hiểm có nghĩa vụ đóng cho Công ty theo định kỳ đóng phí và phương thức đóng phí được các bên thỏa thuận tại Hợp đồng bảo hiểm hoặc các tài liệu sửa đổi, bổ sung liên quan gần nhất (nếu có).
- Phí bảo hiểm có thể thay đổi tùy theo sự chấp thuận của Bộ Tài chính. Công ty sẽ gửi thông báo bằng văn bản cho Bên mua bảo hiểm ít nhất ba mươi (30) ngày trước khi áp dụng mức Phí bảo hiểm mới vào Ngày gia hạn kế tiếp.
- 1.14 Năm hợp đồng:** là khoảng thời gian một (1) năm tính từ Ngày hiệu lực hoặc Ngày gia hạn của Hợp đồng bảo hiểm.
- 1.15 Chi phí hợp lý theo thông lệ:** là các chi phí cần thiết về mặt y khoa nhưng không vượt quá các chi phí thông thường cho việc điều trị Bệnh/Thương tích tương tự hoặc cho các dịch vụ và vật dụng tương tự tại Khu vực địa lý nơi chi phí phát sinh.
- 1.16 Bệnh:** là tình trạng sức khỏe thay đổi có tính bệnh lý khác với tình trạng sức khỏe bình thường, cần phải được Bác sĩ điều trị.
- 1.17 Thương tích:** là thương tích trên thân thể (loại trừ những tình trạng tâm thần), phát sinh hoàn toàn và duy nhất từ một Tai nạn.
- 1.18 Tai nạn:** là một sự kiện hoặc một chuỗi sự kiện liên tục, khách quan, xảy ra do tác động của một lực, một vật bất ngờ từ bên ngoài, không chủ động và ngoài ý muốn lên cơ thể của Người được bảo hiểm. Sự kiện hoặc chuỗi sự kiện nêu trên phải là nguyên nhân trực tiếp, duy nhất và không liên quan đến bất kỳ nguyên nhân nào khác gây ra thương tích hoặc tử vong cho Người được bảo hiểm trong vòng một trăm tám mươi (180) ngày kể từ ngày xảy ra sự kiện hoặc chuỗi sự kiện đó.
- 1.19 Bác sĩ:** là người có bằng cấp chuyên môn y khoa được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc thừa nhận được hành nghề y trong phạm vi giấy phép theo pháp luật của nước sở tại nơi người này tiến hành việc khám, điều trị.
- Cho mục đích của Hợp đồng bảo hiểm này, Bác sĩ không được đồng thời là:
- 1.19.1** Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng; hoặc
 - 1.19.2** 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; hoặc
 - 1.19.3** Con riêng của vợ hoặc chồng của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng; hoặc
 - 1.19.4** Đại lý bảo hiểm của Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm.
- 1.20 Bệnh viện:** là một cơ sở khám chữa bệnh được thành lập và hoạt động hợp pháp theo luật pháp Việt Nam hoặc nước sở tại, thực hiện điều trị bằng phương pháp tây y để chăm sóc và điều trị cho những người bị Bệnh hoặc bị Thương tích, có đủ các thiết bị chuyên môn để tiến hành chẩn đoán, điều trị, phẫu thuật, có y tá chăm sóc 24/7 và có Bác sĩ trực thường xuyên. Bệnh viện không bao gồm:
- 1.20.1** Viện nghỉ dưỡng, nhà dưỡng lão hoặc các cơ sở khác chủ yếu dành cho việc chăm sóc cho người già;
 - 1.20.2** Trung tâm cai nghiện, cơ sở cai nghiện;
 - 1.20.3** Bệnh viện tâm thần, viện tâm thần;
 - 1.20.4** Khoa, viện, bệnh viện y học dân tộc;
 - 1.20.5** Bệnh viện phong, trại phong;
 - 1.20.6** Trung tâm y tế dự phòng;
 - 1.20.7** Nơi điều trị suối khoáng, xông hơi, mát-xa, spa.
- 1.21 Điều trị nội trú:** là việc điều trị Bệnh hoặc Thương tích tại Bệnh viện và Người được bảo hiểm cần thiết về mặt y tế phải nằm viện trong một thời gian liên tục từ mười tám (18) tiếng trở lên để điều trị Bệnh hoặc Thương tích đó.
- 1.22 Chi phí giường và phòng:** là chi phí giường hoặc phòng của Người được bảo hiểm tại Bệnh viện, bao gồm cả suất ăn theo tiêu chuẩn của bệnh nhân do Bệnh viện cung cấp và xuất hóa đơn.

Nếu Người được bảo hiểm bao cả phòng thì Chi phí giường và phòng của Người được bảo hiểm sẽ được xác định bằng cách lấy chi phí của phòng bao đó chia cho số giường của phòng đó.

