

QUY TẮC BẢO HIỂM TAI NẠN

(Ban hành kèm theo Quyết định số 13/2025-QĐHN-TMIV ngày 27 tháng 06 năm 2025
của Tổng Giám đốc Công ty TNHH Bảo hiểm Tokio Marine Việt Nam)

PHẦN I – ĐỊNH NGHĨA

Các thuật ngữ được định nghĩa dưới đây sẽ có cùng ý nghĩa khi xuất hiện tại bất kỳ phần nào của Quy tắc bảo hiểm.

1. Người được bảo hiểm

Là cá nhân có tính mạng, sức khỏe được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm và có tên trong danh sách Người được bảo hiểm đính kèm Hợp đồng bảo hiểm hoặc trên Giấy chứng nhận bảo hiểm, Bản tóm tắt Hợp đồng bảo hiểm, Sửa đổi bổ sung và được sự chấp thuận của Công ty.

2. 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, đóng phí bảo hiểm và được ghi tên Bên mua bảo hiểm trong Hợp đồng bảo hiểm, Bản tóm tắt Hợp đồng Bảo hiểm và/ hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm, hoặc Sửa đổi bổ sung (nếu có). Bên mua bảo hiểm phải có quyền lợi có thể được bảo hiểm với Người được bảo hiểm. Đối với Hợp đồng bảo hiểm nhóm, Bên mua bảo hiểm là cá nhân đại diện hợp lệ và hợp pháp cho nhóm cá nhân tham gia bảo hiểm.

3. Người phụ thuộc

Là vợ, chồng, bố mẹ, con hợp pháp của Người được bảo hiểm và bao gồm trong danh sách người được bảo hiểm của một Hợp đồng bảo hiểm. Trong đó, con hợp pháp của Người được bảo hiểm có độ tuổi từ 15 ngày tuổi đến 18 tuổi hoặc đến 24 tuổi nếu đang tham gia học tại cấp giáo dục nghề nghiệp đào tạo trình độ sơ cấp trở lên hoặc cấp giáo dục đại học đào tạo trình độ đại học trở lên, và chưa kết hôn tại ngày bắt đầu tham gia bảo hiểm.

Người phụ thuộc có thể mở rộng đối tượng khác theo thỏa thuận bằng văn bản giữa Công ty và Bên mua bảo hiểm tại Giấy chứng nhận bảo hiểm, Bản tóm tắt Hợp đồng bảo hiểm hoặc Sửa đổi bổ sung.

4. Người thụ hưởng

Là cá nhân, tổ chức được Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm chỉ định nhận toàn bộ hoặc một phần các quyền lợi bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm này. Người thụ hưởng được ghi tên trong Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm, Hợp đồng bảo hiểm. Trường hợp không có chỉ định Người thụ hưởng, Công ty sẽ giải quyết theo các quy định pháp luật hiện hành về thừa kế.

5. Công ty

Là Công ty TNHH Bảo hiểm Tokio Marine Việt Nam.

6. Hợp đồng bảo hiểm

Là thỏa thuận bằng văn bản được ký kết giữa Công ty và Bên mua bảo hiểm, theo đó Bên mua bảo hiểm phải đóng phí bảo hiểm, Công ty phải trả tiền bảo hiểm cho Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm. Hợp đồng bảo hiểm bao gồm các tài liệu Bản tóm tắt Hợp đồng bảo hiểm, Giấy chứng nhận bảo hiểm, Quy tắc bảo hiểm và các Sửa đổi bổ sung kèm theo hoặc ban hành tùy từng thời điểm.

7. Thời hạn bảo hiểm

Thời hạn bảo hiểm được quy định cụ thể trong Bản tóm tắt Hợp đồng bảo hiểm, Giấy chứng nhận bảo hiểm và bao gồm cả ngày bắt đầu và ngày kết thúc của thời hạn bảo hiểm này.

8. Tai nạn

Là bất kỳ sự kiện bất ngờ hay không lường trước, gây ra bởi một lực từ bên ngoài có thể nhìn thấy được tác động lên thân thể Người được bảo hiểm và xảy ra ngoài sự kiểm soát của Người được bảo hiểm.

Các trường hợp ngạt khói, hít phải hơi độc, khí độc và chết đuối sẽ được xem là Tai nạn theo Hợp đồng bảo hiểm này với điều kiện là các Tai nạn này không xuất phát từ hành động cố ý của Người được bảo hiểm.

9. Thương tật

Là những tổn thương thân thể xảy ra trong Thời hạn bảo hiểm chỉ do nguyên nhân Tai nạn mà không do Ốm đau, suy giảm sức khỏe hoặc thần kinh, theo thời gian, tuổi tác hay do ngộ độc thuốc xảy ra trong Thời hạn bảo hiểm.

10. Thương tật toàn bộ vĩnh viễn

Là Thương tật làm cho:

- Người được bảo hiểm bị mất, liệt hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của: hai tay; hoặc hai chân; hoặc một tay và một chân; hoặc hai mắt; hoặc một tay và một mắt; hoặc một chân và một mắt. Trong trường hợp này, mất hoàn toàn, liệt hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của tay được tính từ cổ tay trở lên; mất hoàn toàn, liệt hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của chân được tính từ mắt cá chân trở lên; mất hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của mắt được hiểu là mất hoàn toàn hoặc mù hoàn toàn và các trường hợp khác quy định trong bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm thương tật đính kèm.
- Hoặc Người được bảo hiểm bị tổn thương cơ thể từ 81% trở lên theo xác nhận của cơ quan y tế hoặc Hội đồng giám định Y khoa cấp tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương hoặc tổ chức giám định y tế hợp pháp được Công ty chấp thuận.

11. Thương tật bộ phận vĩnh viễn

Là Thương tật làm cho một hay nhiều bộ phận cơ thể của Người được bảo hiểm không có khả năng phục hồi chức năng hoạt động bình thường và không có khả năng tiến triển của Thương tật đó. Tỷ lệ thương tật bộ phận vĩnh viễn tương ứng với (các) thương tật bộ phận vĩnh viễn được quy định tại và xác định theo Phụ lục I: Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm thương tật và làm cơ sở để Công ty thanh toán tiền bảo hiểm.

12. Thương tật tạm thời

Là Thương tật làm cho Người được bảo hiểm không thể thực hiện một phần hoặc toàn bộ công việc hàng ngày trong một khoảng thời gian nhất định.

