

Quy tắc và điều khoản Bảo hiểm dự nợ tín dụng cá nhân

Trường hợp Bên mua bảo hiểm là cá nhân



Được phê chuẩn theo Công văn số 11591/BTC-QLBH, ngày 31 tháng 08 năm 2017 của Bộ Tài Chính và Công văn sửa đổi, bổ sung sản phẩm số 4078/BTC-QLBH, ngày 06 tháng 04 năm 2020 và Công văn sửa đổi, bổ sung Quy tắc điều khoản số FWDVN.CEO.082023-01 ngày 22 tháng 08 năm 2023 của Tổng Giám đốc



Mục lục



1. Mô tả tóm tắt quyền lợi sản phẩm

02



2. Hợp đồng bảo hiểm

03



3. Thời hạn cân nhắc

04



4. Quyền lợi bảo hiểm

05



5. Điều khoản loại trừ

06



6. Thủ tục và thời gian giải quyết quyền lợi bảo hiểm

07



7. Chấm dứt hiệu lực hợp đồng bảo hiểm

09



8. Giải quyết tranh chấp

10



9. Các định nghĩa

11



10. Quyền lợi bảo hiểm tạm thời

18



11. Đóng phí bảo hiểm và thời gian gia hạn đóng phí bảo hiểm

19



12. Trách nhiệm kê khai, cung cấp và bảo mật thông tin

20



1. Mô tả tóm tắt quyền lợi bảo hiểm

Khi tham gia sản phẩm Bảo hiểm dư nợ tín dụng cá nhân, quyền lợi bảo hiểm được lựa chọn sẽ được sử dụng để chi trả cho Tổ chức tín dụng nhằm giúp Người được bảo hiểm bù đắp nghĩa vụ thanh toán Dư nợ khoản vay của Người được bảo hiểm tại Tổ chức tín dụng. Sản phẩm Bảo hiểm dư nợ tín dụng cá nhân bao gồm 2 lựa chọn Quyền lợi bảo hiểm như sau:

A. Quyền lợi cơ bản



Sự kiện bảo hiểm

- (i). Tử vong
- (ii). Thương tật toàn bộ vĩnh viễn



Quyền lợi bảo hiểm

- 100% Số tiền bảo hiểm
- 100% Số tiền bảo hiểm

B. Quyền lợi nâng cao



Sự kiện bảo hiểm

- (i). Tử vong
- (ii). Thương tật toàn bộ vĩnh viễn
- (iii). Bệnh hiểm nghèo, bao gồm:
 - Ung thư
 - Đột quỵ
 - Nhồi máu cơ tim



Quyền lợi bảo hiểm

- 100% Số tiền bảo hiểm
- 100% Số tiền bảo hiểm
- 100% Số tiền bảo hiểm

Trên đây là tóm tắt quyền lợi bảo hiểm của sản phẩm. Chi tiết về các Quyền lợi bảo hiểm được nêu rõ trong Quy tắc và điều khoản này.

Trong Hợp đồng bảo hiểm, các thuật ngữ hay tên gọi được sử dụng sẽ có nghĩa như được giải thích tại Điều 9 “Các định nghĩa” dưới đây.



2. 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 hợp đồng.

Hợp đồng bảo hiểm bao gồm các tài liệu sau:

- (i).** Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm;
- (ii).** Chứng nhận bảo hiểm;
- (iii).** Quy tắc và điều khoản này;
- (iv).** Bảng minh họa quyền lợi bảo hiểm;
- (v).** Các văn bản sửa đổi, bổ sung khác, nếu có, được ký kết hợp lệ giữa hai bên trong quá trình giao kết và thực hiện Hợp đồng bảo hiểm.



3. Thời hạn cân nhắc

Bên mua bảo hiểm có thể chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm, nếu có yêu cầu bằng văn bản gửi tới Công ty trong thời hạn 21 ngày kể từ ngày Bên mua bảo hiểm nhận được Hợp đồng bảo hiểm. Trong trường hợp này Công ty sẽ hoàn trả phí bảo hiểm đã đóng, không có lãi sau khi trừ đi chi phí khám sức khỏe, nếu có, mà Công ty đã trả cho việc thẩm định rủi ro theo Hợp đồng bảo hiểm.



4. Quyền lợi bảo hiểm

Khi tham gia bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm có thể lựa chọn một trong hai quyền lợi bảo hiểm bao gồm:

- Quyền lợi cơ bản; hoặc
- Quyền lợi nâng cao

4.1 Quyền lợi cơ bản

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực:

- Nếu Người được bảo hiểm tử vong, Công ty sẽ chi trả 100% Số tiền bảo hiểm.
- Nếu Người được bảo hiểm bị Thương tật toàn bộ vĩnh viễn và không thuộc Tình trạng tồn tại trước, Công ty sẽ chi trả 100% Số tiền bảo hiểm.

Ngay sau khi một trong các quyền lợi trên được chi trả, Hợp đồng bảo hiểm sẽ tự động chấm dứt hiệu lực.

4.2 Quyền lợi nâng cao

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực:

- Nếu Người được bảo hiểm tử vong, Công ty sẽ chi trả 100% Số tiền bảo hiểm.
- Nếu Người được bảo hiểm bị Thương tật toàn bộ vĩnh viễn và không thuộc Tình trạng tồn tại trước, Công ty sẽ chi trả 100% Số tiền bảo hiểm.
- Nếu Người được bảo hiểm được chẩn đoán mắc một trong các Bệnh hiểm nghèo được quy định tại Điều 9.25 và không thuộc Tình trạng tồn tại trước, Công ty sẽ chi trả 100% Số tiền bảo hiểm.

