

ĐIỀU KHOẢN

SẢN PHẨM BẢO HIỂM BỆNH HIỂM NGHÈO VỚI QUYỀN LỢI TRỢ CẤP GIẢM THU NHẬP VÀ CHI PHÍ PHỤC HỒI SỨC KHỎE

(được chấp thuận theo công văn số 13815/BTC-QLBH
ngày 02 tháng 10 năm 2015 của Bộ Tài chính)

MỤC LỤC

CHƯƠNG I:	NHỮNG QUY ĐỊNH CHUNG
CHƯƠNG II:	QUYỀN LỢI BẢO HIỂM
CHƯƠNG III:	PHÍ BẢO HIỂM
CHƯƠNG IV:	THAY ĐỔI LIÊN QUAN ĐẾN HỢP ĐỒNG
CHƯƠNG V:	CHẤM DỨT VÀ KHÔI PHỤC HỢP ĐỒNG
CHƯƠNG VI:	THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM
CHƯƠNG VII:	GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP
PHỤ LỤC 1:	DANH MỤC BỆNH HIỂM NGHÈO ĐƯỢC BẢO HIỂM

CHƯƠNG I: NHỮNG QUY ĐỊNH CHUNG

Điều 1. Các định nghĩa

1.1. Aviva: là Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ Aviva Việt Nam, Giấy phép thành lập và hoạt động số 64 GP/KDBH do Bộ Tài chính cấp ngày 29 tháng 7 năm 2011; sửa đổi, bổ sung theo Giấy phép số 64/GPĐC4/KDBH ngày 05 tháng 07 năm 2017.

1.2. Hợp đồng (Hợp đồng bảo hiểm): là sự thoả thuận bằng văn bản giữa Bên mua bảo hiểm và Aviva, theo đó Bên mua bảo hiểm sẽ đóng phí bảo hiểm và Aviva sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm theo quy định tại Điều 6.

Hợp đồng bao gồm Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, Điều khoản Hợp đồng bảo hiểm và Phụ lục Hợp đồng. Phụ lục Hợp đồng bao gồm: Giấy chứng nhận Bảo hiểm nhân thọ và các giấy tờ hợp lệ khác phát sinh trong quá trình giao kết và thực hiện Hợp đồng bảo hiểm.

1.3. Giấy yêu cầu bảo hiểm: là văn bản yêu cầu bảo hiểm của Bên mua bảo hiểm theo mẫu do Aviva phát hành.

1.4. Bên mua bảo hiểm:

- Là cá nhân hiện đang cư trú tại Việt Nam, tuổi từ đủ 18 trở lên vào ngày có hiệu lực của Hợp đồng và có năng lực hành vi dân sự đầy đủ; hoặc

- Là tổ chức được thành lập và hoạt động hợp pháp tại Việt Nam.

Bên mua bảo hiểm phải có quyền lợi có thể được bảo hiểm với Người được bảo hiểm và có trách nhiệm kê khai, ký tên trên Giấy yêu cầu bảo hiểm và đóng Phí bảo hiểm.

1.5. Người được bảo hiểm: là cá nhân từ 18 tuổi đến 60 tuổi vào ngày có hiệu lực của Hợp đồng và không quá 65 tuổi khi Hợp đồng đáo hạn, hiện đang cư trú tại Việt Nam và được Aviva chấp nhận bảo hiểm theo Điều khoản của sản phẩm bảo hiểm này.

1.6. Tuổi của Người được bảo hiểm: là tuổi tính theo ngày sinh nhật gần nhất đã qua so với ngày có hiệu lực của Hợp đồng. Tuổi của Người được bảo hiểm là cơ sở để Aviva xem xét chấp nhận bảo hiểm, xác định phí bảo hiểm, quyền lợi bảo hiểm và áp dụng các quy định liên quan tại Hợp đồng.

1.7. Số tiền bảo hiểm: là số tiền được dùng làm cơ sở để xác định quyền lợi bảo hiểm thanh toán theo Điều khoản này. Số tiền bảo hiểm do Bên mua bảo hiểm lựa chọn phù hợp với quy định của Aviva và được ghi tại Giấy yêu cầu bảo hiểm và/hoặc Phụ lục Hợp đồng.

1.8. Phí bảo hiểm: là khoản tiền Bên mua bảo hiểm đóng định kỳ cho Aviva để được bảo hiểm theo thời hạn và phương thức do các bên thỏa thuận.

1.9. Phí bảo hiểm tạm tính: là khoản phí bảo hiểm Bên mua bảo hiểm nộp cùng với Giấy yêu cầu bảo hiểm.

1.10. Ngày kỷ niệm hợp đồng: là ngày tương ứng hàng năm của ngày có hiệu lực của Hợp đồng trong thời hạn Hợp đồng.

1.11. Năm hợp đồng: là khoảng thời gian một năm dương lịch kể từ ngày có hiệu lực của Hợp đồng hay bất kỳ năm liên tục tiếp theo nào tính từ Ngày kỷ niệm hợp đồng gần nhất cho đến Ngày kỷ niệm hợp đồng tiếp theo.