- 1.23 Phẫu thuật:** là một phương pháp y khoa để Điều trị nội trú. Các phẫu thuật phục vụ cho mục đích chẩn đoán sẽ không được xem là Phẫu thuật theo định nghĩa này.
- 1.24 Phẫu thuật thẩm mỹ:** là phẫu thuật được thực hiện chủ yếu để cải thiện hoặc nâng cao vẻ bề ngoài của một người hoặc phẫu thuật mà người được phẫu thuật nghĩ rằng hoặc tin rằng sẽ cải thiện hoặc nâng cao vẻ bề ngoài của mình và bao gồm cả bất kỳ phẫu thuật nào cần thiết cho những lý do tâm lý, sự thích nghi và sự thỏa mãn cá nhân đối với một Bệnh hoặc Thương tích được bảo hiểm.
- 1.25 Vật tư y tế:** là những vật dụng được Bác sĩ kê đơn để sử dụng trong y tế như là găng tay, băng, khẩu trang, bộ dụng cụ cho máy khí dung, bơm tiêm, bông, thạch cao, ... cũng như những vật tư tiêu hao khác được sử dụng cho các thiết bị cơ học.
- 1.26 Thuốc:** là thuốc được lưu hành hợp pháp do Bác sĩ kê đơn yêu cầu cụ thể cho việc điều trị một Bệnh hoặc Thương tích.
- 1.27 Dịch vụ xe cấp cứu:** là dịch vụ xe cấp cứu của Bệnh viện, phòng khám, trung tâm cấp cứu để đưa Người được bảo hiểm trong Tình trạng khẩn cấp do Bệnh hoặc Thương tích đến một Bệnh viện hoặc từ Bệnh viện này đến Bệnh viện khác.
- 1.28 Tình trạng khẩn cấp:** là tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm thay đổi đột ngột, cần phải có sự can thiệp khẩn cấp về mặt y khoa hoặc phẫu thuật để tránh sự nguy hiểm đến tính mạng hoặc sức khỏe sắp xảy ra.
- 1.29 Sự cần thiết về mặt y khoa:** là sự điều trị y khoa mà đáp ứng những điều kiện sau:
- 1.29.1** phù hợp với chẩn đoán bệnh của Bác sĩ; và
 - 1.29.2** theo đúng chỉ dẫn y khoa của y học hiện đại; và
 - 1.29.3** không phải chủ yếu vì sự tiện lợi của bệnh nhân hoặc gia đình của bệnh nhân hoặc Bác sĩ; và
 - 1.29.4** theo đúng tiêu chuẩn được chấp nhận chung để chăm sóc cho các bệnh nhân, và được xem là thích hợp cho việc điều trị Bệnh hoặc Thương tích của bệnh nhân.
- 1.30 Tình trạng bẩm sinh:** là sự bất thường về mặt thể chất hoặc y học có từ khi sinh ra cũng như những bất thường về mặt thể chất hoặc tinh thần phát triển sau đó do những nhân tố vốn có từ khi sinh ra, cho dù Người được bảo hiểm có nhận biết được hay không, và có thể được các cơ quan y tế mô tả dưới nhiều tên gọi khác nhau như bệnh bẩm sinh, dị tật bẩm sinh, khuyết tật bẩm sinh, bất thường của nhiễm sắc thể.
- 1.31 Tình trạng thực vật dai dẳng:** là
- 1.31.1** một sự sút giảm nghiêm trọng về ý thức trong đó Người được bảo hiểm bị tổn thương hệ thần kinh ở trong trạng thái thức tỉnh một phần chứ không phải nhận thức thật sự, mặc dù các dấu hiệu bề ngoài như là mở mắt, nuốt và thở tự nhiên và những điều tương tự có thể tồn tại; và
 - 1.31.2** tình trạng đã kéo dài liên tục trong ít nhất bốn (4) tuần mà không có dấu hiệu cải thiện, trong khi tất cả các cố gắng hợp lý đã được thực hiện để làm nhẹ bớt tình trạng này.
- 1.32 Tình trạng tồn tại trước:** là tình trạng Bệnh hoặc Thương tích của Người được bảo hiểm đã được Bác sĩ khám, chẩn đoán hoặc điều trị trước Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc Ngày khôi phục hiệu lực gần nhất (nếu có). Hồ sơ y tế, tiền sử bệnh được lưu giữ tại Bệnh viện, cơ sở y tế, phòng khám hoặc các thông tin do Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm tự kê khai được xem là bằng chứng đầy đủ và hợp pháp về Tình trạng tồn tại trước.
- 1.33 Bệnh đặc biệt:** bao gồm các loại nang và polyp, các loại sỏi, rò hậu môn, các tình trạng của tuyến tiền liệt, các bệnh về tai mũi họng cần phải phẫu thuật bao gồm cả cắt Amidan và nạo VA, các bệnh về phổi (ngoại trừ viêm phổi cấp), thoát vị đĩa đệm, viêm dạ dày, viêm tá tràng, loét dạ dày, loét tá tràng, viêm xoang, tất cả các loại viêm gan, lạc nội mạc tử cung, các bệnh tim mạch và huyết áp, đột quy/tai biến mạch máu não, cơn thiếu máu não thoáng qua, viêm

khớp, hội chứng ống cổ tay, các loại u/bướu, các loại ung thư, bệnh trĩ, suy giãn tĩnh mạch, đái tháo đường.

1.34 Biện chứng thai sản: gồm có:

1.34.1 Dọa sảy thai, dọa sinh non;

1.34.2 Sảy thai hoặc thai nhi chết lưu trong tử cung;

1.34.3 Phá thai hoặc chấm dứt thai kỳ theo chỉ định của Bác sĩ:

- Do các bệnh lý di truyền hoặc dị tật bẩm sinh của thai nhi; hoặc
- Để bảo vệ tính mạng của người mẹ là Người được bảo hiểm.

1.34.4 Thai trứng;

1.34.5 Thai ngoài tử cung;

1.34.6 Sinh khó;

1.34.7 Băng huyết sau sinh;

1.34.8 Sốt nhau thai sau khi sinh;

1.34.9 Biện chứng của các tình trạng nói trên.

1.35 Sự kiện bảo hiểm: sự kiện dẫn đến yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo Quy tắc và Điều khoản này.

ĐIỀU 2: HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

2.1 Hợp đồng bảo hiểm: là thỏa thuận giữa Bên mua bảo hiểm và Công ty, ghi nhận quyền và nghĩa vụ của các bên trong quá trình thực hiện hợp đồng.

Hợp đồng bảo hiểm bao gồm các tài liệu sau:

- Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm;
- Giấy chứng nhận bảo hiểm;
- Quy tắc và Điều khoản sản phẩm bảo hiểm được Bộ Tài chính phê chuẩn;
- Tài liệu minh họa bán hàng;
- Các văn bản sửa đổi (nếu có).

2.2 Hồ sơ 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 người đề nghị tham gia bảo hiểm cung cấp để Công ty đánh giá rủi ro, làm căn cứ chấp nhận bảo hiểm hoặc từ chối bảo hiểm. Hồ sơ 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/ Người được bảo hiểm trong đó thể hiện các thông tin cơ bản của Hợp đồng bảo hiểm, và là một phần không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm.

2.4 Tài liệu minh họa bán hàng: là tài liệu minh họa về sản phẩm được cung cấp cho Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm, thể hiện các thông tin cơ bản về Hợp đồng bảo hiểm theo điều kiện, điều khoản bảo hiểm được thỏa thuận giữa Bên mua bảo hiểm và Công ty.

ĐIỀU 3: THỜI GIAN CÂN NHẮC

Trong vòng hai mươi một (21) ngày kể từ ngày 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 tiếp tục tham gia bảo hiểm bằng cách gửi văn bản thông báo đến Công ty. Công ty hoàn trả phí bảo hiểm đã đóng, không có lãi, sau khi đã trừ đi chi phí khám y khoa (nếu có).

ĐIỀU 4: BẢO HIỂM TẠM THỜI

4.1 Thời hạn bảo hiểm tạm thời

Thời hạn bảo hiểm tạm thời bắt đầu từ khi Bên mua bảo hiểm hoàn tất Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm hợp lệ và đóng đủ Phí bảo hiểm tạm tính. Thời hạn bảo hiểm tạm thời sẽ chấm dứt khi xảy ra một trong các ngày sau, tùy ngày nào đến trước:

- Ngày Công ty cấp Giấy chứng nhận bảo hiểm; hoặc

- Ngày Công ty ban hành văn bản từ chối chấp nhận bảo hiểm; hoặc
- Ngày Công ty nhận được văn bản yêu cầu hủy bỏ Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm của Bên mua bảo hiểm.

4.2 Quyền lợi bảo hiểm tạm thời

Nếu Người được bảo hiểm tử vong do Tai nạn trong Thời hạn bảo hiểm tạm thời, Công ty sẽ chi trả giá trị nào nhỏ hơn giữa:

- Tổng Số tiền bảo hiểm của các sản phẩm bảo hiểm chính ghi trên tất cả các Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm đang được xem xét của cùng một Người được bảo hiểm đó; và
- Hai trăm triệu (200.000.000) đồng.