Ngay sau khi một trong các quyền lợi trên được chi trả, Hợp đồng bảo hiểm sẽ tự động chấm dứt hiệu lực.



5. Điều khoản loại trừ

5.1 Công ty sẽ không chi trả Quyền lợi bảo hiểm tại Điều 4 nếu Sự kiện bảo hiểm xảy ra do bất kỳ nguyên nhân nào sau đây:

- (i). Tự tử hay tự gây thương tích cho bản thân của Người được bảo hiểm dù trong tình trạng tinh tảo hay mất trí, trong thời hạn 24 tháng tính từ Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng gần nhất, tùy trường hợp nào xảy ra sau.
- (ii). Hành vi cố ý vi phạm pháp luật của Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm, Người thụ hưởng hoặc bất kỳ người nào sẽ nhận quyền lợi bảo hiểm. Trong trường hợp có hơn một Người thụ hưởng, và một hoặc một số người trong số đó cố ý gây ra Hành vi vi phạm pháp luật đối với Người được bảo hiểm, Công ty vẫn trả quyền lợi bảo hiểm cho những Người thụ hưởng khác theo tỷ lệ tương ứng với tỷ lệ mà những Người thụ hưởng đó được hưởng trong Hợp đồng bảo hiểm.
- (iii). Các sự kiện gây tổn thất lớn bao gồm chiến tranh (dù có tuyên bố hay không tuyên bố), xâm lược, các hoạt động khủng bố, nổi loạn, bạo loạn, bạo động, cách mạng, nội chiến hoặc hành động hiếu chiến; phóng xạ hoặc nhiễm phóng xạ.

5.2 Trường hợp Người được bảo hiểm mắc Bệnh hiểm nghèo hoặc bị Thương tật toàn bộ vĩnh viễn thuộc điều khoản loại trừ:

- (i). Bên mua bảo hiểm cần tiếp tục đóng phí bảo hiểm để duy trì Hợp đồng bảo hiểm và tiếp tục được bảo hiểm cho các trường hợp không thuộc điều khoản loại trừ, Hợp đồng bảo hiểm vẫn tiếp tục duy trì hiệu lực theo Quy tắc và điều khoản này.
- (ii). Nếu Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm, Công ty sẽ hoàn trả cho Bên mua bảo hiểm tổng phí bảo hiểm đã đóng, không có lãi.

5.3 Trường hợp Người được bảo hiểm tử vong thuộc điều khoản loại trừ:

Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực và Công ty sẽ hoàn trả tổng phí bảo hiểm đã đóng cho Bên mua bảo hiểm, không có lãi.



6. Thủ tục và thời gian giải quyết quyền lợi bảo hiểm

6.1 Thứ tự ưu tiên nhận quyền lợi bảo hiểm

Các quyền lợi bảo hiểm theo Quy tắc và điều khoản này được chi trả theo nguyên tắc sau:

- (i). Nếu Số tiền bảo hiểm được chi trả nhỏ hơn hoặc bằng Dư nợ khoản vay của Người được bảo hiểm tại thời điểm xảy ra sự kiện được bảo hiểm, toàn bộ quyền lợi bảo hiểm được chi trả cho Tổ chức tín dụng nhằm thanh toán Dư nợ khoản vay của Người được bảo hiểm.
- (ii). Nếu Số tiền bảo hiểm được chi trả lớn hơn Dư nợ khoản vay của Người được bảo hiểm tại thời điểm xảy ra sự kiện được bảo hiểm, Công ty sẽ chi trả cho Tổ chức tín dụng toàn bộ Dư nợ khoản vay từ Số tiền bảo hiểm. Phần chênh lệch còn lại giữa Số tiền bảo hiểm và Dư nợ khoản vay sẽ được Công ty chi trả theo thứ tự ưu tiên như sau: cho Người được bảo hiểm, nếu Người được bảo hiểm còn sống; hoặc Người thụ hưởng; hoặc người thừa kế hợp pháp của Người được bảo hiểm.

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

Thời hạn tối đa là 12 tháng kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm, trừ trường hợp bất khả kháng hoặc có lý do chính đáng được Công ty chấp thuận.

6.3 Thời hạn và phương thức chi trả quyền lợi bảo hiểm

Kể từ khi nhận Hồ sơ yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm đầy đủ và hợp lệ, Công ty có trách nhiệm xem xét giải quyết yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm trong thời gian 30 ngày.

Nếu Công ty không giải quyết yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm trong thời hạn nêu trên, Công ty sẽ trả lãi cho phần quyền lợi chậm trả tương ứng với thời gian chậm trả theo mức lãi suất tạm ứng từ Giá trị hoàn lại của Hợp đồng bảo hiểm mà Công ty đang áp dụng cho các khách hàng tại thời điểm chi trả.

Việc chi trả quyền lợi sẽ được thực hiện bằng tiền mặt, séc, chuyển khoản hoặc theo thỏa thuận giữa Công ty và người nhận quyền lợi bảo hiểm.

6.4 Hồ sơ yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm

Bên mua bảo hiểm hoặc Tổ chức tín dụng sẽ nộp cho Công ty các giấy tờ sau để yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm tương ứng như sau:

- (i). Hồ sơ yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm đã được điền thông tin đầy đủ và chính xác theo mẫu của Công ty.



