

Quy tắc và Điều khoản

**Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ Hỗ trợ chi phí y tế thực tế 2020
FWD CARE Bảo hiểm sức khỏe 2.0**

Được phê chuẩn theo công văn số 11677/BTC-QLBH,
ngày 24 tháng 09 năm 2020 của Bộ Tài chính

Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm bảo hiểm hỗ trợ chi phí y tế thực tế 2020 (sau đây được gọi tắt là “Sản phẩm bảo trợ”) là thỏa thuận giữa FWD và Quý khách và là một phần của Hợp đồng.

Các thuật ngữ và Quy tắc và Điều khoản được đề cập trong Phần 1 – Những điều khoản chung của Hợp đồng mà Sản phẩm bảo trợ này đính kèm sẽ được áp dụng cho Sản phẩm bảo trợ này, trừ khi được định nghĩa hoặc quy định cụ thể khác đi trong Sản phẩm bảo trợ này.

Trong trường hợp có sự khác nhau giữa Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm chính và Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm bảo trợ này trong Hợp đồng, Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm bảo trợ sẽ được áp dụng để giải thích các quyền, nghĩa vụ của FWD và Quý khách và quyền lợi bảo hiểm được cung cấp theo Sản phẩm bảo trợ này.

1. Quyền lợi bảo hiểm

Sản phẩm bảo trợ này chi trả chi phí y tế thực tế khi Người được bảo hiểm phải điều trị do Tai nạn hoặc Bệnh.

Tại thời điểm tham gia bảo hiểm, Quý khách có thể lựa chọn tham gia 1 trong 4 Kế hoạch bảo hiểm với chi tiết quyền lợi và phạm vi bảo hiểm tối đa cho mỗi Người được bảo hiểm được mô tả trong bảng sau:

Đơn vị tính: đồng

Kế hoạch	Care100	Care250	Care500	Care1000
Phạm vi bảo hiểm tối đa mỗi Năm hợp đồng (Áp dụng cho tất cả các quyền lợi)	100 triệu	250 triệu	500 triệu	1 tỷ
1.1 Điều trị nội trú (Quyền lợi tối đa mỗi Năm hợp đồng)	100 triệu	250 triệu	500 triệu	1 tỷ
1.2 Điều trị trong ngày có Phẫu thuật (Quyền lợi tối đa mỗi Đợt điều trị)	10 triệu	20 triệu	30 triệu	40 triệu
1.3 Điều trị Ung thư hoặc Cấy ghép nội tạng (Quyền lợi tối đa mỗi Năm hợp đồng)	100 triệu	250 triệu	500 triệu	1 tỷ
1.4 Hỗ trợ chi phí Cấp cứu khi đang ở nước ngoài (Quyền lợi tối đa mỗi Năm hợp đồng)	100 triệu	250 triệu	500 triệu	1 tỷ
1.5 Điều trị ngoại trú (Quyền lợi tối đa mỗi Năm hợp đồng)	5 triệu	7,5 triệu	10 triệu	20 triệu

FWD sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm nếu:

- (i). Bệnh, tổn thương do Tai nạn không thuộc Tình trạng tồn tại trước;
- (ii). Việc điều trị được thực hiện trong thời gian Sản phẩm bảo trợ này đang còn hiệu lực và sau Thời gian chờ;
- (iii). Chi phí y tế phát sinh từ các Điều trị hợp lý và cần thiết về mặt y tế cho Người được bảo hiểm.



Trong 1 Năm hợp đồng, tương ứng với Kế hoạch bảo hiểm mà Quý khách đã chọn, tổng số tiền chi trả cho tất cả quyền lợi bảo hiểm cho 1 Người được bảo hiểm không vượt quá phạm vi bảo hiểm tối đa mỗi Năm hợp đồng.

Người được bảo hiểm là cá nhân có tuổi từ 30 ngày tuổi đến 70 tuổi tính theo lần sinh nhật vừa qua tại thời điểm tham gia Sản phẩm bảo trợ này. Tuổi tối đa khi kết thúc Sản phẩm bảo trợ này là 75 tuổi.

Tai nạn là một hoặc một chuỗi sự kiện khách quan xảy ra do tác động của một lực, một vật bất ngờ từ bên ngoài lên cơ thể Người được bảo hiểm.

Tai nạn phải là nguyên nhân trực tiếp, duy nhất và không liên quan đến bất kỳ nguyên nhân nào khác gây ra thương tật của Người được bảo hiểm trong vòng 180 ngày kể từ ngày xảy ra Tai nạn.

Bệnh là tình trạng ốm đau, bệnh tật mà Người được bảo hiểm mắc phải trong thời gian hiệu lực của Sản phẩm bảo trợ này và cần được Bác sĩ điều trị.

Tình trạng tồn tại trước là

- ◆ Triệu chứng, dấu hiệu bất thường về tình trạng sức khỏe được thể hiện tại hồ sơ y tế, lưu giữ tại cơ sở y tế và là nguyên nhân dẫn đến sự kiện bảo hiểm của Người được bảo hiểm khởi phát trong vòng 12 tháng trước Ngày hiệu lực Sản phẩm bảo trợ này hoặc Ngày khôi phục hiệu lực gần nhất của Sản phẩm bảo trợ này, nếu có, mà nếu biết được các triệu chứng, dấu hiệu bất thường này FWD không chấp thuận bảo hiểm hoặc chấp thuận bảo hiểm với mức phí tăng thêm hoặc áp dụng loại trừ bảo hiểm; hoặc
- ◆ Tình trạng bệnh tật hoặc thương tật của Người được bảo hiểm đã được khám, xét nghiệm, chẩn đoán, điều trị trước Ngày hiệu lực Sản phẩm bảo trợ này hoặc Ngày khôi phục hiệu lực gần nhất của Sản phẩm bảo trợ này, nếu có, mà nếu biết được các triệu chứng, dấu hiệu bất thường này FWD không chấp thuận bảo hiểm hoặc chấp thuận bảo hiểm với mức phí tăng thêm hoặc áp dụng loại trừ bảo hiểm.

