TÀI LIỆU TÓM TẮT QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN SẢN PHẨM BÁN KÈM

VITA – LẠC QUAN VUI SỐNG

(BẢO HIỂM BỆNH HIỂM NGHÈO CHI TRẢ NHIỀU LẦN 2025)

(Sản phẩm được Bộ Tài chính phê chuẩn phương pháp, cơ sở tính phí bảo hiểm và phương pháp, cơ sở trích lập dự phòng nghiệp vụ theo Công văn số 9255/BTC-QLBH ngày 26 tháng 06 năm 2025.

Quy tắc và Điều khoản được ban hành theo Quyết định ngày 18 tháng 07 năm 2025 của Tổng Giám đốc Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ Generali Việt Nam.)

I. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Nếu Sự kiện bảo hiểm xảy ra trong thời gian Sản phẩm bán kèm này có hiệu lực, Generali sẽ chi trả những quyền lợi sau:

1. Bệnh hiểm nghèo dành cho trẻ em

Sự kiện bảo hiểm	Người được bảo hiểm được Chẩn đoán mắc Bệnh hiểm nghèo là Bệnh hiểm nghèo dành cho trẻ em theo quy định tại Quy tắc và Điều khoản sản phẩm này.
Số tiền chi trả	25% Số tiền bảo hiểm, tối đa 500 triệu đồng.
Thời gian áp dụng	Bệnh hiểm nghèo dành cho trẻ em được chẩn đoán trước khi Người được bảo hiểm đạt 18 Tuổi.
Giới hạn chi trả	▪ Quyền lợi này được chi trả 01 lần. ▪ Trường hợp Người được bảo hiểm tham gia nhiều hợp đồng bảo hiểm có quyền lợi Bệnh hiểm nghèo dành cho trẻ em (theo danh sách bệnh quy định tại mỗi hợp đồng bảo hiểm), tổng số tiền chi trả tối đa cho quyền lợi Bệnh hiểm nghèo dành cho trẻ em phát sinh từ tất cả hợp đồng này là 500 triệu đồng.

2. Biến chứng bệnh tiểu đường

Sự kiện bảo hiểm	Người được bảo hiểm được Chẩn đoán mắc Bệnh hiểm nghèo là Biến chứng bệnh tiểu đường theo quy định tại Quy tắc và Điều khoản sản phẩm này.

Số tiền chi trả	25% Số tiền bảo hiểm, tối đa 500 triệu đồng.
Thời gian áp dụng	Biến chứng bệnh tiểu đường được chẩn đoán khi Người được bảo hiểm từ 18 Tuổi trở đi.
Giới hạn chi trả	▪ Quyền lợi này được chi trả 01 lần. ▪ Trường hợp Người được bảo hiểm tham gia nhiều hợp đồng bảo hiểm có quyền lợi Biến chứng bệnh tiểu đường (theo danh sách bệnh quy định tại mỗi hợp đồng bảo hiểm), tổng số tiền chi trả tối đa cho quyền lợi Biến chứng bệnh tiểu đường phát sinh từ tất cả hợp đồng này là 500 triệu đồng.

3. Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu

Sự kiện bảo hiểm	Người được bảo hiểm được Chẩn đoán mắc Bệnh hiểm nghèo là Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu theo quy định tại Quy tắc và Điều khoản sản phẩm này.
Số tiền chi trả	50% Số tiền bảo hiểm, tối đa 500 triệu đồng cho mỗi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu.
Giới hạn chi trả	▪ Quyền lợi này được chi trả tối đa 02 lần. ▪ Trường hợp Người được bảo hiểm tham gia nhiều hợp đồng bảo hiểm có quyền lợi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu (theo danh sách bệnh quy định tại mỗi hợp đồng bảo hiểm), tổng số tiền chi trả tối đa cho quyền lợi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu phát sinh từ tất cả hợp đồng này là 500 triệu đồng cho mỗi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu.
Điều kiện chi trả	▪ Các Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu được chi trả phải khác nhóm bệnh với nhau và khác nhóm với Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau đã được chấp thuận chi trả kể từ Ngày hiệu lực bảo hiểm của sản phẩm (nếu có). ▪ Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu không liên quan trực tiếp hoặc không xuất phát từ/cùng nguyên nhân gây ra Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau đã được chấp thuận chi trả kể từ Ngày hiệu lực bảo hiểm của sản phẩm (nếu có), theo thông tin trên các chứng từ y tế và/hoặc xác định của Cơ sở y tế, Bác sĩ điều trị.

4. Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau

Sự kiện bảo hiểm	Người được bảo hiểm được Chẩn đoán mắc Bệnh hiểm nghèo là Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau theo quy định tại Quy tắc và Điều khoản sản phẩm này.
Số tiền chi trả	▪ Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau lần thứ nhất: 100% Số tiền bảo hiểm trừ đi Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu cùng nhóm bệnh đã được chấp thuận chi trả kể từ Ngày hiệu lực bảo hiểm của sản phẩm (nếu có). ▪ Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau lần thứ hai: 200% Số tiền bảo hiểm trừ đi các quyền lợi đã được chấp thuận chi trả kể từ Ngày hiệu lực bảo hiểm của sản phẩm (nếu có) gồm: ○ Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu cùng nhóm bệnh; ○ Quyền lợi Điều trị mở rộng.
Giới hạn chi trả	▪ Quyền lợi này được chi trả tối đa 02 lần. ▪ Trường hợp Người được bảo hiểm tham gia nhiều hợp đồng bảo hiểm có quyền lợi Ung thư tuyến giáp giai đoạn sau (theo định nghĩa tại từng hợp đồng bảo hiểm) thì tổng số tiền chi trả tối đa cho tất cả quyền lợi Ung thư tuyến giáp giai đoạn sau phát sinh từ tất cả hợp đồng này là 500 triệu đồng.
Điều kiện chi trả	▪ Các Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau được chi trả phải khác nhóm bệnh với nhau. ▪ Khoảng thời gian tối thiểu giữa 2 lần Chẩn đoán mắc Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau phải là 01 năm (365 ngày). ▪ Trong trường hợp Người được bảo hiểm được Điều trị mở rộng trước khi được Chẩn đoán mắc Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau lần thứ nhất, khoảng thời gian tối thiểu giữa ngày bắt đầu thực hiện Điều trị mở rộng và lần Chẩn đoán mắc Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau lần thứ nhất phải là 01 năm (365 ngày). Trong đó, ngày bắt đầu thực hiện Điều trị mở rộng được xác định là ngày nhập viện để thực hiện phẫu thuật hoặc ngày bắt đầu điều trị tại Khoa chăm sóc đặc biệt, tùy sự kiện nào xảy ra trước.

Nếu Người được bảo hiểm được chẩn đoán mắc nhiều Bệnh hiểm nghèo do cùng Tai nạn hoặc phẫu thuật thuộc các quyền lợi khác nhau (Mục I.1, Mục I.2, Mục I.3, Mục I.4), Generali chỉ xem xét chi trả cho quyền lợi cao nhất trong các quyền lợi.

5. Bệnh hiểm nghèo tái phát

Sự kiện bảo hiểm	Người được bảo hiểm được Chẩn đoán mắc Bệnh hiểm nghèo là Bệnh hiểm nghèo tái phát theo quy định tại Quy tắc và Điều khoản sản phẩm này, gồm: Ung thư giai đoạn sau tái phát, Đột quỵ tái phát, Nhồi máu cơ tim tái phát.
Số tiền chi trả	50% Số tiền bảo hiểm cho mỗi Bệnh hiểm nghèo tái phát.
Giới hạn chi trả	▪ Quyền lợi này được chi trả tối đa 02 lần. ▪ Trường hợp Người được bảo hiểm tham gia nhiều hợp đồng bảo hiểm có quyền lợi Ung thư tuyến giáp giai đoạn sau và/hoặc Ung thư tuyến giáp giai đoạn sau tái phát (theo định nghĩa tại từng hợp đồng bảo hiểm) thì tổng số tiền chi trả tối đa cho tất cả quyền lợi Ung thư tuyến giáp (bao gồm giai đoạn sau, giai đoạn sau tái phát) phát sinh từ tất cả hợp đồng này là 500 triệu đồng.
Điều kiện chi trả	▪ Mỗi Bệnh hiểm nghèo tái phát chỉ được chi trả 01 lần. ▪ Khoảng thời gian tối thiểu giữa lần Chẩn đoán mắc Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau và lần Chẩn đoán mắc Bệnh hiểm nghèo tái phát cùng nhóm bệnh phải là: – 02 năm (730 ngày) đối với Ung thư; và – 01 năm (365 ngày) đối với Đột quỵ, Nhồi máu cơ tim.

