

Phần 1:

Những điều khoản chung của Hợp đồng bảo hiểm


Những điều khoản chung của Hợp đồng bảo hiểm tại Phần 1 này sẽ được áp dụng cho (các) sản phẩm bảo hiểm (sau đây gọi tắt là “Sản phẩm”) được tham gia theo Hợp đồng bảo hiểm, trừ khi được quy định cụ thể khác đi tại Quy tắc, điều khoản của từng Sản phẩm.

☰ Mục lục

Phần 1: Những điều khoản chung của Hợp đồng bảo hiểm

	1. Hợp đồng bảo hiểm	4
---	----------------------	---

	2. Quyền lợi có thể được bảo hiểm	8
---	-----------------------------------	---

	3. Thông tin Hợp đồng bảo hiểm	10
	3.1 Nghĩa vụ kê khai trung thực	10
	3.2 Miễn truy xét	11
	3.3 Cập nhật thông tin cá nhân	12
	3.4 Nghĩa vụ cung cấp thông tin của FWD	12
	3.5 Nghĩa vụ bảo mật thông tin của FWD	12

	4. Thời gian cân nhắc	13
---	-----------------------	----

	5. Đóng phí bảo hiểm	14
---	----------------------	----

	6. Thay đổi sản phẩm bảo trợ	15
---	------------------------------	----

	7. Chỉ định hoặc thay đổi Người thụ hưởng	16
---	---	----

☰ Mục lục

Phần 1: Những điều khoản chung của Hợp đồng bảo hiểm

8. Chuyển giao Hợp đồng 17

9. Kế thừa thực hiện Hợp đồng 18

10. Quyền lợi bảo hiểm và yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm 20

- 10.1 Quyền lợi bảo hiểm 20
- 10.2 Yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm 20
- 10.3 Thời hạn nộp yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm 20
- 10.4 Thời hạn giải quyết quyền lợi bảo hiểm 21

11. Quy định về phòng chống rửa tiền và tài trợ khủng bố 22

12. Chấm dứt Hợp đồng 24

13. Giải quyết tranh chấp 25

1. Hợp đồng bảo hiểm

Hợp đồng bảo hiểm (sau đây gọi tắt là “**Hợp đồng**”) là thỏa thuận giữa Bên mua bảo hiểm và FWD, bao gồm các tài liệu sau:

- (i). Chứng nhận bảo hiểm;
- (ii). Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm;
- (iii). Bảng minh họa quyền lợi bảo hiểm;
- (iv). Tóm tắt Quy tắc, điều khoản (các) Sản phẩm;
- (v). Quy tắc, điều khoản (các) Sản phẩm;
- (vi). Các sửa đổi, bổ sung được ký kết giữa hai bên trong quá trình thực hiện Hợp đồng (nếu có).

Để tham gia bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm cần hoàn tất Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, gửi về FWD và đóng đầy đủ phí bảo hiểm (tạm tính) của Hợp đồng.



Khi FWD chấp thuận bảo hiểm trên cơ sở Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và (các) tài liệu khác do Bên mua bảo hiểm cung cấp cho mục đích tham gia bảo hiểm, FWD sẽ phát hành Hợp đồng. Hợp đồng có thể được phát hành dưới hình thức Hợp đồng bản giấy và/hoặc bản điện tử có chữ ký số của FWD.

Trường hợp FWD phát hành Hợp đồng bản điện tử, FWD sẽ gửi hướng dẫn cách thức nhận Hợp đồng bản điện tử đến Bên mua bảo hiểm. Hợp đồng bản điện tử có giá trị như bản giấy.

Trong Hợp đồng này, các từ, thuật ngữ viết hoa sẽ được hiểu như định nghĩa dưới đây, trừ khi được định nghĩa khác đi trong Quy tắc, điều khoản của từng Sản phẩm trong Hợp đồng.

- 1.1 Bác sĩ** là cá nhân đã có bằng cấp chuyên môn y khoa và được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hành nghề y. Bác sĩ không được đồng thời là Bên mua bảo hiểm, hoặc Người được bảo hiểm, hoặc Người thụ hưởng trừ trường hợp những người này làm nhiệm vụ theo sự phân công của cấp có thẩm quyền.
- 1.2 Bên mua bảo hiểm** là bên có nhu cầu tham gia bảo hiểm, có quyền lợi có thể được bảo hiểm theo quy định pháp luật, đồng ý giao kết Hợp đồng bảo hiểm, đóng phí bảo hiểm cho Hợp đồng và thực hiện các quyền và nghĩa vụ được quy định trong Hợp đồng.

Theo Hợp đồng này, Bên mua bảo hiểm có thể là:

- (i). Tổ chức được thành lập và hoạt động hợp pháp tại Việt Nam; hoặc
 - (ii). Cá nhân từ đủ 18 tuổi trở lên hiện đang cư trú tại Việt Nam, có năng lực hành vi dân sự đầy đủ.
- 1.3 Chứng nhận bảo hiểm** là tài liệu do FWD phát hành thể hiện thông tin cơ bản của Hợp đồng và (các) Sản phẩm tham gia trong Hợp đồng.

1. Hợp đồng bảo hiểm

- 1.4 FWD** là Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ FWD Việt Nam, được thành lập và hoạt động theo pháp luật của Việt Nam.
- 1.5 Hành vi vi phạm pháp luật** là hành vi của một cá nhân bao gồm:
- (i) Tham gia hoặc thực hiện hành vi trái pháp luật mà pháp luật hình sự quy định là tội phạm, hoặc
 - (ii) Điều khiển phương tiện tham gia giao thông mà trong máu hoặc hơi thở có nồng độ cồn vượt quá mức cho phép theo quy định của pháp luật. Quy định này không áp dụng trong trường hợp hồ sơ, chứng từ do cơ quan có thẩm quyền lập thể hiện nồng độ cồn trong máu hoặc hơi thở ở mức trị số bình thường theo quy định của Bộ Y tế (hoặc quy định thay thế, sửa đổi, bổ sung) có hiệu lực tại thời điểm xảy ra Tai nạn; hoặc
 - (iii) Sử dụng chất ma túy, chất gây nghiện, chất kích thích bị cấm, trừ trường hợp được Bác sĩ kê đơn theo quy định của pháp luật.
- 1.6 Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm** là hồ sơ theo mẫu của FWD, được Bên mua bảo hiểm kê khai và chuyển tới FWD để yêu cầu tham gia bảo hiểm. Bảng câu hỏi liên quan đến rủi ro được bảo hiểm là một phần của Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm và (các) Người được bảo hiểm liên quan phải xác nhận Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm.
- 1.7 Khoản nợ** là bất cứ khoản tiền nào mà Bên mua bảo hiểm còn nợ FWD và được xác định theo các điều khoản và điều kiện của từng Sản phẩm trong Hợp đồng. FWD sẽ khấu trừ (các) Khoản nợ trước khi thanh toán bất kỳ khoản tiền hay chi trả bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào của Hợp đồng.
- 1.8 Sản phẩm chính** có tên kỹ thuật là Sản phẩm bảo hiểm liên kết chung đóng phí định kỳ 2025, được phê chuẩn theo Công văn số 5639/BTC-QLBH, ngày 28/04/2025 của Bộ Tài chính về phương pháp, cơ sở tính phí bảo hiểm, và được triển khai theo Quyết định số FWDVN.CEO.052025-01 ngày 28/05/2025 của Tổng Giám đốc FWD. Tên thương mại của Sản phẩm chính được đề cập tại Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- 1.9 Sản phẩm bổ trợ** là (các) Sản phẩm được Bên mua bảo hiểm tham gia và đính kèm vào Hợp đồng tại từng thời điểm theo quy định của FWD.
- 1.10 Số tiền bảo hiểm** là số tiền Bên mua bảo hiểm yêu cầu bảo hiểm và được FWD chấp thuận làm cơ sở để chi trả quyền lợi bảo hiểm trong trường hợp rủi ro xảy ra theo Hợp đồng. Số tiền bảo hiểm được ghi trên Chứng nhận bảo hiểm, hoặc Thư xác nhận điều chỉnh Hợp đồng gần nhất (nếu có).
- 1.11 Năm hợp đồng** là khoảng thời gian 1 năm dương lịch kể từ Ngày hiệu lực Hợp đồng hoặc từ Ngày kỷ niệm năm.
- 1.12 Ngày kỷ niệm năm** là ngày lặp lại hàng năm của Ngày hiệu lực Hợp đồng. Nếu năm không có ngày này thì ngày cuối cùng của tháng đó sẽ là Ngày kỷ niệm năm.
- 1.13 Ngày hiệu lực Hợp đồng** là ngày Bên mua bảo hiểm hoàn tất Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và đóng đầy đủ phí bảo hiểm (tạm tính) của Hợp đồng, với điều kiện Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm còn sống tại thời điểm FWD chấp thuận bảo hiểm. Ngày hiệu lực Hợp đồng được ghi trên Chứng nhận bảo hiểm.
- 1.14 Ngày kết thúc Thời hạn bảo hiểm** được ghi trong Chứng nhận bảo hiểm và/hoặc Thư xác nhận điều chỉnh Hợp đồng.

1. Hợp đồng bảo hiểm

1.15 Ngày đến hạn đóng phí là ngày Bên mua bảo hiểm cần đóng phí bảo hiểm theo định kỳ lựa chọn trong Hợp đồng.

1.16 Ngày khôi phục hiệu lực Hợp đồng là ngày Bên mua bảo hiểm hoàn tất yêu cầu khôi phục hiệu lực Hợp đồng, đóng đầy đủ các khoản phí bảo hiểm và hoàn tất các thủ tục khác theo quy định của FWD để khôi phục hiệu lực của Hợp đồng, với điều kiện yêu cầu khôi phục hiệu lực Hợp đồng được FWD chấp thuận bằng văn bản và Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm phải còn sống tại thời điểm FWD chấp thuận yêu cầu.

1.17 Người được bảo hiểm là cá nhân có sức khỏe, tính mạng được bảo hiểm theo (các) Sản phẩm trong Hợp đồng và được FWD chấp thuận bảo hiểm theo Hợp đồng này. Người được bảo hiểm phải cư trú tại Việt Nam tại thời điểm xác nhận đồng ý tham gia bảo hiểm.

Nếu Người được bảo hiểm đủ 18 tuổi, Người được bảo hiểm phải tự xác nhận đồng ý tham gia bảo hiểm và xác nhận các thông tin được kê khai trong Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, yêu cầu bổ sung Sản phẩm bổ trợ hoặc quyền lợi và các thông tin về sức khỏe của Người được bảo hiểm do Bên mua bảo hiểm kê khai, cung cấp cho FWD tại từng thời điểm.

Nếu Người được bảo hiểm chưa đủ 18 tuổi, việc xác nhận đồng ý tham gia bảo hiểm, xác nhận các thông tin được kê khai trong Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, yêu cầu bổ sung Sản phẩm bổ trợ hoặc quyền lợi và các thông tin về sức khỏe của Người được bảo hiểm do Bên mua bảo hiểm kê khai, cung cấp cho FWD phải được thực hiện bởi cha hoặc mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của Người được bảo hiểm.