6. Thủ tục và thời gian giải quyết quyền lợi bảo hiểm

(ii). Các giấy tờ chứng minh sự kiện bảo hiểm:

- Trường hợp tử vong: Bản sao có chứng thực sao y bản chính của Giấy chứng tử, Giấy báo tử.
- Trường hợp Thương tật toàn bộ vĩnh viễn:
 - Trường hợp Người được bảo hiểm bị mất hoàn toàn và không thể phục hồi chức năng của các bộ phận cơ thể theo định nghĩa tại Điều 9.24.a): Bản gốc Giấy ra viện, Giấy chứng nhận phẫu thuật, Tóm tắt hồ sơ bệnh án được bệnh viện cấp hợp lệ có đầy đủ thông tin.
 - Trường hợp Người được bảo hiểm bị liệt hoàn toàn và không thể phục hồi chức năng của các bộ phận cơ thể theo định nghĩa tại Điều 9.24.a) hoặc bị thương tật từ 81% theo định nghĩa tại Điều 9.24.b): Biên bản giám định thương tật do cơ quan có thẩm quyền cấp tỉnh, thành phố, trung ương cấp nêu rõ tình trạng thương tật của Người được bảo hiểm đáp ứng các điều kiện mà Quy tắc và điều khoản này yêu cầu
- Trường hợp Bệnh hiểm nghèo: Giấy tờ chứng minh rằng Bệnh hiểm nghèo của Người được bảo hiểm đáp ứng các quy định tại Điều 9.25 của Quy tắc và điều khoản này yêu cầu.

(iii). Các giấy tờ hỗ trợ chứng minh sự kiện bảo hiểm:

- Trường hợp sự kiện bảo hiểm do Bệnh hiểm nghèo: Bản gốc giấy ra viện, giấy chứng nhận phẫu thuật, tóm tắt hồ sơ bệnh án được Bệnh viện cấp hợp lệ có đầy đủ thông tin về chẩn đoán, giải phẫu bệnh lý.
- Hồ sơ tai nạn: Biên bản tai nạn có xác nhận của cơ quan Công an có thẩm quyền, tóm tắt hồ sơ bệnh án được Bệnh viện cấp hợp lệ.

Trong trường hợp có bất đồng về kết quả chẩn đoán Bệnh hiểm nghèo, Công ty có quyền yêu cầu Người được bảo hiểm tiến hành xét nghiệm y khoa tại Bệnh viện độc lập theo thỏa thuận giữa Công ty và Bên mua bảo hiểm. Công ty và Bên mua bảo hiểm phải tuân theo kết quả cuối cùng này. Tất cả chi phí khám y khoa do Công ty yêu cầu trong trường hợp có bất đồng sẽ do Công ty chịu.

Trường hợp bản chính các giấy tờ được yêu cầu bị mất, giấy tờ thay thế phải có giá trị tương đương và theo hướng dẫn của Công ty tùy từng trường hợp cụ thể.



7. Chấm dứt hiệu lực hợp đồng bảo hiểm

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

- (i). Ngày kết thúc của Hợp đồng bảo hiểm này; hoặc
- (ii). Hợp đồng bảo hiểm bị chấm dứt trong Thời hạn cân nhắc tại Điều 3 của Quy tắc và điều khoản này; hoặc
- (iii). Hợp đồng bảo hiểm mất hiệu lực sau khi kết thúc thời gian Gia hạn đóng phí theo 11.2 của Quy tắc và điều khoản này; hoặc
- (iv). Hợp đồng bảo hiểm bị chấm dứt hiệu lực theo Điều 5 hoặc Điều 12.2 hoặc Điều 12.4; hoặc
- (v). Dư nợ khoản vay của khách hàng được tất toán trước ngày kết thúc của Hợp đồng bảo hiểm này; hoặc
- (vi). Người được bảo hiểm tử vong; hoặc
- (vii). Quyền lợi bảo hiểm Thương tật toàn bộ vĩnh viễn đã được Công ty chấp thuận chi trả; hoặc
- (viii). Quyền lợi bảo hiểm Bệnh hiểm nghèo đã được Công ty chấp thuận chi trả.



8. Giải quyết tranh chấp

Mọi tranh chấp phát sinh từ hoặc liên quan tới Hợp đồng bảo hiểm này trước hết sẽ được giải quyết bằng thương lượng hoặc hòa giải. Nếu các bên không giải quyết được bằng thương lượng, hòa giải, một bên có quyền đưa các tranh chấp đó ra Tòa án có thẩm quyền của Việt Nam để giải quyết.

Thời hiệu khởi kiện là 3 năm kể từ thời điểm phát sinh tranh chấp.



9. Các định nghĩa

- 9.1 Công ty** là Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ FWD Việt Nam được thành lập và hoạt động theo pháp luật của Việt Nam.
- 9.2 Bên mua bảo hiểm** là cá nhân có dư nợ tín dụng tại Tổ chức tín dụng, tuổi từ 18 đến 70 (tính theo sinh nhật vừa qua) đang cư trú tại Việt Nam, có năng lực hành vi dân sự đầy đủ; có yêu cầu giao kết Hợp đồng bảo hiểm, đóng phí bảo hiểm cho Hợp đồng bảo hiểm và thực hiện các quyền và nghĩa vụ quy định trong Hợp đồng bảo hiểm. Giới hạn tuổi khi kết thúc Thời hạn bảo hiểm là 75 tuổi.
- 9.3 Người được bảo hiểm** là Bên mua bảo hiểm.
- 9.4 Người thụ hưởng** là bất kỳ tổ chức hoặc cá nhân nào được Bên mua bảo hiểm chỉ định với sự đồng ý của Người được bảo hiểm trong Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm hoặc yêu cầu điều chỉnh/bổ sung Người thụ hưởng được Công ty chấp thuận (nếu có), hoặc được xác định theo Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm bảo hiểm, để nhận quyền lợi bảo hiểm theo Hợp đồng này.