6. Điều trị mở rộng

Sự kiện bảo hiểm	Người được bảo hiểm được Điều trị mở rộng tại Việt Nam hoặc các quốc gia khác thuộc phạm vi bảo hiểm. Danh sách các quốc gia thuộc phạm vi bảo hiểm được cập nhật trên website của Generali tại từng thời điểm.
Số tiền chi trả	100% Số tiền bảo hiểm, tối đa 02 tỷ đồng.
Giới hạn chi trả	▪ Quyền lợi này được chi trả 01 lần.

	▪ Trường hợp Người được bảo hiểm tham gia nhiều hợp đồng bảo hiểm có quyền lợi Điều trị mở rộng (theo định nghĩa tại từng hợp đồng bảo hiểm), tổng số tiền chi trả tối đa cho quyền lợi Điều trị mở rộng phát sinh từ tất cả hợp đồng này là 02 tỷ đồng.
Điều kiện chi trả	▪ Trong trường hợp Người được bảo hiểm được Chẩn đoán mắc Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau lần thứ nhất trước khi thực hiện Điều trị mở rộng, khoảng thời gian tối thiểu giữa ngày được Chẩn đoán mắc Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau lần thứ nhất và ngày bắt đầu thực hiện Điều trị mở rộng là 01 năm (365 ngày). Trong đó, ngày bắt đầu thực hiện Điều trị mở rộng được xác định là ngày nhập viện để thực hiện phẫu thuật hoặc ngày bắt đầu điều trị tại Khoa chăm sóc đặc biệt, tùy sự kiện nào xảy ra trước. ▪ Quyền lợi Điều trị mở rộng sẽ không được chi trả nếu quyền lợi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau lần thứ hai theo quy định tại Mục I.4 đã được chấp thuận chi trả.

Điều trị mở rộng là trường hợp Người được bảo hiểm được:

- thực hiện phẫu thuật thuộc danh sách các phẫu thuật được quy định tại Quy tắc và Điều khoản sản phẩm này và thời gian để điều trị từ 21 Ngày nằm viện liên tục trở lên theo chỉ định của Bác sĩ; hoặc
- điều trị tại Khoa chăm sóc đặc biệt từ 10 Ngày nằm viện liên tục trở lên; và có sử dụng một trong các công cụ hỗ trợ sự sống có xâm lấn trong quá trình điều trị, bao gồm:
  - Màng trao đổi oxy ngoài cơ thể (ECMO);
  - Thiết bị hỗ trợ tâm thất trái (LVAD);
  - Các biện pháp thông khí có xâm lấn (ống nội thông khí quản hoặc ống mở thông khí quản) trong ít nhất 6 ngày.

II. NGUYÊN TẮC CHI TRẢ QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Trong thời gian hiệu lực bảo hiểm của sản phẩm, Generali sẽ chi trả các quyền lợi bảo hiểm tại Mục I theo nguyên tắc sau:

a. Đối với các quyền lợi bảo hiểm được chi trả 01 lần, bao gồm (i) Bệnh hiểm nghèo cho trẻ em, (ii) Biến chứng bệnh tiểu đường và (iii) Điều trị mở rộng: nếu các quyền lợi này đã được Generali chấp thuận chi trả thì quyền lợi sẽ chấm dứt hiệu lực và Generali sẽ không tiếp tục chi trả các quyền lợi này kể cả khi sản phẩm này được tái tục.

b. Đối với quyền lợi bảo hiểm được chi trả tối đa 02 lần, bao gồm (i) Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu, (ii) Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau và (iii) Bệnh hiểm nghèo tái phát: nếu quyền lợi đã được Generali chấp thuận chi trả lần 01 thì:

- Generali sẽ chi trả tiếp phần quyền lợi bảo hiểm còn lại theo quy định tại Mục I trong Năm hợp đồng hiện tại hoặc (các) Năm hợp đồng mà sản phẩm này được tái tục như sau:

Quyền lợi bảo hiểm	Nguyên tắc chi trả
(i) Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu	Chi trả tiếp quyền lợi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu lần thứ hai.
(ii) Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau	Chi trả tiếp quyền lợi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau lần thứ hai.
(iii) Bệnh hiểm nghèo tái phát	Chi trả tiếp quyền lợi Bệnh hiểm nghèo tái phát lần thứ hai.
Quyền lợi bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực khi số lần chi trả đạt đến giới hạn tối đa theo quy định tại Mục I, bất kể sản phẩm này được tái tục.	