1.18 Người thụ hưởng là bất kỳ tổ chức hoặc cá nhân nào được Bên mua bảo hiểm chỉ định với sự đồng ý của Người được bảo hiểm trong Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm hoặc yêu cầu điều chỉnh thông tin Hợp đồng và được FWD chấp thuận, để nhận quyền lợi bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm. Người thụ hưởng sẽ được nhận quyền lợi bảo hiểm theo quy định tại Quy tắc, điều khoản của từng Sản phẩm của Hợp đồng này.

1.19 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 tổn thương của Người được bảo hiểm trong vòng 180 ngày kể từ ngày xảy ra Tai nạn.

1.20 Thời hạn bảo hiểm là khoảng thời gian được tính từ Ngày hiệu lực Hợp đồng hoặc Ngày hiệu lực của (các) Sản phẩm bổ trợ đến Ngày kết thúc Thời hạn bảo hiểm và được xác định theo Quy tắc, điều khoản của từng Sản phẩm trong Hợp đồng này.

1.21 Thời hạn đóng phí là thời gian Bên mua bảo hiểm cần đóng phí bảo hiểm theo định kỳ và phương thức đóng phí được các bên thỏa thuận tại Hợp đồng. Thời hạn đóng phí của từng Sản phẩm trong Hợp đồng sẽ được xác định theo Quy tắc, điều khoản của Sản phẩm đó.

1. Hợp đồng bảo hiểm

1.22 Thương tật toàn bộ vĩnh viễn (TTTBVV) nghĩa là khi

- a). Người được bảo hiểm bị mất, liệt hoàn toàn và không thể phục hồi chức năng của:
- (i). Hai tay; hoặc
 - (ii). Hai chân; hoặc
 - (iii). Một tay và một chân; hoặc
 - (iv). Hai mắt; hoặc
 - (v). Một tay và một mắt; hoặc
 - (vi). 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.

Hoặc

- b). 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 FWD chấp thuận.

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 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.

1.23 Tuổi bảo hiểm là tuổi của Người được bảo hiểm tính theo lần sinh nhật vừa qua tại Ngày hiệu lực Hợp đồng hoặc Ngày hiệu lực của (các) Sản phẩm bảo trợ trong Hợp đồng.

☆ 2. Quyền lợi có thể được bảo hiểm

2.1 Quyền lợi có thể được bảo hiểm giữa Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm

Tại thời điểm hoàn tất Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và thời điểm được FWD chấp thuận bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm phải có quyền lợi có thể được bảo hiểm với Người được bảo hiểm, bao gồm các trường hợp dưới đây:



Bên mua bảo hiểm tự tham gia bảo hiểm cho bản thân mình;



Người được bảo hiểm là vợ, chồng, cha đẻ, cha nuôi, mẹ đẻ, mẹ nuôi, con đẻ, con nuôi của Bên mua bảo hiểm;



Người được bảo hiểm là anh chị em ruột, người có quan hệ nuôi dưỡng, cấp dưỡng hoặc người được giám hộ hợp pháp bởi Bên mua bảo hiểm;



Người được bảo hiểm là người có quyền lợi về tài chính hoặc quan hệ lao động với Bên mua bảo hiểm;



Người được bảo hiểm đồng ý bằng văn bản cho Bên mua bảo hiểm mua bảo hiểm sức khỏe cho mình.

☆ 2. Quyền lợi có thể được bảo hiểm

2.2 Quyền lợi có thể được bảo hiểm giữa Người thụ hưởng và Người được bảo hiểm

Tại thời điểm chỉ định Người thụ hưởng và thời điểm được FWD chấp thuận, Người thụ hưởng phải có quyền lợi có thể được bảo hiểm với Người được bảo hiểm của Sản phẩm chính, bao gồm các trường hợp dưới đây:



Người thụ hưởng là Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm;



Người thụ hưởng là vợ, chồng, cha đẻ, cha nuôi, mẹ đẻ, mẹ nuôi, con đẻ, con nuôi của Người được bảo hiểm;



Người thụ hưởng là anh chị em ruột, người có quan hệ nuôi dưỡng, cấp dưỡng, người giám hộ hợp pháp hoặc người được giám hộ hợp pháp bởi Người được bảo hiểm;



Người thụ hưởng là người có quyền lợi về tài chính hoặc quan hệ lao động với Người được bảo hiểm.

3. Thông tin Hợp đồng bảo hiểm

3.1 Nghĩa vụ kê khai trung thực

Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm có nghĩa vụ kê khai đầy đủ, trung thực và chính xác các thông tin được yêu cầu trong Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, các mẫu kê khai bổ sung cho Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, yêu cầu điều chỉnh Hợp đồng.

Việc FWD không thực hiện kiểm tra sức khỏe hay thực hiện kiểm tra sức khỏe (nếu có) không thay thế hoặc sử dụng như lý do để miễn trừ cho nghĩa vụ kê khai đầy đủ, trung thực và chính xác của Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm.

Trên cơ sở thông tin được Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm kê khai, tùy từng trường hợp, FWD sẽ quyết định:

(i). Chấp thuận bảo hiểm, chấp thuận yêu cầu điều chỉnh Hợp đồng hoặc yêu cầu khôi phục hiệu lực Hợp đồng;

Hoặc

(ii). Chấp thuận bảo hiểm, chấp thuận yêu cầu điều chỉnh Hợp đồng, yêu cầu khôi phục hiệu lực Hợp đồng có điều kiện. Trường hợp Bên mua bảo hiểm không đồng ý với quyết định của FWD, FWD sẽ hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm khoản phí bảo hiểm đã đóng tương ứng với Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, hoặc yêu cầu điều chỉnh Hợp đồng, hoặc yêu cầu khôi phục hiệu lực Hợp đồng tùy trường hợp, không có lãi sau khi trừ đi chi phí kiểm tra sức khỏe (nếu có);

Hoặc

(iii). Không chấp thuận bảo hiểm, không chấp thuận yêu cầu điều chỉnh Hợp đồng, yêu cầu khôi phục hiệu lực Hợp đồng. Trong trường hợp này, FWD sẽ hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm khoản phí bảo hiểm đã đóng tương ứng với Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, hoặc yêu cầu điều chỉnh Hợp đồng, hoặc yêu cầu khôi phục hiệu lực Hợp đồng tùy trường hợp, không có lãi sau khi trừ đi chi phí kiểm tra sức khỏe (nếu có).

Tại bất kỳ thời điểm nào, nếu FWD biết được việc Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm vi phạm nghĩa vụ kê khai trung thực, hoặc không kê khai các Thông tin quan trọng nhằm giao kết Hợp đồng hoặc để được chấp thuận bảo hiểm, FWD có quyền yêu cầu Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm cung cấp, kê khai bổ sung các thông tin để xem xét, quyết định. Tùy từng trường hợp, FWD có quyền:

(iv). Chấm dứt hiệu lực của Hợp đồng, từ chối chi trả quyền lợi bảo hiểm (nếu có), và hoàn trả cho Bên mua bảo hiểm tổng phí bảo hiểm đã đóng kể từ Ngày hiệu lực Hợp đồng hoặc Ngày khôi phục hiệu lực Hợp đồng gần nhất (đối với Hợp đồng có thực hiện khôi phục hiệu lực), không có lãi, trừ đi các khoản sau đây (nếu có):

- Bất kỳ khoản tiền nào Bên mua bảo hiểm đã nhận được từ Hợp đồng; và
- Bất kỳ quyền lợi nào đã được chi trả theo Hợp đồng kể từ Ngày hiệu lực Hợp đồng hoặc Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng gần nhất; và
- Các khoản Phí ban đầu, Phí quản lý Hợp đồng kể từ Ngày hiệu lực Hợp đồng hoặc Ngày khôi phục hiệu lực Hợp đồng gần nhất đến ngày chấm dứt Hợp đồng; và

3. Thông tin Hợp đồng bảo hiểm

- Chi phí kiểm tra sức khỏe; và
- Chi phí liên quan đến việc phát hành Hợp đồng.

Đồng thời, Bên mua bảo hiểm phải bồi thường thiệt hại phát sinh cho FWD (nếu có).

Hoặc

- (v). Chấm dứt hiệu lực (các) Sản phẩm bảo trợ và từ chối chi trả quyền lợi bảo hiểm của (các) Sản phẩm bảo trợ này, đồng thời hoàn trả cho Bên mua bảo hiểm tổng phí bảo hiểm của (các) Sản phẩm bảo trợ này đã được đóng kể từ Ngày hiệu lực của (các) Sản phẩm bảo trợ hoặc Ngày khôi phục hiệu lực Sản phẩm bảo trợ gần nhất, không có lãi, trừ đi các khoản sau đây (nếu có):
- Bất kỳ khoản tiền nào Bên mua bảo hiểm đã nhận được từ (các) Sản phẩm bảo trợ này; và
 - Bất kỳ quyền lợi nào đã được chi trả theo (các) Sản phẩm bảo trợ này kể từ Ngày hiệu lực của (các) Sản phẩm bảo trợ và/hoặc quyền lợi bảo hiểm, hoặc Ngày khôi phục hiệu lực Sản phẩm bảo trợ gần nhất; và
 - Chi phí kiểm tra sức khỏe; và
 - Chi phí liên quan đến việc phát hành (các) Sản phẩm bảo trợ này.

Đồng thời, Bên mua bảo hiểm phải bồi thường thiệt hại phát sinh cho FWD (nếu có).

Hoặc

- (vi). Chấp thuận bảo hiểm có điều kiện cho Sản phẩm chính và/hoặc (các) Sản phẩm bảo trợ. Trường hợp Bên mua bảo hiểm không đồng ý với quyết định của FWD, tùy từng trường hợp, FWD có quyền chấm dứt hiệu lực Hợp đồng theo quy định tại Mục 3.1 (iv) hoặc chấm dứt hiệu lực (các) Sản phẩm bảo trợ theo quy định tại Mục 3.1 (v) nêu trên.

Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm không cung cấp, kê khai bổ sung các thông tin theo yêu cầu, FWD có quyền chấm dứt hiệu lực Hợp đồng theo quy định tại Mục 3.1 (iv) hoặc chấm dứt hiệu lực (các) Sản phẩm bảo trợ theo quy định tại Mục 3.1 (v) nêu trên.

Thông tin quan trọng là các thông tin bao gồm nhưng không giới hạn về tình trạng sức khỏe, nghề nghiệp, và tài chính mà nếu FWD biết được, FWD chỉ chấp thuận bảo hiểm có điều kiện hoặc không chấp thuận bảo hiểm.

3.2 Miễn truy xét

Ngoại trừ các **Thông tin quan trọng**, FWD sẽ không xem xét các nội dung kê khai không chính xác hoặc bỏ sót sau 2 năm kể từ Ngày hiệu lực Hợp đồng hoặc Ngày khôi phục hiệu lực Hợp đồng gần nhất, hoặc Ngày hiệu lực của (các) Sản phẩm bảo trợ và/hoặc quyền lợi bảo hiểm hoặc Ngày khôi phục hiệu lực Sản phẩm bảo trợ gần nhất.

