

vững tin
SỐNG KHỎE

QUY TẮC ĐIỀU KHOẢN

SẢN PHẨM BẢO HIỂM BỆNH UNG THƯ - LỰA CHỌN A

SẢN PHẨM BẢO HIỂM BỆNH UNG THƯ – LỰA CHỌN A

*(Được phê chuẩn theo công văn số: 2553/BTC-QLBH ngày 06/03/ 2020 của Bộ Tài chính,
sửa lần 1 theo quyết định số 003/2024/MAP-QĐ của
Tổng Giám đốc Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ Mirae Asset Prévoir ngày 29/05/2024)*

Đây là Quy tắc điều khoản của Sản phẩm bảo hiểm Bệnh ung thư – Lựa chọn A (sau đây gọi tắt là **“Quy tắc điều khoản”**). Sản phẩm bảo hiểm này là loại sản phẩm không chia lãi và không được trả lãi cũng như thường dưới bất kỳ hình thức nào, và không có giá trị hoàn lại.

Xin Quý khách hàng vui lòng kiểm tra và đọc kỹ tất cả các điều kiện, điều khoản của Quy tắc điều khoản này (đặc biệt là các quy định về quyền lợi bảo hiểm, các loại trừ bảo hiểm, Phí bảo hiểm, và các yêu cầu có liên quan), Giấy chứng nhận bảo hiểm, và các tài liệu được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm để đảm bảo chắc chắn rằng Quý khách hàng đã hiểu rõ Quy tắc điều khoản này và Hợp đồng bảo hiểm. Chúng tôi rất vui lòng được giải đáp cho Quý khách hàng mọi thắc mắc có liên quan đến Quy tắc điều khoản này và Hợp đồng bảo hiểm.

Việc Quý khách hàng ký vào Giấy yêu cầu bảo hiểm là bằng chứng xác nhận việc Quý khách hàng đã hiểu rõ và chấp nhận tất cả quy định và nội dung của Quy tắc điều khoản này và của Hợp đồng bảo hiểm.

Cam kết dịch vụ của chúng tôi:

Chúng tôi mong muốn cung cấp cho Quý khách hàng các dịch vụ đạt tiêu chuẩn chất lượng cao nhất và giải quyết mọi khiếu nại phát sinh từ Hợp đồng bảo hiểm một cách trung thực, công bằng và nhanh chóng.

MỤC LỤC

Điều 1.	Các định nghĩa	4
Điều 2.	Thời gian cân nhắc.....	7
Điều 3.	Quyền lợi bảo hiểm	7
Điều 4.	Điều khoản loại trừ	7
Điều 5.	Nghĩa vụ đóng phí và thời gian gia hạn đóng phí	7
Điều 6.	Chỉ định và thay đổi Người thụ hưởng	8
Điều 7.	Trách nhiệm kê khai, cung cấp và bảo mật thông tin.....	8
Điều 8.	Miễn truy xét	10
Điều 9.	Chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm	10
Điều 10.	Các thay đổi trong quá trình thực hiện hợp đồng bảo hiểm	10
Điều 11.	Giải quyết quyền lợi bảo hiểm.....	12
Điều 12.	Phương thức giải quyết tranh chấp	13

Điều 1. Các định nghĩa

- 1.1. **Công ty** là Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ Mirae Asset Prévoir được Bộ Tài chính cấp phép thành lập và hoạt động.
- 1.2. **Hợp đồng bảo hiểm (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 bao gồm các tài liệu sau: Giấy yêu cầu bảo hiểm; Giấy chứng nhận bảo hiểm; Quy tắc điều khoản; Bảng minh họa quyền lợi bảo hiểm; Tóm tắt quy tắc điều khoản, các văn bản sửa đổi, bổ sung Hợp đồng bảo hiểm (nếu có).
- 1.3. **Giấy 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 Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm (hoặc người đại diện theo pháp luật của Người được bảo hiểm) cung cấp để Công ty đánh giá rủi ro, làm căn cứ chấp nhận bảo hiểm hoặc từ chối bảo hiểm. Giấy 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.
- 1.4. **Giấy chứng nhận bảo hiểm** là văn bản do Công ty cấp cho Bên mua bảo hiểm, trong đó thể hiện các thông tin cơ bản của Hợp đồng, và là một phần không tách rời của Hợp đồng.
- 1.5. **Bên mua bảo hiểm**
- Là tổ chức được thành lập và hoạt động hợp pháp tại Việt Nam, hoặc cá nhân tại Việt Nam từ đủ 18 tuổi trở lên, có năng lực hành vi dân sự đầy đủ tại thời điểm giao kết Hợp đồng bảo hiểm;
 - Đáp ứng các điều kiện để mua bảo hiểm theo Quy tắc điều khoản của sản phẩm bảo hiểm;
 - Là bên trực tiếp kê khai, ký tên trên Giấy yêu cầu bảo hiểm và thực hiện các quyền và nghĩa vụ quy định trong Hợp đồng bảo hiểm.
- 1.6. **Người được bảo hiểm** là cá nhân mà sức khỏe của cá nhân đó là đối tượng được Công ty chấp nhận bảo hiểm, và được ghi nhận trong Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- Vào thời điểm yêu cầu bảo hiểm, Người được bảo hiểm phải:
- Còn sống và Bên mua bảo hiểm phải có quyền lợi có thể được bảo hiểm với Người được bảo hiểm; và
 - Có mặt tại Việt Nam; và
 - Nằm trong phạm vi Tuổi tham gia từ 6 tháng đến 60 Tuổi.
 - Trường hợp Người được bảo hiểm từ 18 tuổi trở lên và không đồng thời là Bên mua bảo hiểm thì khi Bên mua bảo hiểm giao kết Hợp đồng bảo hiểm phải có sự chấp thuận bằng văn bản của Người được bảo hiểm. Trường hợp Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi và Bên mua bảo hiểm không phải là cha, mẹ hay người giám hộ hợp pháp của Người được bảo hiểm thì phải có văn bản đồng ý của cha, mẹ hay người giám hộ hợp pháp của Người được bảo hiểm
- 1.7. **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 điều khoản.
- 1.8. **Tuổi** là tuổi được tính theo ngày sinh nhật gần nhất của Người được bảo hiểm trước Ngày hiệu lực hoặc Ngày kỷ niệm hợp đồng.
- 1.9. **Sự kiện bảo hiểm** là khi Người được bảo hiểm được Chẩn đoán xác định mắc Bệnh ung thư giai đoạn cuối. Việc xác nhận Sự kiện bảo hiểm phải được lập thành văn bản có chữ ký của Bác sĩ và các chữ ký khác (nếu có yêu cầu) trên văn bản có xác nhận và đóng dấu của Bệnh viện.
- 1.10. **Ngày bắt đầu được bảo hiểm (Ngày hiệu lực hoặc Ngày hợp đồng bắt đầu có hiệu lực)** là ngày Bên mua bảo hiểm hoàn thành Giấy yêu cầu bảo hiểm, đóng đầy đủ Phí bảo hiểm nếu Giấy yêu cầu bảo hiểm được Công ty chấp nhận với điều kiện Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm còn sống tại thời điểm Công ty chấp nhận bảo hiểm. Ngày hiệu lực được ghi nhận trên Giấy chứng nhận bảo hiểm.

