

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN
BẢO HIỂM LIÊN KẾT CHUNG 2022

(Được chấp thuận theo Công văn số 2610/BTC-QLBH

Ngày 21 tháng 03 năm 2022 của Bộ Tài chính)

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

▪ **Quyền của khách hàng**

1. Thời gian cân nhắc Điều 3
Bên mua bảo hiểm được phép hủy Hợp đồng trong vòng hai mươi một (21) ngày kể từ ngày nhận được Hợp đồng và được nhận lại phí bảo hiểm đã đóng, không có lãi, sau khi đã trừ đi chi phí kiểm tra sức khỏe (nếu có).

2. Quyền lợi bảo hiểm Điều 6

a) Quyền lợi đáo hạn: chi trả Giá trị tài khoản.

b) Quyền lợi bảo hiểm tử vong hoặc Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn:

▪ Kế hoạch bảo hiểm Cơ bản: chi trả giá trị lớn hơn giữa Số tiền bảo hiểm và Giá trị tài khoản.

▪ Kế hoạch bảo hiểm Nâng cao:

○ Nếu Người được bảo hiểm dưới bảy mươi (70) Tuổi: chi trả tổng của Số tiền bảo hiểm và Giá trị tài khoản.

○ Nếu Người được bảo hiểm từ đủ bảy mươi (70) Tuổi trở lên: Quyền lợi bảo hiểm tử vong hoặc Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn sẽ được tự động chuyển đổi về Kế hoạch bảo hiểm Cơ bản.

c) Quyền lợi thưởng duy trì hợp đồng: chi trả dựa trên tỷ lệ phần trăm của Phí bảo hiểm cơ bản định kỳ năm của Năm hợp đồng đầu tiên của Sản phẩm bảo hiểm chính và được phân bổ vào Giá trị tài khoản sau mỗi năm (5) Năm hợp đồng như sau:

Ngày trả thưởng	Ngày kỷ niệm năm lần thứ 5	Ngày kỷ niệm năm lần thứ 10	Ngày kỷ niệm năm lần thứ 15	Ngày kỷ niệm năm lần thứ 20
% của Phí bảo hiểm cơ bản định kỳ năm của Năm hợp đồng đầu tiên của Sản phẩm bảo hiểm chính	25%	50%	75%	100%

d) Quyền lợi đầu tư: Giá trị tài khoản sẽ được tính lãi hàng tháng theo mức lãi suất công bố của Công ty và mức lãi suất dùng để tính lãi sẽ không thấp hơn mức lãi suất cam kết tối thiểu.

3. Thủ tục giải quyết quyền lợi bảo hiểm Điều 8

Các chứng từ cần phải nộp cho Công ty được quy định tại điều này khi yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

4. Thời gian gia hạn đóng phí và đảm bảo duy trì hiệu lực hợp đồng Điều 9

Sáu mươi (60) ngày kể từ Ngày đến hạn đóng phí hoặc Giá trị tài khoản không đáp ứng điều kiện duy trì Hợp đồng.

5. Các thay đổi trong quá trình thực hiện Hợp đồng Điều 12

Điều khoản này cho phép Bên mua bảo hiểm có thể thay đổi Người thụ hưởng, cập nhật thông tin của Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm; thay đổi định kỳ đóng phí; tăng/giảm Số tiền bảo hiểm; rút tiền từ Giá trị tài khoản; tạm ứng từ Giá trị tài khoản; thay đổi Bên mua bảo hiểm; và chấm dứt Hợp đồng trước hạn.

6. Khôi phục hiệu lực hợp đồng Điều 15

Nếu Hợp đồng bị mất hiệu lực, Bên mua bảo hiểm có quyền khôi phục hiệu lực Hợp đồng nếu đáp ứng các điều kiện được đề cập tại Điều này.

7. Chấm dứt Hợp đồng..... Điều 16
Các trường hợp dẫn đến chấm dứt Hợp đồng.

▪ **Trách nhiệm của khách hàng**

1. Nghĩa vụ kê khai trung thực và thông báo thông tin.....Điều 13, Điều 14

Bên mua bảo hiểm/Người được 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. Việc cố ý kê khai không trung thực về sức khỏe và tiền sử bệnh có thể dẫn đến rủi ro khách hàng không được Công ty bồi thường bảo hiểm.

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

1. Đóng phí bảo hiểm và phương thức phân bổ Phí bảo hiểm..... Điều 9

Bên mua bảo hiểm cần đóng Phí bảo hiểm cơ bản đầy đủ và đúng hạn theo quy định để đảm bảo Hợp đồng không bị mất hiệu lực. Phương thức phân bổ Phí bảo hiểm cũng được quy định tại điều này.

2. Định nghĩa..... Điều 1

Bên mua bảo hiểm cần đọc kỹ các định nghĩa để hiểu rõ ý nghĩa của các thuật ngữ được sử dụng trong Quy tắc và Điều khoản này.

3. Các khoản phí có thể khấu trừ..... Điều 10

Bên mua bảo hiểm cần đọc kỹ các loại phí Công ty được phép khấu trừ từ Phí bảo hiểm hoặc từ Giá trị tài khoản.

4. Loại trừ bảo hiểm..... Điều 7

Bên mua bảo hiểm cần đọc kỹ các trường hợp Công ty không bồi thường bảo hiểm để hiểu rõ quy định trước khi nộp hồ sơ yêu cầu bồi thường.

5. Quy định về việc khấu trừ Khoản nợ (nếu có)..... Điều 17

6. Việc giao kết các Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ kèm theo Hợp đồng bảo hiểm không phải là điều kiện bắt buộc để duy trì hiệu lực của Hợp đồng.

MỤC LỤC

MỘT SỐ ĐIỂM CẦN LƯU Ý ĐỐI VỚI KHÁCH HÀNG KHI THAM GIA SẢN PHẨM.....	1
ĐIỀU 1. ĐỊNH NGHĨA	4
ĐIỀU 2. HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM.....	6
ĐIỀU 3. THỜI GIAN CÂN NHẮC.....	6
ĐIỀU 4. BẢO HIỂM TẠM THỜI.....	7
ĐIỀU 5. BẢO HIỂM CÓ ĐIỀU KIỆN.....	7
ĐIỀU 6. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM.....	7
ĐIỀU 7. ĐIỀU KHOẢN LOẠI TRỪ	9
ĐIỀU 8. THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM.....	9
ĐIỀU 9. QUY ĐỊNH VỀ ĐÓNG PHÍ BẢO HIỂM VÀ THỜI GIAN GIA HẠN ĐÓNG PHÍ	11
ĐIỀU 10. CÁC KHOẢN PHÍ CÓ THỂ KHẤU TRỪ	12
ĐIỀU 11. QUỸ LIÊN KẾT CHUNG VÀ GIÁ TRỊ TÀI KHOẢN.....	13
ĐIỀU 12. CÁC THAY ĐỔI TRONG QUÁ TRÌNH THỰC HIỆN HỢP ĐỒNG.....	14
ĐIỀU 13. TRÁCH NHIỆM KÊ KHAI, CUNG CẤP VÀ BẢO MẬT THÔNG TIN	17
ĐIỀU 14. NHẦM LẤN KHI KÊ KHAI TUỔI, GIỚI TÍNH.....	18
ĐIỀU 15. KHÔI PHỤC HIỆU LỰC HỢP ĐỒNG	18
ĐIỀU 16. CHẤM DỨT HỢP ĐỒNG	18
ĐIỀU 17. KHẤU TRỪ KHOẢN NỢ	19
PHỤ LỤC – THƯƠNG TẬT TOÀN BỘ VÀ VĨNH VIỄN.....	20