3. Thông tin Hợp đồng bảo hiểm

3.3 Cập nhật thông tin cá nhân

Bên mua bảo hiểm cần thông báo cho FWD ngay khi có bất kỳ thay đổi nào dưới đây:

- (i). Trường hợp Người được bảo hiểm thay đổi nghề nghiệp hoặc cư trú ngoài lãnh thổ Việt Nam hơn 180 ngày (liên tục hay không liên tục) trong một năm dương lịch. Khi nhận được thông báo thay đổi của Bên mua bảo hiểm, FWD sẽ xem xét, đánh giá và đưa ra các quyết định căn cứ theo quy định chi tiết tại Quy tắc, điều khoản của từng Sản phẩm trong Hợp đồng. FWD sẽ gửi thông báo bằng văn bản cho Bên mua bảo hiểm về quyết định của mình.
- (ii). Trường hợp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm có thay đổi thông tin cá nhân (thẻ căn cước/căn cước công dân, hộ chiếu, địa chỉ liên lạc tại Việt Nam), Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm cần cung cấp cho FWD một bản sao của thẻ căn cước/căn cước công dân, hộ chiếu hoặc giấy tờ có giá trị tương đương để chứng minh thông tin thay đổi.

3.4 Nghĩa vụ cung cấp thông tin của FWD

FWD có nghĩa vụ cung cấp đầy đủ, chính xác thông tin liên quan đến Hợp đồng cho Bên mua bảo hiểm.

Trường hợp FWD cố ý cung cấp thông tin sai sự thật nhằm giao kết Hợp đồng thì Bên mua bảo hiểm có quyền yêu cầu hủy bỏ Hợp đồng và nhận lại toàn bộ phí bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm đã đóng. FWD phải bồi thường thiệt hại phát sinh cho Bên mua bảo hiểm (nếu có) do việc cố ý cung cấp thông tin sai sự thật.

3.5 Nghĩa vụ bảo mật thông tin của FWD

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

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

4. Thời gian cân nhắc

Bên mua bảo hiểm có 21 ngày kể từ ngày nhận được Hợp đồng để cân nhắc Hợp đồng này có phù hợp với nhu cầu của mình hay không. Hợp đồng vẫn có hiệu lực trong suốt thời gian cân nhắc.

Trong thời gian này, Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm cần kiểm tra lại toàn bộ Hợp đồng, bao gồm các thông tin của Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm đã kê khai và được thể hiện trong Chứng nhận bảo hiểm, Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm để đảm bảo các thông tin được ghi nhận đầy đủ và chính xác.

Nếu Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm thấy bất kỳ thông tin nào chưa được ghi nhận đầy đủ hay chính xác thì Bên mua bảo hiểm cần thông báo ngay cho FWD để được xác nhận hoặc điều chỉnh kịp thời.

Trong thời gian cân nhắc này, nếu Bên mua bảo hiểm quyết định không tiếp tục duy trì Hợp đồng, Bên mua bảo hiểm có thể gửi yêu cầu hủy Hợp đồng cho FWD bằng văn bản hoặc qua các hình thức ứng dụng điện tử do FWD cung cấp. Yêu cầu hủy Hợp đồng của Bên mua bảo hiểm phải được thực hiện trong thời gian cân nhắc và được xác định căn cứ theo thời điểm FWD nhận được yêu cầu. Trên cơ sở yêu cầu hợp lệ của Bên mua bảo hiểm, FWD sẽ hủy bỏ Hợp đồng, hoàn trả tổng phí bảo hiểm đã đóng, không có lãi, sau khi đã khấu trừ các khoản sau (nếu có):

- Bất kỳ khoản tiền nào Bên mua bảo hiểm đã nhận được từ Hợp đồng; và
- Bất kỳ quyền lợi nào đã được chi trả theo Hợp đồng kể từ Ngày hiệu lực Hợp đồng; và
- Chi phí kiểm tra sức khỏe.

5. Đóng phí bảo hiểm

Bên mua bảo hiểm có nghĩa vụ đóng đủ phí bảo hiểm theo định kỳ của Hợp đồng vào các Ngày đến hạn đóng phí để duy trì hiệu lực của Hợp đồng theo Quy tắc, điều khoản của từng Sản phẩm trong Hợp đồng.

Bên mua bảo hiểm sẽ có thời gian gia hạn đóng phí bảo hiểm theo Quy tắc, điều khoản của từng Sản phẩm trong Hợp đồng.

Bên mua bảo hiểm có thể thay đổi định kỳ đóng phí bằng cách gửi yêu cầu đến FWD. Ngày bắt đầu áp dụng định kỳ đóng phí mới là ngày ghi trên Thư xác nhận điều chỉnh thông tin Hợp đồng.

6. Thay đổi sản phẩm bảo trợ

6.1 Bổ sung (các) Sản phẩm bảo trợ

Trong thời gian Hợp đồng còn hiệu lực, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu bổ sung (các) Sản phẩm bảo trợ với điều kiện:

- (i). FWD có cung cấp (các) Sản phẩm bảo trợ đó; và
- (ii). Người được bảo hiểm đủ điều kiện tham gia (các) Sản phẩm bảo trợ, bao gồm nhưng không giới hạn các điều kiện về tuổi, giới tính, tình trạng sức khỏe, nghề nghiệp; và
- (iii). Bên mua bảo hiểm có quyền lợi có thể được bảo hiểm với Người được bảo hiểm theo quy định tại Mục 2.1 của Phần 1 Hợp đồng; và
- (iv). Bên mua bảo hiểm đóng phí bảo hiểm cho (các) Sản phẩm bảo trợ.

Ngày hiệu lực của (các) Sản phẩm bảo trợ là ngày ghi trên Thư xác nhận điều chỉnh thông tin Hợp đồng.

6.2 Chấm dứt (các) Sản phẩm bảo trợ

Trong thời gian Hợp đồng còn hiệu lực, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu chấm dứt (các) Sản phẩm bảo trợ bằng cách gửi thông báo bằng văn bản tới FWD hoặc qua các hình thức điện tử được cung cấp bởi FWD.

Hiệu lực của (các) Sản phẩm bảo trợ sẽ chấm dứt kể từ ngày FWD nhận được yêu cầu của Bên mua bảo hiểm, và FWD sẽ không thực hiện hoàn lại khoản phí bảo hiểm đã đóng cho thời gian còn lại của (các) Sản phẩm bảo trợ. FWD sẽ xác nhận chấm dứt (các) Sản phẩm bảo trợ bằng Thư xác nhận điều chỉnh thông tin Hợp đồng.

<> 7. Chỉ định hoặc thay đổi Người thụ hưởng

Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm phải đảm bảo Người thụ hưởng được chỉ định và/hoặc thay đổi trong Hợp đồng phải có quyền lợi có thể được bảo hiểm đối với Người được bảo hiểm theo quy định tại Mục 2.2 của Phần 1 của Hợp đồng. FWD không có trách nhiệm xác minh về tính chính xác, hợp pháp cũng như tranh chấp (nếu có) của Bên mua bảo hiểm hoặc những người liên quan đến việc chỉ định và/hoặc thay đổi Người thụ hưởng.

Tại thời điểm lập Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và tại bất kỳ thời điểm nào trong thời gian Hợp đồng còn hiệu lực, Bên mua bảo hiểm có thể chỉ định hoặc thay đổi Người thụ hưởng với sự đồng ý của Người được bảo hiểm, và phải thông báo bằng văn bản cho FWD hoặc qua các hình thức điện tử được cung cấp bởi FWD.

Việc chỉ định, hoặc thay đổi Người thụ hưởng chỉ có hiệu lực khi được FWD xác nhận bằng văn bản, với điều kiện Người được bảo hiểm phải còn sống tại thời điểm FWD xác nhận.

8. Chuyển giao Hợp đồng

Trong thời gian Hợp đồng còn hiệu lực, Bên mua bảo hiểm có thể chuyển giao toàn bộ Hợp đồng cho người khác. Khi đó bên nhận chuyển giao sẽ kế thừa toàn bộ quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm đối với Hợp đồng. Người được bảo hiểm của Hợp đồng sẽ không thay đổi.

Điều kiện chuyển giao Hợp đồng:

- (i). Có sự đồng ý bằng văn bản của Người được bảo hiểm. Trường hợp Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi, hoặc mất năng lực hành vi dân sự, hoặc bị hạn chế năng lực hành vi dân sự, hoặc có khó khăn trong nhận thức, làm chủ hành vi thì phải có sự đồng ý bằng văn bản của người đại diện theo pháp luật hoặc người giám hộ hợp pháp của Người được bảo hiểm theo quy định pháp luật; và
- (ii). Tại thời điểm chuyển giao và tại thời điểm FWD chấp thuận bằng văn bản, Người được bảo hiểm còn sống; và
- (iii). Việc chuyển giao phù hợp với quy định của pháp luật; và
- (iv). Tại thời điểm chuyển giao Hợp đồng và tại thời điểm FWD chấp thuận bằng văn bản, bên nhận chuyển giao Hợp đồng phải có quyền lợi có thể được bảo hiểm với Người được bảo hiểm theo quy định tại Mục 2.1 của Phần 1 Hợp đồng. Bên nhận chuyển giao đáp ứng các quy định của pháp luật liên quan tại thời điểm chuyển giao và các điều kiện để trở thành Bên mua bảo hiểm.

FWD không chịu trách nhiệm về tính hợp pháp, cũng như sự đầy đủ của việc chuyển giao Hợp đồng giữa Bên mua bảo hiểm và bên nhận chuyển giao. Tuy nhiên, việc chuyển giao Hợp đồng phải được thông báo cho FWD bằng văn bản hoặc qua các hình thức điện tử được cung cấp bởi FWD và bên nhận chuyển giao chỉ trở thành Bên mua bảo hiểm mới của Hợp đồng sau khi được FWD chấp thuận bằng văn bản.

Khi bên nhận chuyển giao trở thành Bên mua bảo hiểm mới, bên nhận chuyển giao sẽ thực hiện tất cả các quyền, nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm theo Hợp đồng này, bao gồm cả các quyền, nghĩa vụ tồn đọng đã phát sinh trước ngày chuyển giao có hiệu lực nhưng chưa được Bên mua bảo hiểm hoặc FWD hoàn tất giải quyết. FWD có trách nhiệm thực hiện các nghĩa vụ đối với Bên mua bảo hiểm mới theo quy định tại Quy tắc, điều khoản Sản phẩm.