Tại thời điểm chỉ định, Người thụ hưởng cần có quyền lợi có thể được bảo hiểm với Người được bảo hiểm và được Công ty chấp thuận, bao gồm các trường hợp dưới đây:

- Người thụ hưởng là Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm;
- Người thụ hưởng là vợ, chồng, con, cha, mẹ hợp pháp (cha đẻ, mẹ đẻ, cha nuôi, mẹ nuôi), con nuôi của Người được bảo hiểm;
- Người thụ hưởng là anh chị em ruột, người có quan hệ nuôi dưỡng, cấp dưỡng hoặc người được giám hộ hợp pháp bởi Người được bảo hiểm;
- Người thụ hưởng là người có quyền lợi về tài chính hoặc quan hệ lao động với Người được bảo hiểm;
- Người thụ hưởng là người khác, nếu Người thụ hưởng có quyền lợi có thể được bảo hiểm theo quy định của pháp luật.

9.5 Tổ chức tín dụng là bên cung cấp khoản tín dụng cho Người được bảo hiểm theo các điều kiện và điều khoản của Hợp đồng tín dụng.

9.6 Hợp đồng tín dụng là thỏa thuận giữa Người được bảo hiểm và Tổ chức tín dụng theo đó Tổ chức tín dụng cung cấp cho Người được bảo hiểm một khoản tín dụng có thời hạn và có hoàn trả.

9.7 Dư nợ khoản vay là tổng dư nợ gốc và khoản lãi phát sinh của Hợp đồng tín dụng, nếu có, do Bên mua bảo hiểm hoặc Tổ chức tín dụng cung cấp cho Công ty để xác định Số tiền bảo hiểm tại từng thời điểm.

Dư nợ khoản vay tại thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm được xác định tùy thuộc vào lựa chọn đóng phí của Bên mua bảo hiểm:

- Lựa chọn đóng phí một lần: là tổng dư nợ gốc và khoản lãi trong hạn của Hợp đồng tín dụng, nếu có, tại tháng xảy ra sự kiện bảo hiểm được thể hiện trong Chứng nhận bảo hiểm hoặc Thư xác nhận điều chỉnh hợp đồng gần nhất, nếu có.



9. Các định nghĩa

- Lựa chọn đóng phí định kỳ: là tổng dư nợ gốc còn lại tại thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm và khoản lãi trong hạn của Hợp đồng tín dụng, nếu có, phát sinh từ ngày trả lãi gần nhất theo lịch trả nợ đến ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm.

Dư nợ khoản vay không bao gồm các khoản lãi quá hạn và các khoản phí phạt phát sinh do việc trả nợ không đúng hạn của Người được bảo hiểm.

- 9.8 Số tiền bảo hiểm** là số tiền Công ty chi trả tại thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm. Số tiền bảo hiểm được xác định bằng đúng Dư nợ khoản vay hoặc một phần Dư nợ khoản vay theo thỏa thuận giữa Công ty và Bên mua bảo hiểm. Số tiền bảo hiểm có thể tăng hoặc giảm do Dư nợ khoản vay của Hợp đồng tín dụng thay đổi tại từng thời điểm theo thông báo của Tổ chức tín dụng hoặc Bên mua bảo hiểm.
- 9.9 Ngày hiệu lực hợp đồng** là ngày Bên mua bảo hiểm hoàn tất Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, với điều kiện Người được bảo hiểm phải còn sống vào thời điểm Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm được Công ty chấp thuận và phí bảo hiểm đầu tiên được đóng đầy đủ. Ngày hiệu lực hợp đồng được ghi trên Chứng nhận bảo hiểm.
- 9.10 Ngày kỷ niệm hợp đồng** là ngày kỷ niệm tương ứng hàng tháng của Ngày hiệu lực hợp đồng được ghi trong Chứng nhận bảo hiểm trong suốt thời gian có hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm.
- 9.11 Tháng hợp đồng** là khoảng thời gian 1 tháng dương lịch kể từ Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc từ Ngày kỷ niệm hợp đồng.
- 9.12 Thời hạn bảo hiểm** là thời gian có hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm và được ghi trong Chứng nhận bảo hiểm hoặc Thư xác nhận điều chỉnh hợp đồng gần nhất, nếu có. Thời hạn bảo hiểm của sản phẩm này được tính từ Ngày hiệu lực hợp đồng đến ngày chấm dứt hiệu lực hợp đồng, tối thiểu là 6 tháng và tối đa không quá 360 tháng. Trong trường hợp Hợp đồng tín dụng được kéo dài do lịch trả nợ khoản vay được gia hạn, Thời hạn bảo hiểm có thể được kéo dài tương ứng khi được Công ty chấp thuận thể hiện bằng Thư xác nhận điều chỉnh hợp đồng. Trong mọi trường hợp, ngày kết thúc Thời hạn bảo hiểm không vượt quá Ngày kỷ niệm hợp đồng ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt 75 tuổi.
- 9.13 Thời gian đóng phí** là thời gian Bên mua bảo hiểm cần đóng đầy đủ Phí bảo hiểm theo định kỳ đóng phí và phương thức đóng phí được các bên thỏa thuận tại Hợp đồng bảo hiểm. Đối với Hợp đồng bảo hiểm có Số tiền bảo hiểm gốc giảm dần theo lịch trả nợ, Bên mua bảo hiểm có thể lựa chọn đóng phí một lần.
- 9.14 Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm** là Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm được Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm điền đầy đủ, đính kèm và cấu thành một phần không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm.
- 9.15 Chứng nhận bảo hiểm** là văn bản do Công ty phát hành quy định chi tiết các quyền lợi bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm được hưởng theo Hợp đồng bảo hiểm, được đính kèm và cấu thành một phần không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm.