Trong trường hợp Quyền lợi bảo hiểm tạm thời này được chi trả, tổng Phí bảo hiểm đã đóng sẽ không được hoàn lại. Nếu tổng Phí bảo hiểm đã đóng lớn hơn hai trăm triệu (200.000.000) đồng, Công ty sẽ hoàn lại tổng Phí bảo hiểm đã đóng, không có lãi, thay cho Quyền lợi bảo hiểm tạm thời.

4.3 Loại trừ đối với bảo hiểm tạm thời

Công ty sẽ không chi trả Quyền lợi bảo hiểm tạm thời nếu Người được bảo hiểm tử vong do một trong các nguyên nhân trực tiếp sau:

- Tự tử; hoặc
- Hành vi cố ý của Bên mua bảo hiểm, Người thụ hưởng đối với Người được bảo hiểm; hoặc
- Sử dụng ma túy, chất gây nghiện, chất kích thích; hoặc điều khiển các phương tiện giao thông với nồng độ cồn trong máu vượt quá mức cho phép theo quy định của pháp luật hiện hành.

Trong trường hợp này, Công ty sẽ hoàn trả tổng Phí bảo hiểm đã đóng (không có lãi), sau khi trừ đi chi phí xét nghiệm y khoa (nếu có).

ĐIỀU 5: CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM VÀ QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

5.1 Chương trình bảo hiểm, Quyền lợi bảo hiểm và Phạm vi địa lý

5.1.1 Chương trình bảo hiểm

Là các Chương trình bảo hiểm do Công ty quy định và được Bên mua bảo hiểm lựa chọn khi tham gia Hợp đồng bảo hiểm, được thể hiện trong Giấy chứng nhận bảo hiểm, văn bản sửa đổi, bổ sung (nếu có).

Các Chương trình bảo hiểm bao gồm (i) Chương trình Bạch Kim và (ii) Chương trình Kim Cương. Công ty có quyền ngưng phân phối bất kỳ Chương trình bảo hiểm nào theo từng thời điểm với điều kiện Công ty sẽ thông báo bằng văn bản cho Bên mua bảo hiểm ít nhất ba mươi (30) ngày trước Ngày gia hạn gần nhất.

5.1.2 Quyền lợi bảo hiểm

Quyền lợi bảo hiểm bao gồm:

- Quyền lợi bảo hiểm Điều trị nội trú
- Quyền lợi bảo hiểm tử vong
- Quyền lợi bảo hiểm phụ trội tử vong do Tai nạn

Đối với các quyền lợi bảo hiểm trên, Công ty sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm được quy định tại Bảng liệt kê quyền lợi bảo hiểm. Các quyền lợi này được thể hiện trong Giấy chứng nhận bảo hiểm.

5.1.3 Phạm vi địa lý

Đối với Quyền lợi bảo hiểm Điều trị nội trú, Công ty chỉ chấp nhận chi trả các chi phí y tế phát sinh trên phạm vi lãnh thổ Việt Nam và lãnh thổ Đài Loan khi Người được bảo hiểm khám, điều trị trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực theo Quy tắc và Điều khoản này.

5.1.4 Hạn mức quyền lợi tối đa

Là số tiền tối đa có thể được chi trả trong mỗi Năm hợp đồng đối với Quyền lợi bảo hiểm Điều trị nội trú và được quy định cụ thể tại Bảng liệt kê quyền lợi bảo hiểm.

5.1.5 Hạn mức phụ

Là giới hạn chi trả tối đa đối với từng hạng mục quyền lợi của Quyền lợi bảo hiểm Điều trị nội trú và được quy định cụ thể tại Bảng liệt kê quyền lợi bảo hiểm.

5.2 Bảng liệt kê quyền lợi bảo hiểm

Bảng liệt kê quyền lợi bảo hiểm là bảng liệt kê chi tiết các quyền lợi bảo hiểm theo Chương trình bảo hiểm của Người được bảo hiểm.

Tùy theo lựa chọn vào thời điểm tham gia Hợp đồng bảo hiểm về Chương trình bảo hiểm của Bên mua bảo hiểm theo Điều 5.1.1, Công ty sẽ thanh toán Chi phí hợp lý theo thông lệ phát sinh thực tế trong Phạm vi địa lý được bảo hiểm theo Điều 5.1.3, tối đa bằng Hạn mức phụ của từng hạng mục quyền lợi bảo hiểm có liên quan được quy định trong Bảng liệt kê quyền lợi bảo hiểm dưới đây:

Quyền lợi bảo hiểm	Chương trình bảo hiểm	Bạch Kim	Kim Cương
	Phạm vi địa lý	Việt Nam và Đài Loan	Việt Nam và Đài Loan
Quyền lợi bảo hiểm Điều trị nội trú	Hạn mức quyền lợi tối đa	1,2 tỷ đồng/Năm hợp đồng	1,8 tỷ đồng/Năm hợp đồng
	Điều trị nội trú có phẫu thuật	240 triệu đồng/lần nằm viện. Trong đó, Chi phí giường và phòng tối đa 4 triệu đồng/ngày.	360 triệu đồng/lần nằm viện. Trong đó, Chi phí giường và phòng tối đa 6,4 triệu đồng/ngày.
		Bao gồm: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Chi phí giường và phòng; ▪ Chi phí phòng chăm sóc đặc biệt; ▪ Chi phí phẫu thuật: Chi phí Bác sĩ phẫu thuật, chi phí phòng phẫu thuật, chi phí gây mê/gây tê, chi phí đánh giá tiền phẫu thuật và chăm sóc hậu phẫu thuật thông thường; ▪ Các chi phí khác: các chi phí xét nghiệm chẩn đoán, chẩn đoán hình ảnh theo chỉ định của Bác sĩ, thuốc được kê đơn, phí Bác sĩ, máu, huyết tương, thuê xe lăn sử dụng trong Bệnh viện, vật tư y tế, dụng cụ và trang thiết bị phẫu thuật, thiết bị y khoa được đặt /gắn bên trong cơ thể, ... 	
	Điều trị nội trú nhưng không có phẫu thuật	120 triệu đồng/lần nằm viện. Trong đó, Chi phí giường và phòng tối đa 4 triệu đồng/ngày.	180 triệu đồng/lần nằm viện. Trong đó, Chi phí giường và phòng tối đa 6,4 triệu đồng/ngày.
		Bao gồm: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Chi phí giường và phòng; ▪ Chi phí phòng chăm sóc đặc biệt; ▪ Các chi phí khác: các chi phí xét nghiệm chẩn đoán, chẩn đoán hình ảnh theo chỉ định của Bác sĩ, thuốc được kê đơn, phí Bác sĩ, vật tư y tế,... 	
Dịch vụ xe cấp cứu	10 triệu đồng/Năm hợp đồng	16 triệu đồng/Năm hợp đồng	
Ghép tạng	600 triệu đồng	900 triệu đồng	