9. Kế thừa thực hiện Hợp đồng

Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm không phải là Người được bảo hiểm của Sản phẩm chính, khi Bên mua bảo hiểm tử vong trong thời gian có hiệu lực của Hợp đồng thì:

- | | |
|---|---|
| <p>(i). Nếu Người được bảo hiểm của Sản phẩm chính chưa đủ 18 tuổi</p> | <p>Người đại diện theo pháp luật hoặc người giám hộ hợp pháp của Người được bảo hiểm của Sản phẩm chính sẽ trở thành Bên mua bảo hiểm của Hợp đồng, cho đến khi Người được bảo hiểm của Sản phẩm chính đủ 18 tuổi và có đầy đủ năng lực hành vi dân sự theo quy định pháp luật, khi đó Người được bảo hiểm của Sản phẩm chính sẽ trở thành Bên mua bảo hiểm của Hợp đồng.</p> |
| <p>(ii). Nếu Người được bảo hiểm của Sản phẩm chính đã đủ 18 tuổi trở lên và có đầy đủ năng lực hành vi dân sự theo quy định pháp luật</p> | <p>Người được bảo hiểm của Sản phẩm chính sẽ trở thành Bên mua bảo hiểm của Hợp đồng.</p> |
| <p>(iii). Nếu Người được bảo hiểm của Sản phẩm chính đã đủ 18 tuổi trở lên nhưng không có đầy đủ năng lực hành vi dân sự theo quy định pháp luật</p> | <p>Người đại diện theo pháp luật hoặc người giám hộ hợp pháp của Người được bảo hiểm của Sản phẩm chính sẽ trở thành Bên mua bảo hiểm của Hợp đồng cho đến khi Người được bảo hiểm của Sản phẩm chính đáp ứng điều kiện của Bên mua bảo hiểm, khi đó Người được bảo hiểm của Sản phẩm chính sẽ trở thành Bên mua bảo hiểm của Hợp đồng.</p> |

Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm là tổ chức:

- | | |
|---|---|
| <p>(iv). Nếu Bên mua bảo hiểm bị chia tách, sáp nhập, hợp nhất</p> | <p>Bên kế thừa quyền, nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm theo quy định pháp luật sẽ trở thành Bên mua bảo hiểm mới.</p> |
| <p>(v). Nếu Bên mua bảo hiểm bị phá sản, giải thể, chấm dứt hoạt động hoặc sau khi bị chia tách, sáp nhập, hợp nhất mà bên kế thừa quyền, nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm theo quy định pháp luật không đáp ứng các điều kiện để trở thành Bên mua bảo hiểm mới theo quy định của Hợp đồng</p> | <p>Người được bảo hiểm của Sản phẩm chính trong Hợp đồng sẽ trở thành Bên mua bảo hiểm của Hợp đồng. Trong trường hợp Người được bảo hiểm của Sản phẩm chính không thỏa điều kiện để trở thành Bên mua bảo hiểm thì áp dụng các quy định liên quan tại Mục 9 (i), (ii), (iii) nêu trên.</p> |

9. Kế thừa thực hiện Hợp đồng

Việc kế thừa thực hiện Hợp đồng phải được thông báo cho FWD bằng văn bản hoặc bằng các hình thức điện tử được cung cấp bởi FWD kèm theo các tài liệu liên quan, và chỉ có hiệu lực khi được FWD chấp thuận bằng văn bản.

Sau khi FWD chấp thuận bằng văn bản về việc kế thừa này, bên nhận kế thừa sẽ trở thành Bên mua bảo hiểm mới, và thực hiện tất cả các quyền, nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm theo Hợp đồng này, bao gồm cả các quyền, nghĩa vụ đã phát sinh trước ngày kế thừa có hiệu lực, nhưng chưa được Bên mua bảo hiểm hoặc FWD hoàn tất giải quyết. FWD có trách nhiệm thực hiện các nghĩa vụ với Bên mua bảo hiểm mới theo quy định tại Quy tắc, điều khoản Sản phẩm.

10. Quyền lợi bảo hiểm và yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

10.1 Quyền lợi bảo hiểm

Mỗi Sản phẩm được tham gia theo Hợp đồng này sẽ cung cấp (những) quyền lợi bảo hiểm khác nhau cho mỗi Người được bảo hiểm tương ứng. Quyền lợi bảo hiểm được quy định tại Quy tắc, điều khoản của từng Sản phẩm.

Mọi quyền lợi bảo hiểm được chi trả đã bao gồm các khoản thuế theo quy định mà người nhận quyền lợi bảo hiểm phải chịu (nếu có).

10.2 Yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm cần thông báo cho FWD về sự kiện bảo hiểm ngay khi có thể.



Vui lòng truy cập trang thông tin điện tử của FWD theo địa chỉ: <https://www.fwd.com.vn/vi/claims/> hoặc gọi số 1800 96 96 90 để được hướng dẫn cụ thể.

Tùy thuộc vào mỗi quyền lợi bảo hiểm khác nhau mà hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm sẽ có sự khác nhau. Nội dung chi tiết tham khảo tại mục Yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm tại Quy tắc, điều khoản của từng Sản phẩm.

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

Yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải được gửi cho FWD trong vòng 12 tháng kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm, trừ những trường hợp bất khả kháng hoặc có lý do chính đáng được FWD chấp thuận.

10. Quyền lợi bảo hiểm và yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

10.4 Thời hạn giải quyết quyền lợi bảo hiểm

FWD sẽ giải quyết các quyền lợi khi kết thúc Thời hạn bảo hiểm của Hợp đồng trong thời hạn 5 ngày và giải quyết các quyền lợi bảo hiểm khác trong thời hạn 30 ngày, kể từ ngày nhận được hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm đầy đủ và hợp lệ.

Nếu FWD giải quyết quyền lợi bảo hiểm chậm trễ hơn thời hạn nêu trên, FWD sẽ trả lãi cho phần quyền lợi chậm trả tương ứng với thời gian chậm trả theo mức lãi suất tạm ứng tiền mặt tại thời điểm chi trả.

Việc chi trả quyền lợi sẽ được thực hiện bằng tiền mặt, chuyển khoản hoặc theo thỏa thuận giữa FWD và người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm.



Vui lòng tham khảo mức lãi suất tạm ứng trên trang thông tin điện tử của FWD theo địa chỉ <https://www.fwd.com.vn/vi/support/interest-rate/>.

① 11. Quy định về phòng chống rửa tiền và tài trợ khủng bố

Trong các trường hợp sau đây, FWD có quyền yêu cầu Bên mua bảo hiểm cung cấp thông tin bổ sung để kiểm tra và/hoặc tự mình thu thập bổ sung thông tin để xem xét, đánh giá:

- Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm cập nhật hoặc thay đổi quốc tịch và/hoặc nơi cư trú sang quốc gia, vùng lãnh thổ nằm trong (i) danh sách do Lực lượng đặc nhiệm tài chính công bố nhằm chống rửa tiền hoặc (ii) các danh sách khác theo quy định của pháp luật Việt Nam về phòng, chống rửa tiền hoặc (iii) Danh sách bị cấm vận do các quốc gia, vùng lãnh thổ hoặc tổ chức quốc tế ban hành tại từng thời điểm mà FWD có nghĩa vụ phải tuân thủ; hoặc
- Vùng lãnh thổ mà Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm đang có quốc tịch và/hoặc đang cư trú nằm trong (i) danh sách do Lực lượng đặc nhiệm tài chính công bố nhằm chống rửa tiền hoặc (ii) các danh sách khác theo quy định của pháp luật Việt Nam về phòng, chống rửa tiền hoặc (iii) Danh sách bị cấm vận do các quốc gia, vùng lãnh thổ hoặc tổ chức quốc tế ban hành tại từng thời điểm mà FWD có nghĩa vụ phải tuân thủ; hoặc
- FWD biết được rằng Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm và/hoặc Người thụ hưởng hoặc người nhận quyền lợi bảo hiểm khác (nếu có) nằm trong (i) các danh sách tổ chức, cá nhân do cơ quan nhà nước có thẩm quyền lập và ban hành nhằm phòng, chống rửa tiền theo quy định của pháp luật Việt Nam; hoặc (ii) các Danh sách cá nhân, tổ chức bị cấm vận do các quốc gia, vùng lãnh thổ hoặc tổ chức quốc tế ban hành tại từng thời điểm mà FWD có nghĩa vụ phải tuân thủ; hoặc
- Các sự kiện bảo hiểm phát sinh tại quốc gia, vùng lãnh thổ nằm trong (i) danh sách do Lực lượng đặc nhiệm tài chính công bố nhằm chống rửa tiền hoặc (ii) các danh sách khác theo quy định của pháp luật Việt Nam về phòng, chống rửa tiền hoặc (iii) Danh sách bị cấm vận do các quốc gia, vùng lãnh thổ hoặc tổ chức quốc tế ban hành tại từng thời điểm mà FWD có nghĩa vụ phải tuân thủ.

Trên cơ sở các thông tin ở trên, tùy từng trường hợp FWD có thể:

- Báo cáo cơ quan nhà nước có thẩm quyền; và/hoặc
- Áp dụng các biện pháp thích hợp theo quy định của pháp luật Việt Nam về phòng, chống rửa tiền hoặc theo yêu cầu của cơ quan nhà nước có thẩm quyền; và/hoặc
- Thực hiện các quyền dưới đây:
 - Thông báo cho Bên mua bảo hiểm về việc tiếp tục thực hiện Hợp đồng hoặc chi trả quyền lợi bảo hiểm; hoặc
 - Chấm dứt hiệu lực Hợp đồng và hoàn trả Giá trị hoàn lại (nếu có) của Sản phẩm chính và phần phí bảo hiểm đã đóng tương ứng với thời gian chưa được bảo hiểm của (các) Sản phẩm bổ trợ đó (nếu có); hoặc

i 11. Quy định về phòng chống rửa tiền và tài trợ khủng bố

- Chấm dứt hiệu lực của (các) Sản phẩm hỗ trợ và hoàn trả phần phí bảo hiểm đã đóng tương ứng với thời gian chưa được bảo hiểm của (các) Sản phẩm hỗ trợ đó (nếu có); hoặc
- Từ chối chi trả bồi thường và tùy từng trường hợp FWD sẽ thông báo về hiệu lực của Hợp đồng.

Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm và/hoặc Người thụ hưởng và/hoặc người nhận quyền lợi bảo hiểm khác (nếu có) không cung cấp thông tin, bổ sung giấy tờ theo yêu cầu của FWD, FWD có thể thực hiện các quyền trên đối với Hợp đồng.

Danh sách bị cấm vận do các quốc gia, vùng lãnh thổ hoặc tổ chức quốc tế ban hành và Danh sách cá nhân, tổ chức bị cấm vận do các quốc gia, vùng lãnh thổ hoặc tổ chức quốc tế ban hành bao gồm nhưng không giới hạn ở danh sách của:

1. Hội đồng Bảo an Liên Hợp Quốc (United Nations Security Council – ‘UN’); hoặc
2. Liên minh Châu Âu (European Union – ‘EU’); hoặc
3. Văn phòng Kiểm soát Tài sản Nước ngoài (Office of Foreign Assets Controls – ‘OFAC’) thuộc Bộ Tài chính Hoa Kỳ; hoặc
4. Văn phòng Thực thi Chế tài Tài chính thuộc Bộ Tài chính Vương quốc Anh (United Kingdom HM Treasury – ‘HMT’); hoặc
5. Chương trình Chế tài của Bermuda (Bermuda Sanctions Regime – ‘BSR’); hoặc
6. Cơ quan Tiền tệ Hồng Kông (Hong Kong Monetary Authority – ‘HKMA’).