9. Các định nghĩa

9.16 Phí bảo hiểm là khoản tiền cần đóng cho Công ty theo định kỳ đóng phí và phương thức đóng phí được các bên thỏa thuận tại Hợp đồng bảo hiểm.

9.17 Ngày đến hạn đóng phí là ngày đóng phí bảo hiểm định kỳ theo thỏa thuận tại Hợp đồng bảo hiểm và được ghi trên Chứng nhận bảo hiểm hoặc Thư xác nhận điều chỉnh hợp đồng gần nhất, nếu có.

9.18 Giá trị hoàn lại là số tiền mà Bên mua bảo hiểm sẽ nhận lại, nếu có, khi Hợp đồng tín dụng được tất toán trước hạn và Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm. Hợp đồng bảo hiểm chỉ có Giá trị hoàn lại khi Bên mua bảo hiểm lựa chọn đóng phí một lần. Giá trị hoàn lại vào Ngày kỷ niệm hợp đồng hàng năm được tính toán phù hợp với cơ sở kỹ thuật của sản phẩm đã được Công ty đăng ký với Bộ Tài chính.

9.19 Bác sĩ có nghĩa là một bác sĩ tây y đã có bằng cấp chuyên môn, được cấp giấy phép hành nghề hợp pháp và được cơ quan quản lý y tế nước sở tại cho phép hành nghề y và phẫu thuật tại nơi hành nghề, với điều kiện không phải là Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc thành viên trong gia đình của họ trừ trường hợp những người này làm nhiệm vụ theo sự phân công của cấp có thẩm quyền.

9.20 Bệnh viện là một cơ sở y tế được thành lập và cấp phép tại Việt Nam để chăm sóc và điều trị những người bị ốm và bị thương với tư cách là bệnh nhân nằm viện qua đêm và

- (i). Có cơ sở vật chất để chẩn đoán và thực hiện đại phẫu;
- (ii). Cung cấp dịch vụ chăm sóc bệnh nhân 24 giờ một ngày bởi những y tá chính quy được đăng ký và chịu sự giám sát thường xuyên của một Bác sĩ;
- (iii). Được cơ quan có thẩm quyền cấp giấy phép hợp lệ để hoạt động;
- (iv). Có con dấu riêng;
- (v). Có phòng mổ và Phòng chăm sóc đặc biệt, được trang bị đầy đủ thiết bị y tế đạt tiêu chuẩn theo quy định của pháp luật hiện hành.

Theo Quy tắc và điều khoản này, Bệnh viện không bao gồm các cơ sở dưới đây cho dù các cơ sở này hoạt động độc lập hay trực thuộc một Bệnh viện:

- Nhà an dưỡng hay nhà dưỡng lão hay viện điều dưỡng;
- Nơi chữa trị cho người nghiện rượu hoặc nghiện ma túy;
- Nơi chữa trị cho người bị bệnh tâm thần;
- Bệnh viện/viện/khoa y học dân tộc; y học cổ truyền;
- Trung tâm y tế.



9. Các định nghĩa

9.21 Tình trạng tồn tại trước là:

- Tình trạng bệnh tật hoặc thương tật của Người được bảo hiểm đã được Bác sĩ khám, xét nghiệm, chẩn đoán, điều trị trước Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng, hoặc
- Triệu chứng, dấu hiệu bất thường về tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm khởi phát trong vòng 12 tháng trước Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc Ngày khôi phục hợp đồng mà nếu biết được các triệu chứng, dấu hiệu bất thường này Công ty không chấp thuận bảo hiểm hoặc chấp thuận bảo hiểm với mức phí tăng thêm hoặc áp dụng loại trừ bảo hiểm.

Tiền sử sức khỏe được lưu giữ tại cơ sở y tế, hồ sơ y tế hoặc lời khai của Người được bảo hiểm/Bên mua bảo hiểm được xem là bằng chứng đầy đủ và hợp pháp về Tình trạng tồn tại trước.

9.22 Hành vi cố ý vi phạm pháp luật là hành vi của một cá nhân bao gồm (i) việc tham gia hoặc thực hiện hành vi trái pháp luật mà luật hình sự quy định là tội phạm, hoặc (ii) việc sử dụng rượu, bia vượt quá nồng độ cho phép trong khi điều khiển phương tiện giao thông theo quy định của pháp luật, hoặc (iii) việc sử dụng chất ma túy, trừ trường hợp có sự chỉ định của Bác sĩ.

9.23 Thời gian loại trừ: là thời gian 90 ngày kể từ Ngày hiệu lực Hợp đồng. Công ty sẽ không chi trả Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo cho các sự kiện bảo hiểm xảy ra trong Thời gian loại trừ.

9.24 Thương tật toàn bộ vĩnh viễn nghĩa là khi

a) Người được bảo hiểm bị mất hoặc liệt hoàn toàn và không thể phục hồi chức năng, do bị thương tật/bệnh, của:

- (i). Hai mắt; hoặc
- (ii). Hai tay; hoặc
- (iii). Hai chân; hoặc
- (iv). Một tay và một chân; hoặc
- (v). Một tay và một mắt; hoặc
- (vi). Một chân và một mắt.