ĐIỀU 1. ĐỊNH NGHĨA

- 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 cư trú 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.
- 1.3 Người được bảo hiểm:** là cá nhân từ đủ ba mươi (30) ngày Tuổi đến sáu mươi lăm (65) Tuổi, hiện đang cư trú tại Việt Nam 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 hoặc tổ chức được Bên mua bảo hiểm chỉ định (với sự đồng ý của Người được bảo hiểm hoặc Người đại diện theo pháp luật của Người được bảo hiểm) nhận quyền lợi bảo hiểm theo Quy tắc và Điều khoản sản phẩm.
- 1.5 Bên được chuyển nhượng:** là cá nhân hoặc tổ chức được Bên mua bảo hiểm chuyển nhượng toàn bộ Hợp đồng theo Quy tắc và Điều khoản này và theo quy định hiện hành của pháp luật Việt Nam. Vào thời điểm chuyển nhượng, Bên được chuyển nhượng và Người được bảo hiểm phải có quyền lợi có thể được bảo hiểm.
- 1.6 Tuổi:** là tuổi tính theo ngày sinh nhật gần nhất trước Ngày hiệu lực hoặc Ngày kỷ niệm năm của Hợp đồng trong các Năm hợp đồng tiếp theo.
- 1.7 Thời hạn hợp đồng:** là thời gian có hiệu lực của Hợp đồng, được tính từ Ngày hiệu lực đến Ngày kỷ niệm năm khi Người được bảo hiểm đạt chín mươi chín (99) tuổi. Thời hạn hợp đồng được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm và/hoặc tài liệu sửa đổi, bổ sung liên quan gần nhất (nếu có).
- 1.8 Thời hạn bảo hiểm:** bằng Thời hạn hợp đồng của Sản phẩm bảo hiểm chính.
- 1.9 Thời hạn đóng phí:** là thời gian Bên mua bảo hiểm đóng phí bảo hiểm cho Công ty theo thỏa thuận tại Hợp đồng. Thời hạn đóng phí bắt buộc áp dụng cho Phí bảo hiểm cơ bản là ba (3) Năm hợp đồng đầu tiên. Sau đó, Bên mua bảo hiểm có thể lựa chọn đóng phí linh hoạt đến hết Thời hạn hợp đồng.
- 1.10 Số tiền bảo hiểm:** là số tiền Công ty chấp thuận bảo hiểm theo Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm này và được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm và/hoặc tài liệu sửa đổi, bổ sung liên quan gần nhất (nếu có).
- 1.11 Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ:** là các sản phẩm bảo hiểm được đính kèm theo Sản phẩm bảo hiểm chính trong Hợp đồng này. Theo đó, các Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này có Phí bảo hiểm cơ bản được phân bổ vào Giá trị tài khoản và đồng thời có Phí bảo hiểm rủi ro được khấu trừ từ Giá trị tài khoản.
- 1.12 Phí bảo hiểm cơ bản:** là tổng Phí bảo hiểm cơ bản của Sản phẩm bảo hiểm chính và Phí bảo hiểm cơ bản của các Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ (nếu có). Phí bảo hiểm cơ bản được xác định dựa trên Số tiền bảo hiểm của Sản phẩm bảo hiểm chính, Số tiền bảo hiểm của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ, nghề nghiệp, tình trạng sức khỏe, Tuổi và giới tính của Người được bảo hiểm tương ứng. Bên mua bảo hiểm phải đóng đầy đủ và đúng hạn Phí bảo hiểm cơ bản trong ba (3) Năm hợp đồng đầu tiên. Phí bảo hiểm cơ bản được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm và/hoặc tài liệu sửa đổi, bổ sung liên quan gần nhất (nếu có).
- 1.13 Phí bảo hiểm đóng thêm:** là khoản phí bảo hiểm do Bên mua bảo hiểm đóng thêm sau khi đã đóng đầy đủ Phí bảo hiểm cơ bản đến hạn tính đến hết định kỳ đóng phí hiện tại.
- 1.14 Phí bảo hiểm được phân bổ:** là phần còn lại của Phí bảo hiểm cơ bản và/hoặc Phí bảo hiểm đóng thêm (nếu có) sau khi trừ đi Phí ban đầu và được đầu tư vào Quỹ liên kết chung.
- 1.15 Phí bảo hiểm tạm tính:** là khoản phí bảo hiểm được Bên mua bảo hiểm nộp cùng Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm.
- 1.16 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 là ngày Bên mua bảo hiểm hoàn tất

Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và nộp đủ Phí bảo hiểm tạm tính của Hợp đồng. Ngày hiệu lực được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm.

- 1.17 Ngày đến hạn đóng phí:** là ngày đóng Phí bảo hiểm cơ bản theo thỏa thuận tại Hợp đồng hoặc các tài liệu sửa đổi, bổ sung liên quan gần nhất (nếu có).
- 1.18 Ngày kỷ niệm năm:** là ngày tương ứng hàng năm của Ngày hiệu lực trong suốt Thời hạn hợp đồng hoặc ngày cuối cùng của tháng tương ứng nếu năm đó không có ngày này.
- 1.19 Ngày kỷ niệm tháng:** là ngày tương ứng hàng tháng của Ngày hiệu lực trong suốt Thời hạn hợp đồng hoặc ngày cuối cùng của tháng nếu tháng đó không có ngày này.
- 1.20 Ngày đáo hạn:** là ngày cuối cùng của Thời hạn hợp đồng nếu Hợp đồng còn hiệu lực và được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- 1.21 Năm hợp đồng:** là một năm dương lịch kể từ Ngày hiệu lực hoặc Ngày kỷ niệm năm.
- 1.22 Sự kiện bảo hiểm:** là sự kiện dẫn đến yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo Quy tắc và Điều khoản này.
- 1.23 Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn:** là các loại thương tật và nguyên tắc xác định thương tật như quy định tại Phụ lục - Bảng Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn của Quy tắc và Điều khoản này.
- 1.24 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 tật 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.
- 1.25 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.
- 1.26 Thương tích:** là thương tích trên thân thể (loại trừ tình trạng tâm thần), phát sinh hoàn toàn và duy nhất từ một Tai nạn.
- 1.27 Bệnh có sẵn:** là tình trạng Bệnh hoặc Thương tích của Người được bảo hiểm đã được Bác sĩ khám, xét nghiệm, chẩn đoán, điều trị trước Ngày hiệu lực hoặc Ngày khôi phục hiệu lực của Hợp đồng, tùy ngày nào đến sau. Hồ sơ y tế được lưu giữ tại các cơ sở khám chữa bệnh, hoặc các thông tin do Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm (hoặc Người đại diện hợp pháp của Người được bảo hiểm) tự kê khai được xem là bằng chứng đầy đủ và hợp pháp về Bệnh có sẵn. Hồ sơ y tế bao gồm hồ sơ bệnh án, khám, tư vấn, điều trị, thuốc hoặc liệu pháp được kê đơn hoặc bất kỳ tài liệu nào được ghi lại bởi một cơ sở khám chữa bệnh.
- 1.28 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 Thương tích. Cơ sở đó phải thỏa mãn một trong các điều kiện sau: (1) được cấp giấy phép với tên là “Bệnh viện” thể hiện trên con dấu theo quy định của Việt Nam hoặc nước sở tại; hoặc (2) cơ sở đó phải được cấp giấy phép như một viện hoặc trung tâm y tế chuyên khoa cấp tỉnh, cấp thành phố hoặc cấp trung ương, có đủ các thiết bị chuyên môn để tiến hành chẩn đoán, điều trị, phẫu thuật, có y tá chăm sóc 24/24 và có bác sĩ trực thường xuyên.

Bệnh viện theo định nghĩa tại điều này không bao gồm tổ chức, phân khu, khoa phụ hoạt động dưới sự quản lý trực tiếp của Bệnh viện như:

- Viện nghỉ dưỡng, nhà dưỡng lão hoặc các cơ sở khác chủ yếu dành cho việc chăm sóc cho người già;
- Trung tâm cai nghiện, cơ sở cai nghiện;
- Bệnh viện tâm thần, viện tâm thần;
- Khoa, viện, bệnh viện y học dân tộc;
- Bệnh viện phong, trại phong;

- Trung tâm y tế dự phòng.