12. Chấm dứt Hợp đồng

Ngoài các trường hợp chấm dứt Hợp đồng khác theo quy định của pháp luật và theo quy định tại Quy tắc, điều khoản của từng Sản phẩm trong Hợp đồng, Hợp đồng này sẽ chấm dứt khi có bất kỳ sự kiện nào dưới đây xảy ra:

- (i). Bên mua bảo hiểm hủy bỏ Hợp đồng trong thời gian cân nhắc theo quy định tại Mục 4 của Phần 1 Hợp đồng; hoặc
- (ii). Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt hiệu lực Hợp đồng trước thời hạn; hoặc.
- (iii). Bên mua bảo hiểm yêu cầu hủy bỏ Hợp đồng trong trường hợp FWD vi phạm nghĩa vụ cung cấp thông tin theo quy định tại Mục 3.4 của Phần 1 Hợp đồng; hoặc
- (iv). Hợp đồng mất hiệu lực theo quy định tại Mục 4.3 của Phần 2 Hợp đồng, quá 2 năm liên tục; hoặc
- (v). Người được bảo hiểm của Sản phẩm chính tử vong; hoặc
- (vi). FWD chấm dứt Hợp đồng trong trường hợp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm vi phạm nghĩa vụ kê khai trung thực, theo quy định tại Mục 3.1 của Phần 1 Hợp đồng; hoặc
- (vii). FWD chấm dứt Hợp đồng trong trường hợp Bên mua bảo hiểm cập nhật thông tin cá nhân theo quy định tại Mục 3.3 (i) của Phần 1 Hợp đồng; hoặc
- (viii). FWD chấm dứt Hợp đồng theo quy định về Phòng chống rửa tiền và tài trợ khủng bố tại Mục 11 của Phần 1 Hợp đồng.

13. Giải quyết tranh chấp

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

Thời hiệu khởi kiện để yêu cầu Tòa án giải quyết tranh chấp là 3 năm kể từ ngày người có quyền yêu cầu biết hoặc phải biết quyền và lợi ích hợp pháp của mình bị xâm phạm.

Phần 2:

Quy tắc, điều khoản Sản phẩm chính





Sản phẩm bảo hiểm liên kết chung FWD Bảo vệ gia tăng – Phiên bản trực tuyến bán phần

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

Trong trường hợp có sự khác nhau, Quy tắc, điều khoản Sản phẩm chính sẽ được áp dụng để giải thích các quyền, nghĩa vụ của FWD, Bên mua bảo hiểm, và quyền lợi bảo hiểm được cung cấp theo Sản phẩm chính.

≡ Mục lục

Phần 2: Quy tắc, điều khoản Sản phẩm chính

	1. Quyền lợi bảo hiểm	28
	1.1 Quyền lợi bảo vệ	28
	1.2 Quyền lợi đầu tư	35
	1.3 Quyền lợi cộng thêm	36
	2. Yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm	39
	2.1 Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm	39
	2.2 Thứ tự ưu tiên giải quyết quyền lợi bảo hiểm	40
	3. Tài khoản Hợp đồng	42
	3.1 Phí bảo hiểm và phương thức phân bổ phí bảo hiểm	45
	3.2 Phí bảo hiểm cơ bản và Tài khoản bảo hiểm	46
	3.3 Khoản đầu tư thêm và Tài khoản đầu tư thêm	47
	4. Hiệu lực Hợp đồng	49
	4.1 Đảm bảo duy trì hiệu lực Hợp đồng	49
	4.2 Thời gian gia hạn đóng phí	49
	4.3 Mất hiệu lực Hợp đồng	51
	4.4 Khôi phục hiệu lực Hợp đồng	52
	4.5 Chấm dứt hiệu lực Hợp đồng	52
	5. Điều chỉnh Hợp đồng	53
	5.1 Rút tiền từ Tài khoản Hợp đồng	53
	5.2 Thay đổi Số tiền bảo hiểm	54
	5.3 Nhầm lẫn khi kê khai tuổi, giới tính	55
	5.4 Cập nhật thông tin cá nhân	55

1. Quyền lợi bảo hiểm

Quyền lợi bảo hiểm của Sản phẩm chính được tóm tắt như sau:

Quyền lợi bảo vệ



Quyền lợi Thương tật toàn bộ vĩnh viễn



Quyền lợi hỗ trợ thu nhập



Quyền lợi tử vong

Quyền lợi đầu tư



Quyền lợi hưởng lãi đầu tư từ Quỹ liên kết chung



Quyền lợi kết thúc Thời hạn bảo hiểm của Hợp đồng

Quyền lợi cộng thêm



Quyền lợi thưởng bảo vệ định kỳ



Quyền lợi tự động tăng số tiền bảo hiểm không cần thẩm định sức khỏe

1.1 Quyền lợi bảo vệ

(Các) quyền lợi bảo vệ tại Mục 1.1 này sẽ được áp dụng khi sự kiện bảo hiểm xảy ra trong thời gian Hợp đồng đang có hiệu lực.

(Các) quyền lợi bảo vệ tại Mục 1.1 này sẽ được chi trả sau khi trừ các Khoản nợ (nếu có).

1. Quyền lợi bảo hiểm

Khoản nợ bao gồm các khoản sau đây:

Khoản nợ	Diễn giải
Phí bảo hiểm cơ bản;	Phí bảo hiểm cơ bản định kỳ đã đến hạn nhưng chưa được đóng đủ trước thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm trong 3 Năm Hợp đồng đầu tiên.
Phí bảo hiểm rủi ro; và	Các khoản phí này còn nợ trong thời gian: (i). Hợp đồng đang được đảm bảo duy trì hiệu lực theo quy định tại Mục 4.1 của Phần 2 Hợp đồng; và/hoặc (ii). Gia hạn đóng phí 60 ngày theo quy định tại Mục 4.2.1 của Phần 2 Hợp đồng.
Phí quản lý Hợp đồng	

1.1.1 Quyền lợi Thương tật toàn bộ vĩnh viễn

Sự kiện bảo hiểm

Người được bảo hiểm bị TTTBVV

Quyền lợi

(i). Trường hợp TTTBVV do Ung thư tuyến giáp thể biệt hóa, FWD sẽ chi trả:



10%
Số tiền bảo hiểm

tại thời điểm Người được bảo hiểm được chứng nhận bị TTTBVV, **nhưng không vượt quá 100 triệu đồng.**

(ii). Trường hợp TTTBVV không phải do Ung thư tuyến giáp thể biệt hóa, FWD sẽ chi trả:



Giá trị nào lớn hơn giữa
100% Số tiền bảo hiểm tại thời điểm
Người được bảo hiểm được chứng nhận
bị TTTBVV và Tài khoản bảo hiểm



Tài khoản đầu tư thêm
tại thời điểm Người được
bảo hiểm được chứng nhận
bị TTTBVV (nếu có)

1. Quyền lợi bảo hiểm

Điều kiện chi trả



- Hợp đồng đang có hiệu lực tại thời điểm bệnh hoặc tổn thương dẫn đến TTTBVV xảy ra; và
- Hợp đồng đang có hiệu lực tại ngày mà bệnh hoặc tổn thương được chứng nhận là thỏa định nghĩa TTTBVV tại Mục 1.22 của Phần 1 Hợp đồng; và
- FWD chỉ chi trả quyền lợi TTTBVV nếu TTTBVV không thuộc Tình trạng tồn tại trước và thỏa điều kiện về Thời gian chờ.

Người được bảo hiểm trong Sản phẩm chính là cá nhân có sức khỏe, tính mạng được bảo hiểm, đang cư trú tại Việt Nam tại thời điểm xác nhận đồng ý tham gia bảo hiểm, có tuổi từ 30 ngày tuổi đến 70 tuổi tính theo lần sinh nhật vừa qua tại Ngày hiệu lực Hợp đồng. Tuổi tối đa của Người được bảo hiểm khi kết thúc Thời hạn bảo hiểm của Sản phẩm chính là 80 tuổi.

Ung thư tuyến giáp thể biệt hóa thuộc phạm vi bảo vệ của Sản phẩm chính bao gồm ung thư tuyến giáp thể nhú hoặc ung thư tuyến giáp thể nang.

Tình trạng tồn tại trước là:

- Bất kỳ triệu chứng, dấu hiệu bất thường và là nguyên nhân dẫn đến việc khám và/hoặc điều trị của Người được bảo hiểm, khởi phát trong vòng 12 tháng trước ngày được nêu dưới đây, mà nếu biết được FWD đã không chấp thuận bảo hiểm hoặc chấp thuận bảo hiểm có điều kiện.

Thời hạn 12 tháng ở trên được tính từ 1 trong 2 ngày được liệt kê dưới đây trở về trước, lấy ngày nào đến sau:

- (i) Ngày hiệu lực Hợp đồng; hoặc
 - (ii) Ngày khôi phục hiệu lực Hợp đồng gần nhất (đối với trường hợp Hợp đồng có khôi phục hiệu lực).
- Tình trạng bệnh hoặc tổn thương của Người được bảo hiểm đã được khám, xét nghiệm, chẩn đoán, điều trị, phẫu thuật trước Ngày hiệu lực Hợp đồng hoặc Ngày khôi phục hiệu lực gần nhất (đối với trường hợp Hợp đồng có khôi phục hiệu lực).

Việc xác định Tình trạng tồn tại trước sẽ căn cứ vào hồ sơ y tế được lưu trữ tại bệnh viện hoặc cơ sở y tế được thành lập hợp pháp, các tài liệu y khoa được Bộ Y tế và các cơ quan có thẩm quyền ban hành, hoặc các thông tin do Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm tự kê khai trong Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm hoặc các phiếu kê khai thông tin hoặc bảng kê khai sức khỏe.

1. Quyền lợi bảo hiểm

Thời gian chờ là khoảng thời gian mà nếu việc khám và/hoặc điều trị bệnh của Người được bảo hiểm xảy ra trong khoảng thời gian này, FWD sẽ không chi trả các quyền lợi bảo hiểm được liệt kê trong Quy tắc, điều khoản Sản phẩm chính. Thời gian chờ được áp dụng cụ thể như sau:

- Trường hợp Người được bảo hiểm bị TTTBVV:
 - Đối với trường hợp Người được bảo hiểm bị tổn thương cơ thể từ 81% trở lên do bệnh, thời gian chờ là 90 ngày tính từ (i) Ngày hiệu lực Hợp đồng, hoặc (ii) Ngày khôi phục hiệu lực Hợp đồng gần nhất (đối với trường hợp Hợp đồng có khôi phục hiệu lực), tùy ngày nào xảy ra sau.

Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm tăng Số tiền bảo hiểm, thời gian chờ 90 ngày sẽ áp dụng cho phần tăng thêm của Số tiền bảo hiểm, tính từ (i) Ngày Số tiền bảo hiểm mới có hiệu lực hoặc (ii) Ngày khôi phục hiệu lực Hợp đồng gần nhất (đối với trường hợp Hợp đồng có khôi phục hiệu lực), tùy ngày nào xảy ra sau. Quy định này không áp dụng trong trường hợp tăng Số tiền bảo hiểm theo Quyền lợi tự động tăng Số tiền bảo hiểm không cần thăm định sức khỏe tại Mục 1.3.2 của Phần 2 Hợp đồng.
 - Đối với trường hợp Người được bảo hiểm bị tổn thương cơ thể từ 81% trở lên do Tai nạn hoặc các nguyên nhân khác: không áp dụng Thời gian chờ.
- Trường hợp Người được bảo hiểm tử vong: không áp dụng Thời gian chờ.