1.12. Bệnh hiểm nghèo: là bệnh và các sự kiện được quy định trong Phụ lục 1 – Danh mục Bệnh hiểm nghèo được bảo hiểm của điều khoản sản phẩm này. Bệnh hiểm nghèo phải được tư vấn, chẩn đoán, và/hoặc điều trị tại một Cơ sở y tế đủ tiêu chuẩn. Ngày Người được bảo hiểm bị chẩn đoán mắc Bệnh hiểm nghèo hay gặp các sự kiện quy định trong Phụ lục 1 – Danh mục Bệnh hiểm nghèo (gọi chung là mắc Bệnh hiểm nghèo) gọi là ngày phát sinh sự kiện bảo hiểm.

1.13. Cơ sở y tế đủ tiêu chuẩn: là một cơ sở khám chữa bệnh được thành lập và hoạt động hợp pháp theo luật pháp Việt Nam. Cơ sở đó phải được cấp

phép như một bệnh viện, có chữ “bệnh viện” trên con dấu hoặc được cấp phép như một viện/trung tâm y tế chuyên khoa cấp tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương, cấp trung ương.

Cơ sở y tế đủ tiêu chuẩn không bao gồm những cơ sở dưới đây cho dù các cơ sở này hoạt động độc lập hay trực thuộc một Cơ sở y tế đủ tiêu chuẩn:

- Bệnh viện/viện/trung tâm/đơn nguyên/khoa tâm thần;
- Bệnh viện/viện/trung tâm/đơn nguyên/khoa y học dân tộc, vật lý trị liệu và/hoặc phục hồi chức năng;
- Bệnh viện/viện/trung tâm/đơn nguyên/khoa phong;
- Nhà hộ sinh, nhà điều dưỡng, nhà an dưỡng, cơ sở chủ yếu dành cho việc chữa trị cho người già, người nghiện rượu, chất ma túy, chất kích thích.

1.14. Bác sĩ: là người có bằng cấp chuyên môn y khoa được cơ quan có thẩm quyền tại Việt Nam cấp hoặc thừa nhận, và được phép hành nghề trong phạm vi được cấp phép.

1.15. Bệnh có sẵn: là tình trạng bệnh, thương tật, tổn thương mà Người được bảo hiểm đã được Bác sĩ tư vấn, chẩn đoán, điều trị hoặc các dấu hiệu, triệu chứng liên quan trực tiếp đến bệnh đã xuất hiện hoặc tồn tại trước ngày được Aviva chấp nhận bảo hiểm hoặc chấp nhận khôi phục hiệu lực Hợp đồng lần sau cùng, tùy thuộc ngày nào xảy ra sau.

Điều 2. Thủ tục yêu cầu bảo hiểm

Khi yêu cầu bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm hoàn tất, nộp Giấy yêu cầu bảo hiểm và đóng Phí bảo hiểm tạm tính của Hợp đồng.

Nếu Người được bảo hiểm không đồng thời là Bên mua bảo hiểm, Giấy yêu cầu bảo hiểm phải có chữ ký của cả Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm. Trường hợp Bên mua bảo hiểm là tổ chức và Người được bảo hiểm không ký vào Giấy yêu cầu bảo hiểm thì Bên mua bảo hiểm phải có văn bản chứng minh Người được bảo hiểm biết và đồng ý về việc mình được bảo hiểm.

Điều 3. Ngày có hiệu lực của Hợp đồng, thời hạn và tính chất của Hợp đồng

3.1. Với điều kiện Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm còn sống vào thời điểm Aviva chấp nhận bảo hiểm, ngày có hiệu lực của Hợp đồng là ngày Bên mua bảo hiểm hoàn tất Giấy yêu cầu bảo hiểm và đóng đầy đủ Phí bảo hiểm tạm tính của Hợp đồng.

3.2. Thời hạn của Hợp đồng bảo hiểm là 5, 10 hoặc 15 năm tùy theo sự lựa chọn của Bên mua bảo hiểm, tuổi của Người được bảo hiểm vào ngày có hiệu lực của Hợp đồng, tính từ ngày có hiệu lực của Hợp đồng. Ngày đáo hạn Hợp đồng là ngày liền sau ngày kết thúc thời hạn Hợp đồng. Thời hạn bảo hiểm bằng thời hạn Hợp đồng và được ghi trong Giấy yêu cầu bảo hiểm và Giấy chứng nhận Bảo hiểm nhân thọ.

3.3. Hợp đồng bảo hiểm này là hợp đồng bảo hiểm nhân thọ không tham gia chia lãi, không có giá trị hoàn lại và không có quyền lợi đáo hạn.

Điều 4. Nghĩa vụ cung cấp thông tin

4.1. Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm có nghĩa vụ cung cấp đầy đủ và trung thực tất cả những thông tin có liên quan đến Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm và Hợp đồng bảo hiểm theo yêu cầu của Aviva đồng thời chịu hoàn toàn trách nhiệm về những thông tin đã cung cấp, bao gồm cả các thông tin về tuổi, giới tính và bệnh có sẵn. Việc Aviva tiến hành kiểm tra sức khỏe của Người được bảo hiểm (nếu có) không thay thế cho nghĩa vụ này.