- 1.11. **Ngày đến hạn đóng phí** là ngày Bên mua bảo hiểm phải đóng đủ phí bảo hiểm định kỳ cho Công ty theo thỏa thuận tại Hợp đồng hoặc thỏa thuận sửa đổi bổ sung Hợp đồng (nếu có).
- 1.12. **Ngày kỷ niệm hợp đồng** là ngày lặp lại tương ứng hàng năm của Ngày hiệu lực trong suốt Thời hạn bảo hiểm. Nếu năm không có ngày này thì ngày cuối cùng của tháng đó sẽ là Ngày kỷ niệm hợp đồng.
- 1.13. **Thời hạn hợp đồng bảo hiểm (Thời hạn hợp đồng hoặc Thời hạn bảo hiểm)** của sản phẩm bảo hiểm này là 05 (năm) năm tính từ Ngày hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm và được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- 1.14. **Thời hạn đóng phí** của sản phẩm bảo hiểm này bằng với Thời hạn hợp đồng.
- 1.15. **Số tiền bảo hiểm** là số tiền Công ty chấp thuận bảo hiểm theo Quy tắc điều khoản của sản phẩm và được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các thỏa thuận sửa đổi, bổ sung của Hợp đồng bảo hiểm (nếu có).
- 1.16. **Phí bảo hiểm** là khoản tiền Bên mua bảo hiểm thanh toán cho Công ty để được bảo hiểm và duy trì hiệu lực của Hợp đồng. Hợp đồng sẽ có hiệu lực và Người được bảo hiểm sẽ được bảo hiểm theo Hợp đồng này với điều kiện là Bên mua bảo hiểm đã thanh toán Phí bảo hiểm theo quy định của Hợp đồng.

- 1.17. **Chẩn đoán bệnh** hoặc **Chẩn đoán** là chẩn đoán sau cùng được thực hiện bởi Bác sĩ của Bệnh viện. Chẩn đoán bệnh phải căn cứ trên bằng chứng cụ thể đáp ứng các điều kiện tại định nghĩa Bệnh ung thư giai đoạn cuối quy định tại Điều 1.21 và được hỗ trợ xác thực bởi các bằng chứng y khoa khách quan như triệu chứng lâm sàng, kết quả xét nghiệm máu, mô học, di truyền phân tử, chẩn đoán hình ảnh hoặc các xét nghiệm khác có thể chấp nhận được đối với Công ty. Chẩn đoán bệnh và các bằng chứng như vậy sẽ được Công ty xem xét trên cơ sở các bằng chứng do Bên mua bảo hiểm cung cấp và/hoặc bất kỳ bằng chứng bổ sung nào mà Công ty có thể yêu cầu thêm.

Trong trường hợp có sự tranh chấp hoặc sự không đồng thuận về tính hợp lệ và/hoặc tính chính xác của Chẩn đoán bệnh, Công ty có quyền xem xét lại và yêu cầu Người được bảo hiểm tiến hành kiểm tra sức khỏe tại một trung tâm kiểm tra sức khỏe độc lập, trung tâm này sẽ được chọn lựa theo sự thỏa thuận giữa Công ty và Người được bảo hiểm (hoặc người đại diện theo pháp luật của Người được bảo hiểm). Công ty và Người được bảo hiểm phải tuân theo kết quả kiểm tra sức khỏe cuối cùng này. Tất cả các chi phí phát sinh trong quá trình khám sức khỏe theo yêu cầu của Công ty sẽ do Công ty chịu.

Công ty sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm này nếu Người được bảo hiểm không thực hiện các yêu cầu trên, trừ khi có lý do chính đáng được Công ty chấp thuận.

- 1.18. **Bác sĩ** là cá nhân tốt nghiệp đại học chuyên ngành Tây Y trở lên và được cấp phép hành nghề Bác sĩ hợp pháp tại Việt Nam để cung cấp dịch vụ khám, chữa bệnh và phẫu thuật. Trong định nghĩa này, Bác sĩ không bao gồm những người sau đây:

- Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm; hoặc
- Vợ, chồng, cha ruột, mẹ ruột, cha nuôi, mẹ nuôi, cha dượng, mẹ kế, con ruột, con nuôi, anh ruột, chị ruột, em ruột, ông nội, bà nội, ông ngoại, bà ngoại của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm; con riêng của vợ hoặc chồng của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm; trừ trường hợp được giao nhiệm vụ theo phân công của cấp có thẩm quyền.