13. Bệnh viện

Là một cơ sở y tế được thành lập và hoạt động hợp pháp, được cơ quan nhà nước cấp phép hoạt động với hình thức là Bệnh viện và:

- Có khả năng và phương tiện chẩn đoán bệnh, điều trị và phẫu thuật;
 - Có điều kiện thuận lợi cho việc điều trị nội trú và có hệ thống theo dõi sức khỏe hàng ngày cho các bệnh nhân điều trị nội trú;
- Bệnh viện không bao gồm các cơ sở y tế nhằm mục đích chính là an dưỡng phục hồi sức khỏe, mát xa hoặc là một nơi đặc biệt chỉ có mục đích duy nhất là phục vụ cho người già hoặc giúp đỡ cai nghiện rượu, ma túy, chất kích thích hoặc để điều trị rối loạn tâm thần, điều trị bệnh phong.

14. Ốm đau

Là tình trạng cơ thể có dấu hiệu của một bệnh lý khác với tình trạng sức khỏe bình thường, được biểu hiện bằng các triệu chứng hay hội chứng có chuẩn đoán bệnh lý của Bác sỹ.

15. Cơ sở y tế

Là một cơ sở khám chữa bệnh hợp pháp được luật pháp nước sở tại công nhận, được cấp giấy phép hoạt động khám chữa bệnh điều trị nội trú và/ hoặc ngoại trú, không phải là cơ sở phục vụ mục đích nghỉ ngơi hoặc điều dưỡng, massage hay một cơ sở đặc biệt dành riêng cho người già, hoặc để cai nghiện rượu, ma túy, chất kích thích.

16. Bác sỹ

Bác sỹ được cơ quan có thẩm quyền của nước sở tại cấp giấy phép, chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh hợp pháp dưới hình thức hành nghề bác sỹ, và Bác sỹ đó đang hành nghề trong phạm vi hoạt động chuyên môn theo giấy phép, chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh được cấp, loại trừ những Bác sỹ chính là Người được bảo hiểm hoặc người thân (bố mẹ, vợ/ chồng, con cái, anh/chị em ruột) của Người được bảo hiểm. Bác sỹ có thể được công nhận như là một Bác sỹ chuyên khoa hay cổ vấn y tế.

17. Nằm viện

Là việc nhập viện tại một Bệnh viện dưới hình thức là một bệnh nhân nội trú cho thời gian tối thiểu 24 giờ theo chỉ định bằng văn bản của Bác sỹ và theo đó Bệnh viện thu phí giường và phòng điều trị đối với Người được bảo hiểm. Đơn vị ngày nằm viện được tính theo đơn vị giường nằm trong chúng tử viện phí chi tiết hoặc 24 giờ trên giấy ra viện.

18. Chi phí y tế hợp lý

Các chi phí cần thiết về y tế phát sinh cho việc xác định, theo dõi, điều trị y tế của Người được bảo hiểm đối với Thương tật với điều kiện các chi phí đó phải là chi phí thông lệ, hợp lý và/hoặc phù hợp với các hướng dẫn chẩn đoán, điều trị của Bộ Y Tế Nước sở tại.

19. Cần thiết về y tế

Là những dịch vụ hoặc cung ứng do Bệnh viện, Bác sỹ cung cấp và cần thiết để xác định hoặc điều trị Thương tật và là dịch vụ được xác định là:

- Phù hợp và có liên quan với các chẩn đoán và điều trị cho bất kỳ Thương tật nào; và
- Phù hợp với các tiêu chuẩn về thực hành chuyên khoa; và
- Không chỉ vì sự thuận tiện của Người được bảo hiểm hoặc của bất kỳ Bác sỹ nào; và
- Cung ứng cấp độ dịch vụ phù hợp nhất có thể cung cấp được.

Khi áp dụng cho trường hợp Nằm viện, điều này còn có nghĩa là các dịch vụ như vậy cần thiết cho việc điều trị các triệu chứng hoặc tình trạng y tế nhưng không thể cung cấp được một cách an toàn theo hình thức Điều trị ngoại trú.

20. Điều dưỡng tại nhà

Là dịch vụ điều dưỡng tại nhà tiêu chuẩn thực hiện tại nơi cư trú của Người được bảo hiểm do một điều dưỡng viên đủ tiêu chuẩn và được cấp phép hành nghề phù hợp, cung cấp cho Người được bảo hiểm sau khi sau khi tiến hành Phẫu thuật do Thương tật và xuất viện, và phải được Bác sỹ điều trị chỉ định việc thực hiện dịch vụ

21. Dịch vụ vận chuyển cấp cứu

Là dịch vụ vận chuyển khẩn cấp do một đơn vị được cấp phép cung cấp nhằm đưa Người được bảo hiểm trong Tình trạng nguy kịch do Tai nạn đến điều trị cấp cứu tại Cơ sở y tế gần nhất với điều kiện chăm sóc y tế thích hợp với Người được bảo hiểm. Dịch vụ vận chuyển cấp cứu được bảo hiểm không bao gồm dịch vụ vận chuyển bằng đường hàng không, dịch vụ vận chuyển S.O.S.

22. Phẫu thuật

Là một phương pháp khoa học để điều trị Thương tật được thực hiện bởi những phẫu thuật viên có bằng cấp thông qua những ca mổ bằng tay với các dụng cụ y tế hoặc bằng thiết bị y tế trong Bệnh viện bao gồm nhưng không giới hạn bởi mổ nội soi, mổ bằng tia laser, tán sỏi ngoài cơ thể, thủ thuật nội soi để điều trị với các dụng cụ y tế tại Bệnh viện. Việc xác định Phẫu thuật dựa trên danh mục Phẫu thuật theo quy định hiện hành của Bộ Y tế Nước sở tại.

23. Điều trị nội trú

Là việc điều trị y tế tại một Bệnh viện của Người được bảo hiểm theo chỉ định của Bác sỹ mà bao gồm thủ tục nhập viện và nằm tại giường bệnh qua đêm. Giấy xuất viện là chứng tử cần thiết để yêu cầu bồi thường cho quyền lợi này.

Điều trị nội trú bao gồm Điều trị nội trú trong ngày (là việc hình thức điều trị nội trú tạo cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong thời gian làm việc ban ngày, kể cả ngày nghỉ, ngày lễ).