4.2. Nếu Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm vi phạm nghĩa vụ quy định tại Khoản 4.1, tùy thuộc vào quyết định của mình, Aviva có quyền xác định lại phí bảo hiểm hoặc điều chỉnh lại Số tiền bảo hiểm phù hợp với rủi ro được chấp nhận bảo hiểm hoặc coi yêu cầu bảo hiểm/khôi phục hiệu lực Hợp đồng là vô hiệu theo quy định của pháp luật hoặc chấm dứt thực hiện Hợp đồng bảo hiểm này. Trong trường hợp chấm dứt thực hiện Hợp đồng, Aviva sẽ hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm tổng Phí bảo hiểm đã đóng (không có lãi) sau khi trừ đi các chi phí hợp lý, hợp lệ có liên quan và không chịu trách nhiệm bảo hiểm đối với những rủi ro phát sinh đối với Người được bảo hiểm.

Vi phạm nghĩa vụ cung cấp thông tin được hiểu là việc cung cấp, kê khai không đầy đủ, không chính xác, không trung thực hoặc che giấu các thông tin quan trọng mà nếu biết được các thông tin này Aviva đã không chấp nhận bảo hiểm, không chấp nhận khôi phục hiệu lực Hợp đồng hoặc chấp nhận bảo hiểm, khôi phục hiệu lực Hợp đồng nhưng phải kèm theo các điều kiện bổ sung theo quy định của Aviva.

4.3. Aviva có trách nhiệm cung cấp đầy đủ và trung thực tất cả các thông tin có liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm, giải thích các điều kiện, điều khoản bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm.

Bên mua bảo hiểm có quyền chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm và Aviva phải bồi thường thiệt hại phát sinh (nếu có) cho Bên mua bảo hiểm do việc Aviva cố ý cung cấp thông tin sai sự thật nhằm giao kết Hợp đồng bảo hiểm.

Điều 5. 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 miễn truy xét sau 24 tháng kể từ ngày có hiệu lực của Hợp đồng hoặc kể từ ngày Hợp đồng được khôi phục hiệu lực lần sau cùng, tùy thuộc ngày nào xảy ra sau. Quy định này không áp dụng đối với trường hợp vi phạm nghĩa vụ cung cấp thông tin theo quy định tại Khoản 4.2 Điều 4.

CHƯƠNG II: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Điều 6. Quyền lợi Bảo hiểm Bệnh hiểm nghèo

6.1. Chi phí điều trị

Aviva trả 100% Số tiền bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm mắc một trong các Bệnh hiểm nghèo: Ung thư nghiêm trọng, Nhồi máu cơ tim, Tai biến mạch máu não, Suy thận mạn hoặc Suy gan giai đoạn cuối trong thời gian Hợp đồng đang có hiệu lực.

6.2. Trợ cấp giảm thu nhập

Ngoài quyền lợi Chi phí điều trị theo quy định tại Khoản 6.1 Điều 6, Aviva trả 12 (mười hai) lần quyền lợi Trợ cấp giảm thu nhập với số tiền mỗi lần bằng 5% Số tiền bảo hiểm vào ngày tương ứng của các tháng tiếp theo ngày thanh toán quyền lợi Chi phí điều trị.

6.3. Chi phí phục hồi

Ngoài các quyền lợi Chi phí điều trị và Trợ cấp giảm thu nhập theo quy định tại Khoản 6.1 và Khoản 6.2 Điều 6, Aviva trả 02 (hai) lần quyền lợi Chi phí phục hồi với số tiền mỗi lần bằng 10% Số tiền bảo hiểm vào các ngày tương ứng của tháng thứ 13 và tháng thứ 19 tiếp theo ngày thanh toán quyền lợi Chi phí điều trị.

6.4. Hợp đồng chấm dứt hiệu lực ngay sau khi xảy ra sự kiện bảo hiểm theo quy định tại Khoản 6.1 Điều 6. Các quyền lợi Trợ cấp giảm thu nhập và Chi phí phục hồi vẫn được trả theo quy định tại Khoản 6.2, 6.3 Điều 6. Nếu Người được bảo hiểm bị tử vong trong thời gian nhận các quyền lợi này, phần quyền lợi chưa được nhận sẽ được chi trả một lần toàn bộ.

Điều 7. Loại trừ trách nhiệm bảo hiểm

Aviva sẽ hoàn trả cho Bên mua bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm (nếu Bên mua bảo hiểm là cá nhân đã tử vong) toàn bộ số Phí bảo hiểm đã đóng (không có lãi) sau khi trừ đi Chi phí kiểm tra sức khỏe (nếu có), đồng thời Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực nếu Người được bảo hiểm mắc bệnh hiểm nghèo trong các trường hợp hoặc do hậu quả trực tiếp hoặc gián tiếp của:

7.1. Mắc bệnh hiểm nghèo trong vòng 90 ngày kể từ ngày có hiệu lực của Hợp đồng hoặc ngày Hợp đồng được khôi phục hiệu lực lần sau cùng, tùy thuộc ngày nào xảy ra sau;