Điều trị hợp lý và cần thiết về mặt y tế là điều trị y tế

- ◆ Phù hợp với chẩn đoán và điều trị y tế thông thường đối với Bệnh hoặc Tai nạn được bảo hiểm;
- ◆ Phù hợp với các tiêu chuẩn theo đúng thông lệ y tế, phù hợp với các tiêu chuẩn hiện hành về chăm sóc y tế chuyên nghiệp, và các phúc lợi y tế đã được chứng minh;
- ◆ Không vì lợi ích hay mong muốn cá nhân của Người được bảo hiểm hoặc Bác sĩ;
- ◆ Không có tính chất thử nghiệm, tầm soát hoặc nghiên cứu, hoặc phòng ngừa, hoặc chưa được sự chấp thuận của cơ quan có thẩm quyền;
- ◆ Chi phí y tế hợp lý, không vượt quá mức chi phí chung do các cơ sở y tế, đơn vị cung cấp dịch vụ khác có cùng tiêu chuẩn tại địa phương khi cung cấp việc điều trị, dịch vụ tương đương.

Ví dụ minh họa về các trường hợp không phải là Điều trị hợp lý và cần thiết về mặt y tế:

- (i). Hiến/cho mô hay bộ phận cơ thể;
- (ii). Kiểm tra sức khỏe định kỳ, khám sức khỏe hoặc thực hiện các xét nghiệm để kiểm tra tổng quát không nhằm mục đích điều trị hoặc các trường hợp điều trị không cần thiết về mặt y tế;
- (iii). Phẫu thuật thẩm mỹ, Phẫu thuật theo yêu cầu của Người được bảo hiểm, Phẫu thuật chuyển đổi giới tính, điều chỉnh tật khúc xạ, hoặc bất kỳ điều trị y tế nào không có nguyên nhân do Tai nạn, Bệnh hoặc triệu chứng y tế.

Thời gian chờ là khoảng thời gian mà FWD sẽ không chi trả các quyền lợi bảo hiểm được liệt kê trong Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm bảo trợ này. Thời gian chờ được tính kể từ 1 trong 3 ngày được liệt kê như sau, tùy ngày nào đến sau:

- ◆ Ngày hiệu lực của Sản phẩm bảo trợ này; hoặc

- ◆ Ngày khôi phục hiệu lực gần nhất của Sản phẩm bảo trợ này, nếu có; hoặc
- ◆ Ngày Kế hoạch bảo hiểm mới có hiệu lực (chỉ áp dụng cho phần tăng thêm).

Thời gian chờ được quy định như sau:

- ◆ Đối với Ung thư và Cấy ghép nội tạng: 90 ngày;
- ◆ Đối với Bệnh: 30 ngày;
- ◆ Đối với Tai nạn: không áp dụng Thời gian chờ.

Ngày hiệu lực của Sản phẩm bảo trợ này là ngày Quý khách hoàn tất Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm hoặc Phiếu yêu cầu điều chỉnh hợp đồng và đóng đầy đủ phí bảo hiểm đầu tiên cho Sản phẩm bảo trợ này.

Ngày hiệu lực được ghi trong Chứng nhận bảo hiểm hoặc Thư xác nhận điều chỉnh thông tin hợp đồng gần nhất.

Ngày khôi phục hiệu lực của Sản phẩm bảo trợ này là ngày mà FWD chấp nhận hồ sơ yêu cầu khôi phục hiệu lực của Quý khách để khôi phục hiệu lực của Sản phẩm bảo trợ này.

1.1 Quyền lợi Điều trị nội trú

FWD sẽ chi trả quyền lợi Điều trị nội trú như bảng sau:

Đơn vị tính: đồng

Kế hoạch	Care100	Care250	Care500	Care1000
Điều trị nội trú (Quyền lợi tối đa mỗi Năm hợp đồng)	100 triệu	250 triệu	500 triệu	1 tỷ
a. Điều trị nội trú không thực hiện Phẫu thuật (Quyền lợi tối đa mỗi Đợt điều trị)	10 triệu	20 triệu	30 triệu	40 triệu
b. Điều trị nội trú có thực hiện Phẫu thuật (Quyền lợi tối đa mỗi Đợt điều trị)	20 triệu	40 triệu	60 triệu	80 triệu



Trong mỗi Năm hợp đồng, tương ứng với Kế hoạch bảo hiểm mà Quý khách đã chọn, FWD sẽ chi trả quyền lợi tại mục 1.1 này không vượt quá:

- Quyền lợi tối đa mỗi Đợt điều trị;
- Quyền lợi tối đa mỗi Năm hợp đồng cho Điều trị nội trú.

Điều trị nội trú là việc Người được bảo hiểm được điều trị y tế tại Bệnh viện, có làm thủ tục nhập viện và nằm viện qua 12 giờ đêm.

