
**QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN
SẢN PHẨM BẢO HIỂM TỬ KỶ TAI NẠN CÁ NHÂN
(SUN - BẠN ĐỒNG HÀNH)**

(Ban hành kèm theo Công văn số 12199/BTC-QLBH ngày 13/09/2017 của Bộ Tài chính)

Mục lục

Điều 1: Định nghĩa.....	2
Điều 2: Hợp đồng bảo hiểm	5
Điều 3: Quyền lợi bảo hiểm	6
Điều 4: Điều khoản loại trừ	7
Điều 5: Trách nhiệm kê khai, cung cấp và bảo mật thông tin	8
Điều 6: Nhầm lẫn khi kê khai tuổi, giới tính	9
Điều 7: Chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm	9
Điều 8: Chuyển nhượng Hợp đồng bảo hiểm	10
Điều 9: Các thay đổi trong quá trình thực hiện Hợp đồng bảo hiểm	10
Điều 10: Thủ tục giải quyết quyền lợi bảo hiểm	11

Điều 1: Định nghĩa

- 1.1 **“Công ty”** là Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ Sun Life Việt Nam, được Bộ Tài chính cấp Giấy phép Thành lập và Hoạt động số 68 GP/KDBH ngày 24/01/2013 (đã được sửa đổi bổ sung).
- 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 18 đến 60 vào Ngày hiệu lực hợp đồng và được Công ty chấp nhận bảo hiểm theo Quy tắc và Điều khoản 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 này.

Người thụ hưởng được ghi tên trong Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, Giấy chứng nhận bảo hiểm và các thỏa thuận bổ sung của Hợp đồng bảo hiểm (nếu có).
- 1.5 **“Tuổi bảo hiểm”** là tuổi của Người được bảo hiểm tính theo ngày sinh nhật gần nhất trước ngày có hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm.
- 1.6 **“Thời hạn bảo hiểm”** là thời gian có hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm, một năm kể từ Ngày hiệu lực hợp đồng và được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- 1.7 **“Phí bảo hiểm”** là khoản tiền mà Bên mua bảo hiểm 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 sửa đổi, bổ sung liên quan gần nhất (nếu có).
- 1.8 **“Số tiền bảo hiểm”** là số tiền Công ty chấp thuận bảo hiểm theo Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm và được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm và/hoặc tài liệu sửa đổi, bổ sung liên quan gần nhất.
- 1.9 **“Ngày hiệu lực hợp đồng”** 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 hợp đồng 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 hợp đồng được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- 1.10 **“Ngày đáo hạn hợp đồng”** là ngày cuối cùng của thời hạn hợp đồng được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm nếu hợp đồng còn hiệu lực đến thời điểm đó.
- 1.11 **“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 180 ngày kể từ ngày xảy ra sự kiện hoặc chuỗi sự kiện đó.

1.12 “Thương tật toàn bộ vĩnh viễn” là trường hợp:

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

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.

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

Việc chứng nhận bị liệt hoàn toàn và không thể phục hồi chức năng của các bộ phận cơ thể phải được thực hiện không sớm hơn 180 ngày kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm.

Hoặc:

- b) Người được bảo hiểm bị Thương tật từ 81% theo xác nhận của cơ quan y tế/Hội đồng giám định Y khoa cấp tỉnh trở lên.

1.13 “Bệnh có sẵn” là tình trạng bệnh tật hoặc thương tật của Người được bảo hiểm đã được Bác sĩ khám, chẩn đoán hoặc điều trị trước Ngày hiệu lực hợp đồng. Hồ sơ y tế, tiền sử bệnh được lưu giữ tại Bệnh viện/cơ sở y tế được thành lập hợp pháp 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 Bệnh có sẵn.

1.14 “Bệnh viện/cơ sở y tế” là một cơ sở khám chữa bệnh được thành lập và hoạt động theo pháp luật của Việt Nam hoặc nước sở tại. Cơ sở đó phải được cấp phép như một bệnh viện/cơ sở y tế theo quy định của Việt Nam hoặc nước sở tại và hội đủ các tiêu chuẩn sau:

- Cung cấp dịch vụ y tế tây y để Cấp cứu, điều trị và chăm sóc cho những người bị Thương tật hay ốm đau trên cơ sở nội trú; và
- Cung cấp các phương tiện phục vụ cho việc chăm sóc và chữa trị, bao gồm chẩn đoán xác định bệnh, điều trị, phẫu thuật; và
- Cung cấp dịch vụ chăm sóc 24 giờ mỗi ngày bởi các Bác sĩ và y tá có giấy phép