- 1.19. **Bệnh viện** hoặc **Cơ sở y tế** được hiểu 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. Đối với Bệnh viện trong lãnh thổ Việt Nam, tư cách của bệnh viện phải được thể hiện bằng chữ “bệnh viện” trên con dấu chính thức. Đối với Bệnh viện ngoài lãnh thổ Việt Nam, tư cách của Bệnh viện phải được thể hiện bằng ngôn ngữ của quốc gia/ lãnh thổ đó mà được hiểu là “bệnh viện” theo tiếng Việt. Cho mục đích của sản phẩm bảo hiểm này, Bệnh viện sẽ không bao gồm:

- Trung tâm y tế dự phòng;
- Bệnh viện/viện tâm thần; Bệnh viện/viện phong;

- Nhà điều dưỡng, trung tâm phục hồi chức năng, nhà lưu bệnh;
- 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 cho dù các cơ sở, trung tâm này hoạt động độc lập hay trực thuộc một Bệnh viện.

1.20. **Bệnh có sẵn** là một trong các trường hợp sau:

- a. Là tình trạng bệnh tật hoặc thương tật của Người được bảo hiểm đã được Bác sĩ chẩn đoán hoặc điều trị trước ngày hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm; hoặc
- b. Là dấu hiệu, triệu chứng đặc thù khởi phát trong vòng 36 tháng trước ngày hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm mà nếu biết được các dấu hiệu, triệu chứng này Công ty không chấp nhận bảo hiểm.

Việc xác định bệnh có sẵn phải căn cứ vào hồ sơ y tế được lưu trữ 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 trên hồ sơ yêu cầu bảo hiểm hoặc phiếu bổ sung thông tin.

1.21. **Bệnh ung thư giai đoạn cuối** là khối u ác tính được Chẩn đoán xác định bởi kết quả xét nghiệm mô bệnh học với sự phát triển không kiểm soát của các tế bào ác tính, có sự xâm lấn và phá hủy các mô bình thường. Thuật ngữ khối u ác tính bao gồm bệnh bạch cầu, ung thư hạch và sarcoma.

Chẩn đoán ung thư phải được xác định bằng kết quả xét nghiệm mô bệnh học và được thực hiện bởi Bác sĩ chuyên khoa ung bướu hoặc Bác sĩ chuyên khoa giải phẫu bệnh.

Theo định nghĩa trên, các trường hợp sau không thuộc phạm vi bảo hiểm:

- Ung thư biểu mô tại chỗ, loạn sản cổ tử cung CIN-1, CIN-2 và CIN-3, giai đoạn tiền ung thư hoặc ung thư không xâm lấn;
- Bất kỳ bệnh ung thư da không phải ung thư hắc tố trừ khi có di căn hạch bạch huyết hoặc di căn xa;
- Ung thư hắc tố nhưng chưa xâm lấn ra khỏi lớp biểu bì;
- Ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn đầu có kết quả mô bệnh học T1N0M0 hoặc ở giai đoạn sớm hơn theo hệ thống phân loại TNM hoặc theo hình thức phân loại khác ở giai đoạn tương đương;
- Ung thư tuyến giáp có kết quả mô bệnh học T1N0M0 hoặc ở giai đoạn sớm hơn theo hệ thống phân loại TNM;
- Ung thư bàng quang giai đoạn đầu có kết quả mô bệnh học T1N0M0 hoặc ở giai đoạn sớm hơn theo hệ thống phân loại TNM;
- Tất cả các khối u mô đệm đường tiêu hóa (GIST) có kết quả mô bệnh học là T1N0M0 hoặc ở giai đoạn sớm hơn theo hệ thống phân loại TNM và với số lượng phân bào nhỏ hơn hoặc bằng 5/50 HPFs;
- Bệnh bạch cầu mạn dòng lympho (CLL) ở giai đoạn 1 hoặc 2 theo phân loại Rai;
- Tất cả khối u trên người bị nhiễm HIV.

1.22. **Thời gian chờ** là 90 (chín mươi) ngày sẽ được áp dụng kể từ Ngày hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm gần nhất, tùy theo ngày nào đến sau. Quyền lợi bảo hiểm quy định tại Điều 3 của Quy tắc điều khoản này sẽ không được chi trả nếu như Người được bảo hiểm được Chẩn đoán mắc phải Bệnh ung thư giai đoạn cuối trước hoặc trong suốt Thời gian chờ.

1.23. **Thời gian sống** là 07 (bảy) ngày kể từ ngày Người được bảo hiểm được Chẩn đoán mắc phải Bệnh ung thư giai đoạn cuối. Quyền lợi bảo hiểm quy định tại Điều 3 của Quy tắc điều khoản này sẽ không được chi trả nếu như Người được bảo hiểm tử vong trong Thời gian sống.

1.24. **Các bên** là Bên mua bảo hiểm và Công ty.

1.25. **Website** là website map-life.com.vn, trang thông tin chính thức của Công ty.

Điều 2. Thời gian cân nhắc

- 2.1 Đối với các Hợp đồng bảo hiểm có thời hạn bảo hiểm trên 01 năm, trong vòng 21 ngày kể từ ngày Bên mua bảo hiểm nhận được Hợp đồng, Bên mua bảo hiểm cần kiểm tra toàn bộ thông tin của Hợp đồng (bao gồm cả các thông tin đã khai báo, cung cấp cho Công ty) để đảm bảo là tất cả các thông tin đã đầy đủ, chính xác. Trong thời hạn này, Bên mua bảo hiểm có quyền từ chối tiếp tục tham gia bảo hiểm bằng cách gửi văn bản đến Công ty.
- 2.2 Trường hợp Bên mua bảo hiểm từ chối tiếp tục tham gia bảo hiểm thì Hợp đồng bảo hiểm sẽ bị hủy bỏ, và Công ty sẽ hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm các khoản Phí bảo hiểm đã đóng (không tính lãi) và Công ty không phải bồi thường, trả tiền bảo hiểm và/hoặc bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào của Hợp đồng khi xảy ra Sự kiện bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm sẽ hoàn lại cho Công ty các khoản chi phí khám sức khỏe (nếu có) và các quyền lợi bảo hiểm (kể cả quyền lợi bảo hiểm của các sản phẩm đính kèm) đã nhận (nếu có). Công ty sẽ khấu trừ các khoản tiền Bên mua bảo hiểm phải hoàn lại cho Công ty trước khi hoàn lại Phí bảo hiểm đã đóng.
- 2.3 Công ty không áp dụng Thời gian cân nhắc cho Hợp đồng có Thời hạn bảo hiểm 01 năm hoặc dưới 01 năm

Điều 3. Quyền lợi bảo hiểm

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm đang còn hiệu lực và sau Thời gian chờ, nếu Người được bảo hiểm được Chẩn đoán mắc phải Bệnh ung thư giai đoạn cuối và vẫn còn sống sau Thời gian sống, Công ty sẽ chi trả 100% Số tiền bảo hiểm của sản phẩm này. Hợp đồng bảo hiểm cũng sẽ chấm dứt hiệu lực ngay sau khi quyền lợi bảo hiểm được chấp thuận chi trả.