Chi phí Điều trị nội trú là những chi phí y tế thực tế phát sinh trong 1 Đợt điều trị, bao gồm: chi phí phòng và giường, chi phí thuốc kê toa, chi phí Phẫu thuật (nếu có Phẫu thuật), chi phí điều trị trước khi nhập viện, chi phí điều trị sau khi xuất viện và các chi phí điều trị nội trú khác.

Đợt điều trị là khoảng thời gian từ khi Người được bảo hiểm nhập viện đến khi xuất viện để điều trị tại Bệnh viện. Giấy ra viện là bằng chứng chứng minh kết thúc 1 Đợt điều trị.

Phẫu thuật là việc thực hiện Phẫu thuật, thủ thuật trên cơ thể Người được bảo hiểm để điều trị Bệnh hoặc Tai nạn. Phẫu thuật cần được thực hiện bởi Bác sĩ và trong phòng Phẫu thuật của Bệnh viện.

Giấy chứng nhận Phẫu thuật là bằng chứng chứng minh cho việc Phẫu thuật.

Chi phí điều trị trước khi nhập viện bao gồm các chi phí khám kiểm tra, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh theo yêu cầu của Bác sĩ và thuốc được kê toa, có liên quan trực tiếp đến Tai nạn hoặc Bệnh mà Người được bảo hiểm cần phải nhập viện để điều trị theo chỉ định của Bác sĩ.

Điều trị trước khi nhập viện phải được thực hiện trong vòng 30 ngày trước ngày nhập viện của Đợt điều trị đó.

Chi phí điều trị sau khi xuất viện là các chi phí điều trị y tế theo chỉ định của Bác sĩ sau khi xuất viện bao gồm khám kiểm tra, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh theo yêu cầu của Bác sĩ, và thuốc theo toa liên quan trực tiếp đến Tai nạn hoặc Bệnh đã được Điều trị nội trú trước đó.

Điều trị sau khi xuất viện cần được thực hiện trong vòng 60 ngày kể từ ngày xuất viện của Đợt điều trị đó.

Bệnh viện là một cơ sở y tế được thành lập và cấp phép hoạt động hợp pháp tại Việt Nam. Tư cách của bệnh viện phải được thể hiện bằng chữ "Bệnh viện" trên con dấu chính thức hoặc được Bộ Y tế công nhận hạng bệnh viện từ hạng 3 trở lên.

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

- ◆ Nhà an dưỡng hay nhà dưỡng lão hay viện điều dưỡng;
- ◆ Nơi chữa trị cho người nghiện rượu hoặc nghiện ma túy;
- ◆ Nơi chữa trị cho người bị bệnh tâm thần.

1.2 Quyền lợi Điều trị trong ngày có Phẫu thuật

FWD sẽ chi trả quyền lợi Điều trị trong ngày có Phẫu thuật như bảng sau:

Đơn vị tính: đồng

Kế hoạch	Care100	Care250	Care500	Care1000
Điều trị trong ngày có Phẫu thuật (Quyền lợi tối đa mỗi Đợt điều trị)	10 triệu	20 triệu	30 triệu	40 triệu



Cho mỗi Đợt điều trị, tương ứng với Kế hoạch bảo hiểm mà Quý khách đã chọn, FWD sẽ chi trả cho quyền lợi tại mục 1.2 này không vượt quá quyền lợi tối đa mỗi Đợt điều trị.

Điều trị trong ngày có Phẫu thuật là việc Người được bảo hiểm được điều trị y tế có thực hiện Phẫu thuật tại Bệnh viện, có làm thủ tục nhập viện nhưng không nằm viện qua 12 giờ đêm.

1.3 Quyền lợi Điều trị Ung thư hoặc Cấy ghép nội tạng

FWD sẽ chi trả quyền lợi điều trị Ung thư hoặc Cấy ghép nội tạng như bảng sau:

Đơn vị tính: đồng

Kế hoạch	Care100	Care250	Care500	Care1000
Điều trị Ung thư hoặc Cấy ghép nội tạng (Quyền lợi tối đa mỗi Năm hợp đồng)	100 triệu	250 triệu	500 triệu	1 tỷ



Trong mỗi Năm hợp đồng, tương ứng với Kế hoạch bảo hiểm mà Quý khách đã chọn, FWD sẽ chi trả cho quyền lợi tại mục 1.3 này không vượt quá quyền lợi tối đa mỗi Năm hợp đồng cho điều trị Ung thư hoặc Cấy ghép nội tạng.

Ung thư là khối u được chẩn đoán mô học là ác tính, có sự tăng sinh không kiểm soát của các tế bào ung thư. Ung thư phải được Bác sĩ chuyên khoa xác nhận dựa trên kết quả giải phẫu bệnh hoặc kết quả xét nghiệm tế bào học thông qua sinh thiết khối u.

Cấy ghép nội tạng là việc Phẫu thuật cấy ghép một trong các cơ quan nội tạng bao gồm tim, phổi, gan, tụy, thận, tủy xương cho Người được bảo hiểm được thực hiện bởi Bác sĩ tại một Bệnh viện.

Chi phí Cấy ghép nội tạng là chi phí y tế thực tế liên quan đến người nhận tạng (là Người được bảo hiểm) và chi phí Phẫu thuật cho người hiến tạng (không phải Người được bảo hiểm) để lấy tạng ghép.