Trong khái niệm 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, (iii) 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 6 tháng kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm hoặc từ ngày bệnh lý được chẩn đoán xác định.



9. Các định nghĩa

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.

9.25 Bệnh hiểm nghèo bao gồm bệnh Ung thư, Nhồi máu cơ tim, Đột quỵ được định nghĩa như sau:

9.25.1 Ung thư

Là u ác tính, đặc trưng bởi sự tăng trưởng không kiểm soát và lan rộng của những tế bào ác tính với sự xâm lấn và tiêu hủy của những mô bình thường. Chẩn đoán phải được cung cấp kèm bằng chứng mô học về sự ác tính và được Bác sĩ chuyên khoa ung bướu hoặc giải phẫu bệnh xác nhận.

Định nghĩa này không bao gồm những trường hợp sau:

- (a). Các khối u có những thay đổi ác tính ở giai đoạn ung thư biểu mô tại chỗ (carcinoma-in-situ) và các khối u có kết quả mô học được mô tả là tiền ung thư hoặc ung thư không xâm lấn, bao gồm cả những loại ung thư biểu mô tại chỗ của vú, loạn sản cổ tử cung CIN-1, CIN-2 và CIN-3.
- (b). Chứng tăng sừng, ung thư tế bào vảy và tế bào nền và ung thư tế bào hắc tố có độ dày dưới 1.5mm theo thang Breslow, hoặc thấp hơn mức độ 3 của Clark, trừ khi có bằng chứng là đã di căn.
- (c). Ung thư tiền liệt tuyến có kết quả mô học mô tả theo phân loại TNM là giai đoạn T1a hoặc T1b hoặc tương đương theo các cách phân loại khác; hoặc các giai đoạn thấp hơn.
- (d). Tất cả các loại ung thư tuyến giáp được đánh giá theo mô bệnh học là ở giai đoạn T1N0M0 (theo hệ thống xác định giai đoạn ung thư TNM) hoặc thấp hơn.
- (e). Ung thư biểu mô vi thể dạng nhú của Bàn quang được mô tả trong bảng phân loại TNM là T1N0M0.
- (f). Bệnh bạch cầu mãn dòng lympho có phân loại thấp hơn giai đoạn 3 của RAI.
- (g). Tất cả các loại ung thư mà có hiện diện của vi-rút gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV).

9.25.2 Nhồi máu cơ tim

Là tình trạng chết của một phần cơ tim do tình trạng cung cấp máu không đầy đủ đến vùng cơ tim tương ứng. Chẩn đoán phải được cung cấp kèm bằng chứng ghi nhận ít nhất 3 trong số 5 tiêu chuẩn phù hợp với cơn đau thắt ngực mới:

- (a). Bệnh sử của cơn đau thắt ngực điển hình khiến Người được bảo hiểm phải nhập viện.
- (b). Những thay đổi trên điện tâm đồ (ECG) chứng tỏ cơn nhồi máu cơ tim mới.



9. Các định nghĩa

- (c). Tăng các men (enzyme) CK- MB đủ để chẩn đoán.
- (d). Tăng Troponin T > 1 mcg/L (1 ng/ml) hoặc AccuTnl > 0.5ng/ml hoặc ngưỡng tương đương với các phương pháp đo Troponin I khác, đủ để chẩn đoán.
- (e). Tỷ suất áp lực phun tâm thất trái (EF) dưới 50% ghi nhận liên tục trong 3 tháng hoặc lâu hơn sau cơn nhồi máu cấp.

Định nghĩa này không bao gồm tất cả những hội chứng mạch vành cấp tính khác, bao gồm cả cơn đau ngực không ổn định, nhồi máu vi thể hoặc tổn thương vi thể cơ tim.

9.25.3 Đột quy

Là tai biến đột ngột của mạch máu não bao gồm nhồi máu của mô não, não và xuất huyết dưới nhện, nghẽn mạch hoặc huyết khối tắc mạch máu não. Chẩn đoán phải được cung cấp kèm các bằng chứng về những tình trạng sau:

- Bằng chứng của tổn thương thần kinh vĩnh viễn gây ra một trong các khiếm khuyết sau:
 - (i). Mất hoàn toàn và vĩnh viễn chức năng vận động của 1 hoặc nhiều tay/chân.
 - (ii). Mất vĩnh viễn khả năng nói do tổn thương trung tâm điều khiển chức năng nói của não.
 - (iii). Không thể thực hiện vĩnh viễn ít nhất 3 trong 6 Chức năng sinh hoạt hàng ngày^(*) mà không cần sự hỗ trợ của bất kỳ người nào khác.

Các khiếm khuyết này phải kéo dài ít nhất là 6 tuần sau cơn đột quy và được Bác sĩ chuyên khoa thần kinh xác nhận.

- Bằng chứng ghi nhận trên hình ảnh cộng hưởng từ nhân (MRI) hoặc điện toán cắt lớp (CT) hoặc các kỹ thuật hình ảnh tin cậy khác phù hợp với chẩn đoán cơn đột quy mới.

Định nghĩa này không bao gồm những trường hợp sau:

- (i). Cơn thoáng thiếu máu não và mọi khiếm khuyết thần kinh do thiếu máu có khả năng hồi phục.
- (ii). Tổn thương não do tai nạn hoặc tác động từ bên ngoài, nhiễm trùng, viêm mạch máu, bệnh viêm nhiễm hoặc đau nửa đầu (Migraine).
- (iii). Bệnh mạch máu ảnh hưởng đến mắt hoặc thần kinh thị giác.
- (iv). Các bệnh thiếu máu của hệ tiền đình.