Điều 4. Điều khoản loại trừ

Công ty sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm quy định tại Điều 3 nếu Người được bảo hiểm được Chẩn đoán mắc phải Bệnh ung thư giai đoạn cuối vì một trong những nguyên nhân sau:

- a. Bệnh có sẵn, trừ khi thông tin về Bệnh có sẵn đã được cung cấp đầy đủ và trung thực cho Công ty và được Công ty chấp nhận cụ thể hoặc trừ khi đó là các Bệnh có sẵn không ảnh hưởng đến việc chấp nhận bảo hiểm; hoặc
- b. Bệnh ung thư giai đoạn cuối tồn tại trước Ngày hiệu lực hợp đồng; hoặc
- c. Nhiễm HIV hoặc các bệnh liên quan đến AIDS, ngoại trừ trường hợp nhiễm HIV trong khi đang thực hiện nhiệm vụ tại nơi làm việc như là một nhân viên y tế hoặc công an, cảnh sát; hoặc
- d. Do hành vi cố ý của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc người nhận quyền lợi bảo hiểm.

Trong trường hợp sự kiện bảo hiểm xảy ra thuộc điều khoản loại trừ, Hợp đồng sẽ chấm dứt hiệu lực và Công ty sẽ hoàn trả cho Bên mua bảo hiểm toàn bộ phí bảo hiểm đã đóng (không có lãi) sau khi trừ đi các chi phí hợp lý (nếu có).

Điều 5. Nghĩa vụ đóng phí và thời gian gia hạn đóng phí

- 5.1 Trong mọi trường hợp, Bên mua bảo hiểm có nghĩa vụ đóng Phí bảo hiểm đúng hạn dù có nhận được thư yêu cầu hoặc nhắc nhở đóng phí của Công ty hay không. Bằng chứng cho việc đóng Phí bảo hiểm đúng hạn là ngày ghi trên Phiếu thu phí bảo hiểm hợp lệ do Công ty cấp cho Bên mua bảo hiểm, ngày ngân hàng xác nhận trên ủy nhiệm chi hoặc xác nhận việc nộp tiền mặt vào tài khoản của Công ty, hoặc ngày trên chứng từ thu phí hợp lệ khác theo quy định của Công ty.
- 5.2 Thời gian gia hạn đóng Phí bảo hiểm là 60 (sáu mươi) ngày và sẽ bắt đầu kể từ Ngày đến hạn đóng phí nếu Bên mua bảo hiểm không nộp đủ Phí bảo hiểm khi đến hạn. Trong thời gian gia hạn đóng phí, Công ty sẽ không tính lãi đối với các khoản phí chưa thanh toán và Hợp đồng bảo hiểm vẫn duy trì hiệu lực.

- 5.3 Nếu Bên mua bảo hiểm không tiếp tục đóng Phí bảo hiểm khi kết thúc thời gian gia hạn đóng phí, Hợp đồng bảo hiểm sẽ mất hiệu lực kể từ ngày bắt đầu thời gian gia hạn đóng phí. Trong trường hợp này, nếu có nhu cầu bảo vệ Bên mua bảo hiểm có thể tham gia lại sản phẩm như một hợp đồng mới.

Điều 6. Chỉ định và thay đổi Người thụ hưởng

- 6.1 Bên mua bảo hiểm có quyền chỉ định Người thụ hưởng. Trường hợp Bên mua bảo hiểm không đồng thời là Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm phải có sự đồng ý bằng văn bản của Người được Bảo hiểm khi chỉ định Người thụ hưởng; trường hợp Người được bảo hiểm chưa thành niên hoặc mất năng lực hành vi dân sự hoặc có khó khăn trong nhận thức, làm chủ hành vi hoặc bị hạn chế năng lực hành vi dân sự thì việc chỉ định Người thụ hưởng phải được người đại diện theo pháp luật của Người được bảo hiểm đồng ý.
- 6.2 Trường hợp có nhiều Người thụ hưởng, những người được quyền chỉ định Người thụ hưởng có thể xác định thứ tự hoặc tỷ lệ thụ hưởng của những Người thụ hưởng. Trường hợp thứ tự hoặc tỷ lệ thụ hưởng không được xác định thì tất cả những Người thụ hưởng được hưởng quyền lợi thụ hưởng theo tỷ lệ như nhau.
- 6.3 Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm duy trì hiệu lực, Bên mua bảo hiểm có thể thay đổi Người thụ hưởng nhưng phải được sự đồng ý bằng văn bản của Người được bảo hiểm và phải thông báo bằng văn bản cho Công ty. Trường hợp Người được bảo hiểm chưa thành niên hoặc mất năng lực hành vi dân sự hoặc có khó khăn trong nhận thức, làm chủ hành vi hoặc bị hạn chế năng lực hành vi dân sự thì việc thay đổi Người thụ hưởng phải được người đại diện theo pháp luật của Người được bảo hiểm đồng ý. Việc chỉ định và thay đổi Người thụ hưởng sẽ có hiệu lực khi Công ty đồng ý bằng văn bản.
- 6.4 Công ty sẽ không chịu bất kỳ trách nhiệm pháp lý nào liên quan đến việc chỉ định hay thay đổi Người thụ hưởng.