1.4 Quyền lợi Hỗ trợ chi phí Cấp cứu khi đang ở nước ngoài

FWD sẽ chi trả quyền lợi Hỗ trợ chi phí Cấp cứu khi đang ở nước ngoài (không bao gồm chi phí vận chuyển khi Cấp cứu) như bảng sau:

Đơn vị tính: đồng

Kế hoạch	Care100	Care250	Care500	Care1000
Hỗ trợ chi phí Cấp cứu khi đang ở nước ngoài (Quyền lợi tối đa mỗi Năm hợp đồng)	100 triệu	250 triệu	500 triệu	1 tỷ

FWD sẽ chi trả quyền lợi tại mục 1.4 này nếu:

- (i). Người được bảo hiểm được điều trị Cấp cứu khi đang ở 1 quốc gia, vùng lãnh thổ khác ngoài lãnh thổ Việt Nam;
- (ii). Người được bảo hiểm ở ngoài lãnh thổ Việt Nam không quá 90 ngày liên tục trước ngày xảy ra sự kiện được bảo hiểm.



Trong mỗi Năm hợp đồng, tương ứng với Kế hoạch bảo hiểm mà Quý khách đã chọn, FWD sẽ chi trả cho quyền lợi tại mục 1.4 này không vượt quá quyền lợi tối đa mỗi Năm hợp đồng cho Hỗ trợ chi phí Cấp cứu khi đang ở nước ngoài.

Cấp cứu là tình trạng y tế biểu hiện bằng các triệu chứng cấp tính với mức độ nghiêm trọng (bao gồm đau dữ dội) mà một người có hiểu biết trung bình về y khoa sẽ hiểu rằng nếu không có sự chăm sóc y tế kịp thời tại một phòng cấp cứu của Bệnh viện thì một trong các trường hợp sau sẽ xảy ra:

- ◆ Sức khỏe của một người sẽ bị đe dọa nghiêm trọng; hoặc
- ◆ Suy giảm nghiêm trọng chức năng của cơ thể; hoặc
- ◆ Rối loạn nghiêm trọng chức năng của bất kỳ cơ quan hoặc một phần cơ thể.

1.5 Quyền lợi Điều trị ngoại trú

FWD sẽ chi trả quyền lợi Điều trị ngoại trú như bảng sau:

Đơn vị tính: đồng

Kế hoạch	Care100	Care250	Care500	Care1000
Điều trị ngoại trú (Quyền lợi tối đa mỗi Năm hợp đồng)	5 triệu	7,5 triệu	10 triệu	20 triệu
Quyền lợi tối đa mỗi lần khám	500 nghìn	750 nghìn	1 triệu	2 triệu
Quyền lợi Nha khoa mỗi năm	500 nghìn	750 nghìn	1 triệu	2 triệu
Đồng chi trả mỗi lần khám	20/80			-



Trong mỗi Năm hợp đồng, tương ứng với Kế hoạch bảo hiểm mà Quý khách đã chọn, FWD sẽ chi trả quyền lợi tại mục 1.5 này không vượt quá:

- (i). Quyền lợi tối đa mỗi lần khám;
- (ii). Quyền lợi tối đa mỗi Năm hợp đồng cho Điều trị ngoại trú.

FWD sẽ chi trả quyền lợi Nha khoa 1 lần trong mỗi Năm hợp đồng.

Đồng chi trả mỗi lần khám 20/80 nghĩa là cho mỗi lần khám, Quý khách sẽ chi trả 20% chi phí y tế thực tế và FWD chi trả 80% chi phí y tế thực tế nhưng không vượt quá Quyền lợi tối đa mỗi lần khám theo Kế hoạch bảo hiểm Quý khách đã lựa chọn. Quyền lợi tối đa mỗi năm của Điều trị ngoại trú bao gồm khám ngoại trú và quyền lợi nha khoa.

Đồng chi trả mỗi lần khám 20/80 không áp dụng cho Kế hoạch Care1000.

Ví dụ minh họa:

- ◆ Khách hàng A đang tham gia Kế hoạch Care500. Khách hàng A điều trị ngoại trú với chi phí 1 triệu đồng.

FWD	Khách hàng A
Chi trả 800.000 đồng (80% Chi phí Điều trị ngoại trú thực tế)	Chi trả 200.000 đồng (20% Chi phí Điều trị ngoại trú thực tế)

- ◆ Khách hàng B đang tham gia Kế hoạch Care1000. Khách hàng B điều trị ngoại trú với chi phí 1,5 triệu đồng.

FWD
Chi trả 1,5 triệu đồng (100% Chi phí Điều trị ngoại trú thực tế)

Điều trị ngoại trú là việc Người được bảo hiểm được khám, điều trị y tế tại Bệnh viện hoặc Phòng khám, nhưng không làm thủ tục nhập viện và không nằm viện qua đêm.

Chi phí Điều trị ngoại trú là những chi phí y tế thực tế phát sinh trong 1 lần Điều trị ngoại trú, bao gồm chi phí khám bệnh, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, chi phí thuốc kê toa, chi phí Vật lý trị liệu, chi phí Y học thay thế.

Phòng khám là một cơ sở y tế khám chữa bệnh được cấp giấy phép thành lập và hoạt động theo luật pháp Việt Nam. Tư cách của phòng khám phải được thể hiện bằng chữ “Phòng khám” trên con dấu chính thức.