24. Điều trị Ngoại trú

Là việc điều trị y tế tại một Cơ sở y tế của Người được bảo hiểm mà không phải Điều trị nội trú hoặc điều trị nội trú trong ngày.

25. Điều kiện tồn tại trước

Là bệnh hoặc thương tật của Người được bảo hiểm đã tồn tại trước Ngày hiệu lực đầu tiên và:

- Người được bảo hiểm đã phải điều trị trong vòng 3 năm trước Ngày hiệu lực đầu tiên;
- Triệu chứng bệnh hoặc thương tật đã xuất hiện hoặc đã xảy ra với Người được bảo hiểm trước ngày Ngày hiệu lực đầu tiên mà Người được bảo hiểm đã biết hoặc ý thức được cho dù Người được bảo hiểm có thực sự khám, điều trị hay không.

26. Tình trạng nguy kịch

là tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm mà theo ý kiến Bác sỹ cần phải điều trị khẩn cấp để tránh tử vong.

27. Chất kích thích

Chất kích thích là các chất ma túy, chất gây nghiện, hoặc chất hướng thần theo mục do Nhà nước ban hành, ngoại trừ trường hợp sử dụng cho mục điều trị bệnh theo chỉ định của Bác sĩ hoặc Cơ sở Y tế.

PHẦN II – PHẠM VI BẢO HIỂM

Công ty sẽ thanh toán cho Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng các quyền lợi bảo hiểm do tử vong, thương tật vĩnh viễn (bao gồm **Thương tật Toàn bộ Vĩnh viễn** và **Thương tật Bộ phận Vĩnh viễn**), trợ cấp do **Thương tật tạm thời** và chi phí y tế phát sinh do Thương tật gây ra cho Người được bảo hiểm trong **Thời hạn bảo hiểm**.

Hậu quả của Thương tật xảy ra trong vòng 104 tuần kể từ ngày xảy ra Tai nạn sẽ được bảo hiểm theo các quyền lợi trên với điều kiện thời điểm xảy ra hậu quả thì Hợp đồng bảo hiểm này vẫn còn hiệu lực hoặc đã được tái tục liên tục với Công ty. Tái tục liên tục là không có thời gian ngắt quãng giữa các Hợp đồng bảo hiểm do Công ty cấp bảo hiểm cho Người được bảo hiểm.

1. Tử vong và thương tật vĩnh viễn do tai nạn

1.1 Tử vong do Tai nạn:

Trả 100% số tiền bảo hiểm theo Phụ lục 1 – Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm thương tật của Quy tắc bảo hiểm này

1.2 Thương tật toàn bộ vĩnh viễn do Tai nạn:

Trả 100% số tiền bảo hiểm theo Phụ lục 1 – Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm thương tật của Quy tắc bảo hiểm này

1.3 Thương tật bộ phận vĩnh viễn do Tai nạn:

Trả theo tỉ lệ phần trăm của Số tiền bảo hiểm theo Phụ Lục I - Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm thương tật của Quy tắc bảo hiểm này.

2. Trợ cấp cho Thương tật tạm thời

Trong trường hợp **Người được bảo hiểm** bị **Thương tật** trong **Thời hạn bảo hiểm** và chịu hậu quả là **Thương tật tạm thời**, Công ty đồng ý thanh toán trợ cấp lương hoặc trợ cấp ngày như quy định trong Bảng tóm tắt Hợp đồng bảo hiểm với điều kiện là vẫn tuân thủ theo các điều khoản, điều kiện và loại trừ như trong Quy tắc bảo hiểm này.

Bồi thường theo quyền lợi này dựa trên cơ sở số ngày nghỉ thực tế để điều trị **Thương tật tạm thời** và số ngày nghỉ phải được chỉ định của Bác sĩ.

Công ty sẽ chấm dứt việc thanh toán khoản Trợ cấp này ngay sau khi Người được bảo hiểm bị tử vong hoặc được xác định là thương tật vĩnh viễn.

Trong trường hợp thanh toán trợ cấp lương, mức lương làm cơ sở chi trả bồi thường là mức lương Người được bảo hiểm tại thời điểm điều trị.

3. Chi phí y tế do Tai nạn

Công ty sẽ thanh toán các Chi phí y tế thực tế và hợp lý cho việc chẩn đoán và điều trị y tế bao gồm cả Điều trị nội trú, phẫu thuật, Điều trị ngoại trú, các chi phí đồ dùng y tế, dịch vụ **Điều dưỡng tại nhà** và **Dịch vụ vận chuyển cấp cứu** và bao gồm chi phí điều trị nha khoa nếu việc điều trị đó là cần thiết để phục hồi răng thật và lành lặn do tai nạn gây ra theo giới hạn được ghi trong Bảng tóm tắt Hợp đồng bảo hiểm.

PHẦN III - CÁC ĐIỀU KHOẢN LOẠI TRỪ CHUNG

Công ty sẽ không bồi thường cho bất cứ chi phí nào dưới đây hoặc quyền lợi nào của Hợp đồng bảo hiểm đối với những tổn thất hay trách nhiệm phát sinh từ những sự kiện sau đây:

1. Thảm họa tự nhiên như: Động đất, núi lửa, sóng thần, nhiễm phóng xạ;
2. Chiến tranh, nội chiến, đình công, khủng bố, bạo động, dân biến, phiến loạn các hoạt động dân sự hoặc hành động của bất kỳ người cầm đầu của tổ chức nào nhằm lật đổ, đe dọa chính quyền, kiểm soát bằng vũ lực;
3. Tham gia vào các hoạt động hàng không (trừ khi với tư cách là hành khách), tham gia các cuộc diễn tập huấn luyện quân sự, tham gia chiến đấu của lực lượng vũ trang;
4. Tham gia tập luyện hoặc tham gia thi đấu các môn thể thao chuyên nghiệp;
5. Người được bảo hiểm tham gia vào việc khám phá hang động, leo núi hoặc leo núi đá, khám phá hốc đá hang động sâu, nhảy dù mạo hiểm nhảy dù, nhảy bungee, khinh khí cầu, tàu lượn, lặn biển sâu, các hoạt động thể thao dưới nước cần sử dụng không khí nén hoặc dưỡng khí, đua xe đường trường, đua dưới bất kỳ hình thức nào bằng bất kỳ phương tiện hoặc thiết bị có động cơ nào, và bất kỳ hoạt động thể thao có tổ chức nào dưới hình thức chuyên nghiệp hoặc được tài trợ, hoặc là kết quả của bất kỳ hoạt động nào được yêu cầu từ hoặc ở trên tàu hoặc giàn khoan dầu khí, hoặc tại một địa điểm ngoài khơi tương tự;
6. Thương tật tự gây ra, tự tử hoặc có ý định tự tử, có ý đặt mình vào những tình huống nguy hiểm (trừ khi là để cứu mạng người);
7. Hành động cố ý của Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng;
8. Thương tật gây ra do thực hiện nghĩa vụ sĩ quan công an hay quân đội;
9. Thương tật gây ra do ngộ độc thực phẩm và đồ uống;
10. Người được bảo hiểm vi phạm pháp luật, vi phạm quy định về lao động, vi phạm luật giao thông bao gồm nhưng không giới hạn ở việc điều khiển phương tiện giao thông không có giấy phép lái xe hợp lệ (đối với loại xe bắt buộc phải có giấy phép lái xe), đua xe (hợp pháp hoặc bất hợp pháp), xe đi vào đường cấm, khu vực cấm hoặc vượt xe trong đường cấm vượt, đi ngược chiều của đường một chiều hoặc của đường hai chiều có dây phân cách cứng, vượt đèn đỏ hoặc không chấp hành theo hiệu lệnh của người điều khiển giao thông, xe đi đêm không có đèn chiếu sáng theo quy định, vượt quá tốc độ quy định. Đối với trường hợp Người được bảo hiểm có nồng độ cồn khi điều khiển phương tiện tham gia giao thông, điểm loại trừ này chỉ áp dụng khi nồng độ cồn trên 50 miligam/100 mililit máu hoặc 0,25 miligam/ 1 lít khí thở;
11. Đột tử, Ốm đau, bệnh tật, thai sản, bệnh nghề nghiệp, những hậu quả trong quá trình điều trị ốm đau, bệnh tật và thai sản;
12. Thương tật gây ra do Điện loạn/mất trí;
13. Các điều kiện tồn tại trước;
14. Các dị tật bẩm sinh và các tình trạng/điều kiện phát sinh hoặc gây ra từ đó;
15. Người được bảo hiểm bị tác động bởi Chất kích thích, chất gây nghiện, thuốc cai nghiện, thuốc không được bác sĩ chuyên môn kê toa, rượu, bia và việc ảnh hưởng này là nguyên nhân gây ra tai nạn;
16. Người được bảo hiểm bị ảnh hưởng bởi chất có cồn trừ khi người khiếu nại chứng minh một cách hợp lý rằng cồn không là một yếu tố góp phần gây nên Thương tật;

17. Thương tật của bất kỳ Người được bảo hiểm nào gây ra do ẩu đả, trừ trường hợp tự vệ;
18. Loại trừ những sản phẩm được phân loại là các chất hữu cơ, thực phẩm chức năng, mỹ phẩm, sữa dinh dưỡng;
19. Các chi phí để có cơ quan Cấy ghép nội tạng như cho, nhận, mua, vận chuyển, bảo quản nội tạng. Tuy nhiên, Hợp đồng bảo hiểm này bảo hiểm cho các chi phí y tế cho việc Cấy ghép nội tạng vào cơ thể;
20. Việc điều trị thử nghiệm, điều trị không được cơ quan nhà nước có thẩm quyền công nhận hoặc cấp phép.

PHẦN IV – ĐIỀU KHOẢN ĐẶC BIỆT

1. Mất tích do tai nạn

Nếu thi thể của Người được bảo hiểm không được tìm thấy trong vòng hai (2) năm kể từ ngày mất tích do tai nạn bị chìm, bị đắm hoặc bị rơi của máy bay hay phương tiện vận chuyển khác dù là đường bộ, đường hàng không hay đường thủy mà Người được bảo hiểm mà Người được bảo hiểm có mặt trên đó tại thời điểm xảy ra Tai nạn và tình huống như vậy được bảo hiểm theo quy định của Hợp đồng bảo hiểm, khi đó Người được bảo hiểm sẽ được xem là đã tử vong do Thương tật gây ra bởi một Tai nạn được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm tại thời điểm mất tích, bị chìm hoặc bị đắm nêu trên. Tuy nhiên, nếu vào bất cứ thời điểm nào sau đó Người được bảo hiểm được phát hiện là vẫn còn sống, thì số tiền bồi thường đã chi trả phải được Người được bảo hiểm hoàn lại ngay cho Công ty.

2. Sự tiếp xúc với khí hậu, thời tiết

Nếu sau khi bị Thương tật, Người được bảo hiểm tiếp xúc với các yếu tố khí hậu thời tiết, và hậu quả trực tiếp của việc tiếp xúc này dẫn đến Tử vong hoặc **Thương tật vĩnh viễn** có thể được bảo hiểm, Tử vong hoặc **Thương tật vĩnh viễn** đó sẽ được coi là hậu quả của Thương tật và được bồi thường theo Quy tắc bảo hiểm này.

3. Hạn mức Số tiền bồi thường chung

Tổng trách nhiệm tính gộp tối đa của Công ty đối với tất cả các **Người được bảo hiểm** đi trên cùng một chuyến bay, chuyến xe hoặc chuyến tàu sẽ không vượt quá VND 25,000,000,000 hoặc tổng Số tiền bồi thường phải trả cho những **Người được bảo hiểm** đó, tùy thuộc vào số nào nhỏ hơn.

Nếu tổng số tiền của tất cả yêu cầu bồi thường cho **Thương tật** đối với những **Người được bảo hiểm** trong cùng một chuyến vượt quá Hạn mức chung này, trách nhiệm Công ty đối với những **Người được bảo hiểm** sẽ là phần tỷ lệ của **Quyền lợi bảo hiểm** đối với Người được bảo hiểm đó.

PHẦN V – CÁC ĐIỀU KIỆN CHUNG

1. Toàn bộ Hợp đồng

Quy tắc bảo hiểm, Bản tóm tắt hợp đồng bảo hiểm, Giấy chứng nhận bảo hiểm, danh sách Người được bảo hiểm, bản báo giá bảo hiểm và các sửa đổi bổ sung sẽ cấu thành một bộ Hợp đồng bảo hiểm và các tài liệu hợp đồng này phải được đọc cùng với nhau.