1.1.2 Quyền lợi hỗ trợ thu nhập

Sự kiện bảo hiểm

Người được bảo hiểm bị TTTBVV không phải do Ung thư tuyến giáp thể biệt hóa.

Quyền lợi

FWD sẽ chi trả thêm:



100%
Số tiền bảo hiểm

tại thời điểm Người được bảo hiểm được chứng nhận bị TTTBVV.

1. Quyền lợi bảo hiểm

Điều kiện chi trả



- Quyền lợi này sẽ được chi trả khi quyền lợi TTTBVV tại Mục 1.1.1 (ii) của Phần 2 Hợp đồng được FWD chấp thuận chi trả; và
- Tuổi của Người được bảo hiểm (tính theo lần sinh nhật vừa qua) tại thời điểm được chứng nhận bị TTTBVV nằm trong độ tuổi từ 18 đến 65 tuổi.



- Hợp đồng bao gồm Sản phẩm chính và (các) Sản phẩm bổ trợ sẽ chấm dứt hiệu lực sau khi FWD chấp thuận chi trả quyền lợi TTTBVV cho trường hợp tại Mục 1.1.1 (ii) và Mục 1.1.2 của Phần 2 Hợp đồng.
- Quyền lợi TTTBVV do Ung thư tuyến giáp thể biệt hóa trong trường hợp tại Mục 1.1.1 (i) của Phần 2 Hợp đồng được chi trả 1 lần trong suốt Thời hạn bảo hiểm, và không vượt quá 100 triệu đồng cho cùng 1 Người được bảo hiểm trên tất cả các Hợp đồng có hiệu lực của dòng Sản phẩm bảo hiểm liên kết chung đóng phí định kỳ 2025 được phê chuẩn theo Công văn số 5639 /BTC-QLBH về phương pháp, cơ sở tính phí bảo hiểm, ngày 28/04/2025 của Bộ Tài chính. Hợp đồng tiếp tục có hiệu lực và Bên mua bảo hiểm cần tiếp tục đóng các khoản phí bảo hiểm khi đến hạn để duy trì hiệu lực Hợp đồng.
- Trong suốt Thời hạn bảo hiểm, sự kiện Ung thư tuyến giáp thể biệt hóa chỉ được tính 1 lần để xác định Quyền lợi TTTBVV tại Mục 1.1.1 và quyền lợi hỗ trợ thu nhập tại Mục 1.1.2 của Phần 2 Hợp đồng.
- Tổng quyền lợi TTTBVV (bao gồm quyền lợi TTTBVV tại Mục 1.1.1 và quyền lợi hỗ trợ thu nhập tại Mục 1.1.2 của Phần 2 Hợp đồng) được chi trả cho 1 Người được bảo hiểm của tất cả Hợp đồng bảo hiểm của (các) sản phẩm liên kết đầu tư được Bộ Tài chính phê duyệt kể từ ngày 28/04/2025 và đang có hiệu lực với FWD sẽ không vượt quá mức giới hạn tối đa được FWD thông báo trong Bảng minh họa quyền lợi bảo hiểm, và Chứng nhận bảo hiểm, và/hoặc Thư chấp thuận bảo hiểm có điều kiện.


1. Quyền lợi bảo hiểm

1.1.3 Quyền lợi tử vong


Sự kiện bảo hiểm

Người được bảo hiểm tử vong.

Quyền lợi


Giá trị nào lớn hơn giữa
100% Số tiền bảo hiểm
tại thời điểm Người được bảo hiểm
tử vong, và Tài khoản bảo hiểm

+


Tài khoản đầu tư thêm
tại thời điểm
Người được bảo hiểm tử vong
(nếu có)



Hợp đồng bao gồm Sản phẩm chính và (các) Sản phẩm bổ trợ sẽ chấm dứt hiệu lực khi Người được bảo hiểm của Sản phẩm chính tử vong.

1.1.4 Các trường hợp loại trừ bảo hiểm

FWD sẽ không chi trả bất kỳ quyền lợi bảo vệ nào nếu sự kiện bảo hiểm xảy ra thuộc một trong những trường hợp sau:

- (i). Người được bảo hiểm tự tử hay tự gây thương tích cho bản thân dù trong tình trạng tỉnh táo hay không tỉnh táo.
 - Loại trừ này sẽ chỉ áp dụng trong 24 tháng tính từ (i) Ngày nộp khoản phí bảo hiểm đầu tiên hoặc (ii) Ngày khôi phục hiệu lực Hợp đồng gần nhất (đối với trường hợp Hợp đồng có khôi phục hiệu lực), lấy ngày nào xảy ra sau.
 - Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm tăng Số tiền bảo hiểm, thời hạn 24 tháng sẽ áp dụng cho phần tăng thêm của Số tiền bảo hiểm kể từ (i) Ngày Số tiền bảo hiểm mới có hiệu lực, hoặc (ii) Ngày khôi phục hiệu lực Hợp đồng gần nhất (đối với trường hợp Hợp đồng có khôi phục hiệu lực), lấy ngày nào xảy ra sau. Quy định này không áp dụng cho quyền lợi tự động tăng Số tiền bảo hiểm không cần thẩm định sức khỏe theo Mục 1.3.2 của Phần 2 Hợp đồng.
- (ii). Sự kiện bảo hiểm là hậu quả của:
 - Hành vi vi phạm pháp luật của Người được bảo hiểm; hoặc
 - Bên mua bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng hoặc bất kỳ người nào sẽ nhận quyền lợi bảo hiểm có Hành vi vi phạm pháp luật đối với Người được bảo hiểm.

1. Quyền lợi bảo hiểm

Trường hợp Hợp đồng có nhiều hơn 1 Người thụ hưởng hoặc người sẽ nhận quyền lợi bảo hiểm, mà Người thụ hưởng hoặc người sẽ nhận quyền lợi bảo hiểm gây ra Hành vi vi phạm pháp luật đối với Người được bảo hiểm, FWD vẫn chi trả quyền lợi bảo hiểm cho (những) Người thụ hưởng hoặc người sẽ nhận quyền lợi bảo hiểm còn lại. Tỷ lệ chi trả sẽ tương ứng với tỷ lệ mà (những) Người thụ hưởng hoặc người sẽ nhận quyền lợi bảo hiểm còn lại đó được hưởng trong Hợp đồng.

Trong trường hợp FWD không chi trả quyền lợi bảo vệ được nêu tại Mục 1.1.3 của Phần 2 Hợp đồng do Người được bảo hiểm tử vong thuộc trường hợp loại trừ, Hợp đồng bao gồm Sản phẩm chính và (các) Sản phẩm bổ trợ sẽ chấm dứt. FWD sẽ chi trả giá trị nào lớn hơn của:

- Giá trị hoàn lại của Sản phẩm chính tại thời điểm chấm dứt Hợp đồng; và
- Toàn bộ phí bảo hiểm đã đóng của Sản phẩm chính, không có lãi, sau khi trừ đi các khoản tiền đã rút từ Hợp đồng (nếu có).

Đối với các trường hợp FWD có áp dụng thêm loại trừ bảo hiểm bổ sung, nội dung loại trừ bảo hiểm bổ sung này sẽ được thể hiện bằng văn bản.

Giá trị hoàn lại là số tiền mà Bên mua bảo hiểm sẽ nhận lại khi Hợp đồng chấm dứt hiệu lực trước Ngày kết thúc Thời hạn bảo hiểm.

Ngày kết thúc Thời hạn bảo hiểm là Ngày kỷ niệm năm sau khi Người được bảo hiểm đủ 80 tuổi.



Nếu Giá trị Tài khoản bảo hiểm < [Phí chấm dứt Hợp đồng trước thời hạn + Khoản nợ (nếu có)] thì Giá trị hoàn lại = Giá trị Tài khoản đầu tư thêm (nếu có).

Phí chấm dứt Hợp đồng trước thời hạn là khoản phí FWD khấu trừ khi Hợp đồng chấm dứt trước thời hạn và chỉ áp dụng trên Tài khoản bảo hiểm.

Phí chấm dứt Hợp đồng trước thời hạn được tính bằng tỷ lệ phần trăm (%) Phí bảo hiểm cơ bản của 1 năm, và áp dụng tại năm mà Hợp đồng mất hiệu lực hoặc chấm dứt hiệu lực, tùy trường hợp nào xảy ra trước. Tỷ lệ phần trăm (%) không vượt quá mức tối đa như bảng sau:

Năm Hợp đồng	1	2	3	4	5	6 trở đi
% Phí bảo hiểm cơ bản	100%	100%	30%	20%	10%	0%

1. Quyền lợi bảo hiểm

1.2 Quyền lợi đầu tư

1.2.1 Quyền lợi hưởng lãi đầu tư từ Quỹ liên kết chung

Trong thời gian Hợp đồng đang có hiệu lực, Giá trị Tài khoản Hợp đồng sẽ được hưởng lãi đầu tư từ Quỹ liên kết chung theo mức lãi suất do FWD công bố. Các khoản lãi sẽ được tính theo ngày và tự động cộng vào Tài khoản Hợp đồng hàng tháng. FWD sẽ công bố lãi suất đầu tư này trên trang thông tin điện tử của FWD.



Vui lòng tham khảo mức lãi suất đầu tư công bố trên trang thông tin điện tử của FWD tại địa chỉ: <https://www.fwd.com.vn/support/interest-rate/>.

Lãi suất đầu tư công bố là lãi suất đã trừ Phí quản lý quỹ. Trong mọi trường hợp lãi suất đầu tư công bố sẽ không thấp hơn mức lãi suất đảm bảo được FWD cam kết như sau:

Năm Hợp đồng	1	2 - 5	6 - 10	11 - 15	16 trở đi
Lãi suất đầu tư đảm bảo (%/năm)	3,5%	2,5%	2,0%	1,5%	0,5%

Phí quản lý quỹ là khoản phí được FWD khấu trừ để chi trả cho các hoạt động đầu tư và quản lý Quỹ liên kết chung.

Phí quản lý quỹ được tính bằng tỷ lệ phần trăm tính trên giá trị tài sản đầu tư của Quỹ liên kết chung, và được khấu trừ trước khi công bố lãi suất đầu tư áp dụng cho Hợp đồng của Sản phẩm chính. Phí quản lý quỹ tối đa là 2,0%/năm, và không vượt quá mức lãi suất đầu tư công bố.

1.2.2 Quyền lợi kết thúc Thời hạn bảo hiểm

Trường hợp Hợp đồng còn hiệu lực và Người được bảo hiểm còn sống vào Ngày kết thúc Thời hạn bảo hiểm, FWD sẽ chi trả toàn bộ Giá trị Tài khoản Hợp đồng (nếu có) sau khi trừ đi các Khoản nợ (nếu có).