- Người được bảo hiểm vẫn tiếp tục được bảo hiểm đối với các quyền lợi bảo hiểm được chi trả 01 lần theo quy định tại Mục I và Mục II.a này.

III. CÁC TRƯỜNG HỢP LOẠI TRỪ TRÁCH NHIỆM BẢO HIỂM

1. Generali không chi trả quyền lợi bảo hiểm quy định tại Mục I nếu Người được bảo hiểm được Chẩn đoán mắc Bệnh hiểm nghèo hoặc được Điều trị mở rộng trong trường hợp và/hoặc do nguyên nhân sau:

a. Người được bảo hiểm tử vong trước khi có Chẩn đoán mắc Bệnh hiểm nghèo;

b. Người được bảo hiểm được Chẩn đoán mắc Bệnh hiểm nghèo vì một trong những nguyên nhân sau:

i. Tự tử, mưu toan tự tử hoặc tự gây ra thương tích (bất kể mất trí hay không) trong vòng 02 năm kể từ (1) ngày nộp khoản phí bảo hiểm đầu tiên của sản phẩm này hoặc (2) Ngày khôi phục hiệu lực bảo hiểm của sản phẩm gần nhất, hoặc (3) Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng gần nhất, tùy vào ngày nào đến sau. Đối với phần tăng thêm của Số tiền bảo hiểm, thời hạn áp dụng trường hợp loại trừ này là 02 năm kể từ ngày chấp thuận áp dụng Số tiền bảo hiểm mới theo quyết định của Generali;

ii. Bệnh có sẵn (ngoại trừ Bệnh có sẵn đã được kê khai trên Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, hồ sơ yêu cầu khôi phục hiệu lực Hợp đồng, hồ sơ yêu cầu khôi phục hiệu lực bảo hiểm của sản phẩm này và được Generali chấp thuận);

iii. Bệnh phát sinh liên quan đến dị tật bẩm sinh (ngoại trừ Bệnh Hemophilia thể nặng và Bệnh Nang tủy thận quy định tại Quy tắc và Điều khoản sản phẩm này);

iv. Nhiễm HIV, hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS) (ngoại trừ trường hợp: (1) nhiễm HIV trong khi đang thực hiện nhiệm vụ của nhân viên y tế, công an hoặc cảnh sát; (2) nhiễm HIV do truyền máu; (3) bệnh AIDS giai đoạn cuối), các bệnh lây truyền qua đường tình dục;

v. Sử dụng thuốc, bất kỳ loại chất gây nghiện, ma túy, chất độc, thuốc kích thích trái pháp luật và/hoặc không theo chỉ định của Bác sĩ;

vi. Do hành vi điều khiển phương tiện giao thông (1) vượt quá tốc độ quy định; hoặc (2) trong máu hoặc hơi thở có nồng độ cồn vượt quá trị số 10.9mmol/l theo Quyết định 320/QĐ-BYT ngày 23/1/2014 của Bộ Y tế và các văn bản sửa đổi, bổ sung tại từng thời điểm;

vii. Hành vi phạm tội của Người được bảo hiểm và/hoặc Người thụ hưởng và/hoặc Bên mua bảo hiểm.