7.2. Mắc bệnh hiểm nghèo và tử vong trong vòng 30 ngày kể từ ngày được chẩn đoán mắc bệnh hiểm nghèo

7.3. Hành vi cố ý, hành vi phạm tội của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm.

7.4. Người được bảo hiểm tự gây thương tích, tai nạn bất kể vì lý do tâm thần hay không;

7.5. Nhiễm HIV hoặc các bệnh có liên quan đến HIV/AIDS;

7.6. Chiến tranh (có tuyên bố hay không tuyên bố), khủng bố, nội chiến, nổi loạn, bạo động, bạo loạn dân sự, khởi nghĩa, hành động theo mệnh lệnh chiến đấu hay thiết lập trật tự công cộng và các hành động thù địch hoặc mang tính chiến tranh, bãi công, đình công;

7.7. Người được bảo hiểm sử dụng trái phép vũ khí quân dụng; sử dụng rượu, bia, ma túy hoặc các chất kích thích khác vượt mức quy định của pháp luật;

7.8. Người được bảo hiểm tham gia: các hoạt động hàng không (trừ khi với tư cách là hành khách mua vé của một hãng hàng không được cấp phép và có lịch trình bay thương mại); các cuộc diễn tập, huấn luyện quân sự của các lực lượng vũ trang; các hoạt động nguy hiểm: đua ô tô/mô tô/xe đạp, đua ngựa hay bất kỳ hình thức đua nào khác, săn bắn, đấm bốc (boxing), leo núi; các hoạt động thể thao chuyên nghiệp, các môn thể thao trên không (nhảy bungy - bungee jumping, dù lượn, khí cầu, nhảy dù,...), lặn hoặc các hoạt động dưới nước có sử dụng mặt nạ thở;

7.9. Bệnh có sẵn;

7.10. Thực hiện các phẫu thuật, khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế không được được thành lập và hoạt động hợp pháp theo luật pháp Việt Nam hoặc không được phép thực hiện các phẫu thuật, khám chữa bệnh đó; thực hiện các phẫu thuật, khám chữa bệnh không thực sự cần thiết và không được chỉ định bởi bác sĩ chuyên khoa để duy trì và khắc phục tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm.

CHƯƠNG III: PHÍ BẢO HIỂM

Điều 8. Quy định về đóng phí bảo hiểm

8.1. Bên mua bảo hiểm có thể lựa chọn đóng phí bảo hiểm theo định kỳ năm, 06 tháng, quý hoặc tháng theo quy định của Aviva tại thời điểm Bên mua bảo hiểm lựa chọn định kỳ đóng phí.

8.2. Thời hạn đóng phí, định kỳ đóng phí, ngày đến hạn đóng phí và số phí bảo hiểm đóng mỗi kỳ được ghi tại Phụ lục Hợp đồng.

8.3. Bên mua bảo hiểm có quyền yêu cầu thay đổi định kỳ đóng phí bảo hiểm bằng văn bản theo quy định của Aviva tại thời điểm Bên mua bảo hiểm yêu cầu thay đổi định kỳ đóng phí. Định kỳ đóng phí mới được áp dụng kể từ ngày đến hạn đóng phí được Aviva chấp thuận.

8.4. Bên mua bảo hiểm có thể ủy quyền cho người khác đóng phí bảo hiểm.

8.5. Với sự chấp thuận của Bộ Tài chính, Aviva có thể điều chỉnh mức phí bảo hiểm của Hợp đồng. Aviva sẽ thông báo bằng văn bản trước ít nhất 03 (ba) tháng cho Bên mua bảo hiểm và mức phí mới chỉ được áp dụng vào ngày kỷ niệm hợp đồng sau ngày Aviva gửi thông báo.

Điều 9. Gia hạn đóng phí bảo hiểm

9.1. Trừ trường hợp Hợp đồng được miễn đóng phí bảo hiểm, nếu trong thời hạn đóng phí mà Bên mua bảo hiểm không thể đóng phí theo đúng thời hạn đã thoả thuận, việc đóng phí bảo hiểm sẽ được gia hạn 60 ngày kể từ ngày đến hạn đóng phí.

9.2. Nếu Bên mua bảo hiểm không thanh toán toàn bộ khoản phí đến hạn trong thời gian gia hạn đóng phí, Hợp đồng sẽ tự động chấm dứt hiệu lực kể từ ngày bắt đầu thời gian gia hạn đóng phí.

CHƯƠNG IV: THAY ĐỔI LIÊN QUAN ĐẾN HỢP ĐỒNG

Điều 10. Thay đổi địa chỉ, tên, giấy tờ tùy thân, nghề nghiệp và Người được bảo hiểm ra nước ngoài

10.1. Trong vòng 30 ngày kể từ ngày có sự thay đổi về địa chỉ liên hệ hoặc nơi cư trú, tên, giấy tờ tùy thân (chứng minh nhân dân, hộ chiếu hoặc giấy khai sinh) của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm hay có sự thay đổi nghề nghiệp của Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm có nghĩa vụ thông báo cho Aviva bằng văn bản về sự thay đổi này.