^(*) Chức năng sinh hoạt hàng ngày bao gồm:

- Khả năng tự thay quần áo, tự mang vào hay tháo ra những thiết bị trợ giúp như vòng đai, các chi giả.



9. Các định nghĩa

- Khả năng tự di chuyển từ nơi này qua nơi khác trong nhà và trên bề mặt phẳng.
- Khả năng tự di chuyển ra khỏi giường, ghế dựa hoặc xe lăn và ngược lại.
- Khả năng tiểu tiện và đại tiện tự chủ.
- Khả năng tự đưa thức ăn đã làm sẵn từ bát, đĩa vào miệng.
- Khả năng tự tắm rửa, vệ sinh cá nhân.

9.26 Chẩn đoán Bệnh hiểm nghèo là chẩn đoán xác định về 1 hay nhiều Bệnh hiểm nghèo dựa trên các bằng chứng y khoa do Bên mua bảo hiểm hoặc Tổ chức tín dụng cấp và được Bác sĩ chuyên khoa làm việc trong Bệnh viện cấp tỉnh/ thành phố/ trung ương, viện y tế cấp tương đương xác nhận.



10. Quyền lợi bảo hiểm tạm thời

10.1 Thời hạn bảo hiểm tạm thời

Bắt đầu từ khi Bên mua bảo hiểm hoàn tất Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và đóng đủ phí bảo hiểm đầu tiên và chấm dứt ngay lập tức theo các trường hợp dưới đây, tùy trường hợp nào xảy ra trước:

- (i). Ngày Công ty cấp Giấy chứng nhận bảo hiểm; hoặc
 - (ii). Ngày Công ty từ chối Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm; hoặc
 - (iii). Ngày Công ty nhận được văn bản yêu cầu hủy bỏ Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm của Bên mua bảo hiểm.
-

10.2 Quyền lợi bảo hiểm tạm thời

Trường hợp Người được bảo hiểm chính tử vong (1 hoặc cả 2) do Tai nạn trong thời hạn bảo hiểm tạm thời, Công ty sẽ chi trả giá trị nào lớn hơn của:

- (i). (Tổng) Số tiền bảo hiểm của tất cả các Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm có quyền lợi bảo hiểm tử vong do Tai nạn đang được xem xét của (những) Người được bảo hiểm chính nhưng không vượt quá 200.000.000 đồng; và
- (ii). Tổng số Phí bảo hiểm đầu tiên đã đóng, không có lãi.



11. Đóng phí bảo hiểm và thời gian gia hạn đóng phí bảo hiểm

11.1 Đóng phí bảo hiểm

Bên mua bảo hiểm phải đóng Phí bảo hiểm vào hoặc trước các ngày đến hạn đóng phí, cho dù có nhận được thông báo đến hạn đóng phí của Công ty hay không. Ngày đến hạn đóng phí được xác định dựa trên định kỳ thanh toán phí, tính từ Ngày hiệu lực hợp đồng.

Phí bảo hiểm được xác định tùy thuộc vào lựa chọn đóng phí của Bên mua bảo hiểm:

- Lựa chọn đóng phí một lần: Phí bảo hiểm được xác định dựa trên Số tiền bảo hiểm thể hiện tại Bảng Số tiền bảo hiểm trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc Thư xác nhận điều chỉnh hợp đồng gần nhất, nếu có.
- Lựa chọn đóng phí định kỳ: Phí bảo hiểm được xác định dựa trên Số tiền bảo hiểm bằng đúng Dư nợ khoản vay thực tế hoặc một phần Dư nợ khoản vay thực tế tại các Ngày đến hạn đóng phí.

11.2 Thời gian gia hạn đóng phí bảo hiểm

Bên mua bảo hiểm có 60 ngày tính từ ngày đến hạn đóng phí để đóng phí bảo hiểm (“Thời gian gia hạn đóng phí”).

Nếu sự kiện bảo hiểm xảy ra trong Thời gian gia hạn đóng phí, Hợp đồng bảo hiểm vẫn có hiệu lực như đã được đóng phí. Tuy nhiên, Công ty sẽ khấu trừ (các) khoản Phí bảo hiểm còn nợ Công ty, nếu có, vào số tiền chi trả.

Sau khi kết thúc Thời gian gia hạn đóng phí, nếu Bên mua bảo hiểm không đóng đủ khoản Phí bảo hiểm đến hạn, Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực kể từ Ngày đến hạn đóng phí.



12. Trách nhiệm kê khai, cung cấp và bảo mật thông tin

12.1 Trách nhiệm cung cấp, giải thích đầy đủ, trung thực và chính xác thông tin cho Bên mua bảo hiểm của Công ty

Công ty có trách nhiệm cung cấp đầy đủ thông tin liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm, giải thích các điều kiện, điều khoản bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm và 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 yêu cầu hủy bỏ Hợp đồng, yêu cầu Công ty hoàn trả lại toàn bộ phí bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm đã đóng và bồi thường thiệt hại phát sinh cho Bên mua bảo hiểm (nếu có) do việc cố ý cung cấp thông tin sai sự thật.

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

Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm có nghĩa vụ điền đầy đủ, trung thực và chính xác các thông tin được yêu cầu trong Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm. Việc kiểm tra sức khỏe, nếu có, không thay thế cho nghĩa vụ kê khai đầy đủ và trung thực của Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm.