Trong trường hợp Sự kiện bảo hiểm xảy ra do lỗi cố ý hoặc do hành vi phạm tội của một hoặc một số Người thụ hưởng đối với Người được bảo hiểm, Generali chỉ chi trả quyền lợi bảo hiểm cho (những) Người thụ hưởng còn lại theo tỷ lệ thụ hưởng mà Bên mua bảo hiểm đã chỉ định cho (những) Người thụ hưởng này trước khi xảy ra Sự kiện bảo hiểm. Generali sẽ không chi trả phần quyền lợi bảo hiểm của (những) Người thụ hưởng thực hiện hành vi phạm tội hoặc cố ý dẫn đến Sự kiện bảo hiểm cho Người được bảo hiểm.

c. Các điều kiện loại trừ bảo hiểm bổ sung trong trường hợp Người được bảo hiểm có tình trạng sức khỏe dưới chuẩn và/hoặc các yếu tố rủi ro dưới chuẩn khác như nghề nghiệp, quốc gia cư trú theo quyết định thẩm định của Generali. Các điều kiện loại trừ bảo hiểm bổ sung này được Generali thông báo đến Bên mua bảo hiểm và được Bên mua bảo hiểm xác nhận đồng thuận.

2. Ngoài những trường hợp loại trừ nêu tại Mục III.1, đối với quyền lợi Điều trị mở rộng theo quy định tại Mục I.6, Generali cũng sẽ không chi trả quyền lợi nếu Người được bảo hiểm được Điều trị mở rộng trong trường hợp và/hoặc do nguyên nhân sau:

a. Thực hiện cấy ghép nội tạng do hiến tạng; nhập viện và thở máy kéo dài trong Khoa chăm sóc đặc biệt hoặc phẫu thuật được thực hiện để hiến tạng;

b. Điều trị tại Khoa chăm sóc đặc biệt hoặc phẫu thuật cho các mục đích thẩm mỹ, giảm cân hoặc chuyển đổi giới tính;

c. Hành động cố ý tự gây thương tích hoặc tự gây thương tích trong khi bình thường hoặc mất trí;

d. Mang thai, sinh con, sẩy thai, phá thai hoặc chấm dứt thai kỳ, hoặc bất kỳ hình thức nào liên quan đến việc Nằm viện hoặc điều trị do mang thai;

e. Điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục hoặc bất kỳ bệnh nào phát sinh từ HIV hoặc liên quan đến HIV bao gồm Hội chứng suy giảm miễn dịch (AIDS) hoặc phức hợp liên quan đến AIDS, ngoại trừ trường hợp bị nhiễm HIV trong khi đang thực hiện nhiệm vụ của nhân viên y tế, công an hoặc cảnh sát);

f. Điều trị do phơi nhiễm năng lượng hạt nhân, phóng xạ, nhiễm hóa chất;

g. Tham gia chiến tranh (bao gồm chiến tranh đã tuyên bố hoặc chưa tuyên bố), nổi loạn hoặc bạo loạn;

h. Tham gia bất kỳ môn thể thao hoặc hoạt động nguy hiểm nào, bao gồm các hoạt động dưới nước liên quan đến sự hỗ trợ của thiết bị thở; các môn thể thao bay dưới bất kỳ hình thức nào; bất kỳ hoạt động nào liên quan đến chất nổ; đua xe; đua ngựa; nhảy bungee; leo núi; hoặc bất kỳ hoạt động nào thực hiện ở độ cao nguy hiểm;

i. Tham gia bay máy bay hoặc bất kỳ hoạt động hàng không nào, ngoại trừ với tư cách là hành khách trên các chuyến bay thường lệ dân dụng (ví dụ: máy bay phản lực tư nhân, trực thăng, tham gia đào tạo phi công).

IV. THỜI GIAN CHỜ

Là khoảng thời gian mà nếu Người được bảo hiểm (i) được Chẩn đoán mắc Bệnh hiểm nghèo, hoặc (ii) được Điều trị mở rộng sẽ không được Generali chi trả quyền lợi bảo hiểm.

1. Thời gian chờ là khoảng thời gian 90 ngày được tính từ:

(i) Ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm của sản phẩm này theo quyết định của Generali; hoặc

(ii) Ngày khôi phục hiệu lực bảo hiểm của sản phẩm này (nếu có);

tùy ngày nào đến sau.

Trường hợp tăng Số tiền bảo hiểm, thời gian chờ 90 ngày tính từ ngày chấp thuận áp dụng Số tiền bảo hiểm mới theo quyết định của Generali (áp dụng cho phần tăng thêm của Số tiền bảo hiểm) (nếu có).