Bất kỳ sự thay đổi điều khoản điều kiện nào do Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm yêu cầu sẽ có hiệu lực khi được người có thẩm quyền của Công ty chấp thuận bằng việc ban hành Sửa đổi bổ sung đính kèm vào Hợp đồng bảo hiểm bởi Công ty.

Nếu bất kỳ từ hoặc cách diễn đạt nào đã được gán cho một ý nghĩa cụ thể được nêu trong bất kỳ phần nào của Hợp đồng bảo hiểm sẽ mang ý nghĩa đó ở bất cứ nơi nào nó xuất hiện. Trong trường hợp có xung đột về các điều khoản, điều kiện và cách diễn đạt, thỏa thuận bằng văn bản sau cùng giữa hai bên sẽ được ưu tiên áp dụng trừ khi hai bên có thỏa thuận khác về việc giải quyết xung đột đó.

2. Phạm vi địa lý

Phạm vi địa lý được bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm này là Lãnh thổ nước Cộng Hòa Xã Hội Chủ Nghĩa Việt Nam, trừ khi có thỏa thuận khác được thể hiện trên Bản tóm tắt Hợp đồng bảo hiểm.

3. Đối tượng tham gia bảo hiểm

- a. Công ty sẽ đồng ý bảo hiểm cho cá nhân đáp ứng các điều kiện sau đây:
 - Độ tuổi: từ 15 ngày tuổi đến 80 tuổi (tính theo lần sinh nhật gần nhất); và
 - Trường hợp người trên 70 tuổi chỉ được bảo hiểm nếu đã tham gia bảo hiểm với Công ty ít nhất 2 năm liên tục.
 - Cá nhân đáp ứng điều kiện là Người phụ thuộc quy định tại Hợp đồng bảo hiểm.
- b. Công ty không đồng ý bảo hiểm và/hoặc không thực hiện trách nhiệm bảo hiểm đối với các trường hợp sau:
 - Người bị tâm thần, down, bệnh phong;
 - Người bị thương tật vĩnh viễn hoặc suy giảm khả năng lao động từ 50% trở lên;
 - Vào thời điểm tái tục bảo hiểm, Người được bảo hiểm trên 80 tuổi (tính theo sinh nhật gần nhất).
 - Người đang điều trị nội trú do Tai nạn hoặc bệnh
- c. Trường hợp Công ty phát hiện việc không đáp ứng điều kiện bảo hiểm sau ngày hiệu lực bảo hiểm, Công ty sẽ có quyền hủy bỏ bảo hiểm với cá nhân không đáp ứng điều kiện bảo hiểm và hoàn lại phí bảo hiểm đã thu sau khi trừ đi chi phí quản lý và hành chính với Hợp đồng bảo hiểm.

4. Hợp đồng bảo hiểm khác

Nếu tại thời điểm phát sinh bồi thường bảo hiểm, Người được bảo hiểm đang được một hợp đồng bảo hiểm khác có hiệu lực chi trả cho cùng những chi phí và tổn thất yêu cầu bồi thường với Công ty, Người được bảo hiểm có quyền yêu cầu bồi thường ở bất kỳ Quy tắc bảo hiểm nào có hiệu lực. Trong trường hợp chi phí y tế đã được thanh toán bởi hợp đồng khác thì Quy tắc bảo hiểm này sẽ chỉ chi trả cho Người được bảo hiểm các khoản không được thanh toán dưới Hợp đồng bảo hiểm khác đó hoặc theo thỏa thuận khác được quy định trên Bản tóm tắt hợp đồng bảo hiểm.

5. Vi phạm nghĩa vụ cung cấp thông tin

Khi giao kết Hợp đồng bảo hiểm, 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; Bên mua bảo hiểm có trách nhiệm cung cấp đầy đủ thông tin liên quan đến đối tượng bảo hiểm cho Công ty. Các bên chịu trách nhiệm về tính chính xác, trung thực của thông tin đó. Công ty có trách nhiệm giữ bí mật về thông tin do Bên mua bảo hiểm cung cấp.

Trường hợp bên mua bảo hiểm, 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. Công ty không phải trả tiền bảo hiểm và phải hoàn lại phí bảo hiểm cho bên mua bảo hiểm sau khi trừ đi các chi phí quản lý hành chính.

6. Chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm

Trường hợp một trong hai bên đề nghị chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm, bên yêu cầu chấm dứt phải thông báo bằng văn bản cho bên kia biết trước 30 ngày kể từ ngày có ý định chấm dứt. Việc chấm dứt hợp đồng phải phù hợp với quy định của Luật kinh doanh bảo hiểm và Bộ luật dân sự và tuân thủ theo hai trường hợp sau:

- Nếu hợp đồng được hai bên thỏa thuận chấm dứt theo yêu cầu chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm của Bên mua bảo hiểm, Công ty sẽ hoàn trả 80% phí bảo hiểm của thời gian hiệu lực còn lại, với điều kiện đến thời điểm đó Hợp đồng bảo hiểm chưa phát sinh bồi thường.
- Nếu hợp đồng được hai bên thỏa thuận chấm dứt theo yêu cầu chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm của Công ty, Công ty sẽ hoàn trả 100% phí bảo hiểm của thời gian hiệu lực còn lại nếu Hợp đồng bảo hiểm chưa phát sinh bồi thường.

7. Lựa chọn mở rộng bảo hiểm

Hợp đồng bảo hiểm cũng xem xét không áp dụng và/hoặc mở rộng một số trường hợp loại trừ tại PHẦN III – CÁC LOẠI TRỪ CHUNG và/hoặc thay đổi một số định nghĩa ở PHẦN I - ĐỊNH NGHĨA với điều kiện được Công ty chấp thuận và Bên mua bảo hiểm đồng ý trả thêm phí bảo hiểm (nếu có) theo yêu cầu của Công ty cho việc mở rộng hoặc thay đổi phạm vi bảo hiểm này. Các mở rộng hoặc thay đổi này, nếu có, sẽ được nêu chi tiết tại Hợp đồng bảo hiểm và các Sửa đổi bổ sung.