Điều 7. Trách nhiệm kê khai, cung cấp và bảo mật thông tin

- 7.1 **Trách nhiệm cung cấp, giải thích đầy đủ, trung thực và chính xác thông tin cho Bên mua bảo hiểm của Công ty**
- Khi giao kết Hợp đồng bảo hiểm, Công ty có trách nhiệm cung cấp đầy đủ, chính xác thông tin liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm, giải thích các điều kiện, điều khoản bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm. Trong trường hợp Công ty cố ý không thực hiện nghĩa vụ cung cấp thông tin hoặc cung cấp thông tin sai sự thật nhằm giao kết Hợp đồng thì Bên mua bảo hiểm có quyền hủy bỏ Hợp đồng. Trong trường hợp này, Công ty sẽ hoàn lại toàn bộ Phí bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm (không có lãi). Ngoài ra, Bên mua bảo hiểm có quyền yêu cầu Công ty bồi thường các thiệt hại phát sinh (nếu có).
- 7.2 **Trách nhiệm kê khai thông tin trung thực, đầy đủ và chính xác của Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm**
- 7.2.1 Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm (hoặc người đại diện theo pháp luật của Người được bảo hiểm) có trách nhiệm kê khai đầy đủ và trung thực tất cả các thông tin cần thiết theo yêu cầu của Công ty để Công ty đánh giá khả năng chấp nhận bảo hiểm. Việc thẩm định sức khỏe, nếu có, không thay thế cho nghĩa vụ kê khai đầy đủ, trung thực của Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm (hoặc người đại diện theo pháp luật của Người được bảo hiểm) theo quy định tại điều này.
- 7.2.2 Trường hợp Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm (hoặc người đại diện theo pháp luật của Người được Bảo hiểm) cố ý cung cấp không đầy đủ thông tin hoặc cung cấp thông tin sai sự thật nhằm giao kết Hợp đồng bảo hiểm để được bồi thường, trả tiền bảo hiểm thì Công ty có quyền hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm. Trong trường hợp này, Công ty không phải bồi thường, trả tiền bảo hiểm và sẽ hoàn lại toàn bộ Phí bảo hiểm, không có lãi, cho Bên mua bảo hiểm sau khi trừ đi:
- Các chi phí khám, xét nghiệm y khoa (nếu có); và
 - Các quyền lợi bảo hiểm đã thanh toán (kể cả quyền lợi bảo hiểm của sản phẩm đính kèm) (nếu có).

Ngoài ra, Công ty có quyền yêu cầu Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm bồi thường thiệt hại phát sinh (nếu có).

- 7.2.3 Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm (hoặc người đại diện theo pháp luật của 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 nhận bảo hiểm theo quy định của Công ty tại từng thời điểm, Công ty có thể yêu cầu thu thêm khoản Phí bảo hiểm, điều chỉnh Số tiền bảo hiểm giảm tương ứng. Ngoài ra, Công ty vẫn sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm nếu có Sự kiện bảo hiểm xảy ra theo Quy tắc điều khoản này.

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

- 7.3.1 Công ty chịu trách nhiệm bảo mật và không được chuyển giao thông tin cá nhân, dữ liệu cá nhân do Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm cung cấp tại Hợp đồng bảo hiểm cho bất kỳ bên thứ ba nào khác, ngoại trừ việc cung cấp thông tin cá nhân, dữ liệu cá nhân đến các đối tượng sau đây để nhằm mục đích thực hiện các mục đích xử lý dữ liệu cá nhân nêu tại Điều 7.3.2 này:

- Nhân viên của Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ Mirae Asset Prévoir;
- Cơ quan thuế vụ Hoa Kỳ;
- Hiệp hội Bảo hiểm Việt Nam;
- Cơ quan nhà nước có thẩm quyền;
- Cá nhân, tổ chức khác ký kết hợp đồng với Công ty về việc thu thập thông tin cá nhân và xử lý dữ liệu cá nhân.

7.3.2 Mục đích xử lý dữ liệu cá nhân

- Để thẩm định và chấp nhận bảo hiểm đối với khách hàng.
- Để thực hiện quyền và nghĩa vụ được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm, bao gồm nhưng không giới hạn: tính toán phí bảo hiểm, phát hành Hợp đồng bảo hiểm, thu phí bảo hiểm, giải quyết chi trả quyền lợi bảo hiểm, tái bảo hiểm, trích lập dự phòng nghiệp vụ.
- Để thực hiện các dịch vụ sau bán hàng như là chương trình khuyến mại, chăm sóc khách hàng, trả lời các câu hỏi và khiếu nại của khách hàng và để giải quyết tranh chấp nói chung, quản lý và ghi âm các cuộc gọi và các liên lạc thông qua kênh điện tử với khách hàng và các bên có liên quan khác.
- Để tiến hành nghiên cứu thiết kế sản phẩm: khảo sát và phân tích dữ liệu liên quan đến bất kỳ sản phẩm hoặc dịch vụ nào do Công ty cung cấp (cho dù được tiến hành bởi riêng Công ty hoặc cùng với các bên khác) mà có thể liên quan tới khách hàng.
- Để tạo dữ liệu, báo cáo và thống kê, phản hồi, cho Công ty hoặc cho các bên thứ ba khác có liên quan của Công ty hoặc trên cơ sở yêu cầu của Bộ Tài chính hoặc các cơ quan có thẩm quyền hoặc các bên thứ ba khác có liên quan.
- Để nghiên cứu, đánh giá tình hình tài chính, khả năng thanh toán, mức độ đầy đủ vốn, yêu cầu vốn.
- Để nhận biết khách hàng, phát hiện, báo cáo, ngăn chặn, phòng chống và điều tra tội phạm, tấn công, hoặc các vi phạm bao gồm gian lận, rửa tiền, tài trợ khủng bố, hối lộ, tham nhũng, trục lợi bảo hiểm, trốn thuế;
- Để thu thập, sử dụng, chuyển giao theo yêu cầu của cơ quan nhà nước có thẩm quyền bao gồm việc cung cấp cho cơ quan thuế Hoa Kỳ (i) thông tin cá nhân của khách hàng như đã cung cấp trong Hợp đồng bảo hiểm hoặc được cung cấp sau đó cho Công ty, bao gồm cả thông tin về khai thuế và (ii) thông tin về Hợp đồng bảo hiểm, bao gồm số Hợp đồng bảo hiểm, giá trị tài khoản hoặc thông tin về hợp đồng và/hoặc giá trị tiền mặt của Hợp đồng bảo hiểm, nếu có, tại bất kỳ thời điểm nào trong thời hạn của Hợp đồng bảo hiểm này, khi khách hàng là người chịu thuế hoặc trở thành người chịu thuế tại Hoa Kỳ như được định nghĩa theo luật thuế Hoa Kỳ.