- hành nghề của Bộ Y tế hay Sở Y tế; và
- Có lưu trữ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân, chứng từ y khoa, chứng từ kế toán theo quy định của pháp luật và quy định hiện hành tại địa phương nơi bệnh viện có trụ sở; và
- Phải là bệnh viện tuyến trung ương, tuyến tỉnh, tuyến huyện hoặc trung tâm y tế quận/huyện theo phân cấp của Bộ Y tế Việt Nam, hoặc bệnh viện hội đủ các tiêu chuẩn trên đây nếu ngoài Việt Nam.

Trong định nghĩa này, ngoại trừ trường hợp Cấp cứu, Bệnh viện sẽ không bao gồm:

- Trung tâm y tế dự phòng; và
- Bệnh viện/viện/khoa tâm thần; và
- Bệnh viện/viện/khoa y học dân tộc; và
- Bệnh viện/viện/khoa phong; và
- Nhà điều dưỡng, trung tâm phục hồi chức năng, nhà lưu bệnh; và
- Nhà bảo sanh, nhà an dưỡng hay các cơ sở khác chủ yếu dành cho việc chữa trị cho người già, người nghiện rượu, chất ma túy, chất kích thích; và
- Trung tâm y tế huyện thực hiện công tác y tế dự phòng, điều dưỡng, phục hồi chức năng, bảo sanh, an dưỡng; và
- Phòng khám đa khoa, trạm y tế phường, xã, thị trấn thuộc trung tâm y tế huyện.

Trong định nghĩa này, “**Cấp cứu**” là tình trạng mà Người được bảo hiểm chấn thương hoặc tổn thương nghiêm trọng do Tai nạn đòi hỏi phải được chăm sóc y tế, điều trị hoặc phẫu thuật trong vòng 24 giờ kể từ khi có Tai nạn, nếu không có thể nguy hiểm đến tính mạng hoặc mất các cơ quan chức năng quan trọng của cơ thể như mắt chân, tay, thị lực.

1.15 “**Bác sĩ**” là người có bằng cấp chuyên môn y khoa được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc thừa nhận được thực hành nghề y hợp pháp trong phạm vi giấy phép theo pháp luật của nước sở tại nơi Người được bảo hiểm tiến hành việc khám và điều trị. Trừ trường hợp được Công ty chấp thuận bằng văn bản, Bác sĩ không được đồng thời là:

- Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng; hoặc
- Vợ/chồng, cha/mẹ, con, anh chị em ruột của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm; hoặc
- (Các) Đối tác kinh doanh của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm; hoặc
- Đại lý bảo hiểm, người tuyển dụng, nhân viên của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm.

1.16 “**Thương tật**” là các tổn thương cơ thể bị gây ra do Tai nạn và không liên quan đến nguyên nhân nào khác trong Thời hạn bảo hiểm.

1.17 “**Ngày nằm viện**” là một ngày Người được bảo hiểm nằm viện qua đêm làm Bệnh nhân nội trú mà viện phí và tiền phòng theo quy định của Bệnh viện phải được thể hiện trên hóa đơn viện phí.

1.18 “**Bệnh nhân nội trú**” là Người được bảo hiểm đã hoàn tất thủ tục nhập viện và theo

yêu cầu Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa, Người được bảo hiểm phải nằm viện qua đêm tại Bệnh viện để điều trị. Việc nằm viện làm Bệnh nhân nội trú chỉ được chấp nhận khi Người được bảo hiểm nhập viện tại một Bệnh viện đáp ứng các điều kiện quy định tại Điều 1.14.

1.19 “Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa” là sự điều trị y khoa do Bác sĩ chỉ định và đáp ứng những điều kiện sau:

- Phải phù hợp với các triệu chứng, chẩn đoán hoặc điều trị cho bệnh nhân;
- Phải phù hợp với thực tiễn y tế thông thường đã được chấp nhận và với các tiêu chuẩn chuyên môn áp dụng bởi cộng đồng y tế tại thời điểm chăm sóc;
- Bắt buộc vì các lý do khác ngoài lý do tiện nghi thoải mái cho bệnh nhân hoặc ý thích của bệnh nhân hoặc của Bác sĩ;
- Có tác dụng y tế đã được chứng minh và thừa nhận;
- Được thực hiện bởi các thiết bị và vật liệu với số lượng và chất lượng phù hợp với mức độ chăm sóc cần thiết đối với tình trạng sức khỏe của bệnh nhân;
- Chỉ cung cấp trong một khoảng thời gian phù hợp với tình trạng sức khỏe của bệnh nhân.