Vật lý trị liệu là phương pháp điều trị sử dụng các biện pháp vật lý để giảm đau, phục hồi chức năng của cơ bắp hay các hoạt động bình thường hàng ngày của Người được bảo hiểm theo chỉ định của Bác sĩ (không phải phương pháp massage, spa hay tập sửa dáng đi) và việc điều trị này phải được thực hiện tại Bệnh viện hoặc Phòng khám.

Y học thay thế là phương pháp chữa bệnh không phải là tây y, như y học dân tộc, y học cổ truyền và những phương pháp tương tự được thực hiện tại Bệnh viện hoặc Phòng khám.

Nha khoa bao gồm:

(i). Điều trị Nha khoa cơ bản, bao gồm:

- ◆ Tư vấn bác sĩ, khám để chẩn đoán, kiểm tra y tế;
- ◆ Điều trị nha chu và nướu: Viêm nướu, viêm nha chu;
- ◆ Thuốc theo toa;
- ◆ Trám răng (hỗn hợp kim loại amalgam, chất liệu tổng hợp composite, trám răng bằng GIC, hoặc vật liệu tương đương);
- ◆ X-Quang: Chẩn đoán hình ảnh X-Quang theo yêu cầu của Nha sĩ;
- ◆ Điều trị tủy;
- ◆ Nhổ răng sâu (không Phẫu thuật);
- ◆ Cắt mô cứng của răng, chóp răng.

(ii). Bọc răng sứ, làm răng giả (không bao gồm cấy ghép implant): Dát răng, trám răng bằng vật liệu kim loại hoặc vật liệu gốm (không bao gồm vật liệu vàng, vật liệu hiếm) trong trường hợp không thể sử dụng chất liệu tổng hợp, hỗn hợp kim loại trực tiếp để phục hồi răng;

(iii). Cạo vôi răng.

1.6 Các trường hợp loại trừ bảo hiểm

FWD sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm của Sản phẩm bảo trợ này nếu sự kiện bảo hiểm xảy ra thuộc một trong các trường hợp sau đây:

- (i). Người được bảo hiểm bị nhiễm HIV, hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS) và các bệnh lây qua đường tình dục theo danh mục của Bộ Y tế;
- (ii). Bất kỳ điều trị hay Phẫu thuật nào đối với các bệnh lý bẩm sinh bất thường hoặc dị tật bao gồm các trường hợp di truyền được chẩn đoán trước khi Người được bảo hiểm tròn 1 tuổi;
- (iii). Các điều trị bệnh liên quan đến sức khỏe sinh sản như hiếm muộn, vô sinh, sinh con, các biến chứng thai sản ngoại trừ các trường hợp Biến chứng thai sản được định nghĩa theo Quy tắc và Điều khoản Sản phẩm bảo trợ này;
- (iv). Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm, Người thụ hưởng hoặc bất kỳ người nào sẽ nhận quyền lợi bảo hiểm có Hành vi cố ý vi phạm pháp luật đối với Người được bảo hiểm.

Trong trường hợp Hợp đồng có nhiều hơn 1 Người thụ hưởng và Người thụ hưởng gây ra Hành vi cố ý vi phạm pháp luật đối với Người được bảo hiểm, FWD vẫn chi trả quyền lợi bảo hiểm cho những Người thụ hưởng còn lại. Tỷ lệ chi trả sẽ tương ứng với tỷ lệ mà những Người thụ hưởng đó được hưởng trong Hợp đồng.

- (v). Các sự kiện gây tổn thất lớn bao gồm chiến tranh (dù có tuyên bố hay không tuyên bố), xâm lược, các hoạt động khủng bố, nổi loạn, bạo loạn, bạo động, cách mạng, nội chiến hoặc bất kỳ hành động hiếu chiến nào; phóng xạ hoặc nhiễm phóng xạ.

Biên chứng thai sản bao gồm các biên chứng như sau:

- ◆ Băng huyết sau sinh (băng huyết trong hoặc sau sinh, với số lượng máu chảy trên > 500ml);
- ◆ Nhiễm khuẩn huyết sau sinh;
- ◆ Huyết khối tĩnh mạch do thai sản (tắc mạch phổi hoặc huyết khối tĩnh mạch sâu);
- ◆ Đông máu nội mạch lan tỏa do thai sản.

2. Yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

2.1 Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

- (i). Phiếu yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm đã được điền đầy đủ thông tin theo mẫu của FWD:



Tải Phiếu yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm tại địa chỉ <https://www.fwd.com.vn/vi/ho-tro-khach-hang/>.

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

Các chứng từ liên quan đến việc điều trị

- ◆ Bản gốc giấy ra viện;
- ◆ Giấy chứng nhận Phẫu thuật (nếu có);
- ◆ Sổ khám bệnh;
- ◆ Đơn thuốc;
- ◆ Tóm tắt hồ sơ bệnh;
- ◆ Chỉ định và kết quả xét nghiệm.

Các chứng từ liên quan đến việc thanh toán

- ◆ Bản gốc hóa đơn thu tiền viện phí;
- ◆ Bản gốc hóa đơn thuốc;
- ◆ Bảng kê chi tiết chi phí điều trị.