10.2. Trường hợp có sự thay đổi nghề nghiệp của Người được bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm ra nước ngoài từ 3 (ba) tháng trở lên, Bên mua bảo hiểm phải thông báo bằng văn bản cho Aviva trong vòng 30 ngày kể từ ngày thay đổi. Aviva có quyền:

10.2.1. Tiếp tục duy trì quyền lợi bảo hiểm với các điều kiện không thay đổi; hoặc

10.2.2. Thay đổi phí bảo hiểm và/hoặc Số tiền bảo hiểm, hoặc bổ sung một số quy định loại trừ bảo hiểm theo quyết định của Aviva. Nếu Bên mua bảo hiểm không chấp nhận thì Aviva có quyền đơn phương đình chỉ thực hiện Hợp đồng.

Trường hợp Aviva có căn cứ để xác định được Bên mua bảo hiểm vi phạm nghĩa vụ thông báo theo quy định tại Khoản 10.2 Điều này, Aviva có quyền thay đổi phí bảo hiểm và yêu cầu Bên mua bảo hiểm thanh toán khoản chênh lệch tính từ ngày có hiệu lực của Hợp đồng hoặc có quyền đơn phương đình chỉ thực hiện Hợp đồng và thu phí bảo hiểm đến thời điểm đình chỉ.

Điều 11. Thay đổi Bên mua bảo hiểm

11.1. Trường hợp Bên mua bảo hiểm là cá nhân tử vong (Bên mua bảo hiểm không phải là Người được bảo hiểm)

11.1.1. Người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm đáp ứng điều kiện theo quy định tại Khoản 1.4 Điều 1 (trừ quy định về kê khai, ký tên trên Giấy yêu cầu bảo hiểm) có quyền thừa kế toàn bộ quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm theo Hợp đồng và trở thành Bên mua bảo hiểm mới của Hợp đồng nếu có yêu cầu bằng văn bản trong vòng 60 ngày kể từ ngày Bên mua bảo hiểm tử vong.

Nếu Bên mua bảo hiểm có nhiều người thừa kế hợp pháp, những người thừa kế hợp pháp này cần cử một đại diện để trở thành Bên mua bảo hiểm mới.

11.1.2. Trường hợp người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm không đủ điều kiện hoặc không yêu cầu trở thành Bên mua bảo hiểm mới theo quy định tại Điểm 11.1.1, nếu Người được bảo hiểm đáp ứng đủ điều kiện và có yêu cầu bằng văn bản, Người được bảo hiểm sẽ trở thành Bên mua bảo hiểm của Hợp đồng.

11.1.3. Việc trở thành Bên mua bảo hiểm mới chỉ có hiệu lực khi được Aviva chấp thuận bằng văn bản.

11.2. Trường hợp Bên mua bảo hiểm là tổ chức chấm dứt hoạt động theo các quy định của pháp luật trong thời hạn hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực mà không có tổ chức khác hoặc cá nhân có đủ điều kiện theo quy định tại Khoản 1.4 Điều 1 (trừ quy định về kê khai, ký tên trên Giấy yêu cầu bảo hiểm) và các quy định khác của pháp luật để kế thừa toàn bộ quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm thì Hợp đồng sẽ chấm dứt hiệu lực kể từ thời điểm Bên mua bảo hiểm chấm dứt hoạt động.

11.3. Chuyển nhượng Hợp đồng

Trong thời gian hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, Bên mua bảo hiểm có quyền yêu cầu chuyển nhượng Hợp đồng bằng cách thông báo bằng văn bản cho

Aviva với điều kiện Bên nhận chuyển nhượng phải đáp ứng điều kiện theo quy định tại Khoản 1.4 Điều 1 (trừ quy định về kê khai, ký tên trên Giấy yêu cầu bảo hiểm) của Điều khoản sản phẩm bảo hiểm này và tuân thủ các quy định của pháp luật về chuyển nhượng hợp đồng. Việc chuyển nhượng chỉ có hiệu lực khi Aviva thông báo chấp thuận bằng văn bản. Aviva sẽ không chịu trách nhiệm về tính hợp pháp của việc chuyển nhượng giữa Bên mua bảo hiểm và Bên nhận chuyển nhượng.

Sau khi việc chuyển nhượng có hiệu lực, Bên nhận chuyển nhượng sẽ trở thành Bên mua bảo hiểm của Hợp đồng, có toàn bộ quyền lợi và nghĩa vụ có liên quan đến Hợp đồng. Việc chỉ định Người thụ hưởng do Bên mua bảo hiểm thực hiện ban đầu sẽ tự động bị hủy bỏ.

11.4. Nếu Bên mua bảo hiểm không còn quyền lợi có thể được bảo hiểm với Người được bảo hiểm thì Hợp đồng sẽ tự động chấm dứt hiệu lực.

Điều 12. Giảm Số tiền bảo hiểm

12.1. Bên mua bảo hiểm có quyền yêu cầu giảm Số tiền bảo hiểm trong thời hạn đóng phí bảo hiểm với điều kiện Hợp đồng đã có hiệu lực từ đủ 01 (một) năm trở lên và phù hợp với các quy định của Aviva.

12.2. Bên mua bảo hiểm phải thông báo cho Aviva yêu cầu giảm Số tiền bảo hiểm bằng văn bản.

12.3. Trường hợp yêu cầu giảm Số tiền bảo hiểm được Aviva chấp thuận bằng văn bản, Phí bảo hiểm, quyền lợi bảo hiểm và các điều kiện khác có liên quan của Hợp đồng bảo hiểm sẽ được điều chỉnh tương ứng với Số tiền bảo hiểm mới.