- 1.29 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. Bác sĩ không được đồng thời là:
- Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng; hoặc
 - Vợ/chồng, cha/mẹ, cha nuôi/mẹ nuôi, con/con nuôi, anh chị em ruột của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm; hoặc
 - Đại lý bảo hiểm của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm.
- 1.30 Giá trị tài khoản:** là số tiền tích lũy từ Phí bảo hiểm, lãi, thưởng (nếu có), trừ đi Phí ban đầu, Khoản khấu trừ hàng tháng, chi phí khác (nếu có). Giá trị tài khoản được tính lãi hàng tháng theo mức lãi suất tích lũy quy định tại Hợp đồng.
- 1.31 Giá trị hoàn lại:** là số tiền Bên mua bảo hiểm được nhận khi Hợp đồng chấm dứt trước hạn. Giá trị hoàn lại bằng Giá trị tài khoản trừ đi Phí hủy bỏ hợp đồng. Giá trị hoàn lại được tính toán phù hợp với cơ sở kỹ thuật đã đăng ký với Bộ Tài chính. Giá trị hoàn lại ước tính vào cuối mỗi Năm hợp đồng được trình bày tại Tài liệu minh họa bán hàng.
- 1.32 Khoản khấu trừ hàng tháng:** là khoản phí được khấu trừ từ Giá trị tài khoản vào Ngày hiệu lực hoặc Ngày kỷ niệm tháng của Hợp đồng, bao gồm Phí bảo hiểm rủi ro, Phí quản lý hợp đồng.
- 1.33 Khoản nợ:** là khoản tiền còn thiếu bao gồm Phí bảo hiểm cơ bản, Khoản khấu trừ hàng tháng, khoản tạm ứng từ Giá trị tài khoản và lãi phát sinh, các khoản khác (nếu có). Chi tiết các khoản tiền được ghi trong Khoản nợ sẽ được đề cập tại các điều khoản tại Quy tắc và Điều khoản này. Khoản nợ sẽ được Công ty khấu trừ trước khi thanh toán bất kỳ khoản tiền nào theo Hợp đồng này.

ĐIỀU 2. HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

2.1 Hợp đồng bảo hiểm

Hợp đồng bảo hiểm (hay “Hợp đồng”) là thỏa thuận bằng văn bản giữa Bên mua bảo hiểm và Công ty, trong đó ghi nhận quyền và nghĩa vụ của các bên trong quá trình thực hiện Hợp đồng.

Hợp đồng bảo hiểm bao gồm các tài liệu sau:

- Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm;
- Giấy chứng nhận bảo hiểm;
- Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm này và các Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ đính kèm (nếu có);
- Tài liệu minh họa bán hàng;
- Các văn bản sửa đổi, bổ sung hợp đồng (nếu có).

2.2 Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm: là hồ sơ 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 thuận 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: Công ty cấp cho Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm, trong đó thể hiện các thông tin cơ bản của Hợp đồng, và là một phần không thể tách rời của Hợp đồng.

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 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, 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 kiểm tra sức khỏe (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 thuận 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 kiểm tra sức khỏe (nếu có).

ĐIỀU 5. BẢO HIỂM CÓ ĐIỀU KIỆN

Căn cứ vào kết quả thẩm định Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, Công ty có thể chấp thuận bảo hiểm với những điều kiện và thỏa thuận đặc biệt phù hợp với quy định của pháp luật bao gồm: chấp nhận bảo hiểm với Số tiền bảo hiểm/Quyền lợi bảo hiểm điều chỉnh, Phí bảo hiểm/Phí bảo hiểm rủi ro điều chỉnh hoặc điều chỉnh phạm vi loại trừ trách nhiệm bảo hiểm. Công ty sẽ gửi thông báo bằng văn bản đến Bên mua bảo hiểm, trong đó ghi rõ những điều kiện và thỏa thuận đặc biệt này.

Hợp đồng chỉ được phát hành khi Bên mua bảo hiểm chấp thuận những điều kiện và thỏa thuận đặc biệt này và Công ty đã nhận đủ Phí bảo hiểm bổ sung (nếu có).

ĐIỀU 6. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

6.1 Quyền lợi bảo hiểm tử vong hoặc Quyền lợi bảo hiểm Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn

Trong thời gian Hợp đồng có hiệu lực, nếu Người được bảo hiểm tử vong hoặc bị Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn, Công ty sẽ chi trả Quyền lợi bảo hiểm tử vong hoặc Quyền lợi bảo hiểm Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn như sau:

- Kế hoạch bảo hiểm Cơ bản: bằng giá trị lớn hơn giữa Số tiền bảo hiểm và Giá trị tài khoản.
- Kế hoạch bảo hiểm Nâng cao:

- Nếu Người được bảo hiểm dưới bảy mươi (70) Tuổi: tổng của Số tiền bảo hiểm và Giá trị tài khoản.
- Nếu Người được bảo hiểm từ đủ bảy mươi (70) Tuổi trở lên: Quyền lợi bảo hiểm tử vong hoặc Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn sẽ được tự động chuyển đổi về Kế hoạch bảo hiểm Cơ bản.

Giá trị tài khoản của Hợp đồng được tính tại ngày Người được bảo hiểm tử vong hoặc ngày Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn được xác định.

Quyền lợi bảo hiểm Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn chỉ được chi trả nếu Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn được xác định khi Người được bảo hiểm dưới bảy mươi lăm (75) Tuổi.

Công ty chỉ chi trả một (01) lần duy nhất đối với Sự kiện bảo hiểm ở điều khoản này, hoặc là Sự kiện bảo hiểm tử vong hoặc là Sự kiện bảo hiểm Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn của Người được bảo hiểm, tùy theo sự kiện nào xảy ra trước.

Hợp đồng sẽ chấm dứt hiệu lực kể từ khi Người được bảo hiểm tử vong hoặc Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn được xác định, tùy theo ngày nào xảy ra trước.

6.2 Quyền lợi đáo hạn

Nếu Hợp đồng vẫn có hiệu lực đến hết Ngày đáo hạn, Quyền lợi đáo hạn bằng Giá trị tài khoản và sẽ được chi trả ngay sau Ngày đáo hạn.

Hợp đồng sẽ chấm dứt hiệu lực ngay sau Ngày đáo hạn.

6.3 Quyền lợi thưởng duy trì hợp đồng

Quyền lợi thưởng duy trì hợp đồng được chi trả dựa trên tỷ lệ phần trăm của Phí bảo hiểm cơ bản định kỳ năm của Năm hợp đồng đầu tiên của Sản phẩm bảo hiểm chính và được tự động phân bổ vào Giá trị tài khoản sau mỗi năm (5) Năm hợp đồng như sau:

Ngày trả thưởng	% của Phí bảo hiểm cơ bản định kỳ năm của Năm hợp đồng đầu tiên của Sản phẩm bảo hiểm chính
Ngày kỷ niệm năm lần thứ 5	25%
Ngày kỷ niệm năm lần thứ 10	50%
Ngày kỷ niệm năm lần thứ 15	75%
Ngày kỷ niệm năm lần thứ 20	100%

Quyền lợi thưởng duy trì hợp đồng chỉ được chi trả nếu Bên mua bảo hiểm đáp ứng tất cả các điều kiện xét thưởng sau đây trong Giai đoạn xét thưởng năm (5) Năm hợp đồng liền trước Ngày trả thưởng:

- Hợp đồng chưa từng bị mất hiệu lực; và
- Phí bảo hiểm cơ bản của Sản phẩm bảo hiểm chính phải được đóng đầy đủ và đúng hạn; và
- Số tiền bảo hiểm trong Giai đoạn xét thưởng luôn lớn hơn hoặc bằng Số tiền bảo hiểm tại thời điểm tham gia Hợp đồng; và
- Không có bất kỳ giao dịch rút tiền nào từ Giá trị tài khoản.

6.4 Quyền lợi đầu tư

Trong thời gian Hợp đồng có hiệu lực, Giá trị tài khoản sẽ được hưởng lãi tích lũy dựa trên kết quả đầu tư thực tế của Quỹ liên kết chung. Các khoản lãi sẽ được tính theo ngày và được tự động phân bổ vào Giá trị tài khoản hàng tháng.

Lãi suất tích lũy định kỳ sẽ được công bố trên trang thông tin điện tử (website) của Công ty và đảm bảo không thấp hơn mức lãi suất cam kết tối thiểu như bảng sau:

Năm hợp đồng	Lãi suất cam kết tối thiểu
Năm hợp đồng thứ 1	4,0%
Năm hợp đồng thứ 2 đến Năm hợp đồng thứ 3	3,5%
Năm hợp đồng thứ 4 đến Năm hợp đồng thứ 5	3,0%
Năm hợp đồng thứ 6 đến Năm hợp đồng thứ 10	2,5%

Năm hợp đồng thứ 11 đến Năm hợp đồng thứ 15	1,0%
Từ năm hợp đồng thứ 16 trở đi	0,5%

Sau mỗi năm tài chính, Công ty sẽ tính toán Khoản chênh lệch bằng lãi suất đầu tư thực tế của Quỹ liên kết chung trừ lãi suất công bố đã áp dụng.