Liên quan đến việc nằm viện, “Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa” có nghĩa rằng việc chẩn đoán và điều trị không thể đạt được một cách an toàn và hiệu quả nếu Người được bảo hiểm không nằm viện.

1.20 “Xe gắn máy” là phương tiện giao thông đường bộ có 2 bánh, hoạt động bằng động cơ có dung tích xi lanh từ 50 cm³ trở lên.

Điều 2: Hợp đồng bảo hiểm

2.1 Hợp đồng bảo hiểm

Hợp đồng bảo hiểm 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 sản phẩm bảo hiểm đã được Bộ Tài chính phê chuẩn;
- Tài liệu minh họa bán hàng;
- Các văn bản sửa đổi, bổ sung Hợp đồng bảo hiểm (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 (hoặc

Người được bảo hiểm trong trường hợp bảo hiểm nhóm), 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: Quyền lợi bảo hiểm

3.1 Quyền lợi tử vong do Tai nạn

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, nếu Người được bảo hiểm tử vong do Tai nạn trong vòng 180 ngày kể từ ngày xảy ra Tai nạn, ngoại trừ Bệnh có sẵn và các trường hợp quy định tại Điều 4 của Quy tắc và Điều khoản này, Công ty sẽ chi trả:

- 100% Số tiền bảo hiểm; hoặc
- 200% Số tiền bảo hiểm nếu Người được bảo hiểm tử vong do Tai nạn giao thông đường bộ khi đang điều khiển Xe gắn máy hoặc được chở bằng Xe gắn máy.

3.2 Quyền lợi Thương tật toàn bộ vĩnh viễn do Tai nạn

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, nếu Người được bảo hiểm bị Thương tật toàn bộ vĩnh viễn do Tai nạn, ngoại trừ Bệnh có sẵn và các trường hợp quy định tại Điều 4 của Quy tắc và Điều khoản này, Công ty sẽ chi trả:

- 100% Số tiền bảo hiểm; hoặc
- 200% Số tiền bảo hiểm nếu Người được bảo hiểm bị Thương tật toàn bộ vĩnh viễn do Tai nạn giao thông đường bộ khi đang điều khiển Xe gắn máy hoặc được chở bằng Xe gắn máy.

3.3 Quyền lợi hỗ trợ viện phí do Tai nạn

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, nếu Người được bảo hiểm nằm viện làm Bệnh nhân nội trú do Tai nạn và nguyên nhân nằm viện không thuộc Bệnh có sẵn và các trường hợp quy định tại Điều 4 của Quy tắc và Điều khoản này, Công ty sẽ chi trả 0,1% Số tiền bảo hiểm cho mỗi Ngày nằm viện. Tổng số Ngày nằm viện được chi trả không vượt quá 120 ngày trong Thời hạn bảo hiểm.

Trường hợp thời gian nằm viện kéo dài từ lúc Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực đến sau khi Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt hiệu lực, Công ty sẽ chi trả Quyền lợi hỗ trợ viện phí do Tai nạn cho những Ngày nằm viện liên tiếp theo sau ngày Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt hiệu lực. Tuy nhiên, trong trường hợp này, tổng số Ngày nằm viện được chi trả không vượt quá 120 ngày.

3.4 Quyền lợi hỗ trợ chi phí hậu sự

Nếu Người được bảo hiểm tử vong trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, ngoại trừ Bệnh có sẵn và các trường hợp quy định tại Điều 4 của Quy tắc và Điều khoản này, Công ty sẽ chi trả 10% Số tiền bảo hiểm.

Điều 4: Điều khoản loại trừ

4.1 Điều khoản loại trừ của Quyền lợi hỗ trợ chi phí hậu sự

Công ty sẽ không chi trả Quyền lợi hỗ trợ chi phí hậu sự tại Điều 3.4 trong trường hợp Người được bảo hiểm tử vong do:

- Hành động tự tử, hoặc cố tình tự gây thương tích trong lúc tinh táo hay mất trí;
- Hành vi cố ý của Bên mua bảo hiểm, 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 hay thương tật vĩnh viễn cho Người được bảo hiểm, Công ty chỉ trả tiền bảo hiểm cho những Người thụ hưởng khác tương ứng với phần thuộc về những Người thụ hưởng này;
- Tử vong do bị thi hành án tử hình;
- 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.