8. Đơn vị tiền tệ

Trong trường hợp sự kiện bảo hiểm xảy ra ở nước ngoài và yêu cầu bồi thường có khoản bồi thường bằng tiền tệ không phải đồng Việt Nam thì các bên ghi nhận và đồng ý rằng quy định áp dụng tỷ giá hối đoái nếu giao dịch được thực hiện bằng đồng tiền khác với loại tiền tệ quy định trên hợp đồng bảo hiểm sẽ được quy đổi sang đồng Việt Nam theo tỷ giá bán ra giữa Đồng Việt Nam và Đồng Ngoại Tệ tại thời điểm giải quyết bồi thường được nêu trong Thông báo Bồi Thường.

Tỷ giá bán ra nêu trên là tỷ giá bán ra được Ngân hàng Ngoại Thương Việt Nam công bố hoặc theo tỷ giá được các tổ chức tín dụng khác công bố đối với các tỷ giá không được Ngân hàng Ngoại thương Việt Nam công bố.

9. Quyền và nghĩa vụ các bên

9.1. Quyền và nghĩa vụ của Công ty bảo hiểm

9.1.1. Công ty bảo hiểm có quyền:

- Thu phí bảo hiểm theo thoả thuận trong hợp đồng bảo hiểm;
- Yêu cầu bên mua bảo hiểm cung cấp đầy đủ, trung thực mọi thông tin có liên quan đến việc giao kết và thực hiện hợp đồng bảo hiểm;
- Hủy bỏ hợp đồng bảo hiểm quy định tại khoản 2 Điều 22 hoặc đơn phương chấm dứt thực hiện hợp đồng bảo hiểm quy định tại Điều 26 của Luật kinh doanh bảo hiểm 2022;
- Từ chối bồi thường, trả tiền bảo hiểm trong trường hợp không thuộc phạm vi trách nhiệm bảo hiểm hoặc trường hợp loại trừ trách nhiệm bảo hiểm theo thoả thuận trong hợp đồng bảo hiểm;
- Yêu cầu bên mua bảo hiểm áp dụng các biện pháp đề phòng, hạn chế tổn thất theo quy định của Luật kinh doanh bảo hiểm 2022 và quy định khác của pháp luật có liên quan;
- Yêu cầu người thứ ba bồi hoàn số tiền mà công ty bảo hiểm đã bồi thường cho người được bảo hiểm đối với thiệt hại về tài sản; lợi ích kinh tế hoặc nghĩa vụ thực hiện hợp đồng hoặc nghĩa vụ theo pháp luật; trách nhiệm dân sự do người thứ ba gây ra;
- Quyền khác theo quy định của pháp luật.

9.1.2. Công ty bảo hiểm có nghĩa vụ:

- Cung cấp cho bên mua bảo hiểm bản yêu cầu bảo hiểm, bảng câu hỏi liên quan đến rủi ro được bảo hiểm, đối tượng bảo hiểm, quy tắc, điều kiện, điều khoản bảo hiểm;
- Giải thích rõ ràng, đầy đủ cho bên mua bảo hiểm về quyền lợi bảo hiểm, điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm, quyền và nghĩa vụ của bên mua bảo hiểm khi giao kết hợp đồng bảo hiểm;
- Cung cấp cho bên mua bảo hiểm bằng chứng giao kết hợp đồng bảo hiểm quy định tại Điều 18 của Luật kinh doanh bảo hiểm 2022;
- Cấp hóa đơn thu phí bảo hiểm cho bên mua bảo hiểm theo thoả thuận trong hợp đồng bảo hiểm và quy định của pháp luật có liên quan;
- Bồi thường, trả tiền bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm;
- Giải thích bằng văn bản lý do từ chối bồi thường, trả tiền bảo hiểm;
- Phối hợp với bên mua bảo hiểm để giải quyết yêu cầu của người thứ ba đòi bồi thường về những thiệt hại thuộc trách nhiệm bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm;
- Lưu trữ hồ sơ hợp đồng bảo hiểm theo quy định của pháp luật;
- Bảo mật thông tin do bên mua bảo hiểm, người được bảo hiểm cung cấp, trừ trường hợp theo yêu cầu của cơ quan nhà nước có thẩm quyền hoặc được sự đồng ý của bên mua bảo hiểm, người được bảo hiểm;
- Nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật.

9.1.3. Quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm

9.1.4. Bên mua bảo hiểm có quyền:

- Lựa chọn doanh nghiệp bảo hiểm, chi nhánh doanh nghiệp bảo hiểm phi nhân thọ nước ngoài để giao kết hợp đồng bảo hiểm;
- Yêu cầu công ty bảo hiểm cung cấp bản yêu cầu bảo hiểm, bảng câu hỏi liên quan đến rủi ro được bảo hiểm, đối tượng bảo hiểm, quy tắc, điều kiện, điều khoản bảo hiểm và giải thích các điều kiện, điều khoản bảo hiểm;
- Yêu cầu công ty bảo hiểm cung cấp bằng chứng giao kết hợp đồng bảo hiểm quy định tại Điều 18 của Luật kinh doanh bảo hiểm 2022;
- Yêu cầu công ty bảo hiểm cấp hóa đơn thu phí bảo hiểm theo thoả thuận trong hợp đồng bảo hiểm và quy định của pháp luật có liên quan;
- Hủy bỏ hợp đồng bảo hiểm quy định tại khoản 3 Điều 22 và Điều 35 hoặc đơn phương chấm dứt thực hiện hợp đồng bảo hiểm quy định tại Điều 26 của Luật kinh doanh bảo hiểm 2022;
- Yêu cầu công ty bảo hiểm bồi thường, trả tiền bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm;
- Chuyển giao hợp đồng bảo hiểm theo thoả thuận trong hợp đồng bảo hiểm hoặc theo quy định của pháp luật;

h. Quyền khác theo quy định của pháp luật.

9.1.5. Bên mua bảo hiểm có nghĩa vụ:

- a. Kê khai đầy đủ, trung thực mọi thông tin có liên quan đến hợp đồng bảo hiểm theo yêu cầu của công ty bảo hiểm;
- b. Đọc và hiểu rõ điều kiện, điều khoản bảo hiểm, quyền, nghĩa vụ của bên mua bảo hiểm khi giao kết hợp đồng bảo hiểm và nội dung khác của hợp đồng bảo hiểm;
- c. Đóng phí bảo hiểm đầy đủ, đúng hạn theo thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm;
- d. Thông báo cho công ty bảo hiểm những trường hợp có thể làm tăng rủi ro hoặc giảm rủi ro hoặc làm phát sinh thêm trách nhiệm của công ty bảo hiểm trong quá trình thực hiện hợp đồng bảo hiểm theo thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm;
- e. Thông báo cho công ty bảo hiểm về việc xảy ra sự kiện bảo hiểm theo thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm; phối hợp với công ty bảo hiểm trong giám định tổn thất;
- f. Áp dụng các biện pháp để phòng, hạn chế tổn thất theo quy định của Luật kinh doanh bảo hiểm 2022 và quy định khác của pháp luật có liên quan;
- g. Nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật.