Nếu Khoản chênh lệch này lớn hơn mức Phí quản lý quỹ đã được Bộ Tài chính phê duyệt, Công ty sẽ chi trả vào Giá trị tài khoản của Bên mua bảo hiểm một khoản thưởng đặc biệt tương ứng với phần vượt quá của Khoản chênh lệch này so với Phí quản lý quỹ đã được Bộ Tài chính phê duyệt.

Nếu Khoản chênh lệch này nhỏ hơn mức Phí quản lý quỹ đã được Bộ Tài chính phê duyệt, Giá trị tài khoản của Bên mua bảo hiểm sẽ giữ nguyên theo mức lãi suất công bố mà Công ty đã áp dụng.

ĐIỀU 7. ĐIỀU KHOẢN LOẠI TRỪ

7.1 Công ty sẽ không chi trả Quyền lợi bảo hiểm tử vong hoặc Quyền lợi bảo hiểm Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn nếu Sự kiện bảo hiểm xảy ra do nguyên nhân trực tiếp của một trong các trường hợp sau:

- a) Thuộc Bệnh có sẵn, chỉ áp dụng đối với Quyền lợi bảo hiểm Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn; hoặc
- b) Tự tử trong vòng hai (2) năm, kể từ Ngày hiệu lực hoặc Ngày khôi phục hiệu lực gần nhất, tùy ngày nào đến sau. Riêng đối với phần tăng thêm của Số tiền bảo hiểm (nếu có), loại trừ do nguyên nhân tự tử theo quy định tại Điều này sẽ được áp dụng trong vòng hai (2) năm tính từ ngày có hiệu lực đối với Số tiền bảo hiểm tăng thêm hoặc Ngày khôi phục hiệu lực Hợp đồng, tùy ngày nào đến sau; hoặc
- c) Do hành vi cố ý hoặc phạm tội của Người được bảo hiểm, 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 có hành vi cố ý hoặc phạm tội gây ra Sự kiện bảo hiểm đối với Người được bảo hiểm, Công ty vẫn chi trả quyền lợi bảo hiểm theo Quy tắc và Điều khoản này cho (những) Người thụ hưởng còn lại theo quy định tại Điều 8.1; hoặc
- d) Bị thi hành án tử hình; hoặc
- e) 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 một nhân viên y tế hoặc công an, cảnh sát; hoặc
- f) Chiến tranh (không hoặc có tuyên bố), nội chiến, hoặc các hình thức xung đột có vũ trang tương tự; hoặc
- g) Nổ hoặc phóng xạ từ vũ khí hạt nhân, vũ khí hóa học và nguyên tử, nhiễm độc phóng xạ từ việc cài đặt hạt nhân và nguyên tử; hoặc
- h) Người được bảo hiểm bị Tai nạn khi di chuyển hoặc tham gia trên các phương tiện vận chuyển hàng không, trừ khi Người được bảo hiểm là khách hàng có mua vé trên một chuyến bay thương mại.

7.2 Nếu Sự kiện bảo hiểm xảy ra theo các trường hợp như đề cập tại Điều 7.1 dẫn đến Công ty không chi trả quyền lợi Quyền lợi bảo hiểm tử vong hoặc Quyền lợi bảo hiểm Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn thì Hợp đồng sẽ chấm dứt hiệu lực. Lúc này, Công ty sẽ chi trả cho Bên mua bảo hiểm giá trị lớn hơn giữa:

- Giá trị hoàn lại tại thời điểm chấm dứt hiệu lực Hợp đồng trừ Khoản nợ (nếu có); và
- Tổng phí bảo hiểm đã đóng sau khi trừ đi các khoản sau (nếu có): khoản rút tiền từ Giá trị tài khoản, chi phí kiểm tra sức khỏe và Khoản nợ.

ĐIỀU 8. THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

8.1 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 hoặc chia đều nếu Bên mua bảo hiểm không chỉ định tỷ lệ thụ hưởng. Nếu Người thụ hưởng không còn sống hoặc có hành vi cố ý hoặc có hành vi phạm tội nhằm gây ra Sự kiện bảo hiểm đối với Người được bảo hiểm, phần quyền lợi bảo hiểm của người này sẽ được chia đều cho (những) Người thụ hưởng còn lại.

(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.

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

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.

Thời hạn nộp hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm tới Công ty tối đa là một (1) năm kể từ ngày xảy ra Sự kiện bảo hiểm. Thời gian một (1) năm này không bao gồm thời gian trì hoãn do các trở ngại khách quan và sự kiện bất khả kháng.

8.3 Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

8.3.1 Hồ sơ yêu cầu giải quyết Quyền lợi bảo hiểm tử vong, gồm:

- a) Giấy yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo mẫu của Công ty;
- b) Bằng chứng về sự kiện tử vong: Trích lục khai 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;
- c) Bản sao giấy tờ tùy thân hợp pháp của Người được bảo hiểm, Người nhận quyền lợi bảo hiểm (CMND/ hoặc hộ chiếu/ căn cước công dân/ giấy phép lái xe);
- 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, thỏa thuận phân chia di sản.

8.3.2 Hồ sơ yêu cầu giải quyết Quyền lợi bảo hiểm Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn, gồm:

- a) Giấy yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo mẫu của Công ty;
- b) Bằng chứng về Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn: Kết quả giám định tình trạng thương tật của Hội đồng giám định Y khoa cấp Tỉnh hoặc Thành phố trở lên; và/hoặc biên bản Tai nạn, kết luận điều tra Tai nạn của Công an/ Tòa án (nếu có trong trường hợp thương tật do Tai nạn), hoặc tóm tắt/trích lục bệnh án của Bệnh viện/cơ sở y tế, 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;
- c) Bản sao giấy tờ tùy thân hợp pháp của Người được bảo hiểm, Người nhận quyền lợi bảo hiểm (CMND/ hoặc hộ chiếu/ căn cước công dân/ giấy phép lái xe).

8.3.3 Hồ sơ yêu cầu chi trả Quyền lợi đáo hạn, gồm:

- a) Giấy yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo mẫu của Công ty;
- b) Bản sao giấy tờ tùy thân hợp pháp của Người nhận quyền lợi bảo hiểm (CMND/ hoặc hộ chiếu/ căn cước công dân/ giấy phép lái xe).

8.3.4 Để phục vụ cho công tác giải quyết quyền lợi bảo hiểm, Công ty có quyền yêu cầu cung cấp bản chính các chứng từ nêu tại Điều 8.3.1 và Điều 8.3.2 để kiểm tra. Người thụ hưởng/Người được bảo hiểm có nghĩa vụ hỗ trợ và/hoặc ủy quyền có công chứng cho Công ty để Công ty đi xác minh, thu thập thông tin. Chi phí xác minh (nếu có) sẽ do Công ty chi trả.

8.4 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. Thời gian trả lời được quy định theo Điều 8.5.

8.5 Thời gian giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Công ty sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm trong vòng năm (5) ngày làm việc đối với Quyền lợi đáo hạn và ba mươi (30) ngày đối với các quyền lợi bảo hiểm khác kể từ ngày Công ty nhận được hồ sơ đầy đủ và hợp lệ.

Nếu việc trì hoãn chi trả quyền lợi bảo hiểm là do lỗi của Công ty thì Công ty sẽ trả lãi trên số tiền trả chậm theo mức lãi suất mà Công ty đang áp dụng cho các khoản tạm ứng từ Giá trị tài khoản và được công bố tại website của Công ty.

ĐIỀU 9. QUY ĐỊNH VỀ ĐÓNG PHÍ BẢO HIỂM VÀ THỜI GIAN GIA HẠN ĐÓNG PHÍ

9.1 Quy định chung về đóng Phí bảo hiểm

Trong ba (3) Năm hợp đồng đầu tiên, Bên mua bảo hiểm có nghĩa vụ đóng đầy đủ và đúng hạn Phí bảo hiểm cơ bản để duy trì hiệu lực Hợp đồng, ngay cả khi không nhận được thông báo của Công ty về việc đóng phí bảo hiểm.

Kể từ Năm hợp đồng thứ tư (4) trở đi, Bên mua bảo hiểm có thể lựa chọn đóng phí bảo hiểm vào bất kỳ thời điểm nào để đảm bảo duy trì Giá trị tài khoản không thấp hơn Khoản khấu trừ hàng tháng.