- i. Để tiến hành kiểm tra với cơ quan đăng ký chống tin nhắn rác, thư điện tử rác, cuộc gọi rác hoặc cơ quan đăng ký khác (nếu có).
- j. Để thực hiện và tuân thủ với các thỏa thuận hợp đồng giữa Công ty với các nhà cung cấp/các bên cung cấp dịch vụ/các đối tác của Công ty.
- k. Cho mục đích kiểm toán, quản lý rủi ro và tuân thủ các chính sách nội bộ của Công ty.
- l. Cho bất kỳ mục đích nào khác được yêu cầu hoặc cho phép bởi bất kỳ luật, quy định, hướng dẫn và/hoặc các cơ quan quản lý có liên quan nào.
- m. Để thực hiện các hoạt động khác có liên quan đến việc cung cấp, vận hành, xử lý và quản lý của Công ty đối với các sản phẩm và dịch vụ cho khách hàng, và để phục vụ các mục đích khác mà Công ty cho là phù hợp tại từng thời điểm.

Điều 8. Miễn truy xét

Ngoại trừ các trường hợp kê khai sai về Tuổi và/hoặc giới tính như quy định tại Điều 10.2.3, Điều 10.2.4 hoặc trường hợp cố ý cung cấp thông tin không trung thực hoặc không đầy đủ như được quy định tại Điều 7.2, trong khi Hợp đồng còn duy trì hiệu lực, các nội dung kê khai không chính xác hoặc bỏ sót trong Giấy yêu cầu bảo hiểm và các giấy tờ có liên quan sẽ được Công ty miễn truy xét sau 24 tháng kể từ Ngày hiệu lực hợp đồng.

Điều 9. Chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm

Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực nếu một trong các sự kiện sau xảy ra:

- a. Quyền lợi bảo hiểm tại Điều 3 được Công ty chấp thuận chi trả; hoặc
- b. Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt hiệu lực Hợp đồng này và Công ty sẽ không hoàn trả Phí bảo hiểm; hoặc
- c. Người được bảo hiểm tử vong; hoặc
- d. Người được bảo hiểm đạt 65 (sáu mươi lăm) tuổi; hoặc
- e. Kết thúc Thời hạn bảo hiểm; hoặc
- f. Hợp đồng bảo hiểm bị chấm dứt hiệu lực theo các quy định tại Quy tắc điều khoản sản phẩm hoặc theo quy định của pháp luật.

Điều 10. Các thay đổi trong quá trình thực hiện hợp đồng bảo hiểm

10.1 Chuyển giao Hợp đồng bảo hiểm

- 10.1.1 Trong thời gian Hợp đồng duy trì hiệu lực và Người được bảo hiểm còn sống, Bên mua bảo hiểm có quyền chuyển giao Hợp đồng bảo hiểm. Việc chuyển giao phải được sự đồng ý bằng văn bản của Người được bảo hiểm hoặc người đại diện theo pháp luật của Người được bảo hiểm.
- 10.1.2 Bên nhận chuyển giao Hợp đồng bảo hiểm phải có quyền lợi có thể được bảo hiểm với tất cả những Người được bảo hiểm, được kế thừa quyền và nghĩa vụ của bên chuyển giao.
- 10.1.3 Việc chuyển giao Hợp đồng bảo hiểm chỉ có hiệu lực khi Bên mua bảo hiểm thông báo bằng văn bản và được Công ty đồng ý bằng văn bản.
- 10.1.4 Khi việc chuyển giao có hiệu lực, Bên nhận chuyển giao sẽ có toàn bộ quyền lợi và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm đối với Hợp đồng. Tuy nhiên, Người được bảo hiểm của Hợp đồng sẽ không thay đổi. Công ty không chịu trách nhiệm về tính hợp pháp của việc chuyển giao Hợp đồng giữa Bên mua bảo hiểm và bên nhận chuyển giao Hợp đồng bảo hiểm.

10.2 Cập nhật thông tin cá nhân

10.2.1 Nếu Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm thay đổi địa chỉ liên hệ, số điện thoại liên hệ, địa chỉ thư điện tử, họ tên hoặc chứng minh nhân dân/căn cước công dân, Bên mua bảo hiểm phải thông báo cho Công ty bằng văn bản hoặc phương thức khác do Công ty quy định trong vòng 30 ngày kể từ ngày thay đổi.

10.2.2 Nếu Người được bảo hiểm ra khỏi phạm vi lãnh thổ Việt Nam từ 90 ngày trở lên hoặc nếu có sự thay đổi nghề nghiệp của Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm phải thông báo cho Công ty bằng văn bản trong vòng 30 ngày kể từ ngày có sự thay đổi.

Khi đó, kể cả trong trường hợp Bên mua bảo hiểm không thông báo theo quy định tại Điểm này, Công ty có quyền quyết định:

- i. Tiếp tục thực hiện Hợp đồng bảo hiểm với các điều kiện không thay đổi; hoặc
- ii. Tăng/giảm Phí bảo hiểm cho thời gian còn lại của Hợp đồng bảo hiểm; hoặc
- iii. Loại trừ sản phẩm hoặc loại trừ trách nhiệm bảo hiểm cho thời gian còn lại của Hợp đồng bảo hiểm; hoặc
- iv. Từ chối bảo hiểm và đơn phương chấm dứt thực hiện Hợp đồng bảo hiểm.

Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm không đồng ý với quyết định theo điểm 10.2.2(ii) hoặc 10.2.2(iii), hoặc Công ty đơn phương chấm dứt thực hiện Hợp đồng bảo hiểm theo điểm 10.2.2(iv) nêu trên, Công ty sẽ hoàn trả cho Bên mua bảo hiểm Phí bảo hiểm đã đóng cho thời gian còn lại (không có lãi), sau khi trừ đi các chi phí khám, xét nghiệm y khoa (nếu có).

10.2.3 Trong trường hợp kê khai sai Tuổi và/hoặc giới tính của Người được bảo hiểm, mà Tuổi đúng vẫn thuộc nhóm Tuổi được bảo hiểm thì kể từ ngày Công ty chấp thuận bảo hiểm theo Tuổi/giới tính đúng:

- Nếu theo tuổi/giới tính đúng, Phí bảo hiểm không còn phù hợp với Số tiền bảo hiểm thì Công ty có thể tính toán lại Phí bảo hiểm hoặc Số tiền bảo hiểm kể từ ngày Công ty chấp thuận.
- Nếu Bên mua bảo hiểm không đồng ý với quyết định nêu trên, thì Công ty có quyền đơn phương chấm dứt thực hiện Hợp đồng và Công ty sẽ hoàn trả cho Bên mua bảo hiểm Phí bảo hiểm đã đóng cho thời gian còn lại (không có lãi), sau khi trừ đi các chi phí khám, xét nghiệm y khoa (nếu có)

10.2.4 Nếu theo Tuổi thực của Người được bảo hiểm không nằm trong nhóm Tuổi có thể được bảo hiểm theo quy định của Hợp đồng, Công ty có quyền hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm. Trong trường hợp này, Công ty không phải bồi thường, trả tiền bảo hiểm và sẽ hoàn lại toàn bộ Phí bảo hiểm đã đóng của sản phẩm này (không có lãi) cho Bên mua bảo hiểm sau khi trừ đi:

- Các chi phí khám, xét nghiệm y khoa (nếu có); và
- Các quyền lợi bảo hiểm đã thanh toán (kể cả quyền lợi bảo hiểm của sản phẩm đính kèm) (nếu có).

10.3 Thừa kế hợp đồng bảo hiểm:

- a. Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm không phải là Người được bảo hiểm, nếu Bên mua bảo hiểm tử vong trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực, người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm có quyền thừa kế toàn bộ các quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm với điều kiện người thừa kế hợp pháp này hội đủ các điều kiện quy định cho Bên mua bảo hiểm theo Quy tắc điều khoản này. Nếu điều kiện trên không được đáp ứng, thì Hợp đồng sẽ chấm dứt hiệu lực. Công ty sẽ hoàn trả cho Bên mua bảo hiểm Phí bảo hiểm đã đóng cho thời gian còn lại (không có lãi), sau khi trừ đi các chi phí khám, xét nghiệm y khoa (nếu có)

- b. Trường hợp Bên mua bảo hiểm là tổ chức và tổ chức này giải thể, phá sản hoặc chấm dứt hoạt động trong thời hạn Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực mà chưa được chuyển nhượng, Người được bảo hiểm sẽ trở thành Bên mua bảo hiểm mới và có toàn bộ quyền lợi và nghĩa vụ đối với Hợp đồng bảo hiểm. (Những) Người thụ hưởng do Bên mua bảo hiểm ban đầu chỉ định sẽ tự động bị hủy bỏ.
- c. Trường hợp Bên mua bảo hiểm là tổ chức và tổ chức này sáp nhập, hợp nhất để trở thành tổ chức mới, tổ chức mới sau khi thành lập sẽ trở thành Bên mua bảo hiểm mới kế thừa toàn bộ các quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm liên quan đến Quy tắc điều khoản này. Bên mua bảo hiểm phải đáp ứng các điều kiện quy định tại Quy tắc điều khoản này. Nếu sau khi sáp nhập, hợp nhất mà Bên mua bảo hiểm mới không đáp ứng các điều kiện quy định tại Quy tắc điều khoản này, Người được bảo hiểm sẽ trở thành Bên mua bảo hiểm của Hợp đồng.

Điều 11. Giải quyết quyền lợi bảo hiểm

11.1 Người nhận Quyền lợi bảo hiểm:

Ngoại trừ có thỏa thuận khác, Công ty sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm được quy định tại Điều 3 theo thứ tự ưu tiên lần lượt như sau:

11.1.1 Trong trường hợp xảy ra Sự kiện bảo hiểm:

1. Chi trả cho Người thụ hưởng theo tỷ lệ thụ hưởng được chỉ định trong Hợp đồng;
2. Nếu Người thụ hưởng đã tử vong, chi trả cho người thừa kế của Người thụ hưởng;
3. Nếu Hợp đồng không chỉ định Người thụ hưởng:
 - a. Nếu Bên mua bảo hiểm là cá nhân thì chi trả cho Bên mua bảo hiểm hoặc Người thừa kế của Bên mua bảo hiểm (trong trường hợp Bên mua bảo hiểm tử vong).
 - b. Nếu Bên mua bảo hiểm là tổ chức thì chi trả cho Người được bảo hiểm hoặc người thừa kế của Người được bảo hiểm (trong trường hợp Người được bảo hiểm tử vong trước khi chi trả quyền lợi bảo hiểm).

11.1.2 Trong các trường hợp khác:

1. Nếu Bên mua bảo hiểm là cá nhân: chi trả cho Bên mua bảo hiểm. Nếu Bên mua bảo hiểm là tổ chức: chi trả cho Người được bảo hiểm;
2. Nếu Hợp đồng bảo hiểm có chỉ định Người thụ hưởng và Bên mua bảo hiểm tử vong: chi trả cho Người thụ hưởng hoặc người thừa kế của Người thụ hưởng (trong trường hợp Người thụ hưởng tử vong);
3. Nếu Hợp đồng bảo hiểm không chỉ định Người thụ hưởng và Bên mua bảo hiểm tử vong: chi trả cho Người thừa kế của Bên mua bảo hiểm.