- (iii). Các chứng từ khác, nếu có, bao gồm:

- ◆ Trường hợp Tai nạn được cơ quan có thẩm quyền xác minh, điều tra: Biên bản tai nạn, biên bản khám nghiệm hiện trường, báo cáo kết luận điều tra, biên bản giám định pháp y được cơ quan có thẩm quyền cấp;
- ◆ Trường hợp Tai nạn sinh hoạt hoặc vụ Tai nạn không được cơ quan có thẩm quyền xác minh, điều tra: Bản tường trình chi tiết tình huống Tai nạn có xác nhận của chính quyền địa phương nơi Người được bảo hiểm cư trú;
- ◆ Các xét nghiệm y khoa hỗ trợ cho việc chẩn đoán và điều trị;
- ◆ Giấy xác nhận nghỉ bệnh của cơ quan.

- (iv). Bằng chứng hợp pháp xác nhận người nhận quyền lợi bảo hiểm được phép nhận quyền lợi bảo hiểm: chứng minh nhân dân/căn cước công dân/giấy khai sinh/giấy chứng nhận kết hôn và giấy ủy quyền, di chúc hoặc các bằng chứng hợp pháp khác, nếu người nhận quyền lợi bảo hiểm không phải Người thụ hưởng.

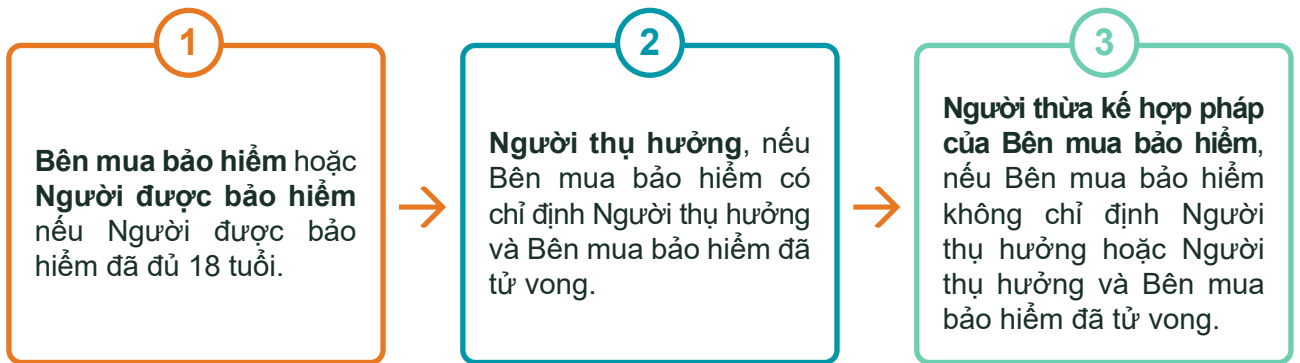


Trường hợp bản gốc của các giấy tờ được yêu cầu bị mất, giấy tờ thay thế phải có giá trị tương đương và theo hướng dẫn của FWD tùy từng trường hợp cụ thể.

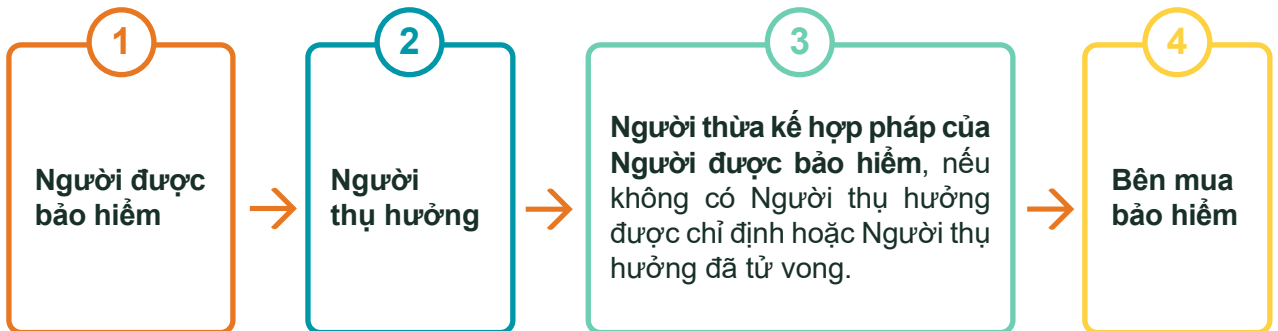
2.2 Thứ tự ưu tiên nhận quyền lợi bảo hiểm

Các quyền lợi bảo hiểm theo Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm bảo trợ này được chi trả theo thứ tự ưu tiên như sau:

Trường hợp Bên mua bảo hiểm là cá nhân:



Trường hợp Bên mua bảo hiểm là tổ chức:



3. Thời hạn bảo hiểm và tái tục sản phẩm bảo trợ

Thời hạn bảo hiểm của Sản phẩm bảo trợ này là 1 năm tính từ Ngày hiệu lực của Sản phẩm bảo trợ này. Trong mọi trường hợp, Thời hạn bảo hiểm của Sản phẩm bảo trợ này sẽ không vượt quá Thời hạn bảo hiểm của Sản phẩm chính trong Hợp đồng.

Thời hạn đóng phí bằng Thời hạn bảo hiểm của Sản phẩm bảo trợ này.

Sản phẩm bảo trợ này sẽ được tái tục hàng năm cho đến hết Năm hợp đồng khi Người được bảo hiểm đạt 75 tuổi.



Điều kiện tái tục:

- (i). Phí bảo hiểm tái tục của Sản phẩm bảo trợ này được đóng đủ khi đến hạn;
- (ii). Hợp đồng còn hiệu lực.