Sau khi Phí bảo hiểm cơ bản đã được đóng đầy đủ cho đến hết kỳ đóng phí hiện tại, Bên mua bảo hiểm được quyền đóng Phí bảo hiểm đóng thêm. Phí bảo hiểm đóng thêm sẽ không làm tăng Số tiền bảo hiểm của Hợp đồng và tổng Phí bảo hiểm đóng thêm trong mỗi Năm hợp đồng không được vượt quá năm (5) lần Phí bảo hiểm cơ bản định kỳ năm của Năm hợp đồng đầu tiên và không được vượt quá mức tối đa theo quy định của Công ty tại từng thời điểm và theo quy định pháp luật hiện hành.

9.2 Phương thức phân bổ Phí bảo hiểm

9.2.1 Trong mỗi Năm hợp đồng, bất kỳ khoản Phí bảo hiểm nào do Bên mua bảo hiểm đóng sẽ được phân bổ theo thứ tự ưu tiên như sau:

- Các khoản Phí bảo hiểm cơ bản đã đến hạn;
- Phần Phí bảo hiểm còn lại (nếu có) sẽ được phân bổ như Phí bảo hiểm đóng thêm cho định kỳ đóng phí hiện tại.

9.2.2 Phí bảo hiểm được phân bổ cho Năm hợp đồng nào sẽ được áp dụng tỷ lệ Phí ban đầu tương ứng với Năm hợp đồng đó.

9.3 Thời gian gia hạn đóng phí

9.3.1 Thời gian gia hạn đóng phí của Sản phẩm bảo hiểm chính và (các) Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ là sáu mươi (60) ngày kể từ ngày xảy ra một trong các trường hợp sau đây, tùy vào trường hợp nào xảy ra trước:

- Phí bảo hiểm cơ bản không được đóng đầy đủ vào Ngày đến hạn đóng phí trong ba (3) Năm hợp đồng đầu tiên; hoặc
- Ngày kỷ niệm tháng mà Giá trị tài khoản không đủ để thanh toán Khoản khấu trừ hàng tháng và Khoản nợ, trừ trường hợp được quy định tại Điều 9.4; hoặc
- Ngày mà tổng các khoản tạm ứng từ Giá trị tài khoản và lãi phát sinh lớn hơn Giá trị hoàn lại.

- 9.3.2** Trong Thời gian gia hạn đóng phí này, Công ty không tính lãi đối với các khoản phí chưa thanh toán và Hợp đồng vẫn có hiệu lực. Khoản khấu trừ hàng tháng vẫn tiếp tục được khấu trừ từ Giá trị tài khoản hoặc được ghi trong Khoản nợ. Nếu Sự kiện bảo hiểm xảy ra trong Thời gian gia hạn đóng phí, Khoản nợ (nếu có) sẽ bị khấu trừ trước khi chi trả quyền lợi bảo hiểm theo Quy tắc và Điều khoản này.
- 9.3.3** Hợp đồng sẽ mất hiệu lực vào ngày bắt đầu Thời gian gia hạn đóng phí, nếu Bên mua bảo hiểm vẫn không đóng đủ Phí bảo hiểm trong Thời gian gia hạn đóng phí này.
- 9.3.4** Trong thời gian Hợp đồng mất hiệu lực, không có bất kỳ Khoản khấu trừ hàng tháng hay khoản phí nào phát sinh và Công ty cũng không chi trả quyền lợi bảo hiểm cho những Sự kiện bảo hiểm xảy ra trong thời gian này.
- 9.3.5** Trong thời gian hai mươi bốn (24) tháng kể từ ngày mất hiệu lực Hợp đồng, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu chấm dứt hiệu lực Hợp đồng và nhận lại Giá trị hoàn lại tại ngày mất hiệu lực Hợp đồng (nếu có). Sau khi kết thúc thời gian hai mươi bốn (24) tháng kể từ ngày mất hiệu lực Hợp đồng, nếu Hợp đồng chưa được khôi phục hiệu lực hoặc chưa có yêu cầu chấm dứt từ Bên mua bảo hiểm, Công ty sẽ chấm dứt hiệu lực Hợp đồng và trả lại Giá trị hoàn lại tại ngày mất hiệu lực Hợp đồng (nếu có) cho Bên mua bảo hiểm.

9.4 Đảm bảo duy trì hiệu lực hợp đồng

Hợp đồng sẽ được duy trì hiệu lực trong ba (3) Năm hợp đồng đầu tiên, cho dù Giá trị tài khoản không đủ để thanh toán Khoản khấu trừ hàng tháng và Khoản nợ, với điều kiện:

- Phí bảo hiểm cơ bản được đóng đầy đủ và đúng hạn (bao gồm trường hợp đóng Phí bảo hiểm trong Thời gian gia hạn đóng phí quy định tại Điều 9.3); và
- Bên mua bảo hiểm không thực hiện rút tiền từ Giá trị tài khoản.

Các Khoản khấu trừ hàng tháng còn thiếu sẽ được ghi trong Khoản nợ và được tự động khấu trừ từ Giá trị tài khoản khi Bên mua bảo hiểm đóng Phí bảo hiểm ở định kỳ tiếp theo hoặc được khấu trừ trước khi chi trả quyền lợi bảo hiểm (nếu có).

ĐIỀU 10. CÁC KHOẢN PHÍ CÓ THỂ KHẤU TRỪ

Trong quá trình thực hiện hợp đồng và trong hạn mức tối đa đã được quy định tại Hợp đồng, Công ty có thể thay đổi tỷ lệ các loại phí áp dụng sau khi thông báo và thỏa thuận với Bên mua bảo hiểm bằng văn bản ít nhất ba (3) tháng trước thời điểm chính thức thay đổi.

10.1 Phí ban đầu: là khoản phí mà Công ty khấu trừ từ Phí bảo hiểm cơ bản của Sản phẩm bảo hiểm chính, Phí bảo hiểm cơ bản của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ và Phí bảo hiểm đóng thêm thu được tại mỗi lần đóng phí trước khi phân bổ vào Giá trị tài khoản theo bảng dưới đây:

Năm hợp đồng	Phí ban đầu tính trên Phí bảo hiểm cơ bản của sản phẩm chính	Phí ban đầu tính trên Phí bảo hiểm cơ bản của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ	Phí ban đầu tính trên Phí bảo hiểm đóng thêm
Năm hợp đồng thứ 1	65,0%	65,0%	2,0%
Năm hợp đồng thứ 2	45,0%	40,0%	2,0%
Năm hợp đồng thứ 3	25,0%	15,0%	2,0%
Năm hợp đồng thứ 4	15,0%	5,0%	2,0%
Năm hợp đồng thứ 5	10,0%	2,5%	2,0%
Năm hợp đồng thứ 6 đến Năm hợp đồng thứ 10	2,5%	2,5%	0%
Từ Năm hợp đồng thứ 11 trở đi	0%	0%	0%

10.2 Phí bảo hiểm rủi ro: là khoản phí để đảm bảo chi trả các quyền lợi bảo hiểm rủi ro theo Hợp đồng, được khấu trừ từ Giá trị tài khoản vào Ngày hiệu lực và các Ngày kỷ niệm tháng trong

thời gian Hợp đồng có hiệu lực. Tỷ lệ Phí bảo hiểm rủi ro được xác định theo Tuổi, giới tính, tình trạng sức khỏe và nghề nghiệp của Người được bảo hiểm.

Tỷ lệ phí bảo hiểm rủi ro có thể thay đổi nếu có sự chấp thuận của Bộ Tài chính. Nếu Bên mua bảo hiểm không đồng ý với việc thay đổi tỷ lệ phí bảo hiểm rủi ro, Bên mua bảo hiểm có quyền yêu cầu chấm dứt Hợp đồng và nhận lại Giá trị tài khoản tại thời điểm chấm dứt Hợp đồng.

10.3 Phí quản lý hợp đồng: là khoản phí để bù đắp chi phí liên quan đến việc duy trì và cung cấp thông tin liên quan đến Hợp đồng cho Bên mua bảo hiểm, được khấu trừ từ Giá trị tài khoản vào Ngày hiệu lực và các Ngày kỷ niệm tháng trong thời gian Hợp đồng có hiệu lực.