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bao gồm các chi phí cho việc ghép thận, tim, phổi, gan, tùy xương cho người nhận là Người được bảo hiểm (tối đa 50% cho người hiến tặng và số phần trăm còn lại cho người nhận, tùy theo sự lựa chọn của Người được bảo hiểm). Công ty không thanh toán cho các chi phí để có được tạng. ▪ Quyền lợi này là tổng cộng tối đa cho mỗi tạng trong suốt cuộc đời của Người được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này. 	
	Liệu pháp proton	400 triệu đồng/ Năm hợp đồng	640 triệu đồng/ Năm hợp đồng
		Liệu pháp proton (hay xạ trị proton) là một loại liệu pháp hạt sử dụng một chùm proton để chiếu xạ các mô bệnh để điều trị ung thư.	
Quyền lợi bảo hiểm tử vong	Số tiền bảo hiểm	400 triệu đồng	600 triệu đồng
	Điều kiện chi trả	Công ty sẽ chi trả Số tiền bảo hiểm theo quy định tại Quyền lợi bảo hiểm tử vong này nếu người được bảo hiểm tử vong trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực.	
Quyền lợi bảo hiểm phụ trội tử vong do tai nạn	Số tiền bảo hiểm	200 triệu đồng	300 triệu đồng
	Điều kiện chi trả	Ngoài Quyền lợi bảo hiểm tử vong, Công ty sẽ chi trả thêm Số tiền bảo hiểm theo quy định tại Quyền lợi bảo hiểm phụ trội tử vong do Tai nạn này nếu Người được bảo hiểm tử vong do nguyên nhân Tai nạn trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực.	

- Tổng số ngày chi trả tối đa cho Chi phí giường và phòng đối với Điều trị nội trú có phẫu thuật và Điều trị nội trú không có phẫu thuật là sáu mươi (60) ngày cho mỗi Năm hợp đồng.
- Tổng số ngày chi trả tối đa cho Chi phí phòng chăm sóc đặc biệt đối với Điều trị nội trú có phẫu thuật và Điều trị nội trú không có phẫu thuật là ba mươi (30) ngày cho mỗi Năm hợp đồng.
- Trong mọi trường hợp, tổng số tiền chi trả cho tất cả các quyền lợi thuộc Quyền lợi bảo hiểm Điều trị nội trú trong một Năm hợp đồng không được vượt quá Hạn mức quyền lợi tối đa của Chương trình bảo hiểm đã chọn.
- Đối với các hình thức tổn thương của dây chằng và sụn chêm: Công ty chi trả trên cơ sở Đồng thanh toán 30:70 (Người được bảo hiểm tự trả 30% của Chi phí hợp lý theo thông lệ).

ĐIỀU 6: BẢO HIỂM CÓ ĐIỀU KIỆN

Căn cứ vào kết quả thẩm định Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm hoặc kết quả chi trả cho các yêu cầu giải quyết quyền lợi, Công ty có thể chấp thuận bảo hiểm hoặc gia hạn Hợp đồng bảo hiểm với những điều kiện và thỏa thuận đặc biệt với Quyền lợi bảo hiểm có điều chỉnh, Phí bảo hiểm có điều chỉnh hoặc điều chỉnh phạm vi trách nhiệm bảo hiểm. Các điều kiện và thỏa thuận đặc biệt này chỉ được áp dụng sau khi Người được bảo hiểm chấp thuận bằng văn bản.

ĐIỀU 7: THỜI GIAN CHỜ

7.1 Thời gian chờ là khoảng thời gian mà Công ty không có trách nhiệm chi trả bất kỳ quyền lợi nào cho những Sự kiện bảo hiểm xảy ra trong khoảng thời gian này, bao gồm cả trường hợp mà ngày nhập viện nằm trong thời gian này nhưng ngày xuất viện nằm ngoài thời gian này. Thời gian chờ được tính từ Ngày hiệu lực hoặc Ngày khôi phục hiệu lực, tùy theo ngày nào đến sau.

7.2 Đối với Quyền lợi bảo hiểm Điều trị nội trú, Thời gian chờ được quy định như sau:

7.2.1 Đối với các Bệnh đặc biệt và các biến chứng của chúng: ba (03) tháng.

7.2.2 Tất cả các hình thức tổn thương của dây chằng và sụn chêm: một (01) tháng.

7.2.3 Bệnh khác: một (01) tháng.

- 7.3** Đối với Quyền lợi bảo hiểm tử vong, Quyền lợi bảo hiểm phụ trội tử vong do Tai nạn, hay Quyền lợi bảo hiểm Điều trị nội trú có nguyên nhân do Tai nạn: Công ty không áp dụng Thời gian chờ.

ĐIỀU 8: ĐIỀU KHOẢN LOẠI TRỪ

- 8.1** Công ty không có trách nhiệm chi trả Quyền lợi bảo hiểm Điều trị nội trú như quy định tại Điều 5 đối với bất kỳ điều trị hoặc chi phí phát sinh nào thuộc bất kỳ trường hợp hoặc sự việc nào dưới đây:
- 8.1.1** Hành vi cố ý của Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người thụ hưởng đối với Người được bảo hiểm; hoặc
 - 8.1.2** Các Tình trạng tồn tại trước và các biến chứng, di chứng của chúng ngoại trừ các Tình trạng tồn tại trước đã được khai báo đầy đủ và trung thực với Công ty và Công ty không loại trừ bảo hiểm, các Bệnh di truyền, các Tình trạng bẩm sinh và các triệu chứng, biến chứng của chúng; hoặc
 - 8.1.3** Thai sản và biến chứng thai sản; thay đổi giới tính, kế hoạch hóa sinh đẻ, triệt sản, và bất kỳ các tình trạng hoặc biến chứng nào phát sinh từ những việc đó, rối loạn chức năng tình dục, vô sinh (bao gồm cả việc thụ tinh nhân tạo, thụ tinh trong ống nghiệm, chuyển phôi), dậy thì sớm, lún/vùi dương vật, dài bao quy đầu, hẹp bao quy đầu và các biến chứng của chúng, cắt bao quy đầu và các biến chứng của việc đó; hoặc
 - 8.1.4** Khám sức khỏe tổng quát hoặc kiểm tra sức khỏe, bất kỳ xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thuốc hay dịch vụ nào mà không cần thiết cho việc chẩn đoán hay điều trị một Bệnh/Thương tích được bảo hiểm; hoặc chăm sóc dưỡng bệnh bao gồm cả chữa bệnh bằng cách nghỉ ngơi; hoặc
 - 8.1.5** Điều trị phòng ngừa, tiêm chủng/chích ngừa, ngoại trừ chích ngừa bệnh dại cần thiết sau khi bị động vật tấn công hoặc chích ngừa uốn ván cần thiết sau khi bị tai nạn hoặc bị thương tích; hoặc
 - 8.1.6** Thoái hóa cột sống, thoái hóa khớp, loãng xương, vẹo cột sống và tất cả các hình thức của bệnh thoái hóa xương; các chứng thoát vị của Người được bảo hiểm dưới 10 Tuổi; hoặc
 - 8.1.7** Các bệnh lây truyền qua đường tình dục và các biến chứng, di chứng của chúng; xét nghiệm HIV và điều trị các Bệnh có liên quan đến HIV bao gồm cả Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (“AIDS”), phức hợp có liên quan đến AIDS và/hoặc bất kỳ sự đột biến, tiến hóa, hoặc biến dị nào của chúng, 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
 - 8.1.8** Vẹo vách ngăn mũi và các biến chứng của nó, đục thủy tinh thể, các tật khúc xạ của mắt hoặc lão thị, mù màu, tất cả các hình thức lác mắt (lệ), khô mắt, mỏi mắt, kiểm tra thính lực; hoặc
 - 8.1.9** Các dụng cụ/thiết bị hiệu chỉnh, kính đeo mắt, mắt kính, kính sát trùng, thiết bị trợ thính, các bộ phận giả, các dụng cụ/thiết bị chỉnh hình, các thiết bị hỗ trợ di chuyển, nạng chống, xe lăn ngoại trừ trường hợp thuê xe lăn của Bệnh viện trong thời gian Điều trị nội trú; hoặc
 - 8.1.10** Tất cả các dịch vụ nha khoa và Điều trị nha khoa; hoặc
 - 8.1.11** Phẫu thuật thẩm mỹ và bất kỳ các biến chứng hoặc di chứng nào của việc đó, các điều trị mang tính chất thẩm mỹ, điều trị nám da, thiếu sắc tố da, sẹo, tàn nhang, nốt ruồi lành tính, mụn thịt, mụn trứng cá, chứng rụng tóc, gàu và bất kỳ các biến chứng hoặc di chứng nào của việc điều trị đó; hoặc
 - 8.1.12** Bệnh Parkinson, bệnh Alzheimer, stress, suy nhược thần kinh, các rối loạn tâm thần, tâm lý, tinh thần hoặc thần kinh, và bất kỳ các biểu hiện sinh lý hoặc thần kinh nào của các rối loạn đó, bệnh động kinh, tất cả các hình thức của não úng thủy; hoặc
 - 8.1.13** Suy nhược cơ thể, các rối loạn về ăn, suy dinh dưỡng, còi xương, những vấn đề liên quan đến sự phát triển thể chất; hoặc