Điều 13. Thông báo sai về tuổi và/hoặc giới tính của Người được bảo hiểm

13.1. Thông báo sai tuổi của Người được bảo hiểm

13.1.1. Nếu số Phí bảo hiểm đã đóng thấp hoặc cao hơn số phí tính theo tuổi đúng và theo tuổi đúng, Người được bảo hiểm vẫn được chấp nhận bảo hiểm, Aviva sẽ giữ nguyên Số tiền bảo hiểm, điều chỉnh thời hạn Hợp đồng nếu cần thiết và

yêu cầu Bên mua bảo hiểm đóng bổ sung số phí còn thiếu hoặc hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm phần phí thừa đã đóng. Phí bảo hiểm định kỳ của Hợp đồng được điều chỉnh theo mức mới kể từ ngày đến hạn đóng phí ngay sau ngày phát hiện thông báo sai.

13.1.2. Trường hợp phát hiện nhầm lẫn khi Aviva giải quyết quyền lợi bảo hiểm, phần phí thiếu hoặc phí thừa nêu trên sẽ được thu hồi hoặc hoàn trả cùng với quyền lợi bảo hiểm.

13.1.3. Nếu theo tuổi đúng Người được bảo hiểm không được chấp nhận bảo hiểm, Hợp đồng bảo hiểm sẽ bị huỷ bỏ và Aviva sẽ hoàn trả số Phí bảo hiểm đã đóng cho Bên mua bảo hiểm sau khi đã trừ đi Chi phí kiểm tra sức khỏe (nếu có).

13.2. Trường hợp thông báo sai giới tính của Người được bảo hiểm, quy định tại Khoản 13.1 sẽ được áp dụng tương tự.

CHƯƠNG V: CHẤM DỨT VÀ KHÔI PHỤC HỢP ĐỒNG

Điều 14. Thời gian cân nhắc

Trong thời gian 21 ngày kể từ ngày nhận được Hợp đồng, Bên mua bảo hiểm có quyền từ chối tiếp tục tham gia bảo hiểm bằng cách thông báo bằng văn bản cho Aviva. Hợp đồng sẽ bị huỷ và Bên mua bảo hiểm được hoàn lại 100% số Phí bảo hiểm đã đóng (không có lãi) trừ đi Chi phí kiểm tra sức khỏe (nếu có).

Điều 15. Chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm trước thời hạn

Trong thời hạn Hợp đồng, Bên mua bảo hiểm có quyền gửi văn bản yêu cầu chấm dứt Hợp đồng. Hợp đồng chấm dứt hiệu lực vào ngày Aviva nhận được văn bản yêu cầu chấm dứt Hợp đồng của Bên mua bảo hiểm.

Điều 16. Khôi phục hiệu lực Hợp đồng

16.1. Trường hợp Hợp đồng chấm dứt hiệu lực theo quy định tại Khoản 9.2 Điều 9 hoặc Điều 15, Bên mua bảo hiểm có quyền gửi văn bản yêu cầu khôi phục hiệu lực Hợp đồng trong thời hạn 24 tháng kể từ ngày Hợp đồng chấm dứt hiệu lực gần nhất và trước ngày Hợp đồng đáo hạn. Hợp đồng sẽ được khôi phục hiệu lực nếu Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm và Hợp đồng đáp ứng đầy đủ các điều kiện để Aviva chấp nhận khôi phục. Bên mua bảo hiểm phải chịu các chi phí phát sinh liên quan tới việc thực hiện khôi phục hiệu lực Hợp đồng.

16.2. Trường hợp được chấp nhận, Hợp đồng sẽ được khôi phục theo thông báo bằng văn bản việc chấp nhận khôi phục hiệu lực Hợp đồng của Aviva. Aviva không phải chịu trách nhiệm bảo hiểm đối với các rủi ro xảy ra với Người được bảo hiểm và Bên mua bảo hiểm trước ngày Hợp đồng được chấp nhận khôi phục hiệu lực.

CHƯƠNG VI:

THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Điều 17. Thông báo rủi ro

Trong vòng 30 ngày kể từ ngày Người được bảo hiểm bị mắc bệnh hiểm nghèo, Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải thông báo cho Aviva bằng văn bản theo mẫu của Aviva để được hướng dẫn thủ tục yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

Thời gian xảy ra sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan khác không tính vào thời hạn thông báo rủi ro.

Điều 18. Thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Trong vòng 12 tháng kể từ ngày Người được bảo hiểm được chẩn đoán mắc bệnh hiểm nghèo, Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm, bằng chi phí của mình, phải lập hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm và gửi tới Aviva. Quá thời hạn 12 tháng nêu trên, mọi yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm đều không có giá trị.