Phí quản lý hợp đồng trong năm 2022 là hai mươi lăm nghìn (25.000) đồng/tháng và sẽ tự động tăng hai nghìn (2.000) đồng/tháng ở mỗi năm dương lịch sau đó nhưng không vượt quá sáu mươi nghìn (60.000) đồng/tháng trong mọi trường hợp.

Phí quản lý hợp đồng có thể thay đổi nếu có sự chấp thuận của Bộ Tài chính.

10.4 Phí quản lý quỹ: là khoản phí dùng để chi trả cho các hoạt động đầu tư và quản lý Quỹ liên kết chung, được khấu trừ từ Quỹ liên kết chung trước khi Công ty công bố lãi suất tích lũy. Phí quản lý quỹ được tính trên Giá trị tài khoản và không quá 2%/năm.

10.5 Phí chấm dứt Hợp đồng trước hạn: là khoản phí mà Bên mua bảo hiểm phải chịu khi chấm dứt Hợp đồng trước hạn theo bảng dưới đây:

Thời điểm chấm dứt hợp đồng	Phí chấm dứt Hợp đồng trước hạn (% Phí bảo hiểm cơ bản định kỳ năm của Năm hợp đồng đầu tiên)
Năm hợp đồng thứ 1	100%
Năm hợp đồng thứ 2	100%
Năm hợp đồng thứ 3	100%
Năm hợp đồng thứ 4	60%
Năm hợp đồng thứ 5	40%
Năm hợp đồng thứ 6	20%
Từ Năm hợp đồng thứ 7 trở đi	0%

10.6 Phí rút tiền: là khoản phí mà Bên mua bảo hiểm phải chịu khi yêu cầu rút tiền từ Giá trị tài khoản theo bảng dưới đây:

Thời điểm rút tiền	Phí rút tiền (% Số tiền rút)
Năm hợp đồng thứ 1	Không áp dụng
Năm hợp đồng thứ 2 đến Năm hợp đồng thứ 9	2%
Từ Năm hợp đồng thứ 10 trở đi	0%

Phí rút tiền sẽ được trừ từ số tiền rút trước khi chi trả.

ĐIỀU 11. QUỸ LIÊN KẾT CHUNG VÀ GIÁ TRỊ TÀI KHOẢN

11.1 Quỹ liên kết chung

Quỹ liên kết chung được hình thành từ Phí bảo hiểm được phân bổ của tất cả các Hợp đồng bảo hiểm liên kết chung do Công ty phát hành, được tách riêng biệt với Quỹ chủ sở hữu và các Quỹ chủ hợp đồng khác của Công ty.

Nhằm đảm bảo quyền lợi của Bên mua bảo hiểm, Công ty thực hiện chiến lược đầu tư thận trọng qua việc tập trung đầu tư chủ yếu vào các kênh đầu tư có khả năng mang lại lợi nhuận ổn định như trái phiếu chính phủ, trái phiếu đô thị, trái phiếu doanh nghiệp và tiền gửi ngân hàng.

Chiến lược đầu tư và tình hình hoạt động của Quỹ liên kết chung sẽ được cập nhật định kỳ trên trang tin điện tử (website) của Công ty. Công ty bảo lưu quyền quyết định chính sách đầu tư và phương thức quản lý quỹ phù hợp với quy định của pháp luật hiện hành.

11.2 Giá trị tài khoản

Giá trị tài khoản sẽ tăng hoặc giảm hàng tháng theo các trường hợp sau:

Các thay đổi	Giá trị tài khoản
Tăng	(i) Tăng sau khi được cộng Phí bảo hiểm được phân bổ (nếu có); (ii) Tăng sau khi được cộng lãi phát sinh trong tháng đó căn cứ lãi suất công bố được đề cập tại Điều 6.4; (iii) Tăng sau khi được cộng Quyền lợi thưởng duy trì hợp đồng (nếu có);
Giảm	(i) Giảm sau khi trừ Khoản khấu trừ hàng tháng; (ii) Giảm sau khi trừ khoản rút tiền từ Giá trị tài khoản.

ĐIỀU 12. CÁC THAY ĐỔI TRONG QUÁ TRÌNH THỰC HIỆN HỢP ĐỒNG

12.1 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 Công ty đồng ý bằng văn bản.

12.2 Thay đổi Người thụ hưởng

Trong thời gian Hợp đồng có hiệu lực và Người được bảo hiểm còn sống, nếu Người được bảo hiểm (hoặc người giám hộ hợp pháp trong trường hợp Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi) 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 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.

12.3 Thay đổi thông tin của Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm

12.3.1 Thay đổi nơi cư trú trong lãnh thổ Việt Nam, thông tin liên hệ (địa chỉ, số điện thoại hoặc thư điện tử) hoặc thông tin cá nhân, 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.

12.3.2 Nếu Người được bảo hiểm thay đổi 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; hoặc nếu Người được bảo hiểm xuất cảnh ra khỏi phạm vi lãnh thổ Việt Nam trong thời gian chín mươi (90) ngày trở lên, Bên mua bảo hiểm phải thông báo bằng văn bản cho Công ty trong vòng ba mươi (30) ngày trước ngày Người được bảo hiểm xuất cảnh. Đối với các thay đổi trong điểm này, Công ty sẽ thẩm định lại rủi ro bảo hiểm và có quyền:

- (i) Tiếp tục duy trì Hợp đồng; hoặc
- (ii) Điều chỉnh Phí bảo hiểm cơ bản/Phí bảo hiểm rủi ro và/hoặc phạm vi loại trừ bảo hiểm và/hoặc giảm quyền lợi bảo hiểm. Nếu Bên mua bảo hiểm không đồng ý với những điều chỉnh này, Công ty có quyền đơn phương chấm dứt Hợp đồng và trả cho Bên mua bảo hiểm Giá trị hoàn lại tại thời điểm chấm dứt Hợp đồng sau khi trừ đi các Khoản nợ (nếu có).
- (iii) Đơn phương chấm dứt Hợp đồng và không có trách nhiệm chi trả bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào xảy ra trong thời gian có sự thay đổi. Trong trường hợp này, Công ty sẽ trả cho Bên mua bảo hiểm Giá trị hoàn lại tại thời điểm chấm dứt Hợp đồng sau khi trừ đi các Khoản nợ (nếu có).

12.4 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 thuận 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.

12.5 Thay đổi Số tiền bảo hiểm

12.5.1 Bắt đầu từ Năm hợp đồng thứ ba (3), Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu tăng hoặc giảm Số tiền bảo hiểm của Sản phẩm bảo hiểm chính nếu đáp ứng các điều kiện sau:

- Tuân thủ quy định hiện hành của Công ty về giới hạn Số tiền bảo hiểm và Phí bảo hiểm; và
- Đóng đầy đủ Phí bảo hiểm cơ bản đến hạn của Sản phẩm bảo hiểm chính.

Riêng đối với yêu cầu tăng Số tiền bảo hiểm của Sản phẩm bảo hiểm chính, Bên mua bảo hiểm phải đáp ứng thêm các điều kiện sau:

- Người được bảo hiểm dưới sáu mươi lăm (65) Tuổi; và
- Bên mua bảo hiểm phải đồng ý đóng mức Phí bảo hiểm tương ứng với việc tăng Số tiền bảo hiểm; và
- Người được bảo hiểm đáp ứng các điều kiện về thẩm định của Công ty. Yêu cầu tăng Số tiền bảo hiểm có thể được miễn thẩm định nếu đáp ứng tất cả các điều kiện sau đây:
 - o Yêu cầu tăng Số tiền bảo hiểm từ Năm hợp đồng thứ hai (2) trở đi và các chứng từ liên quan đến yêu cầu này phải được gửi đến Công ty trong vòng hai trăm bảy mươi (270) ngày kể từ ngày phát sinh một trong các sự kiện sau: (i) Người được bảo hiểm kết hôn; hoặc (ii) Người được bảo hiểm sinh con hoặc nhận con nuôi; hoặc (iii) Con của Người được bảo hiểm bắt đầu vào học cấp 1, hoặc cấp 2, hoặc cấp 3, hoặc Đại học trước 21 tuổi; hoặc (iv) Người được bảo hiểm mua nhà.
 - o Số tiền bảo hiểm tăng thêm tối đa cho mỗi lần yêu cầu là năm mươi phần trăm (50%) Số tiền bảo hiểm tại Ngày hiệu lực và tổng Số tiền bảo hiểm tăng thêm của tất cả các lần yêu cầu tăng Số tiền bảo hiểm trong suốt Thời hạn hợp đồng không được vượt quá một (1) tỷ đồng.
 - o Yêu cầu tăng Số tiền bảo hiểm theo điều này được thực hiện tối đa một (1) lần trong một Năm hợp đồng và không quá ba (3) lần trong suốt Thời hạn hợp đồng.
 - o Người được bảo hiểm được thẩm định ở mức rủi ro chuẩn tại Ngày hiệu lực, ngày khôi phục hiệu lực hoặc ngày Công ty chấp thuận tăng Số tiền bảo hiểm cho bất kỳ Hợp đồng nào tại Công ty, tùy ngày nào xảy ra sau.