4.2 Điều khoản loại trừ của Quyền lợi tử vong do Tai nạn, hoặc Quyền lợi Thương tật toàn bộ vĩnh viễn do Tai nạn, hoặc Quyền lợi hỗ trợ viện phí do Tai nạn

Công ty sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm tại Điều 3.1, Điều 3.2 và Điều 3.3 trong trường hợp nguyên nhân gây ra các sự kiện bảo hiểm của Người được bảo hiểm do:

- Sử dụng bất kỳ thức uống có cồn vượt quá nồng độ cho phép theo quy định của pháp luật, chất kích thích, ma túy; tự tử hay mưu toan tự tử, hoặc cố tình tự gây thương tích trong lúc tinh táo hay mất trí;
- Chiến tranh hoặc các hoạt động gây chiến, bao gồm hành động xâm lược, hành động của nước thù địch, chiến tranh (tuyên chiến hay không tuyên chiến), nội chiến, nổi loạn, cách mạng, khởi nghĩa, đảo chính quân sự hoặc tiếm quyền;
- Hành vi cố ý của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng. Trong trường hợp là Người thụ hưởng, Công ty sẽ chỉ trả quyền lợi bảo hiểm cho Người thụ hưởng được chỉ định nào không tham gia vào các hành vi đó và theo phần quyền lợi bảo hiểm được chỉ định hoặc theo tỷ lệ;
- Điều trị theo chương trình thử nghiệm.

4.3 Khi Người được bảo hiểm tử vong trong những trường hợp quy định tại Điều 4.1 và Điều 4.2, Công ty không chi trả quyền lợi bảo hiểm, Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt hiệu lực, Công ty phải trả cho Bên mua bảo hiểm tổng Phí bảo hiểm đã đóng (không có lãi).

Khi Người được bảo hiểm bị Thương tật toàn bộ vĩnh viễn trong những trường hợp quy định tại Điều 4.2,

- Nếu Người được bảo hiểm yêu cầu chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm, Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực và Công ty sẽ hoàn lại tổng Phí bảo hiểm đã đóng (không có lãi).
- Nếu Người được bảo hiểm muốn tiếp tục tham gia Hợp đồng bảo hiểm, Hợp đồng bảo hiểm sẽ duy trì hiệu lực và Người được bảo hiểm vẫn tiếp tục được bảo vệ cho các trường hợp không thuộc điều khoản loại trừ này.

Điều 5: Trách nhiệm kê khai, cung cấp và bảo mật thông tin

5.1 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/Người được bảo hiểm.

Trường hợp 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 bảo hiểm; Công ty phải bồi thường thiệt hại phát sinh cho Bên mua bảo hiểm do việc cung cấp thông tin sai sự thật.

5.2 Trách nhiệm kê khai thông tin trung thực, đầy đủ và chính xác của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm

Bên mua bảo hiểm (và Người được bảo hiểm trong trường hợp bảo hiểm nhóm) 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.

Nếu Bên mua bảo hiểm/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, Công ty không có trách nhiệm chi trả nếu xảy ra sự kiện bảo hiểm liên quan trực tiếp đến thông tin kê khai không trung thực và có quyền đơn phương đình chỉ hợp đồng này ngay sau khi phát hiện ra hành vi vi phạm của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm. Trong trường hợp này, Công ty sẽ thu phí bảo hiểm đến thời điểm đình chỉ thực hiện Hợp đồng bảo hiểm theo quy định của pháp luật hiện hành.

Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm vi phạm nghĩa vụ kê khai thông tin tại Điều này nhưng việc vi phạm này không làm ảnh hưởng tới quyết định chấp thuận bảo hiểm theo quy định của Công ty tại từng thời điểm, Công ty vẫn sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm nếu có sự kiện bảo hiểm xảy ra theo Quy tắc và Điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm này.

Trong trường hợp Hợp đồng bảo hiểm tiếp tục duy trì hiệu lực, Công ty và Bên mua bảo hiểm có thể thỏa thuận về việc điều chỉnh khoản Phí bảo hiểm tương ứng với mức rủi ro (nếu có).

5.3 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/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.
- 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 điểm a khoản này không được sử dụng làm lý do để từ chối giao kết hợp đồng.