10. Luật áp dụng

Hợp đồng bảo hiểm này được diễn giải và điều chỉnh bởi pháp luật Việt Nam.

11. Giám định y khoa

Công ty có quyền yêu cầu Người được bảo hiểm tiến hành thêm một số xét nghiệm hay giám định y khoa bằng chi phí của Công ty nếu Công ty nhận thấy một yêu cầu bồi thường có liên quan trực tiếp hay gián tiếp đến một điểm loại trừ trách nhiệm bảo hiểm. Người được bảo hiểm có nghĩa vụ hợp tác trong việc giám định này, nếu không, Công ty có quyền từ chối hồ sơ yêu cầu bồi thường liên quan.

Thêm vào đó, Công ty có quyền yêu cầu tiến hành khám nghiệm tử thi trong trường hợp xảy ra tử vong đối với Người được bảo hiểm nếu việc này không vi phạm pháp luật hiện hành và/hoặc không ảnh hưởng đến tín ngưỡng và thuần phong mỹ tục.

12. Đảm bảo tái tục hợp đồng

Công ty đảm bảo rằng Hợp đồng bảo hiểm này sẽ được tái tục khi hết Thời hạn bảo hiểm với điều kiện sau:

- Công ty nhận được xác nhận yêu cầu tái tục Hợp đồng bảo hiểm chậm nhất là vào ngày hết hạn của Hợp đồng bảo hiểm;
- Phí bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm tái tục vẫn phải đảm bảo được thanh toán đúng hạn theo quy định của Hợp đồng bảo hiểm tái tục đó hoặc theo quy định pháp luật tại thời điểm tái tục;
- Vào thời điểm kết thúc Thời hạn bảo hiểm, căn cứ tỷ lệ tổn thất, Công ty có quyền điều chỉnh quyền lợi bảo hiểm và tỷ lệ tăng/giảm phí bảo hiểm cho phù hợp.

PHẦN VI - THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

1. Thời hạn nộp hồ sơ yêu cầu bồi thường

Thời hạn nộp hồ sơ yêu cầu bồi thường, trả tiền bảo hiểm theo hợp đồng bảo hiểm là 01 năm kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm. Thời gian xảy ra sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan khác không tính vào thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm hoặc bồi thường. Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm chứng minh được rằng mình không biết thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm thì thời hạn quy định như trên được tính từ ngày Người được bảo hiểm biết việc xảy ra sự kiện bảo hiểm đó.

2. Hồ sơ yêu cầu bồi thường

2.1. Sau khi nhận được thông báo yêu cầu bồi thường, Công ty sẽ yêu cầu Bên mua bảo hiểm hoặc Người được Bảo hiểm cung cấp hồ sơ yêu cầu bồi thường bao gồm:

- Giấy yêu cầu bồi thường bảo hiểm được điền đầy đủ (Theo mẫu cập nhật của Công ty)
- Các tài liệu chứng minh về đối tượng tham gia bảo hiểm: Bản tóm tắt Hợp đồng Bảo hiểm, Chứng minh thư nhân dân/ Căn cước công dân/ Giấy khai sinh/ Hộ chiếu của Người được Bảo hiểm
- Các tài liệu chứng minh sự kiện bảo hiểm phát sinh yêu cầu bồi thường: Biên bản tai nạn có xác nhận của cơ quan, chính quyền địa phương hoặc công an nơi Người được bảo hiểm bị tai nạn (trường hợp Người được bảo hiểm trong vụ tai nạn giao thông gây hậu quả nghiêm trọng trở lên) hoặc Bản tường trình sự việc của Người được bảo hiểm trong các trường hợp khác.
- Các hóa đơn, chứng từ và bằng chứng hợp lệ liên quan đến việc khám chữa bệnh, điều trị y tế (bao gồm bảng kê chi tiết các loại chi phí phát sinh)
- Các giấy tờ để làm rõ/chứng minh các tài liệu được nêu trên để giúp Công ty xác minh yêu cầu bồi thường trong trường hợp cần thiết

Hình thức, phương thức cung cấp tài liệu, hồ sơ yêu cầu bồi thường cho Công ty sẽ được quy định cụ thể theo Hướng dẫn giải quyết bồi thường được đăng tại cổng thông tin điện tử hoặc ứng dụng thương mại điện tử của Công ty tại thời điểm yêu cầu bảo hiểm.

2.2 Trong trường hợp các tài liệu, bằng chứng cho yêu cầu bồi thường bằng tiếng nước ngoài, Công ty có thể yêu cầu, hướng dẫn Người được bảo hiểm thực hiện việc dịch, công chứng, chứng thực hoặc hợp pháp hóa các tài liệu bằng chi phí do Người được bảo hiểm chịu.

2.3 Người được bảo hiểm có thể phải khám sức khoẻ theo yêu cầu hợp lý và bằng chi phí của Công ty bất cứ khi nào được cho là cần thiết. Công ty có quyền yêu cầu tiến hành khám nghiệm tử thi trong trường hợp xảy ra tử vong nếu việc này không vi phạm pháp luật hiện hành và/hoặc không ảnh hưởng đến tín ngưỡng và thuần phong mỹ tục.

3. Thanh toán quyền lợi bảo hiểm

Các quyền lợi bảo hiểm có thể được thanh toán cho Người được bảo hiểm, Người Thụ hưởng hoặc người thừa kế của Người được bảo hiểm.

Người được bảo hiểm có trách nhiệm quản lý thông tin liên quan đến số tiền đã được thanh toán cho mỗi quyền lợi. Công ty không có trách nhiệm thông báo về việc sử dụng các hạn mức bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm. Những yêu cầu bồi thường được nộp sau khi các khoản thanh toán đã tới hạn mức bồi thường tối đa sẽ bị từ chối.