Nếu Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm cố ý vi phạm nghĩa vụ nêu trên hoặc không khai báo các Thông tin quan trọng nhằm giao kết hợp đồng bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm phải bồi thường thiệt hại phát sinh cho Công ty (nếu có), đồng thời Công ty có quyền chấm dứt Hợp đồng, từ chối chi trả quyền lợi bảo hiểm xảy ra theo Hợp đồng và Công ty sẽ hoàn lại: Tổng Phí bảo hiểm đã đóng, không có lãi, kể từ Ngày hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm hoặc Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng gần nhất, trừ đi:

- (i). Bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào đã được chi trả; và
- (ii). Chi phí khám, xét nghiệm y khoa; và
- (iii). (Các) khoản nợ (nếu có).

Theo Quy tắc và điều khoản này, “Thông tin quan trọng” là các thông tin mà nếu biết được, Công ty đã không chấp nhận bảo hiểm hoặc chấp nhận bảo hiểm với mức phí bảo hiểm cao hơn.

Miễn truy xét: Sau 2 năm kể từ Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc kể từ Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng gần nhất, trong thời gian Người được bảo hiểm còn sống, các nội dung kê khai không chính xác hoặc bỏ sót trong Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, ngoại trừ các Thông tin quan trọng, sẽ được Công ty miễn truy xét.



12. Trách nhiệm kê khai, cung cấp và bảo mật thông tin

12.3 Trách nhiệm bảo mật thông tin khách hàng của Công ty

Công ty không chuyển giao thông tin cá nhân do Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm cung cấp tại Hợp đồng cho bất kỳ bên thứ ba nào khác, trừ các trường hợp sau đây:

- (i). Theo yêu cầu của cơ quan nhà nước có thẩm quyền; hoặc
- (ii). Cho mục đích thẩm định, phát hành Hợp đồng, tái bảo hiểm, tính toán phí bảo hiểm, thu phí bảo hiểm, trích lập dự phòng nghiệp vụ, giải quyết quyền lợi bảo hiểm, xử lý và quản trị cơ sở dữ liệu; hoặc
- (iii). Nghiên cứu thiết kế sản phẩm, đánh giá chất lượng dịch vụ của Công ty; hoặc
- (iv). Phòng chống trục lợi bảo hiểm; hoặc
- (v). Nghiên cứu, đánh giá tình hình tài chính, khả năng thanh toán, mức độ đầy đủ vốn, yêu cầu vốn của Công ty; hoặc
- (vi). Được Bên mua bảo hiểm đồng ý bằng văn bản, với điều kiện Bên mua bảo hiểm 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. Việc Bên mua bảo hiểm từ chối cho Công ty chuyển giao thông tin cho bên thứ ba theo điểm này không được coi là lý do để Công ty từ chối giao kết Hợp đồng.

12.4 Cập nhật thông tin cá nhân

Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm cần thông báo cho Công ty bằng văn bản ngay khi có bất kỳ thay đổi nào dưới đây:

- (i). Trong trường hợp Người được bảo hiểm thay đổi nghề nghiệp hoặc cư trú ngoài lãnh thổ Việt Nam hơn 180 ngày (liên tục hay không liên tục) trong một năm dương lịch hoặc trường hợp Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm thay đổi quốc tịch, Công ty sẽ thực hiện một trong những quyết định sau:
 - Tiếp tục Hợp đồng bảo hiểm với mức phí bảo hiểm không đổi; hoặc
 - Tăng phí bảo hiểm; hoặc
 - Chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm và hoàn trả Giá trị hoàn lại, nếu có.

Công ty sẽ gửi thông báo bằng văn bản cho Bên mua bảo hiểm về quyết định của mình.

- (ii). Trường hợp Người được bảo hiểm chính và/hoặc Bên mua bảo hiểm có thay đổi thông tin cá nhân (căn cước công dân/chứng minh nhân dân, hộ chiếu, địa chỉ liên lạc tại Việt Nam).
 - Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm chính cần thông báo cho Công ty về việc thay đổi này và cung cấp cho Công ty một bản sao của căn cước công dân/chứng minh nhân dân, hộ chiếu hoặc giấy tờ có giá trị tương đương.

Hãy liên lạc với chúng tôi ngay hôm nay để được tư vấn.

Trụ sở chính

Tầng 11, Tòa nhà Diamond Plaza, 34 Lê Duẩn,
Phường Bến Nghé, Quận 1, TP. HCM, Việt Nam
Tel: (84-28) 6256 3688
Email: customerconnect.vn@fwd.com

Chi nhánh

Tầng 20, Tòa nhà VCCI Tower, 9 Đào Duy Anh,
Phường Phương Mai, Quận Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam
Tel: (84-24) 3938 6757



Hotline
1800 96 96 90



Quét mã QR
để truy cập website

Thông tin về FWD Việt Nam

FWD là Tập đoàn Bảo hiểm châu Á với khoảng 10 triệu khách hàng tại 10 thị trường, bao gồm một số thị trường bảo hiểm phát triển nhanh nhất trên thế giới.

FWD Việt Nam được thành lập năm 2016 và là thành viên của Tập đoàn FWD. FWD tập trung vào việc xây dựng một hành trình tham gia bảo hiểm đơn giản, nhanh chóng và tiện lợi, với các sản phẩm phù hợp và dễ hiểu, được hỗ trợ bởi công nghệ kỹ thuật số. Với phương châm lấy khách hàng làm trọng tâm, FWD cam kết thay đổi cảm nhận của mọi người về bảo hiểm.

Để biết thêm thông tin, vui lòng truy cập website www.fwd.com.vn.