Điều 6: Nhầm lẫn 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 và/hoặc giới tính đúng. Cụ thể như sau:

- Nếu Phí bảo hiểm đã nộp thấp hơn số Phí bảo hiểm tính theo tuổi và/hoặc giới tính đúng, Công ty sẽ yêu cầu Bên mua bảo hiểm đóng Phí bảo hiểm bổ sung tương ứng với Số tiền bảo hiểm đã thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm.
- 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.
- Nếu theo tuổi và/hoặc giới tính đúng, Người được bảo hiểm không thể được bảo hiểm thì Công ty có quyền hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm, trả cho Bên mua bảo hiểm tổng Phí bảo hiểm đã đóng của Hợp đồng bảo hiểm, trừ đi các quyền lợi đã chi trả.

Điều 7: Chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm

Hợp đồng bảo hiểm sẽ tự động chấm dứt hiệu lực nếu một trong các sự kiện sau xảy ra, tùy thuộc vào sự kiện nào xảy ra trước:

- Ngày kết thúc Thời hạn bảo hiểm; hoặc
- Người được bảo hiểm tử vong; hoặc
- Quyền lợi Thương tật toàn bộ vĩnh viễn do Tai nạn được Công ty chấp thuận chi trả; hoặc
- Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt hiệu lực trước thời hạn theo quy định tại Điều 4.3, Điều 5.1, Điều 5.2, và Điều 6.

Ngoài các quy định về việc chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm tại các quy định nêu trên, Bên mua bảo hiểm có quyền yêu cầu chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm bằng cách gửi thông báo bằng văn bản cho Công ty trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực. Ngày chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm là ngày Công ty nhận được giấy yêu cầu chấm dứt hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm của Bên mua bảo hiểm. Nếu Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm sẽ không được nhận lại bất kỳ khoản tiền nào.

Điều 8: Chuyển nhượng Hợp đồng bảo hiểm

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực và Người được bảo hiểm còn sống, Bên mua bảo hiểm có thể chuyển nhượng toàn bộ Hợp đồng bảo hiểm cho cá nhân khác (hoặc tổ chức khác) nếu việc chuyển nhượng phù hợp quy định tại Luật Kinh doanh Bảo hiểm, bên nhận chuyển nhượng phải đáp ứng yêu cầu về mối quan hệ có thể được bảo hiểm và đáp ứng các quy định của pháp luật liên quan tại thời điểm chuyển nhượng.

Việc chuyển nhượng Hợp đồng bảo hiểm chỉ có hiệu lực khi Bên mua bảo hiểm thông báo yêu cầu chuyển nhượng bằng văn bản và được Công ty chấp thuận và xác nhận việc chuyển nhượng đó bằng văn bản với điều kiện bên được chuyển nhượng thỏa mãn các yêu cầu của Quy tắc và Điều khoản sản phẩm tham gia và các quy định pháp luật liên quan.

Khi việc chuyển nhượng có hiệu lực, bên được chuyển nhượng sẽ có toàn bộ quyền lợi và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm đối với Hợp đồng bảo hiểm. Tuy nhiên, Người được bảo hiểm (hoặc thành viên được bảo hiểm trong trường hợp bảo hiểm nhóm) của Hợp đồng bảo hiểm sẽ không thay đổi.

Công ty không chịu trách nhiệm về tính hợp pháp của việc chuyển nhượng giữa Bên mua bảo hiểm và bên được chuyển nhượng.

Điều 9: Các thay đổi trong quá trình thực hiện Hợp đồng bảo hiểm

9.1 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 tỉ 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 nhận 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.

9.2 Thay đổi thông tin liên hệ

Trường hợp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm thay đổi thông tin liên hệ (ví dụ như số điện thoại, địa chỉ hộp thư điện tử), thông tin cá nhân, Bên mua bảo hiểm phải thông báo bằng văn bản hoặc điện tử cho Công ty trong vòng 30 ngày kể từ ngày có thay đổi.

Điều 10: Thủ tục giải quyết quyền lợi bảo hiểm**10.1 Thứ tự ưu tiên nhận quyền lợi bảo hiểm**

10.1.1 Đối với Quyền lợi tử vong do Tai nạn và Quyền lợi hỗ trợ chi phí hậu sự:

- a) Bên mua bảo hiểm là cá nhân:
 - 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 theo tỷ lệ đã được chỉ định cho (những) Người thụ hưởng còn lại;
 - Bên mua bảo hiểm;
 - Người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm.
- b) Bên mua bảo hiểm là tổ chức:
 - 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 theo tỷ lệ đã được chỉ định cho (những) Người thụ hưởng còn lại;
 - Người thừa kế hợp pháp của Người được bảo hiểm.