Thời gian xảy ra sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan khác không tính vào thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

Điều 19. Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm bao gồm:

- Phiếu yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm;
- Bản gốc Hợp đồng và các sửa đổi, bổ sung (nếu có). Trường hợp thất lạc, người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải thông báo cho Aviva để được hướng dẫn giải quyết;
- Bản sao hợp lệ giấy tờ hợp pháp chứng minh quyền được nhận quyền lợi bảo hiểm;

và bản gốc (để đối chiếu) hoặc bản sao hợp lệ các giấy tờ sau:

- Giấy tờ y tế: Tóm tắt bệnh án, Giấy ra viện, Giấy chứng nhận phẫu thuật, Đơn thuốc, Sổ Y bạ... chứng minh Người được bảo hiểm bị Bệnh hiểm nghèo.
- Bản sao hợp lệ Giấy chứng tử (trường hợp Người được bảo hiểm tử vong trong thời gian nhận các quyền lợi Trợ cấp giảm thu nhập và Chi phí phục hồi);

Điều 20. Giải quyết quyền lợi bảo hiểm

20.1. Người được nhận quyền lợi bảo hiểm

20.1.1. Quyền lợi bảo hiểm quy định tại Điều 6 sẽ được trả cho:

- Bên mua bảo hiểm đối với trường hợp Bên mua bảo hiểm là cá nhân, hoặc
- Người được bảo hiểm đối với trường hợp Bên Mua bảo hiểm là tổ chức.

20.1.2. Trường hợp Bên mua bảo hiểm là cá nhân đồng thời là Người được bảo hiểm tử vong mà quyền lợi bảo hiểm chưa được chi trả, quyền lợi bảo hiểm đó sẽ được chi trả cho (những) người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm.

20.1.3. Trường hợp Hợp đồng có sản phẩm bổ trợ mà sản phẩm bổ trợ chưa quy định người được nhận quyền lợi bảo hiểm, theo các mức thứ tự ưu tiên sau đây, Aviva sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm của sản phẩm bổ trợ cho:

- Bên mua bảo hiểm (cá nhân);
- Người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm.

Nếu tất cả cá nhân/tổ chức của cùng mức ưu tiên nhận quyền lợi bảo hiểm không còn sống/

tồn tại tại thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm, quyền lợi bảo hiểm sẽ được trả cho mức tiếp theo trong thứ tự ưu tiên nêu trên. Nếu cá nhân/tổ chức đã được xác định hưởng quyền lợi bảo hiểm nhưng không còn sống/tồn tại vào thời điểm quyền lợi bảo hiểm được trả, phần quyền lợi bảo hiểm trả cho người/tổ chức đó sẽ được giải quyết theo các quy định của pháp luật về thừa kế.

20.2. Aviva được quyền kiểm tra, xác minh về bệnh hiểm nghèo và di chứng của bệnh hiểm nghèo cũng như yêu cầu cung cấp thêm các bằng chứng, giấy tờ cần thiết khác chưa được quy định tại Điều 19 để phục vụ cho việc giải quyết quyền lợi bảo hiểm. Chi phí phát sinh liên quan đến việc giám định xác minh và chi phí hợp lý liên quan tới việc cung cấp thêm các bằng chứng, giấy tờ sẽ do Aviva chịu.

20.3. Aviva có trách nhiệm giải quyết quyền lợi bảo hiểm trong vòng 30 ngày kể từ ngày nhận được hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm đầy đủ và hợp lệ theo quy định tại Điều 19. Quá thời hạn này, nếu chưa giải quyết quyền lợi bảo hiểm (trừ trường hợp không do lỗi của Aviva), Aviva phải trả thêm khoản lãi trên số tiền phải thanh toán theo lãi suất tiền gửi tiết kiệm có kỳ hạn tương đương với thời gian quá hạn do Ngân hàng Thương mại Cổ phần Công thương Việt Nam quy định tại thời điểm thanh toán.

Trường hợp từ chối chi trả quyền lợi bảo hiểm, Aviva sẽ nêu rõ lý do từ chối.

20.4. Trường hợp có một vụ án được khởi tố liên quan đến rủi ro dẫn đến bệnh hiểm nghèo không thuộc nguyên nhân tuổi tác hay sự thoái hoá của Người được bảo hiểm và/hoặc Bên mua bảo hiểm mà rủi ro đó phải xem xét giải quyết quyền lợi bảo hiểm, Aviva chỉ xem xét giải quyết quyền lợi bảo hiểm sau khi có bản án, quyết định có hiệu lực pháp luật của tòa án hoặc quyết định giải quyết của cơ quan có thẩm quyền.

CHƯƠNG VII: GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP

Điều 21. Giải quyết tranh chấp

21.1. Hợp đồng bảo hiểm này được điều chỉnh và giải thích theo pháp luật Việt Nam.

21.2. Mọi tranh chấp liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm này, nếu không giải quyết được bằng thương lượng, một trong các bên có quyền khởi kiện tại Tòa án nhân dân có thẩm quyền ở Việt Nam.

Thời hiệu khởi kiện là 03 năm kể từ thời điểm phát sinh tranh chấp./.

PHỤ LỤC 1:

DANH MỤC BỆNH HIỂM NGHÈO ĐƯỢC BẢO HIỂM

1. Ung thư nghiêm trọng

Ung thư là bệnh lý ác tính của tế bào, trong đó các tế bào bị biến đổi, tăng sinh vô hạn, không chịu sự kiểm soát của cơ thể, xâm lấn và phá hủy các mô bình thường. Chẩn đoán dựa trên kết quả Giải phẫu bệnh học và kết luận của Bác sỹ chuyên khoa Ung thư hoặc Bác sỹ chuyên khoa Giải phẫu bệnh.