- 8.1.14** Thương tích do khủng bố, chiến tranh có tuyên chiến hay không có tuyên chiến, sự xâm lược, hành động của kẻ thù nước ngoài, chiến sự, nội chiến, nổi dậy quân sự, khởi nghĩa, phiên loạn, cách mạng, các hành động quân sự hoặc cướp chính quyền, nổi loạn, bạo động dân sự; hoặc
- 8.1.15** Nhiễm phóng xạ, trừ trường hợp Điều trị ung thư; hoặc
- 8.1.16** Thương tích phát sinh từ hành động của Người được bảo hiểm khi có sử dụng chất có cồn, ma túy, chất gây nghiện, chất kích thích, dung môi hoặc thuốc trừ khi sử dụng theo chỉ định của Bác sĩ; hoặc
- 8.1.17** Thương tích do tham gia ẩu đả, tham gia vào bất kỳ hoạt động bất hợp pháp nào hoặc vi phạm pháp luật, chống lại việc bắt giữ của cơ quan có thẩm quyền; hoặc
- 8.1.18** Thương tích phát sinh trong khi đang phục vụ trong quân đội, công an, lực lượng vũ trang; hoặc
- 8.1.19** Thương tích phát sinh trong khi tập luyện hoặc tham gia các môn thể thao chuyên nghiệp hoặc các hoạt động nguy hiểm bao gồm săn bắn, cưỡi ngựa, các hình thức thử nghiệm xe có động cơ, trượt patin, trượt băng, trượt tuyết, trượt ván trên tuyết, trượt ván, nhảy dù, dù kéo, dù lượn, điều lượn, bay (không phải như là hành khách có mua vé đi trên một máy bay thương mại của một hãng hàng không bay theo lịch được cấp giấy phép hợp lệ), đi lên xuống hoặc di chuyển trên một khí cầu hay bất kỳ phương tiện hoặc thiết bị nào di chuyển trên không, thám hiểm hang động, leo đá hoặc leo núi (có hoặc không có sử dụng dây thừng hoặc thiết bị khác), nhảy bungee, lặn có bình dưỡng khí hoặc lặn có sử dụng không khí nén, quyền anh, võ thuật, vật, bóng bầu dục, polo/mã cầu; hoặc tham gia bất kỳ cuộc đua nào mà không phải là đi bộ, chạy bộ hoặc bơi lội; hoặc
- 8.1.20** Điều trị không theo Sự cần thiết về mặt y khoa hoặc điều trị thí nghiệm hoặc chưa được chứng minh; hoặc
- 8.1.21** Điều trị chứng nghiện rượu, thuốc lá, ma túy hoặc các chất gây nghiện khác; hoặc
- 8.1.22** Điều trị những khó khăn trong việc học, rối loạn tăng động giảm chú ý, tự kỷ, các rối loạn về nói, những vấn đề về cách ứng xử; điều trị những rối loạn về ngủ, những rối loạn về hơi thở có liên quan đến giấc ngủ, ngáy, ngưng thở trong lúc ngủ, mệt mỏi, mệt mỏi sau một chuyến bay dài hoặc bất kỳ tình trạng có liên quan nào; hoặc
- 8.1.23** Quản lý cân nặng, điều trị tăng cân hoặc giảm cân và bất kỳ các tình trạng hoặc biến chứng nào phát sinh từ việc đó; thực phẩm chức năng, vitamin, khoáng chất, sữa, chất dinh dưỡng bổ sung, mỹ phẩm; hoặc
- 8.1.24** Điều trị bằng y học khác không phải là tây y như là y học cổ truyền/y học dân tộc hoặc đông y; hoặc
- 8.1.25** Điều trị từ sau chín mươi (90) ngày kể từ ngày bắt đầu điều trị và tất cả các điều trị sau đó đối với Tình trạng thực vật dai dẳng hoặc tổn thương thần kinh vĩnh viễn; hoặc
- 8.1.26** Điều trị ở những nơi không có giấy phép khám chữa bệnh hợp pháp hoặc không có chức năng điều trị Bệnh hoặc Thương tích có liên quan.
- 8.2** Công ty sẽ không chi trả Quyền lợi bảo hiểm tử vong và Quyền lợi bảo hiểm phụ trội tử vong do Tai nạn như quy định tại Điều 5 nếu Sự kiện bảo hiểm xảy ra do:
- 8.2.1** Hành động tự tử trong vòng hai (02) năm kể từ Ngày hiệu lực hoặc Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng gần nhất (nếu có); hoặc
- 8.2.2** Do hành vi cố ý của Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người thụ hưởng đối với Người được bảo hiểm. Trong trường hợp một hoặc một số Người thụ hưởng cố ý gây ra cái chết cho Người được bảo hiểm, Công ty chỉ trả quyền lợi bảo hiểm cho những Người thụ hưởng còn lại tương ứng với tỷ lệ hưởng thuộc về những Người thụ hưởng này. Nếu không có Người thụ hưởng, Công ty sẽ chi trả cho người thừa kế của Người được bảo hiểm; hoặc
- 8.2.3** Do hành vi cố ý của Người được bảo hiểm; hoặc
- 8.2.4** Tử vong do bị thi hành án tử hình; hoặc