4. Thời hạn giải quyết bồi thường, và trả tiền bảo hiểm:

Trừ khi có thỏa thuận khác, thời gian giải quyết bồi thường sẽ trong vòng 15 ngày làm việc kể từ ngày Công ty nhận được đầy đủ hồ sơ hợp lệ về yêu cầu bồi thường, trả tiền bảo hiểm. Trong trường hợp hồ sơ cần điều tra, xác minh thêm thông tin, thời gian giải quyết bồi thường sẽ được gia hạn và thông báo cụ thể cho Bên yêu cầu bồi thường, trả tiền bảo hiểm.

Thời hạn trả tiền bảo hiểm: trong vòng 5 ngày làm việc kể từ ngày Công ty thông báo chấp nhận bồi thường.

5. Quyền thu hồi

Trong trường hợp Công ty đã thanh toán hoặc ủy quyền thanh toán cho một yêu cầu bồi thường mà yêu cầu bồi thường đó không nằm trong phạm vi được bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm hoặc vượt quá tổng giới hạn tối đa theo năm của Hợp đồng bảo hiểm hoặc liên quan đến một yêu cầu bồi thường gian lận, Công ty bảo lưu quyền thu hồi lại số tiền đã thanh toán hoặc thanh toán vượt mức này từ Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm.

6. Thời hạn khởi kiện

Thời hiệu khởi kiện về Hợp đồng bảo hiểm là 3 năm, kể từ thời điểm phát sinh tranh chấp.

PHẦN VII - GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP

Mọi tranh chấp có liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm này sẽ được hai bên Công ty và Bên mua bảo hiểm đưa ra thương lượng. Nếu các bên không thỏa thuận được bằng thương lượng thì trong vòng 30 ngày kể từ ngày phát sinh tranh chấp, việc tranh chấp sẽ được chuyển đến cơ quan giải quyết tranh chấp nêu tại Bản tóm tắt Hợp đồng bảo hiểm.

PHỤ LỤC I – BẢNG TỶ LỆ TRẢ TIỀN BẢO HIỂM THƯƠNG TẬT

Số	Sự kiện bảo hiểm	Tỷ lệ chi trả
	TỬ VONG/ THƯƠNG TẬT TOÀN BỘ VĨNH VIỄN	Số tiền bảo hiểm (%)
1.	Tử vong do Tai nạn	100%
2.	Thương tật toàn bộ vĩnh viễn	100%
3.	Bổ sung Thương tật toàn bộ vĩnh viễn	
3.1	Mất hoàn toàn và vĩnh viễn thị lực của một mắt	100%
3.2	Thương tật toàn bộ do phải cắt cụt hoặc mất vĩnh viễn khả năng sử dụng của:	100%
	a) một chân	
	b) một tay	
	c) cánh tay từ trên cùi chỏ	
	d) cánh tay ở ngay hoặc dưới cùi chỏ	
	e) chân từ trên đầu gối	
	f) chân ở ngay hoặc dưới đầu gối	
	THƯƠNG TẬT BỘ PHẬN VĨNH VIỄN	
1.	Mất vĩnh viễn toàn bộ	50%
	a) thị lực của một mắt trừ phi còn cảm nhận được ánh sáng	
	b) thủy tinh thể của một mắt	
2.	Thương tật toàn bộ do phải cắt cụt hoặc mất hoàn toàn và vĩnh viễn khả năng sử dụng của:	
	a) ngón cái và 4 ngón tay của một bàn tay	50%
	b) 4 ngón tay của một bàn tay	40%
	c) ngón cái (2 lóng)	25%
	d) ngón cái (1 lóng)	10%
	e) ngón trỏ (3 lóng)	15%
	f) ngón trỏ (2 lóng)	8%
	g) ngón trỏ (1 lóng)	4%
	h) ngón giữa (3 lóng)	10%
	i) ngón giữa (2 lóng)	4%
	j) ngón giữa (1 lóng)	2%
	k) ngón áp út (3 lóng)	8%
	l) ngón áp út (2 lóng)	4%
	m) ngón áp út (1 lóng)	2%
	n) ngón út (3 lóng)	6%
	o) ngón út (2 lóng)	3%
	p) ngón út (1 lóng)	2%
	q) tất cả các ngón chân của một bàn chân	17%
	r) ngón cái (2 lóng)	5%
	s) ngón cái (1 lóng)	2%

	t) bất kỳ ngón nào khác	3%
3.	Mất hoàn toàn và vĩnh viễn khả năng:	
	a) nghe của 2 tai	75%
	b) nghe của 1 tai	15%
	c) nói	20%

- Công ty sẽ trả tiền bảo hiểm cho bất kỳ Thương tật vĩnh viễn không được nêu ở bảng trên mà không kể đến nghề nghiệp, tính chất công việc của Người được bảo hiểm dựa trên kết luận của Hội đồng giám định y khoa. Phí giám định y khoa sẽ do Người được bảo hiểm chi trả.
- Tổng số tiền bồi thường phải trả cho bất kỳ thương tật nào do cùng một tai nạn sẽ được tính bằng cách cộng các tỷ lệ phần trăm với nhau nhưng không vượt quá 100% số tiền bảo hiểm và sau đó Công ty sẽ không còn bất kỳ trách nhiệm nào theo Hợp đồng bảo hiểm đối với cùng Người được bảo hiểm cho Thương tật xảy ra sau đó.
- Nếu một yêu cầu bồi thường nào được thanh toán đối với việc Mất hoặc Mất khả năng sử dụng đối với toàn bộ một bộ phận cơ thể, thì các yêu cầu bồi thường đối với bất kỳ phần nào của cùng bộ phận đó sẽ không được chi trả.
- 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 hoặc sau khi kết thúc việc điều trị.
- Việc chứng nhận bị liệt hoàn toàn và không thể phục hồi chức năng của các bộ phận cơ thể hoặc mù hoàn toàn hoặc bị tổn thương cơ thể từ 81% trở lên hoặc các trường hợp Thương tật bộ phận vĩnh viễn khác được thực hiện không sớm hơn 180 ngày kể từ Ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm hoặc từ ngày bệnh lý được chẩn đoán.
- Trường hợp hậu quả của Tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm bị trầm trọng hơn do Ốm đau có sẵn hoặc thương tật có sẵn của Người được bảo hiểm hoặc điều trị Thương tật không kịp thời và không theo chỉ dẫn của Cơ sở y tế thì Công ty chỉ trả tiền bảo hiểm như đối với loại Thương tật tương tự ở người có sức khỏe bình thường được điều trị một cách hợp lý.