FWD sẽ thông báo đến Bên mua bảo hiểm về việc chi trả quyền lợi này.



Vui lòng truy cập trang thông tin điện tử của FWD theo địa chỉ <https://www.fwd.com.vn/dich-vu-truc-tuyen> để kiểm tra Giá trị Tài khoản Hợp đồng hoặc gọi số 1800 96 96 90 để được hướng dẫn cụ thể.

1. Quyền lợi bảo hiểm

1.3 Quyền lợi cộng thêm

(Các) quyền lợi cộng thêm tại Mục 1.3 này sẽ được áp dụng trong thời gian Hợp đồng đang có hiệu lực.

1.3.1 Quyền lợi thưởng bảo vệ định kỳ

Quyền lợi thưởng



Tại Năm Hợp đồng thứ 10, 15 và 20, FWD sẽ chi trả khoản thưởng bằng

Tỷ lệ thưởng (%)



Tổng Phí bảo hiểm rủi ro đã được khấu trừ trong mỗi Giai đoạn xét thưởng

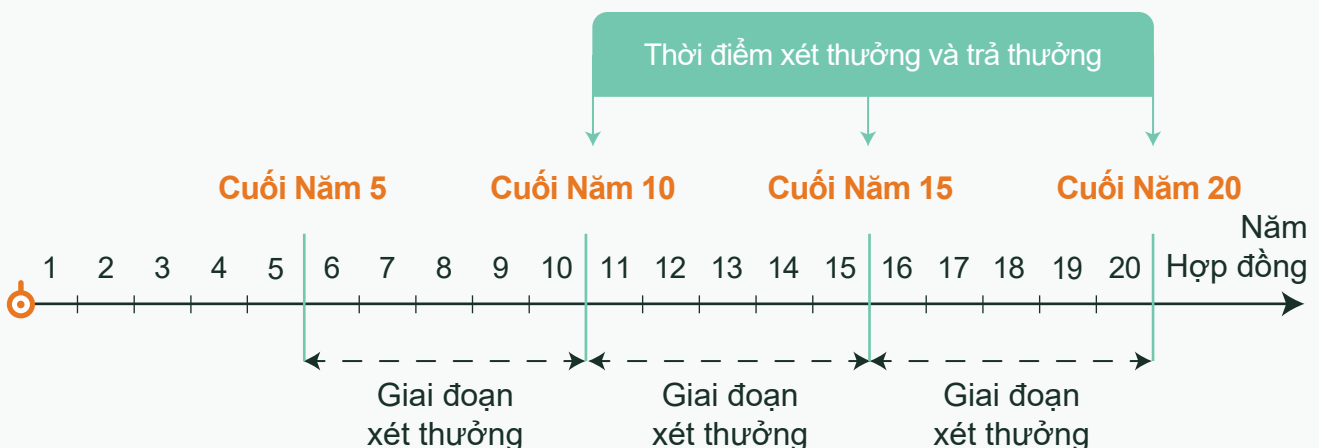
Tỷ lệ thưởng (%) cụ thể như sau:

Năm Hợp đồng thứ	10	15	20
Tỷ lệ thưởng	50%	75%	100%

Thời điểm xét thưởng và trả thưởng



Nếu Hợp đồng còn hiệu lực, khoản thưởng này sẽ được FWD xét thưởng và chi trả vào cuối Năm Hợp đồng thứ 10, thứ 15 và thứ 20 như minh họa dưới đây:



Cách thức trả thưởng



Các khoản thưởng này sẽ được tự động cộng vào Tài khoản bảo hiểm của Hợp đồng.

1. Quyền lợi bảo hiểm

Điều kiện nhận thưởng

Các điều kiện nhận thưởng sau cần được đáp ứng:

- (i). Phí bảo hiểm cơ bản của mỗi Năm Hợp đồng được đóng đầy đủ trong Năm Hợp đồng đó và được đóng đầy đủ từ Ngày hiệu lực Hợp đồng đến thời điểm xét thưởng; và
- (ii). Bên mua bảo hiểm không rút tiền từ Tài khoản bảo hiểm trong mỗi giai đoạn xét thưởng.

Giai đoạn xét thưởng

Giai đoạn xét thưởng được chia thành 3 giai đoạn, cụ thể như sau:

Giai đoạn xét thưởng 1:

trong 5 Năm Hợp đồng liên tiếp, bắt đầu từ đầu Năm Hợp đồng thứ 6 đến hết Năm Hợp đồng thứ 10.

Giai đoạn xét thưởng 2:

trong 5 Năm Hợp đồng liên tiếp, bắt đầu từ đầu Năm Hợp đồng thứ 11 đến hết Năm Hợp đồng thứ 15.

Giai đoạn xét thưởng 3:

trong 5 Năm Hợp đồng liên tiếp, bắt đầu từ đầu Năm Hợp đồng thứ 16 đến hết Năm Hợp đồng thứ 20.

1.3.2 Quyền lợi tự động tăng Số tiền bảo hiểm không cần thăm định sức khỏe

Quyền lợi

Số tiền bảo hiểm của Sản phẩm chính được tăng tự động mỗi năm bằng 5% Số tiền bảo hiểm tại thời điểm tham gia bảo hiểm, và không cần thăm định sức khỏe.

Thời điểm áp dụng

Số tiền bảo hiểm mới sẽ có hiệu lực từ đầu mỗi Năm Hợp đồng, kể từ Năm Hợp đồng thứ 2 đến Năm Hợp đồng thứ 20.

1. Quyền lợi bảo hiểm

Lưu ý

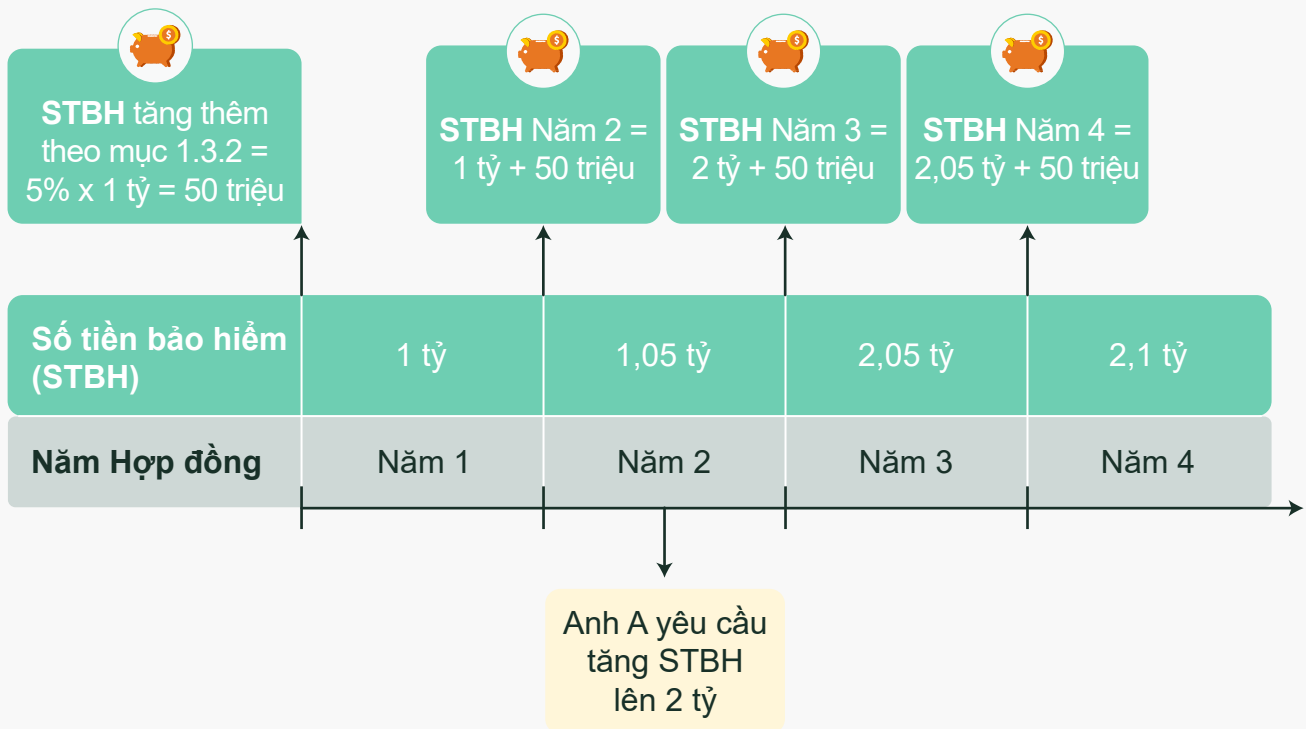


- Số tiền bảo hiểm mới được tăng theo quyền lợi tại mục này có thể cao hơn Số tiền bảo hiểm tối đa theo quy định của FWD tại từng thời điểm.
- Số tiền bảo hiểm tăng thêm theo quyền lợi này không làm thay đổi Phí bảo hiểm cơ bản.
- Sau khi Số tiền bảo hiểm mới có hiệu lực, Phí bảo hiểm rủi ro và các quyền lợi bảo vệ sẽ tăng tương ứng theo Số tiền bảo hiểm mới.
- Bên mua bảo hiểm vẫn có thể yêu cầu tăng, hoặc giảm Số tiền bảo hiểm trong suốt thời gian áp dụng quyền lợi này theo quy định tại Mục 5.2 của Phần 2 Hợp đồng.

Ví dụ minh họa:

- Tại thời điểm tham gia: Anh A chọn Số tiền bảo hiểm là 1 tỷ đồng.
- Tại Năm Hợp đồng thứ 2: Anh A yêu cầu tăng Số tiền bảo hiểm lên 2 tỷ đồng.

Minh họa Số tiền bảo hiểm (đơn vị tính: đồng) như sau:



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 được điền đầy đủ thông tin theo mẫu của FWD.



Vui lòng truy cập trang thông tin điện tử của FWD theo địa chỉ <https://www.fwd.com.vn/vi/claims/> để tải Phiếu yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm hoặc gọi số 1800 96 96 90 để được hướng dẫn cụ thể.

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

Trường hợp tử vong

- Trích lục khai tử;
- Giấy báo tử (nếu có);
- Chứng từ y khoa và các chứng từ khác có liên quan (nếu có).

Trường hợp TTTBVV

- Trường hợp Người được bảo hiểm bị mất hoàn toàn và không thể phục hồi chức năng của các bộ phận cơ thể:
 - Bản gốc giấy ra viện, tóm tắt hồ sơ bệnh án;
 - Giấy chứng nhận phẫu thuật (nếu có).
- Trường hợp Người được bảo hiểm bị liệt hoàn toàn và không thể phục hồi chức năng của các bộ phận cơ thể hoặc bị tổn thương cơ thể từ 81% trở lên:
 - Biên bản giám định thương tật do Hội đồng giám định Y khoa cấp tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương hoặc tổ chức giám định y tế hợp pháp được FWD chấp thuận xác nhận tình trạng thương tật của Người được bảo hiểm. Biên bản giám định thương tật, phương pháp giám định thương tật và tình trạng thương tật cần thỏa các quy định liên quan theo Pháp luật hiện hành.
- Chứng từ y khoa và các chứng từ khác có liên quan (nếu có).