12.5.2 Sau khi Số tiền bảo hiểm mới được Công ty chấp thuận, Phí bảo hiểm cơ bản của Sản phẩm bảo hiểm chính, Phí bảo hiểm rủi ro của Sản phẩm bảo hiểm chính và các điều kiện khác có liên quan của Hợp đồng sẽ được điều chỉnh tương ứng.

12.6 Tham gia thêm hoặc chấm dứt hiệu lực (các) Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ

Bên mua bảo hiểm có thể tham gia hoặc chấm dứt hiệu lực (các) Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ theo quy định của Công ty.

Để tham gia (các) Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ, Bên mua bảo hiểm phải đáp ứng tất cả các điều kiện sau đây:

- Phí bảo hiểm cơ bản đến hạn đã được đóng đủ; và
- Người được bảo hiểm của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ đáp ứng đủ các yêu cầu theo quy định tại Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ; và
- Phí bảo hiểm cơ bản của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ tham gia thêm được đóng đủ.

Trường hợp Công ty chấp thuận các yêu cầu thay đổi trên, ngày có hiệu lực hoặc ngày chấm dứt hiệu lực của (các) Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ là ngày được ghi trên thư xác nhận điều chỉnh Hợp đồng.

12.7 Thay đổi Bên mua bảo hiểm

12.7.1 Chuyển nhượng Hợp đồng

Bên mua bảo hiểm có quyền chuyển nhượng Hợp đồng cho cá nhân hoặc tổ chức khác bằng cách thông báo bằng văn bản đến Công ty. Tại thời điểm chuyển nhượng, 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 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 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. Tuy nhiên, Người được bảo hiểm của Hợp đồng sẽ không thay đổi.

12.7.2 Trường hợp Bên mua bảo hiểm hiện tại tử vong/chấm dứt hoạt động

Nếu Bên mua bảo hiểm tử vong (trường hợp Bên mua bảo hiểm là cá nhân) hoặc chấm dứt hoạt động (trường hợp Bên mua bảo hiểm là tổ chức), Bên mua bảo hiểm mới sẽ được xác định theo thứ tự ưu tiên sau:

- Người được bảo hiểm, nếu Người được bảo hiểm đủ các điều kiện trở thành Bên mua bảo hiểm; hoặc
- Người giám hộ hợp pháp của Người được bảo hiểm, nếu Người được bảo hiểm chưa đủ điều kiện trở thành Bên mua bảo hiểm; hoặc
- Các đối tượng khác theo quy định của pháp luật.

Bên mua bảo hiểm mới sẽ tiếp nhận các quyền và nghĩa vụ phát sinh từ Hợp đồng ngay sau khi có thông báo chấp thuận từ Công ty.

12.8 Rút tiền từ Giá trị tài khoản

Kể từ Năm hợp đồng thứ hai (2) trở đi, Bên mua bảo hiểm có quyền yêu cầu rút tiền từ Giá trị tài khoản vào bất kỳ thời điểm nào trong thời gian Hợp đồng có hiệu lực nếu đáp ứng tất cả các điều kiện sau đây:

- Số tiền yêu cầu rút không được thấp hơn mức tối thiểu theo quy định của Công ty tại từng thời điểm và cũng không được vượt quá tám mươi lăm phần trăm (85%) Giá trị hoàn lại;
- Sau khi rút tiền, Giá trị tài khoản không thấp hơn mức quy định của Công ty tại từng thời điểm;
- Đối với Kế hoạch bảo hiểm Cơ bản, Số tiền bảo hiểm sẽ bị điều chỉnh giảm tương ứng nếu Giá trị tài khoản sau khi rút nhỏ hơn Số tiền bảo hiểm. Tuy nhiên, Số tiền bảo hiểm sau khi giảm không được nhỏ hơn Số tiền bảo hiểm tối thiểu theo quy định của Công ty;
- Phí rút tiền được áp dụng như quy định tại Điều 10.6 và Khoản nợ (nếu có) sẽ được khấu trừ trực tiếp vào số tiền rút tại thời điểm rút tiền.

12.9 Tạm ứng từ Giá trị tài khoản

12.9.1 Kể từ Năm hợp đồng thứ hai (2) trở đi, Bên mua bảo hiểm có quyền yêu cầu tạm ứng từ Giá trị tài khoản vào bất kỳ thời điểm nào trong thời gian Hợp đồng có hiệu lực nếu đáp ứng tất cả các điều kiện sau đây:

- Khoản tạm ứng không được thấp hơn mức tối thiểu theo quy định của Công ty tại từng thời điểm và cũng không được vượt quá tám mươi lăm phần trăm (85%) Giá trị hoàn lại sau khi trừ đi các Khoản nợ (nếu có).
- Bên mua bảo hiểm đồng ý trả lãi phát sinh trên các khoản tạm ứng từ Giá trị tài khoản.

12.9.2 Mức lãi suất áp dụng cho các khoản tạm ứng từ Giá trị tài khoản bằng lãi suất công bố của Quỹ liên kết chung cộng khoản điều chỉnh (trong đó, khoản điều chỉnh không vượt quá Phí quản lý quỹ được Bộ Tài chính chấp thuận) và sẽ được công bố tại từng thời điểm trên website của Công ty.

12.9.3 Bên mua bảo hiểm có thể hoàn trả khoản tạm ứng và lãi phát sinh vào bất kỳ thời điểm nào nếu khoản thanh toán mỗi lần đáp ứng mức thanh toán tối thiểu do Công ty quy định tại từng thời điểm.

12.9.4 Tất cả các khoản tạm ứng từ Giá trị tài khoản và lãi phát sinh sẽ được ghi trong Khoản nợ.

12.10 Chấm dứt Hợp đồng trước hạn

Bên mua bảo hiểm có quyền yêu cầu chấm dứt Hợp đồng trước hạn vào bất kỳ lúc nào bằng cách gửi yêu cầu bằng văn bản cho Công ty. Ngày chấm dứt hiệu lực Hợp đồng là ngày Công ty chấp thuận bằng văn bản.

Vào ngày Hợp đồng chấm dứt hiệu lực, tất cả các quyền lợi bảo hiểm sẽ chấm dứt và Bên mua bảo hiểm sẽ nhận được Giá trị hoàn lại sau khi trừ đi Khoản nợ, nếu có.

ĐIỀU 13. TRÁCH NHIỆM KÊ KHAI, CUNG CẤP VÀ BẢO MẬT THÔNG TIN

13.1 Trách nhiệm của Công ty

13.1.1 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, 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 thì Bên mua bảo hiểm có quyền đơn phương đình chỉ thực hiện Hợp đồng. Công ty phải bồi thường thiệt hại thực tế phát sinh do việc cung cấp thông tin sai sự thật.

13.1.2 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 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, 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 ngoài Điều a Điều này không là lý do để Công ty từ chối giao kết Hợp đồng.

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

13.2.1 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 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.

13.2.2 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 chấm dứt Hợp đồng này ngay sau khi phát hiện ra hành vi vi phạm của Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm. Việc giải quyết Hợp đồng bị đơn phương chấm dứt sẽ theo quy định của pháp luật hiện hành về bảo hiểm.

13.2.3 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 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 này.

13.2.4 Trong trường hợp Hợp đồng tiếp tục duy trì hiệu lực, Công ty và Bên mua bảo hiểm có thể thoả thuận về việc thu thêm khoản phí bảo hiểm cơ bản/Phí bảo hiểm rủi ro hoặc điều chỉnh Số tiền bảo hiểm giảm tương ứng với mức rủi ro (nếu có).