11.2 Thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm:

Người nhận quyền lợi bảo hiểm thông báo cho Công ty trong thời gian sớm nhất kể từ khi Sự kiện bảo hiểm xảy ra và cung cấp chứng từ theo quy định tại Điều 11.3 dưới đây.

Thời hạn nộp đơn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm tối đa là 01 năm kể từ ngày xảy ra Sự kiện bảo hiểm. Thời hạn 01 năm này không bao gồm thời gian trì hoãn do các trở ngại khách quan và sự kiện bất khả kháng.

11.3 Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm bao gồm:

- Phiếu yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm (theo mẫu của Công ty) được điền đầy đủ, trung thực và chính xác; và
- Kết quả Chẩn đoán bệnh được cấp bởi viện, bệnh viện, trung tâm y tế cấp tỉnh, thành phố hoặc cấp trung ương; và

- Các giấy tờ, hồ sơ Chẩn đoán bệnh, xét nghiệm liên quan đến tiến trình phát hiện và điều trị Bệnh ung thư giai đoạn cuối; và
- Giấy ra viện, giấy chứng nhận phẫu thuật (nếu có); và
- Giấy chứng nhận bảo hiểm bản gốc (nếu có); và
- Bản sao được chứng thực hợp pháp của giấy chứng tử do cơ quan có thẩm quyền cấp (trong trường hợp Người được bảo hiểm đã chết trước khi giải quyết quyền lợi bảo hiểm); và
- Bản sao được chứng thực hợp pháp của Căn cước công dân/hộ chiếu hoặc giấy tờ tùy thân hợp pháp khác của người nhận quyền lợi bảo hiểm, Người được bảo hiểm;
- Bệnh án (nếu có); các bằng chứng thăm khám y tế và các xét nghiệm liên quan đến phát hiện và điều trị bệnh, kết quả Chẩn đoán bệnh được thực hiện theo yêu cầu của Bác sĩ.
- Để phục vụ cho việc giải quyết quyền lợi của Hợp đồng bảo hiểm, Công ty có quyền yêu cầu Người được bảo hiểm tham gia tiến hành kiểm tra xác nhận lại Chẩn đoán bệnh với sự chấp thuận của Người được bảo hiểm (hoặc người đại diện theo pháp luật của Người được bảo hiểm), bao gồm việc cung cấp bằng chứng về tiền sử bệnh, bệnh sử, kết quả các xét nghiệm chẩn đoán y khoa, kết quả chẩn đoán lại tại một cơ sở y tế khác. Khi đó mọi chi phí cho việc tiến hành xét nghiệm y khoa này theo yêu cầu của Công ty sẽ do Công ty chịu trách nhiệm chi trả.
- Công ty sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm của Hợp đồng nếu Người được bảo hiểm không thực hiện các yêu cầu trên, trừ khi có lý do chính đáng được Công ty chấp thuận.
- Các tài liệu và chứng cứ sẽ được xem xét bởi Công ty. Công ty sẽ thông báo cho người nhận quyền lợi bảo hiểm về quyết định của Công ty.

11.4 Trong trường hợp xảy ra tranh chấp hoặc sự không đồng thuận đối với quyết định của Công ty, Công ty và Người được bảo hiểm hoặc người đại diện theo pháp luật của Người được bảo hiểm sẽ thỏa thuận chọn một Bác sĩ tại Bệnh viện khác để khám. Quyết định của Bác sĩ có xác nhận của Bệnh viện này là quyết định cuối cùng.

11.5 Nếu người nhận quyền lợi bảo hiểm chưa thành niên và/hoặc mất năng lực hành vi dân sự vào thời điểm yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm, thì hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải có thêm bản sao được chứng thực hợp pháp văn bản của cơ quan nhà nước có thẩm quyền xác nhận người đại diện theo pháp luật liên quan cùng với bản sao được chứng thực hợp pháp Chứng minh thư nhân dân/hộ chiếu hoặc giấy tờ tùy thân hợp pháp khác của người đại diện theo pháp luật.

11.6 Công ty có trách nhiệm giải quyết quyền lợi bảo hiểm trong vòng 30 (ba mươi) ngày làm việc 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 này. Trong trường hợp quyền lợi bảo hiểm được chấp thuận nhưng không được chi trả trong thời gian quy định thì Công ty sẽ trả lãi cho thời gian trả chậm trên cơ sở lãi suất bằng với lãi suất tạm ứng được công bố trên Website tại thời điểm chi trả

11.7 Người nhận quyền lợi của Hợp đồng có nghĩa vụ hoàn trả lại cho Công ty đầy đủ và ngay lập tức các khoản tiền quyền lợi bảo hiểm mà Công ty đã chi trả theo Hợp đồng nếu Công ty chứng minh được người nhận quyền lợi của Hợp đồng đã không trung thực, gian dối và/hoặc nhằm lẫn khi yêu cầu giải quyết các quyền lợi bảo hiểm.

11.8 Công ty có quyền từ chối giải quyết bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào nếu yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo Hợp đồng được chứng minh là không trung thực, gian dối.

Điều 12. Phương thức giải quyết tranh chấp

Tranh chấp liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm được giải quyết thông qua thương lượng giữa các bên. Trường hợp các bên không thương lượng được thì tranh chấp thông qua hòa giải hoặc Tòa án. Một trong các bên có thể khởi kiện tại một Tòa án có thẩm quyền tại để giải quyết tranh chấp đó. Quyết định của Tòa án là quyết định cuối cùng và các bên có nghĩa vụ thực hiện.



CÔNG TY TNHH BẢO HIỂM NHÂN THỌ MIRAE ASSET PRÉVOIR

Tầng 6A - 8, Tòa nhà Sài Gòn Giải Phóng,
436 - 438 Nguyễn Thị Minh Khai, Phường Bàn Cờ, TP. HCM

 **1900 6603**

 **map-life.com.vn**