FWD hoặc Quý khách có quyền từ chối tái tục Sản phẩm bảo trợ này bằng cách thông báo trước 30 ngày bằng văn bản cho bên kia.

Thời hạn bảo hiểm của Sản phẩm bảo trợ này là thời gian có hiệu lực của Sản phẩm bảo trợ này.

Thời hạn đóng phí của Sản phẩm bảo trợ này là thời gian Quý khách cần đóng đầy đủ phí bảo hiểm của Sản phẩm bảo trợ này.

Thời hạn đóng phí và Thời hạn bảo hiểm của Sản phẩm bảo trợ này được ghi trong Chứng nhận bảo hiểm hoặc Thư xác nhận điều chỉnh thông tin hợp đồng gần nhất.

4. Phí bảo hiểm

4.1 Phí bảo hiểm

Phí bảo hiểm của Sản phẩm bảo trợ này được tính theo tuổi của Người được bảo hiểm:

Trong Năm hợp đồng đầu tiên

Tuổi tại thời điểm Sản phẩm bảo trợ này có hiệu lực.

Kể từ Năm hợp đồng thứ 2 trở đi

Tuổi tại các Ngày tái tục hàng năm của Sản phẩm bảo trợ này.

Quý khách cần đóng đủ phí bảo hiểm cho Sản phẩm bảo trợ này vào hoặc trước các Ngày đến hạn đóng phí, để duy trì hiệu lực của Sản phẩm bảo trợ này.

Ngày đến hạn đóng phí được xác định dựa trên định kỳ đóng phí bảo hiểm tính từ Ngày hiệu lực của Sản phẩm bảo trợ này.

Quý khách có thể yêu cầu thay đổi định kỳ đóng phí vào những Ngày kỷ niệm năm, tuy nhiên, trong mọi trường hợp, Sản phẩm bảo trợ này sẽ có cùng định kỳ đóng phí với Hợp đồng.

FWD có thể thay đổi mức phí bảo hiểm trong thời gian Sản phẩm bảo trợ này đang có hiệu lực. Mức phí bảo hiểm mới chỉ được áp dụng vào Ngày tái tục hàng năm của Sản phẩm bảo trợ này. FWD sẽ thông báo bằng văn bản cho Quý khách 60 ngày trước ngày áp dụng phí bảo hiểm mới.

Trường hợp Sản phẩm bảo trợ này được khôi phục, mức phí bảo hiểm tại thời điểm khôi phục hiệu lực sẽ được FWD áp dụng.

Ngày tái tục hàng năm của Sản phẩm bảo trợ này là ngày lặp lại hàng năm của ngày Sản phẩm bảo trợ có hiệu lực. Nếu năm không có ngày này, ngày cuối cùng của tháng đó sẽ là Ngày tái tục hàng năm của Sản phẩm bảo trợ này.

4.2 Thời gian gia hạn đóng phí bảo hiểm

FWD sẽ áp dụng một khoảng thời gian gia hạn đóng phí 60 ngày kể từ Ngày đến hạn đóng phí của Sản phẩm bảo trợ này.

Vào ngày kết thúc thời gian gia hạn đóng phí bảo hiểm cho Sản phẩm bảo trợ này, Quý khách chưa đóng đủ phí bảo hiểm đến hạn, Sản phẩm bảo trợ này sẽ mất hiệu lực kể từ Ngày đến hạn đóng phí của Sản phẩm bảo trợ này, trừ trường hợp phí bảo hiểm của Sản phẩm bảo trợ này được đóng theo Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm chính của Hợp đồng.

FWD sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm của Sản phẩm bảo trợ này nếu sự kiện bảo hiểm xảy ra trong thời gian Sản phẩm bảo trợ này bị mất hiệu lực.

Quý khách có thể khôi phục hiệu lực Sản phẩm bảo trợ này theo mục 5.2 của Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm bảo trợ này.

5. Điều chỉnh hợp đồng bảo hiểm

5.1 Thay đổi Kế hoạch bảo hiểm

Trong thời gian Sản phẩm bảo trợ này có hiệu lực, Quý khách có thể yêu cầu điều chỉnh Kế hoạch bảo hiểm vào các Ngày tái tục hàng năm của Sản phẩm bảo trợ này.

Nếu Quý khách yêu cầu thay đổi Kế hoạch bảo hiểm với phạm vi bảo hiểm tối đa mỗi năm từ thấp lên cao hơn, Người được bảo hiểm cần đáp ứng các điều kiện về thẩm định của FWD. FWD có thể chấp nhận, chấp nhận có điều kiện hoặc từ chối yêu cầu thay đổi Kế hoạch bảo hiểm.

Số tiền bảo hiểm mới sẽ có hiệu lực kể từ thời điểm yêu cầu thay đổi của Quý khách được FWD chấp thuận bằng văn bản.

Sau khi Kế hoạch bảo hiểm mới có hiệu lực, các quyền lợi bảo hiểm và phí bảo hiểm sẽ được điều chỉnh tương ứng.

5.2 Khôi phục hiệu lực Sản phẩm bảo trợ

Trong vòng 2 năm kể từ ngày Sản phẩm bảo trợ này mất hiệu lực, Quý khách có thể khôi phục hiệu lực của Sản phẩm bảo trợ này.