- 8.2.5** 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 là một nhân viên y tế hoặc công an, cảnh sát; hoặc
 - 8.2.6** Thương tật đã xảy ra từ trước Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm bị mất hiệu lực; hoặc
 - 8.2.7** Chiến tranh (không hoặc có tuyên bố), nội chiến, hoặc các hình thức xung đột có vũ trang tương tự; hoặc
 - 8.2.8** Lên, xuống, vận hành, phục vụ, hoặc đang được chở trên các thiết bị hoặc phương tiện vận chuyển hàng không trừ trường hợp khi Người được bảo hiểm, với tư cách là một hành khách, đi trên các chuyến bay thương mại với các lịch trình thường xuyên trên các tuyến đường đã được xác lập.
- 8.3** Ngoài các điều khoản loại trừ tại Điều 8.2, Công ty sẽ không chi trả Quyền lợi bảo hiểm phụ trội từ vong do Tai nạn như quy định tại Điều 5 nếu Sự kiện bảo hiểm xảy ra do:
Người được bảo hiểm tham gia vào các các môn thể thao nguy hiểm, kể cả với tư cách là vận động viên chuyên nghiệp, ví dụ như: lặn có bình dưỡng khí, nhảy bungee, nhảy dù, leo núi, đua ngựa hay đua trên các phương tiện có bánh xe; hoặc Người được bảo hiểm tham gia thi đấu hoặc biểu diễn liên quan đến trận đấu về sức mạnh, ví dụ như: đấu vật, võ judo, karate, taewondo, cưỡi ngựa, đấu quyền anh hoặc biểu diễn nhào lộn.
- 8.4** Trường hợp quyền lợi bảo hiểm không được chi trả theo quy định tại Điều 8.2 và 8.3, Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực.

ĐIỀU 9: ĐÓNG PHÍ BẢO HIỂM VÀ THỜI GIAN GIA HẠN ĐÓNG PHÍ

- 9.1** Bên mua bảo hiểm có nghĩa vụ đóng các khoản Phí bảo hiểm vào Ngày đến hạn đóng phí.
- 9.2** Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm không đóng Phí bảo hiểm đầy đủ và đúng hạn như đã thỏa thuận, Công ty cho phép một khoảng thời gian gia hạn là sáu mươi (60) ngày kể từ Ngày đến hạn đóng phí. Trong thời gian gia hạn đóng phí, Công ty không tính lãi đối với khoản phí chưa thanh toán, Hợp đồng bảo hiểm vẫn có hiệu lực và Người được bảo hiểm vẫn được bảo hiểm theo các quyền lợi bảo hiểm như quy định tại Điều 5 của Quy tắc và Điều khoản này.
- 9.3** Nếu sự kiện bảo hiểm xảy ra trong thời gian gia hạn đóng phí, Công ty sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm như quy định tại Điều 5 sau khi trừ đi Phí bảo hiểm đến hạn chưa đóng.
- 9.4** Nếu Bên mua bảo hiểm không tiếp tục đóng Phí bảo hiểm khi kết thúc thời gian gia hạn đóng phí sáu mươi (60) ngày nêu trên, Hợp đồng bảo hiểm sẽ bị mất hiệu lực kể từ Ngày đến hạn đóng phí và Công ty sẽ không chi trả bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào theo Quy tắc và Điều khoản này.

ĐIỀU 10: KHÔI PHỤC HIỆU LỰC HỢP ĐỒNG

- 10.1** Khi Hợp đồng bảo hiểm bị mất hiệu lực theo Điều 9.4, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm nếu đáp ứng tất cả các điều kiện sau:
 - 10.1.1** Bên mua bảo hiểm đưa ra yêu cầu khôi phục hiệu lực trong thời gian ba mươi (30) ngày kể từ ngày chấm dứt thời gian gia hạn đóng phí;
 - 10.1.2** Bên mua bảo hiểm đóng tất cả Phí bảo hiểm đến hạn chưa đóng;
 - 10.1.3** Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm đủ điều kiện tham gia sản phẩm theo quy định tại Quy tắc và Điều khoản này.
- 10.2** Công ty sẽ tái thẩm định và có quyền chấp thuận hoặc từ chối yêu cầu khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm. 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 bảo hiểm bằng văn bản.
- 10.3** Công ty sẽ không có trách nhiệm chi trả Quyền lợi bảo hiểm tử vong và Quyền lợi bảo hiểm phụ trội từ vong do Tai nạn như quy định tại Điều 5, nếu Sự kiện bảo hiểm xảy ra hoặc dấu hiệu gây ra Sự kiện bảo hiểm đó đã xuất hiện trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm mất hiệu lực.
- 10.4** Công ty sẽ không có trách nhiệm chi trả Quyền lợi bảo hiểm Điều trị nội trú như quy định tại Điều 5 cho:

- Tất cả các chi phí phát sinh trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm mất hiệu lực; và
- Bất kỳ trường hợp nào mà ngày nhập viện xảy ra trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm mất hiệu lực.

10.5 Trường hợp Bên mua bảo hiểm không nộp yêu cầu khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm trong vòng ba mươi (30) ngày kể từ ngày chấm dứt thời gian gia hạn đóng phí, Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực vĩnh viễn.

ĐIỀU 11: CHẤM DỨT HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

11.1 Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực khi xảy ra một trong các trường hợp sau, tùy trường hợp nào xảy ra trước:

11.1.1 Hợp đồng bảo hiểm bị chấm dứt hiệu lực theo Điều 1.6, Điều 1.10, Điều 8.4, Điều 10.5, Điều 12.2.2, Điều 13.3, Điều 14.4.3; hoặc

11.1.2 Người được bảo hiểm tử vong; hoặc

11.1.3 Hợp đồng bảo hiểm bị mất hiệu lực trên ba mươi (30) ngày; hoặc

11.1.4 Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm. Ngày chấm dứt hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm là ngày Công ty nhận được giấy yêu cầu chấm dứt hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm bằng văn bản của Bên mua bảo hiểm; hoặc

11.1.5 Các trường hợp khác theo quy định của pháp luật.

11.2 Nếu Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt theo Điều 11.1 của Quy tắc và Điều khoản này mà không có quyền lợi bảo hiểm nào được chi trả trong Năm hợp đồng đó, thì Công ty sẽ chi trả cho Bên mua bảo hiểm Phí bảo hiểm đã đóng tương ứng với thời gian hiệu lực còn lại của kỳ Phí bảo hiểm gần nhất, sau khi trừ đi các chi phí xét nghiệm y khoa (nếu có).

ĐIỀU 12: TRÁCH NHIỆM KÊ KHAI, CUNG CẤP VÀ BẢO MẬT THÔNG TIN

12.1 Trách nhiệm của Công ty

12.1.1 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.