2. Thời gian chờ không áp dụng đối với trường hợp:

   - Bệnh hiểm nghèo hoặc Điều trị mở rộng là hậu quả của Tai nạn;
   - Tái tục sản phẩm này. Trường hợp sản phẩm được tái tục khi thời gian chờ chưa đủ 90 ngày, thì thời gian chờ tiếp tục được tính cho đến khi kết thúc 90 ngày.

V. PHÍ BẢO HIỂM

1. Phí bảo hiểm của Năm hợp đồng thứ 01 của sản phẩm này được thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc xác nhận của Generali (nếu có).
2. Phí bảo hiểm của các Năm hợp đồng tiếp theo của sản phẩm có thể thay đổi theo Tuổi của Người được bảo hiểm tại Ngày kỷ niệm năm hợp đồng. Bằng việc đóng phí bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm đã chấp thuận tái tục sản phẩm bảo hiểm này.
3. Generali có thể thay đổi biểu phí bảo hiểm của sản phẩm này vào bất kỳ Ngày kỷ niệm năm hợp đồng nào trong tương lai với sự chấp thuận của Bộ Tài chính. Generali sẽ thông báo cho Bên mua bảo hiểm ít nhất 90 ngày trước khi áp dụng việc thay đổi này.
4. Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm không chấp nhận việc thay đổi, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu chấm dứt hiệu lực bảo hiểm của sản phẩm.

VI. THỜI HẠN BẢO HIỂM (THỜI HẠN HỢP ĐỒNG), THỜI HẠN ĐÓNG PHÍ

1. Thời hạn bảo hiểm là 01 năm và tái tục hàng năm, tối đa đến khi Người được bảo hiểm đạt 75 Tuổi.
2. Trong mọi trường hợp, thời hạn bảo hiểm của sản phẩm này không vượt quá thời hạn bảo hiểm của Sản phẩm bảo hiểm chính.
3. Thời hạn đóng phí bằng thời hạn bảo hiểm của sản phẩm này.
4. Generali có quyền không tái tục sản phẩm và sẽ thông báo trước cho Bên mua bảo hiểm ít nhất 30 ngày trước ngày kết thúc thời hạn bảo hiểm trong các trường hợp sau: (i) Generali có bằng chứng về việc Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm thực hiện Hành vi gian lận bảo hiểm, hoặc (ii) Generali ngừng triển khai sản phẩm này.

VII. NGHĨA VỤ CUNG CẤP THÔNG TIN

1. Hợp đồng bảo hiểm được giao kết và thực hiện trên nguyên tắc trung thực tuyệt đối. Do đó, Generali, Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm có nghĩa vụ:

Generali	Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm
▪ Cung cấp đầy đủ thông tin liên quan đến Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, yêu cầu điều chỉnh Hợp đồng bảo hiểm, đối tượng bảo hiểm, Quy tắc và Điều khoản sản phẩm. ▪ 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.	▪ Cung cấp, kê khai đầy đủ, trung thực và chính xác tất cả các thông tin cần thiết theo yêu cầu của Generali cho mục đích xem xét: ○ Yêu cầu bảo hiểm; ○ Yêu cầu điều chỉnh sản phẩm (như: thay đổi Số tiền bảo hiểm,…); ○ Yêu cầu khôi phục hiệu lực của Hợp đồng hoặc khôi phục hiệu lực bảo hiểm của sản phẩm. ▪ Việc kiểm tra sức khỏe (nếu có) không thay thế nghĩa vụ cung cấp, kê khai thông tin đầy đủ, trung thực và chính xác của Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm.

Nếu Generali cố ý không thực hiện nghĩa vụ cung cấp thông tin hoặc cung cấp thông tin sai sự thật để cung cấp sản phẩm thì Bên mua bảo hiểm có quyền hủy bỏ hiệu lực bảo hiểm của sản phẩm, được hoàn lại phí bảo hiểm đã đóng (không có lãi). Generali sẽ bồi thường thiệt hại phát sinh cho Bên mua bảo hiểm (nếu có) theo quy định của pháp luật.

Nếu việc vi phạm nghĩa vụ cung cấp thông tin của Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm (“Vi phạm”) không làm ảnh hưởng đến các quyết định của Generali, Generali vẫn xem xét chi trả quyền lợi theo quy định.