13.3 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 của Hợp đồng, hoặc ngày chấp thuận yêu cầu tăng Số tiền bảo hiểm 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 14. NHẦM LẤN KHI KÊ KHAI TUỔI, GIỚI TÍNH

Trong trường hợp kê khai sai ngày sinh và/hoặc giới tính của Người được bảo hiểm, Phí bảo hiểm rủi ro, Phí bảo hiểm cơ bản và/hoặc Số tiền bảo hiểm sẽ được điều chỉnh lại theo Tuổi đúng và/hoặc giới tính đúng của Người được bảo hiểm.

Nếu theo Tuổi đúng và/hoặc giới tính đúng, Người được bảo hiểm không thể được bảo hiểm theo Quy tắc và điều khoản này, Hợp đồng sẽ bị chấm dứt và Công ty sẽ chi trả cho Bên mua bảo hiểm giá trị nào lớn hơn giữa:

- Giá trị hoàn lại tại thời điểm chấm dứt hiệu lực Hợp đồng; và
- Tổng Phí bảo hiểm đã đóng sau khi trừ đi các khoản sau (nếu có): các khoản rút tiền từ Giá trị tài khoản, chi phí kiểm tra sức khỏe và Khoản nợ.

ĐIỀU 15. KHÔI PHỤC HIỆU LỰC HỢP ĐỒNG

15.1 Khi Hợp đồng bị mất hiệu lực theo Điều 9.3, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu khôi phục hiệu lực hợp đồng nếu đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

- a) Bên mua bảo hiểm nộp đơn yêu cầu khôi phục hiệu lực trong thời gian hai mươi bốn (24) tháng kể từ ngày Hợp đồng mất hiệu lực và trước Ngày đáo hạn; và
- b) Bên mua bảo hiểm đóng đầy đủ các khoản sau:
 - Tất cả các khoản Phí bảo hiểm cơ bản đến hạn nhưng chưa đóng của ba (3) Năm hợp đồng đầu tiên;
 - Ít nhất một (1) kỳ Phí bảo hiểm cơ bản của Năm hợp đồng hiện tại nếu thời điểm yêu cầu khôi phục hiệu lực từ Năm hợp đồng thứ 4 trở đi;
- c) Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm đủ điều kiện tham gia theo quy định của Hợp đồng.

15.2 Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng là ngày được ghi trên thông báo chấp thuận bằng văn bản của Công ty, với điều kiện cả Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm phải còn sống vào thời điểm chấp thuận. Công ty không bảo hiểm cho những Sự kiện bảo hiểm xảy ra trong thời gian Hợp đồng bị mất hiệu lực.

ĐIỀU 16. CHẤM DỨT HỢP ĐỒNG

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

- Theo quy định tại Điều 3, Điều 6.1, Điều 6.2, Điều 9.3.5, Điều 12.3.2, Điều 12.10, Điều 13.1.1, Điều 13.2.2, Điều 14 của Quy tắc và Điều khoản sản phẩm này; hoặc

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

ĐIỀU 17. KHẤU TRỪ KHOẢN NỢ

Bất kể đã có quy định tại các điều khoản trên, trước khi thực hiện chi trả bất kỳ khoản tiền nào theo Quy tắc và Điều khoản này, Công ty sẽ tiến hành khấu trừ Khoản nợ (nếu có) theo quy định tại Điều 1.33 và các khoản phí có thể khấu trừ khác theo quy định tại Điều 10.

PHỤ LỤC – THƯƠNG TẬT TOÀN BỘ VÀ VĨNH VIỄN

Thứ tự	Mức độ thương tật
1	<p>Người được bảo hiểm bị mất, liệt hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của:</p> <ul style="list-style-type: none"> i) Hai (2) tay, hoặc; ii) Hai (2) chân, hoặc; iii) Một (1) tay và một (1) chân, hoặc; iv) Hai (2) mắt, hoặc; v) Một (1) tay và một (1) mắt, hoặc; vi) Một (1) chân và một (1) mắt. <p>Trong trường hợp 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, (iv) mắt được hiểu là mất hẳn mắt hoặc mù hoàn toàn.</p> <p>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.</p> <p>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 một trăm tám mươi (180) ngày kể từ ngày xảy ra Sự kiện bảo hiểm hoặc từ ngày bệnh lý được chẩn đoán xác định.</p>
2	Mất hoàn toàn khả năng nói (xem ghi chú 1) hoặc mất hoàn toàn khả năng nhai (xem ghi chú 2)
3	Tổn thương nghiêm trọng chức năng của hệ thần kinh trung ương hoặc chức năng của cơ quan ở ngực/bụng dẫn đến mất vĩnh viễn khả năng làm việc và phụ thuộc hoàn toàn vào sự giúp đỡ của người khác trong các sinh hoạt cần thiết hằng ngày để duy trì cuộc sống (xem ghi chú 3).
4	Thương tật từ tám mươi một phần trăm (81%) theo xác nhận của cơ quan y tế/Hội đồng giám định Y khoa cấp tỉnh trở lên.

Ghi chú:

1. **“Mất khả năng nói”** có nghĩa là bị một trong ba tình trạng sau:
 - (1) Không thể thực hiện được ba (3) trong bốn (4) chức năng (âm môi, âm răng, âm vòm, âm lưỡi gà) để tạo thành ngôn ngữ vẫn tiếp tục sau mười hai (12) tháng.
 - (2) Cắt bỏ hoàn toàn dây thanh quản.
 - (3) Tổn thương các dây thần kinh điều khiển nói dẫn đến tình trạng mất ngôn ngữ vẫn tiếp tục sau mười hai (12) tháng.

Tất cả các nguyên nhân tâm thần làm mất khả năng nói bị loại trừ.
2. **“Mất khả năng nhai”** có nghĩa là mất chức năng toàn bộ và vĩnh viễn do các lý do như hẹp thực quản và tê liệt các dây thần kinh bên trong của các cấu trúc liên quan đến nhai và nuốt. Tất cả các điều kiện sau phải được đáp ứng:
 - (1) Người được bảo hiểm không thể nhai và nuốt bất kỳ thức ăn rắn hoặc lỏng nào; và
 - (2) Mất khả năng nhai và nuốt dẫn đến việc phải sử dụng ống dẫn thức ăn thường xuyên và liên tục trong ít nhất sáu (6) tháng.

Những điều sau đây được loại trừ:

 - Mất khả năng nhai và nuốt chỉ do rối loạn răng hoặc hàm giả.
 - Tất cả các nguyên nhân tâm thần làm mất khả năng nhai và nuốt.
3. **“Phụ thuộc hoàn toàn vào người khác để thực hiện các sinh hoạt cần thiết hằng ngày để duy trì cuộc sống”** có nghĩa là không thể tự thực hiện được bốn (4) trong sáu (6) hoạt động sau vẫn tiếp tục sau sáu (6) tháng: (1) Vệ sinh cá nhân; (2) Thay quần áo; (3) Ăn/Uống; (4) Di chuyển từ giường sang ghế và ngược lại; (5) Đi tiêu/tiểu; (6) Di chuyển trên nền đất bằng.

4. Nguyên tắc áp dụng:

Công ty sẽ giải quyết Quyền lợi bảo hiểm với điều kiện Người được bảo hiểm phải được cơ sở y tế có thẩm quyền xác nhận.

Trong trường hợp có sự khác biệt giữa định nghĩa/diễn giải trong Bảng thương tật toàn bộ và vĩnh viễn của Hợp đồng và chẩn đoán/giám định, Công ty có quyền yêu cầu Người được bảo hiểm tiến hành giám định mức độ thương tật bởi cơ sở y tế hoặc Hội đồng giám định y khoa cấp Tỉnh/Thành phố đạt tiêu chuẩn do Công ty chỉ định và kết quả giám định này là kết quả cuối cùng. Chi phí giám định (nếu có) sẽ do Công ty chi trả.

Nếu Người được bảo hiểm đồng thời bị từ hai (2) loại thương tật trở lên theo Bảng thương tật toàn bộ và vĩnh viễn, Công ty sẽ giải quyết Quyền lợi bảo hiểm khi bị thương tật toàn bộ và vĩnh viễn cho một (1) loại thương tật.