Nếu Công ty cố ý cung cấp thông tin sai sự thật nhằm giao kết Hợp đồng bảo hiểm thì Bên mua bảo hiểm có quyền đơn phương chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm. Trong trường hợp này, Công ty phải bồi thường thiệt hại phát sinh (nếu có) cho Bên mua bảo hiểm do việc cung cấp thông tin sai sự thật.

12.1.2 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:

- a) 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 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; và
- b) Các trường hợp khác được Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm đồng ý bằng văn bản, với điều kiện:
 - Bên mua bảo hiểm/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/Người được bảo hiểm từ chối cho phép chuyển giao thông tin cho bên thứ ba theo Điểm b khoản này không được sử dụng làm lý do từ chối giao kết Hợp đồng bảo hiểm.

12.2 Trách nhiệm của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm

12.2.1 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 nhận 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.

12.2.2 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 nhận bảo hiểm, thì Công ty không có trách nhiệm chi trả nếu xảy ra Sự kiện bảo hiểm và có quyền đơn phương chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm này ngay sau khi phát hiện ra hành vi vi phạm của Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm.

12.2.3 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 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 theo Quy tắc và Điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm này.

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

- Thu thêm khoản Phí bảo hiểm tương ứng với mức tăng rủi ro (nếu có); hoặc
- 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.

12.3 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 có liên quan sẽ được Công ty miễn truy xét sau hai mươi bốn (24) tháng kể từ Ngày hiệu lực hoặc Ngày khôi phục hiệu lực gần nhất, tùy ngày nào đến sau.

Quy định trên sẽ không được áp dụng trong trường hợp Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm đã cố ý kê khai không trung thực những thông tin mà nếu biết được những thông tin đó, Công ty sẽ chấp thuận bảo hiểm có điều kiện hoặc từ chối chấp thuận bảo hiểm.

Điều này chỉ được áp dụng cho Quyền lợi bảo hiểm tử vong hoặc Quyền lợi bảo hiểm phụ trợ tử vong do Tai nạn.

ĐIỀU 13: NHẦM LẤN KHI KÊ KHAI TUỔI, GIỚI TÍNH

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

13.1 Nếu Phí bảo hiểm đã nộp thấp hơn số Phí bảo hiểm tính theo Tuổi đúng và/hoặc giới tính đúng, Công ty sẽ yêu cầu Bên mua bảo hiểm đóng Phí bảo hiểm bổ sung tương ứng với Chương trình bảo hiểm đã thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm.

13.2 Nếu số Phí bảo hiểm đã nộp cao hơn số Phí bảo hiểm tính theo tuổi và/hoặc giới tính đúng, Công ty sẽ hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm phần Phí bảo hiểm nộp thừa, không có lãi.

13.3 Nếu theo Tuổi và/hoặc giới tính đúng, Người được bảo hiểm không thể được bảo hiểm theo Quy tắc và điều khoản này, Hợp đồng bảo hiểm bị chấm dứt.

ĐIỀU 14: CÁC THAY ĐỔI TRONG QUÁ TRÌNH THỰC HIỆN HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

14.1 Yêu cầu thay đổi

Bên mua bảo hiểm có nghĩa vụ thông báo các thay đổi liên quan đến các thông tin được kê khai trong Giấy yêu cầu bảo hiểm. Trừ khi được quy định khác đi trong Quy tắc và Điều khoản này, tất cả những thay đổi, bổ sung, hay hủy bỏ bất kỳ thông tin gì trong Hợp đồng đều chỉ có hiệu lực khi Bên mua bảo hiểm và Công ty đồng ý bằng văn bản.

14.2 Thay đổi Người thụ hưởng

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực và Người được bảo hiểm còn sống, nếu được Người được bảo hiểm đồng ý bằng văn bản, Bên mua bảo hiểm có thể gửi yêu cầu thay đổi (những) Người thụ hưởng hoặc tỷ lệ thụ hưởng của mỗi Người thụ hưởng của Hợp đồng bảo hiểm cho Công ty. Việc thay đổi chỉ có hiệu lực khi Công ty chấp thuận và Công ty không chịu trách nhiệm về tính hợp pháp cũng như tranh chấp (nếu có) của Bên mua bảo hiểm hoặc những người liên quan đến việc chỉ định thay đổi Người thụ hưởng.

14.3 Thay đổi định kỳ đóng phí

Bên mua bảo hiểm có quyền yêu cầu thay đổi định kỳ đóng phí bảo hiểm, tùy thuộc vào sự chấp nhận của Công ty. Yêu cầu thay đổi định kỳ đóng phí bảo hiểm phải được gửi cho Công ty chậm nhất ba mươi (30) ngày trước Ngày đến hạn đóng phí.

14.4 Thay đổi nghề nghiệp/nơi cư trú/ra khỏi lãnh thổ Việt Nam

14.4.1 Trường hợp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm thay đổi thông tin liên hệ, thông tin cá nhân, nghề nghiệp, Bên mua bảo hiểm phải thông báo bằng văn bản cho Công ty trong vòng ba mươi (30) ngày kể từ ngày có thay đổi.

14.4.2 Nếu Người được bảo hiểm ra khỏi phạm vi lãnh thổ Việt Nam trong thời gian ba (03) tháng trở lên, Bên mua bảo hiểm phải thông báo bằng văn bản cho Công ty tối thiểu ba mươi (30) ngày trước ngày Người được bảo hiểm xuất cảnh.

14.4.3 Trường hợp Người được bảo hiểm thay đổi nghề nghiệp hoặc ra khỏi lãnh thổ Việt Nam trong thời gian ba (03) tháng trở lên, Công ty có thể thẩm định lại rủi ro có thể được bảo hiểm. Trường hợp những thay đổi trên dẫn đến rủi ro bảo hiểm bị thay đổi thì Công ty có thể (i) xác định lại mức Phí bảo hiểm (ii) loại trừ trách nhiệm bảo hiểm, (iii) thay đổi quyền lợi bảo hiểm, hoặc (iv) chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm.

14.5 Chuyển nhượng hợp đồng bảo hiểm

Bên mua bảo hiểm có quyền chuyển nhượng Hợp đồng bảo hiểm cho cá nhân hoặc tổ chức khác bằng cách thông báo bằng văn bản đến Công ty. Bên được chuyển nhượng phải đáp ứng yêu cầu về mối quan hệ có thể được bảo hiểm với Người được bảo hiểm, thỏa mãn các điều kiện theo quy định của Hợp đồng bảo hiểm này và quy định của pháp luật để trở thành Bên mua bảo hiểm.

Việc chuyển nhượng chỉ có hiệu lực khi Công ty có văn bản xác nhận việc chuyển nhượng đó. Công ty chỉ chịu trách nhiệm liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm mà không chịu trách nhiệm về tính hợp pháp của việc chuyển nhượng giữa Bên mua bảo hiểm và Bên được chuyển nhượng.

Sau khi việc chuyển nhượng có hiệu lực, Bên mua bảo hiểm mới sẽ tiếp nhận các quyền và nghĩa vụ phát sinh từ Hợp đồng bảo hiểm. Tuy nhiên, Người được bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm sẽ không thay đổi.