Điều kiện khôi phục

- ◆ Hợp đồng có Sản phẩm bảo trợ này đính kèm đang còn hiệu lực;
- ◆ Quý khách đóng các khoản phí bảo hiểm còn thiếu để khôi phục hiệu lực Sản phẩm bảo trợ này;
- ◆ FWD vẫn đang cung cấp Sản phẩm bảo trợ này;
- ◆ Quý khách đáp ứng điều kiện về:
 - (i). Quyền lợi có thể được bảo hiểm;
 - (ii). Người được bảo hiểm dưới 75 tuổi tại thời điểm khôi phục Sản phẩm bảo trợ này;
 - (iii). Tình trạng sức khỏe đáp ứng điều kiện có thể được bảo hiểm theo quy định của FWD.

FWD sẽ thông báo cho Quý khách về các khoản phí bảo hiểm cần đóng để khôi phục hiệu lực của Sản phẩm bảo trợ này.

Thời điểm khôi phục hiệu lực sẽ được tính từ ngày FWD phát hành Thư xác nhận khôi phục hiệu lực.

5.3 Cập nhật thông tin cá nhân

Quý khách cần thông báo cho FWD bằng văn bản bất kỳ thay đổi nào về nghề nghiệp hoặc nơi cư trú của Người được bảo hiểm.

Trong trường hợp Người được bảo hiểm thay đổi nghề nghiệp có rủi ro cao hơn hoặc cư trú ngoài lãnh thổ Việt Nam hơn 180 ngày (liên tục hay không liên tục) trong một năm dương lịch, FWD có thể thực hiện một trong các quyết định sau:

- (i). Duy trì Sản phẩm bảo trợ này với mức phí bảo hiểm không đổi; hoặc
- (ii). Duy trì Sản phẩm bảo trợ này và tăng phí bảo hiểm; hoặc
- (iii). Từ chối duy trì Sản phẩm bảo trợ này và hoàn trả phần phí bảo hiểm mà Quý khách đã đóng tương ứng với thời gian chưa được bảo hiểm.

FWD sẽ gửi thông báo bằng văn bản cho Quý khách về quyết định của mình.

5.4 Nhầm lẫn kê khai tuổi, giới tính

Nếu phí bảo hiểm đã đóng thấp hơn phí bảo hiểm tính theo tuổi và/hoặc giới tính đúng của Người được bảo hiểm

- (i). Quý khách đóng thêm phần phí bảo hiểm chênh lệch; hoặc
- (ii). FWD sẽ điều chỉnh Kế hoạch bảo hiểm tương ứng với mức phí bảo hiểm mà Quý khách đã đóng kể từ ngày FWD chấp thuận bảo hiểm theo tuổi và/hoặc giới tính đúng của Người được bảo hiểm.

Nếu phí bảo hiểm đã đóng cao hơn phí bảo hiểm tính theo tuổi và/hoặc giới tính đúng của Người được bảo hiểm

- (i). FWD sẽ giữ nguyên Kế hoạch bảo hiểm hiện tại;
- (ii). FWD sẽ hoàn lại cho Quý khách phần phí bảo hiểm chênh lệch đã đóng sau ngày FWD chấp nhận bảo hiểm theo tuổi và/hoặc giới tính đúng của Người được bảo hiểm.

Nếu theo tuổi và/hoặc giới tính đúng, Người được bảo hiểm không được FWD chấp nhận bảo hiểm

- (i). FWD sẽ hủy bỏ Sản phẩm bảo trợ này;
- (ii). FWD sẽ hoàn trả cho Quý khách phí bảo hiểm đã đóng của Sản phẩm bảo trợ này, sau khi trừ đi chi phí kiểm tra sức khỏe và các quyền lợi đã chi trả trước đó, nếu có.

6. Chấm dứt hiệu lực sản phẩm bảo trợ

Ngoài các trường hợp chấm dứt hiệu lực Sản phẩm bảo trợ được quy định tại Phần 1 – Những điều khoản chung của Hợp đồng, Sản phẩm bảo trợ này sẽ chấm dứt hiệu lực ngay khi có bất kỳ sự kiện nào dưới đây xảy ra:

- (i). Sản phẩm bảo trợ mất hiệu lực theo mục 4.2 của Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm bảo trợ này; hoặc
- (ii). FWD từ chối tái tục Sản phẩm bảo trợ này theo quy định tại mục 3 của Quy tắc và Điều khoản Sản phẩm bảo trợ này; hoặc
- (iii). FWD từ chối duy trì Sản phẩm bảo trợ này theo mục 5.3 của Quy tắc và Điều khoản Sản phẩm bảo trợ này; hoặc
- (iv). Quý khách yêu cầu hủy bỏ Sản phẩm bảo trợ này; hoặc
- (v). Người được bảo hiểm tử vong; hoặc
- (vi). Vào Ngày kỷ niệm năm của Sản phẩm bảo trợ này ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt 75 tuổi; hoặc
- (vii). Hợp đồng chấm dứt hiệu lực.

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

Trụ sở chính

Tầng 11, Tòa nhà Diamond Plaza, 34 Lê Duẩn,
Phường Bến Nghé, Quận 1, TP.HCM, Việt Nam
Tel: (84-28) 6256 3688 | Hotline: 1800 96 96 90
Email: customerconnect.vn@fwd.com

Chi nhánh

Tầng 20, Tòa nhà VCCI Tower, 9 Đào Duy Anh,
Phường Phương Mai, Quận Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam
Tel: (84-24) 3938 6757 | Hotline: 1800 96 96 90