10.1.2 Đối với Quyền lợi Thương tật toàn bộ vĩnh viễn do Tai nạn:

- a) Bên mua bảo hiểm là cá nhân:
 - Bên mua bảo hiểm;
 - Người thụ hưởng;
 - Người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm.
- b) Bên mua bảo hiểm là tổ chức:
 - Người được bảo hiểm;
 - Người thụ hưởng;
 - Người thừa kế hợp pháp của Người được bảo hiểm.

10.1.3 Đối với Quyền lợi hỗ trợ viện phí do Tai nạn:

- Người được bảo hiểm;
- Người thụ hưởng.

10.2 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 đơn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm tới Công ty tối đa là một năm kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm, thời gian một năm này không bao gồm thời gian trì hoãn do các trở ngại khách quan và sự kiện bất khả kháng.

10.3 Hồ sơ yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm

a) *Các tài liệu cần cung cấp trong trường hợp giải quyết Quyền lợi tử vong do Tai nạn hoặc Quyền lợi hỗ trợ chi phí hậu sự, gồm:*

- Bộ Hợp đồng bảo hiểm. Nếu bộ Hợp đồng bảo hiểm bị mất, người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải thông báo cho Công ty theo mẫu có sẵn;
- Giấy yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo mẫu của Công ty;
- Bảng chứng về sự kiện tử vong (Trích lục chứng tử và/hoặc biên bản tai nạn, biên bản giải phẫu pháp y (nếu có trong trường hợp tử vong do tai nạn));
- Bản sao giấy tờ tùy thân của người nhận quyền lợi bảo hiểm (CMND/hoặc hộ chiếu/thẻ căn cước/giấy phép lái xe...);
- 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,...

b) *Các tài liệu cần cung cấp trong trường hợp giải quyết Quyền lợi Thương tật toàn bộ vĩnh viễn do Tai nạn, gồm:*

- Bộ Hợp đồng bảo hiểm. Nếu bộ Hợp đồng bảo hiểm bị mất, người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải thông báo cho Công ty theo mẫu có sẵn;
- Giấy yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo mẫu của Công ty;
- Bảng chứng về Thương tật/Thương tật toàn bộ vĩnh viễn (Kết quả giám định tình trạng thương tật do Hội đồng giám định Y khoa cấp tỉnh, thành phố cấp, và/hoặc biên bản tai nạn (nếu có trong trường hợp thương tật do tai nạn)), hoặc tóm tắt trích lục bệnh án của Bệnh viện;
- Bản công chứng, chứng thực hợp pháp hóa lãnh sự các giấy tờ, bằng chứng (bằng tiếng Anh hoặc tiếng Việt) cho trường hợp khám và điều trị ở nước ngoài;
- Bản sao giấy tờ tùy thân của người nhận quyền lợi bảo hiểm (CMND/hoặc hộ chiếu/thẻ căn cước/giấy phép lái xe...).

c) *Các tài liệu cần cung cấp trong trường hợp giải quyết Quyền lợi hỗ trợ viện phí do Tai nạn, gồm:*

- Giấy yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo mẫu của Công ty;
- Hồ sơ bệnh án và chứng từ nằm viện (giấy ra viện, bản kê chi tiết viện phí điều trị, biên lai, hóa đơn viện phí);
- Bản công chứng, chứng thực hợp pháp hóa lãnh sự các giấy tờ, bằng chứng (bằng tiếng Anh hoặc tiếng Việt) cho trường hợp khám và điều trị ở nước ngoài;
- Bản sao giấy tờ tùy thân của người nhận quyền lợi bảo hiểm (CMND/hoặc hộ chiếu/thẻ căn cước/giấy phép lái xe...).

10.4 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 nêu rõ lý do từ chối bằng văn bản cho người

yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

10.5 Thời gian giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Công ty sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm trong vòng tối đa không quá 30 ngày kể từ ngày Công ty nhận được đầy đủ hồ sơ hợp lệ.

Nếu việc trì hoãn chi trả là do lỗi của 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 lãi suất đối với phần tạm ứng từ giá trị hoàn lại do Công ty công bố tại từng thời điểm trên website của Công ty.