2. Xử lý khi có Vi phạm làm ảnh hưởng đến quyết định của Generali

2.1. Nếu Vi phạm làm ảnh hưởng đến quyết định của Generali về việc chấp thuận bảo hiểm thì:

(i) Quyền lợi sẽ không được chi trả; và

(ii) Generali có quyền hủy bỏ hiệu lực bảo hiểm của sản phẩm này.

Trường hợp hiệu lực bảo hiểm của sản phẩm bị hủy bỏ, Generali sẽ hoàn trả cho Bên mua bảo hiểm tổng phí bảo hiểm đã đóng (không có lãi), sau khi trừ đi các khoản sau:

(1) Các khoản tiền phát sinh từ Ngày hiệu lực bảo hiểm của sản phẩm đến ngày Generali có quyết định hủy bỏ hiệu lực bảo hiểm của sản phẩm, bao gồm:

- Các quyền lợi của sản phẩm này đã được chi trả;
- Chi phí kiểm tra sức khỏe;
- Các Khoản nợ (nếu có).

và

(2) Chi phí phát hành và quản lý sản phẩm: được cộng dồn từ Năm hợp đồng sản phẩm này có hiệu lực bảo hiểm cho đến Năm hợp đồng mà Generali có quyết định hủy bỏ hiệu lực bảo hiểm của sản phẩm và được tính trên phí bảo hiểm đã đóng theo tỷ lệ như sau:

Năm hợp đồng	% phí bảo hiểm/Năm hợp đồng
Năm hợp đồng sản phẩm này có hiệu lực bảo hiểm ("Năm 1")	40%
Năm hợp đồng liền kề sau Năm 1 ("Năm 2")	10%
Năm hợp đồng liền kề sau Năm 2 và 07 Năm hợp đồng tiếp theo ("Năm 3 – Năm 10")	5%
Từ Năm hợp đồng liền kề sau Năm 10 trở đi	0%

Bên mua bảo hiểm phải bồi thường thiệt hại phát sinh cho Generali (nếu có) theo quy định của pháp luật.

2.2. Nếu Vi phạm làm ảnh hưởng đến quyết định chấp thuận của Generali đối với yêu cầu điều chỉnh sản phẩm thì:

(i) Quyết định chấp thuận điều chỉnh sản phẩm sẽ bị hủy bỏ; và

(ii) Các quyền lợi bảo hiểm liên quan đến quyết định chấp thuận điều chỉnh sản phẩm sẽ không được chi trả; và

(iii) Generali sẽ hoàn trả cho Bên mua bảo hiểm các khoản phí bảo hiểm đã đóng (nếu có) (không có lãi) liên quan đến yêu cầu điều chỉnh sản phẩm bị hủy bỏ sau khi trừ đi các quyền lợi bảo hiểm đã chi trả liên quan.

2.3. Nếu Vi phạm làm ảnh hưởng đến quyết định của Generali về việc chấp thuận khôi phục hiệu lực bảo hiểm của sản phẩm thì:

(i) Quyết định chấp thuận khôi phục hiệu lực bảo hiểm của sản phẩm sẽ bị hủy bỏ; và

(ii) Generali sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm cho các sự kiện bảo hiểm phát sinh từ Ngày khôi phục hiệu lực bảo hiểm của sản phẩm; và

(iii) Generali sẽ hoàn trả cho Bên mua bảo hiểm toàn bộ phí bảo hiểm đã đóng (không có lãi) kể từ Ngày khôi phục hiệu lực bảo hiểm của sản phẩm, sau khi trừ đi các khoản sau:

(1) Các khoản tiền phát sinh từ Ngày khôi phục hiệu lực bảo hiểm của sản phẩm, bao gồm:

- Tất cả các quyền lợi đã được chi trả, ngoại trừ các quyền lợi bảo hiểm đã chi trả cho các Sự kiện bảo hiểm phát sinh trước thời điểm sản phẩm mất hiệu lực bảo hiểm; và
- Các Khoản nợ (nếu có).