Loại trừ những loại ung thư sau đây:

- Các loại Ung thư biểu mô tại chỗ, các khối u được mô tả giải phẫu bệnh học là tiền ung thư hoặc không xâm lấn. Ví dụ: Ung thư biểu mô tuyến vú, loạn sản cổ tử cung CIN-1, CIN-2 và CIN-3...;
- Ung thư biểu mô da dạng vảy, ung thư tế bào đáy, sừng hoá; Ung thư hắc tố có độ sâu xâm nhập dưới 1,5mm theo phân độ của Breslow hoặc dưới độ III theo phân độ của Clark, trừ khi có bằng chứng đã di căn;
- Ung thư tiền liệt tuyến giai đoạn sớm với phân độ TNM là T1a hoặc T1b hoặc phân độ tương đương hoặc thấp hơn theo hệ thống phân loại khác;
- Ung thư biểu mô tuyến giáp dạng nhú tiềm ẩn có phân độ T1N0M0 và có đường kính nhỏ hơn 1cm;
- Ung thư bàng quang biểu mô nhú giai đoạn 0;
- Bệnh bạch cầu Lympho mãn tính giai đoạn dưới 3 theo Hệ thống xếp giai đoạn Rai; và
- Tất cả các loại u/ bướu ở những người đang nhiễm HIV.

2. Nhồi máu cơ tim

Nhồi máu cơ tim là tình trạng của một phần cơ tim bị hoại tử khi lượng máu cung cấp đến phần đó bị giảm sút. Chẩn đoán xác định một trường hợp nhồi máu cơ tim mới khi có tối thiểu 3 trong 5 tiêu chuẩn sau đây:

- Có cơn đau thắt ngực điển hình của bệnh Nhồi máu cơ tim khiến Người được bảo hiểm phải nhập viện;
- Điện tâm đồ có hình ảnh nhồi máu cơ tim mới;
- Kết quả xét nghiệm men tim CK-MB tăng;
- Kết quả xét nghiệm Troponin T > 1 mg/L (1ng/ml) hoặc AccuTnl > 0,5ng/ml hoặc ngưỡng tương đương với Troponin T được làm bằng phương pháp khác;
- Chức năng tâm thu thất trái (EF%) dưới 50% được được đo sau 3 tháng trở lên sau nhồi máu.

Loại trừ nhồi máu cơ tim cũ và tất cả các hội chứng mạch vành cấp tính khác, ví dụ: đau thắt ngực không ổn định, vi nhồi máu và tổn thương cơ tim rất nhỏ...

3. Tai biến mạch máu não (đột quỵ)

Tai biến mạch máu não là một bệnh xảy ra khi mạch máu não bị vỡ hoặc tắc làm ngừng trệ đột ngột cung cấp máu tới một phần não bộ, gây ra xuất huyết não, nhồi máu não, xuất huyết dưới nhện... Chẩn đoán xác định một trường hợp tai biến mạch máu não khi có đầy đủ các tiêu chuẩn sau đây:

- Tổn thương thần kinh vĩnh viễn biểu hiện bằng một trong các tình trạng sau:
 - + Mất hoàn toàn và vĩnh viễn chức năng vận động của một hoặc nhiều chi;

- + Mất hoàn toàn và vĩnh viễn chức năng phát âm do tổn thương Trung khu thần kinh chỉ huy lời nói của não bộ;
- + Mất hoàn toàn và vĩnh viễn khả năng thực hiện 3 trong 6 “Chức năng sinh hoạt hàng ngày” nếu không có sự hỗ trợ từ bất kỳ người nào khác.

Tình trạng nêu trên phải được Bác sỹ chuyên khoa thần kinh xác nhận tồn tại ít nhất 6 tuần sau khi xảy ra tai biến mạch máu não; và

- Được chẩn đoán dựa vào hình ảnh chụp cộng hưởng từ, chụp cắt lớp vi tính, hoặc các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh khác có giá trị chẩn đoán đối với một cơn tai biến mạch máu não mới.

Loại trừ các trường hợp sau đây:

- Cơ thiếu máu cục bộ thoáng qua và bất kỳ tổn thương thần kinh do thiếu máu cục bộ có thể phục hồi;
- Tổn thương não do tai nạn hoặc thương tích bên ngoài, nhiễm trùng, viêm mạch, viêm não và bệnh đau nửa đầu;
- Bệnh mạch máu ảnh hưởng đến mắt hoặc thần kinh thị giác; và
- Thiếu máu cục bộ gây rối loạn tiền đình.

4. Suy thận mạn

Suy thận mạn là tình trạng mất hoàn toàn và không thể hồi phục chức năng của cả 2 thận, đòi hỏi phải điều trị bằng chạy thận nhân tạo vĩnh viễn hoặc ghép thận.

5. Suy gan giai đoạn cuối

Suy gan giai đoạn cuối được xác định bằng đầy đủ các triệu chứng sau đây:

- Vàng da kéo dài;
- Cổ trướng;
- Bệnh não gan (hôn mê gan)

Loại trừ bệnh gan thứ phát do lạm dụng thuốc hoặc rượu.