ĐIỀU 15: THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

15.1 Người nhận quyền lợi bảo hiểm

Ngoại trừ có thỏa thuận khác giữa Công ty và Bên mua bảo hiểm, quyền lợi bảo hiểm được chi trả cho người nhận quyền lợi bảo hiểm theo thứ tự ưu tiên như sau:

(1) Người thụ hưởng.

Nếu có hơn một Người thụ hưởng, quyền lợi bảo hiểm sẽ được chi trả cho những Người thụ hưởng theo tỷ lệ đã được chỉ định. Nếu một Người thụ hưởng không còn sống, phần quyền lợi bảo hiểm của người này sẽ được chia đều cho (những) Người thụ hưởng còn lại.

Nếu Bên mua bảo hiểm không chỉ định tỷ lệ thụ hưởng thì quyền lợi bảo hiểm được chia đều cho tất cả (những) Người thụ hưởng còn sống.

(2) Nếu không có Người thụ hưởng nào được chỉ định hoặc tất cả Người thụ hưởng đều đã tử vong/chấm dứt hoạt động trước khi quyền lợi bảo hiểm được công ty chấp thuận chi trả, thứ tự người nhận quyền lợi bảo hiểm được xác định như sau:

- Trường hợp Bên mua bảo hiểm là cá nhân: Công ty chi trả cho Bên mua bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm nếu Bên mua bảo hiểm đã tử vong.
- Trường hợp Bên mua bảo hiểm là tổ chức: Công ty chi trả cho Người thừa kế hợp pháp của Người được bảo hiểm.

15.2 Thời hạn nộp yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

15.2.1 Bên mua bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng có nghĩa vụ thông báo cho Công ty về Sự kiện bảo hiểm trong thời gian sớm nhất kể từ khi Bên mua bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng biết được Sự kiện bảo hiểm và cung cấp các chứng từ theo quy định để giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

15.2.2 Thời hạn nộp đầy đủ Hồ sơ yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm tới Công ty tối đa là một (01) năm kể từ ngày xảy ra Sự kiện bảo hiểm, thời gian một (01) năm này không bao gồm thời gian trì hoãn do các trở ngại khách quan và sự kiện bất khả kháng.

15.3 Hồ sơ yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm

15.3.1 Hồ sơ yêu cầu chi trả Quyền lợi Điều trị nội trú, gồm:

- a) Giấy yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo mẫu của Công ty; và
- b) Các chứng từ liên quan đến việc điều trị: đơn thuốc, kết quả xét nghiệm, kết quả chẩn đoán hình ảnh, phiếu phẫu thuật (trong trường hợp phẫu thuật), giấy xuất viện, hồ sơ bệnh án có ghi rõ chẩn đoán và cách điều trị được áp dụng; và
- c) Các chứng từ bản chính hợp pháp liên quan đến việc thanh toán chi phí: phiếu thu, hóa đơn (với hóa đơn điện tử thì yêu cầu phải có hóa đơn chuyển đổi), bảng kê chi tiết chi phí; và
- d) Bản tường trình tai nạn của Người được bảo hiểm, giấy phép lái xe, biên bản của cảnh sát (trong trường hợp tai nạn giao thông), xác nhận của công ty/tổ chức sử dụng Người được bảo hiểm (trong trường hợp tai nạn lao động); và
- e) Bản dịch có công chứng đối với các giấy tờ, bằng chứng đối với trường hợp giấy tờ không phải bằng tiếng Anh hoặc tiếng Việt; và
- f) Bản sao giấy tờ tùy thân của Người thụ hưởng (CMND/hộ chiếu/thẻ căn cước/giấy phép lái xe...). Công ty có quyền yêu cầu Người thụ hưởng cung cấp bản chính để phục vụ cho việc đối chiếu, kiểm tra.

15.3.2 Hồ sơ yêu cầu chi trả Quyền lợi bảo hiểm tử vong hoặc Quyền lợi bảo hiểm phụ trội tử vong do Tai nạn, gồm:

- a) Giấy yêu cầu giải quyết Quyền lợi bảo hiểm theo mẫu của Công ty; và
- b) Bằng chứng về sự kiện tử vong (Trích lục chứng tử và/hoặc biên bản Tai nạn, biên bản giải phẫu pháp y, kết luận điều tra Tai nạn của Công an/ Tòa án (nếu có trong trường hợp tử vong do Tai nạn), Hồ sơ bệnh án và chứng từ nằm viện để điều trị bệnh hoặc Tai nạn (nếu có) bao gồm; giấy ra viện, bệnh án, xét nghiệm, chứng từ liên quan...); và
- c) Bản sao giấy tờ tùy thân hợp pháp của Người thụ hưởng (CMND/hoặc hộ chiếu/thẻ căn cước/giấy phép lái xe ...); và
- d) Tài liệu chứng minh quyền được nhận quyền lợi bảo hiểm (nếu có) như giấy tờ chứng minh mối quan hệ với Người được bảo hiểm, văn bản thỏa thuận phân chia tài sản thừa kế.

15.3.3 Để phục vụ cho công tác giải quyết quyền lợi bảo hiểm, Công ty có quyền yêu cầu cung cấp bản chính để kiểm tra. Người thụ hưởng có nghĩa vụ cung cấp các giấy ủy quyền khi Công ty có yêu cầu. Người thụ hưởng có nghĩa vụ hỗ trợ Công ty trong việc thu thập chứng từ.

15.3.4 Nếu Người được bảo hiểm đã được chương trình bảo hiểm khác bao gồm bảo hiểm y tế nhà nước chi trả một phần quyền lợi bảo hiểm và yêu cầu Công ty chi trả phần còn lại, Người thụ hưởng có thể nộp cho Công ty bản sao các chứng từ y tế và hóa đơn có công chứng hợp pháp cùng với xác nhận từ công ty bảo hiểm/bảo hiểm y tế nhà nước (nếu có) về thông tin chi trả Quyền lợi bảo hiểm liên quan đến quyền lợi và số tiền bảo hiểm đã được chi trả một phần.

15.4 Nghĩa vụ chứng minh

Sau khi nhận được đầy đủ hồ sơ yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm, nếu Công ty từ chối chi trả quyền lợi bảo hiểm thì Công ty phải chứng minh và nêu rõ lý do từ chối bằng văn bản cho người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

15.5 Thời gian giải quyết Quyền lợi bảo hiểm

Công ty sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm trong vòng ba mươi (30) ngày làm việc kể từ ngày Công ty nhận được hồ sơ đầy đủ và hợp lệ. Nếu việc trì hoãn chi trả là do lỗi Công ty thì Công ty sẽ trả thêm tiền lãi của số tiền này. Mức lãi suất áp dụng cho khoản chi trả chậm này bằng với lãi suất tiền gửi kỳ hạn một (01) năm của Ngân hàng TMCP Ngoại thương Việt Nam (Vietcombank) và được công bố tại từng thời điểm trên website Công ty.