(2) Chi phí khôi phục hiệu lực bảo hiểm và quản lý sản phẩm: được cộng dồn từ Năm hợp đồng sản phẩm này được khôi phục hiệu lực bảo hiểm cho đến Năm hợp đồng mà quyết định chấp thuận khôi phục hiệu lực bảo hiểm của sản phẩm bị hủy bỏ và được tính trên phí bảo hiểm đã đóng theo tỷ lệ như sau:

Năm hợp đồng	% phí bảo hiểm/Năm hợp đồng
Năm hợp đồng sản phẩm này được khôi phục hiệu lực bảo hiểm ("Năm 1")	40%
Năm hợp đồng liền kề sau Năm 1 ("Năm 2")	10%
Năm hợp đồng liền kề sau Năm 2 và 07 Năm hợp đồng tiếp theo ("Năm 3 – Năm 10")	5%
Từ Năm hợp đồng liền kề sau Năm 10 trở đi	0%

Bên mua bảo hiểm phải bồi thường thiệt hại phát sinh cho Generali (nếu có) theo quy định của pháp luật.

2.4. Nếu Vi phạm làm ảnh hưởng đến quyết định của Generali về việc chấp thuận bảo hiểm có điều kiện thì Generali sẽ:

a. Áp dụng thêm trường hợp loại trừ trách nhiệm bảo hiểm. Quyền lợi bảo hiểm sẽ không được chi trả nếu sự kiện bảo hiểm thuộc trường hợp loại trừ này; và/hoặc

b. Điều chỉnh giảm Số tiền bảo hiểm tương ứng với mức rủi ro; và/hoặc

c. Điều chỉnh phí bảo hiểm; và/hoặc

d. Nếu Sự kiện bảo hiểm đã xảy ra và không thuộc trường hợp loại trừ trách nhiệm bảo hiểm, Generali vẫn chi trả quyền lợi theo quy định, sau khi trừ đi phí bảo hiểm phải thu thêm (nếu có).

Nếu Bên mua bảo hiểm không đồng ý với các điều kiện bổ sung, quyết định chấp thuận bảo hiểm hoặc quyết định chấp thuận khôi phục hiệu lực bảo hiểm

của sản phẩm bị hủy bỏ và xử lý hậu quả tương ứng theo quy định tại Mục VII.2.1 và VII.2.3.

VIII. THỜI GIAN CÂN NHẮC THAM GIA BẢO HIỂM

Đối với Hợp đồng bảo hiểm có thời hạn bảo hiểm trên 01 năm, Bên mua bảo hiểm có 21 ngày tính từ ngày nhận Hợp đồng bảo hiểm ("Thời gian cân nhắc") để:

- Kiểm tra toàn bộ thông tin của sản phẩm, và
- Thay đổi quyết định tham gia bảo hiểm (bằng cách gửi thông báo bằng văn bản đến Generali). Khi đó, sản phẩm sẽ bị hủy bỏ.

Ngoài ra, nếu có bất kỳ thông tin nào chưa chính xác hay chưa đầy đủ, Bên mua bảo hiểm cần thông báo kịp thời cho Generali trong Thời gian cân nhắc nêu trên.

IX. QUẢN LÝ HỢP ĐỒNG

Bên mua bảo hiểm có thể truy cập vào ứng dụng GenVita để xem, tải xuống, quản lý Hợp đồng bảo hiểm điện tử (bao gồm đầy đủ nội dung của Quy tắc và Điều khoản sản phẩm) và thực hiện các giao dịch liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm.

Vui lòng truy cập trang thông tin điện tử https://generali.vn/gioi-thieu-ve-genvita để tải và sử dụng ứng dụng GenVita.

Các nội dung trong tài liệu này chỉ mang tính chất tóm lược các quy định tại Quy tắc và Điều khoản sản phẩm. Thông tin chi tiết và đầy đủ của các nội dung liên quan vui lòng tham chiếu đến Quy tắc và Điều khoản sản phẩm.

Trường hợp có sự khác biệt giữa tài liệu tóm tắt này và Quy tắc và Điều khoản sản phẩm thì nội dung của Quy tắc và Điều khoản sản phẩm sẽ được áp dụng và dùng làm căn cứ giải quyết tranh chấp.

Các cụm từ, thuật ngữ viết hoa tại tài liệu này có ý nghĩa như được quy định tại Quy tắc và Điều khoản sản phẩm.