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

- 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 xảy ra sự kiện bảo hiểm.

2. Yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

- (iv). Bằng chứng hợp pháp xác nhận người nhận quyền lợi bảo hiểm được phép nhận quyền lợi bảo hiểm: căn cước công dân/giấy khai sinh/giấy chứng nhận đăng ký kết hôn và giấy ủy quyền, di chúc hoặc văn bản khai nhận và phân chia di sản thừa kế hoặc các bằng chứng hợp pháp khác.
- (v). Trong mọi trường hợp, FWD có quyền yêu cầu Người được bảo hiểm tiến hành xét nghiệm y khoa, giám định lại tình trạng thương tật/ tổn thương tại một cơ sở y tế độc lập theo sự thỏa thuận giữa FWD và Bên mua bảo hiểm. FWD và Bên mua bảo hiểm phải tuân theo kết quả cuối cùng này. Tất cả chi phí khám y khoa do FWD yêu cầu trong trường hợp này sẽ do FWD chịu.



FWD có thể yêu cầu các giấy tờ bản gốc chứng minh sự kiện bảo hiểm. 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 giải quyết quyền lợi bảo hiểm

FWD chi trả các quyền lợi bảo hiểm theo thứ tự ưu tiên tương ứng với từng trường hợp sau:

2.2.1 Trường hợp Người được bảo hiểm tử vong:

- (i). Người thụ hưởng;
- (ii). Trường hợp Người thụ hưởng tử vong:
 - Nếu Người thụ hưởng tử vong sau Người được bảo hiểm: Người thừa kế hợp pháp của Người thụ hưởng;
 - Nếu Người thụ hưởng tử vong trước hoặc cùng thời điểm với Người được bảo hiểm: Người thừa kế hợp pháp của Người được bảo hiểm.
- (iii). Trường hợp Hợp đồng không có chỉ định Người thụ hưởng:
 - Nếu Bên mua bảo hiểm là cá nhân: Bên mua bảo hiểm hoặc Người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm trong trường hợp Bên mua bảo hiểm tử vong;
 - Nếu Bên mua bảo hiểm là tổ chức: Người thừa kế của Người được bảo hiểm. Trong trường hợp tại thời điểm Người được bảo hiểm tử vong, Người được bảo hiểm không có người thừa kế hợp pháp theo quy định pháp luật thì FWD sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm.

2. Yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

2.2.2 Trường hợp Người được bảo hiểm bị TTTBVV:

Bên mua bảo hiểm là cá nhân

- (i). Bên mua bảo hiểm.
- (ii). Người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm trong trường hợp Bên mua bảo hiểm tử vong.

Bên mua bảo hiểm là tổ chức

- (i). Người được bảo hiểm.
- (ii). Người thừa kế hợp pháp của Người được bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm tử vong.

2.2.3 Trường hợp chi trả Quyền lợi kết thúc thời hạn bảo hiểm tại Mục 1.2.2 của Phần 2 Hợp đồng:

Bên mua bảo hiểm là cá nhân

- (i). Bên mua bảo hiểm.
- (ii). Người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm trong trường hợp Bên mua bảo hiểm tử vong.

Bên mua bảo hiểm là tổ chức

- (i). Bên mua bảo hiểm.
- (ii). Bên kế thừa hợp pháp của Bên mua bảo hiểm trong trường hợp Bên mua bảo hiểm không còn tồn tại.

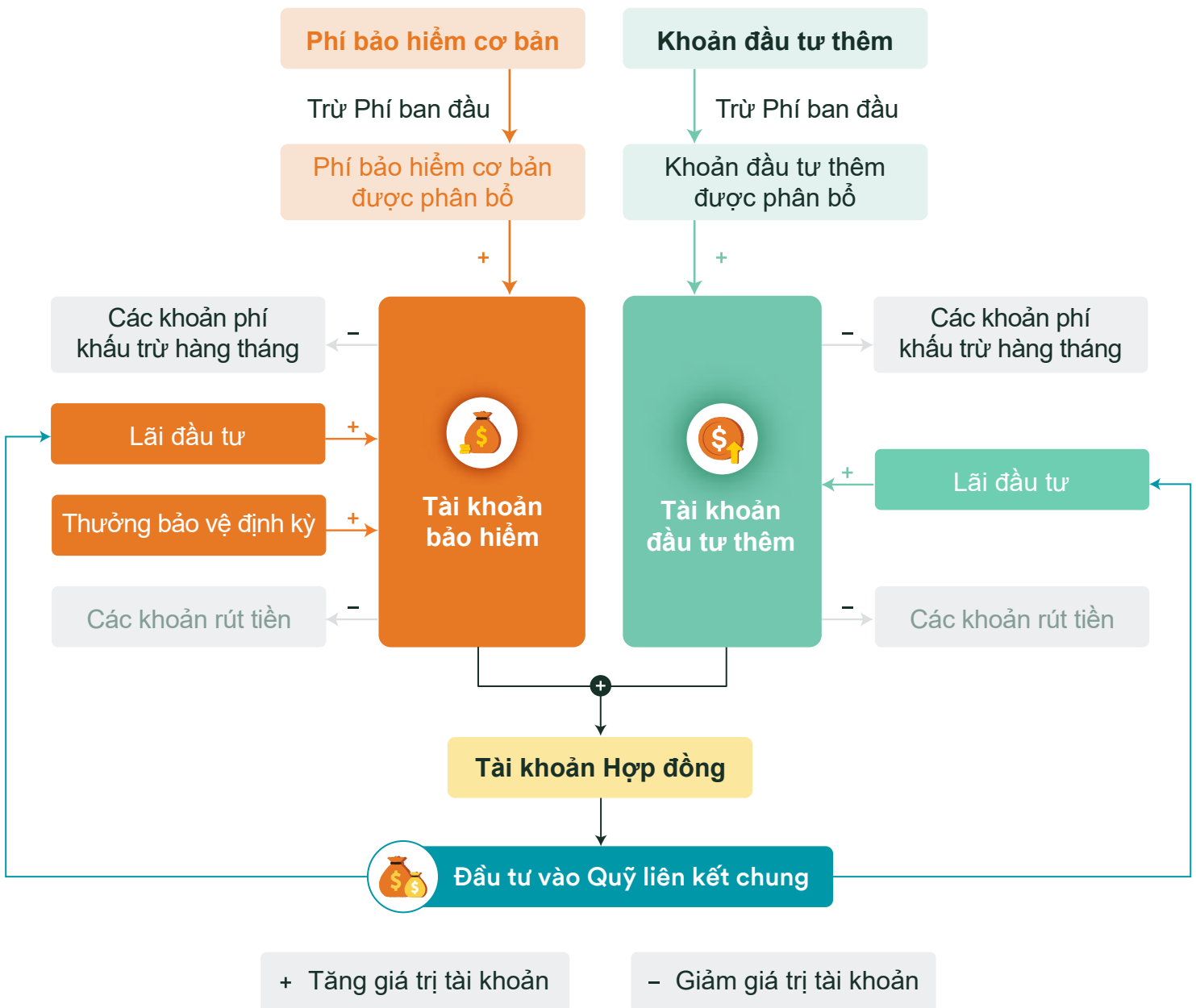
3. Tài khoản Hợp đồng

Tài khoản Hợp đồng của Sản phẩm chính bao gồm Tài khoản bảo hiểm và Tài khoản đầu tư thêm. Hàng năm, FWD sẽ thông báo cho Bên mua bảo hiểm về giá trị của Tài khoản Hợp đồng.



Ngoài ra, Bên mua bảo hiểm có thể truy cập FWD Dịch vụ trực tuyến tại địa chỉ <https://www.fwd.com.vn/dich-vu-truc-tuyen> vào bất kỳ lúc nào để biết thông tin cập nhật về giá trị của Tài khoản Hợp đồng.

Tài khoản Hợp đồng được hoạt động như sau:



3. Tài khoản Hợp đồng

Phí ban đầu là khoản phí được khấu trừ từ phí bảo hiểm trước khi phân bổ vào Tài khoản Hợp đồng, bao gồm Phí ban đầu của Phí bảo hiểm cơ bản và Phí ban đầu của Khoản đầu tư thêm.

Phí ban đầu của Phí bảo hiểm cơ bản được tính bằng tỷ lệ phần trăm (%) của Phí bảo hiểm cơ bản tại Năm đóng phí mà Phí bảo hiểm cơ bản được phân bổ. Tỷ lệ phần trăm (%) không vượt quá mức tối đa như bảng sau:

Năm đóng phí	1	2	3 đến 5	6 đến 10	11 trở đi
% Phí bảo hiểm cơ bản	50%	30%	20%	2%	0%

Tỷ lệ Phí bảo hiểm cơ bản tối thiểu còn lại sau khi trừ Phí ban đầu, được phân bổ vào Tài khoản bảo hiểm như bảng sau:

Năm đóng phí	1	2	3 đến 5	6 đến 10	11 trở đi
% Phí bảo hiểm cơ bản	50%	70%	80%	98%	100%

Phí ban đầu của Khoản đầu tư thêm được tính bằng tỷ lệ phần trăm (%) của Khoản đầu tư thêm tại Năm Hợp đồng mà Khoản đầu tư thêm được phân bổ. Tỷ lệ phần trăm (%) không vượt quá mức tối đa như bảng sau:

Năm Hợp đồng	1	2	3 đến 5	6 đến 10	11 trở đi
% Khoản đầu tư thêm	1,5%	1,5%	1,5%	1,5%	0%

Tỷ lệ Khoản đầu tư thêm tối thiểu còn lại sau khi trừ Phí ban đầu, được phân bổ vào Tài khoản đầu tư thêm như bảng sau:

Năm Hợp đồng	1	2	3 đến 5	6 đến 10	11 trở đi
% Khoản đầu tư thêm	98,5%	98,5%	98,5%	98,5%	100%

3. Tài khoản Hợp đồng

Ví dụ:

Anh A tham gia Sản phẩm chính với Phí bảo hiểm cơ bản hàng năm là 15 triệu đồng.

Năm Hợp đồng thứ 1

Anh A đóng phí đầy đủ, và tỷ lệ Phí ban đầu được áp dụng là 50% cho Năm 1.

Năm Hợp đồng thứ 2

Anh A không đóng Phí bảo hiểm cơ bản, dẫn đến Hợp đồng bị mất hiệu lực.

Năm Hợp đồng thứ 3

Anh A khôi phục hiệu lực Hợp đồng, và đóng phí 50 triệu đồng. Khoản phí này sẽ được phân bổ như sau:

- 15 triệu đồng được phân bổ vào Phí bảo hiểm cơ bản cho Năm Hợp đồng thứ 2, và tỷ lệ Phí ban đầu là 30%.
- 15 triệu đồng được phân bổ vào Phí bảo hiểm cơ bản cho Năm Hợp đồng thứ 3, và tỷ lệ Phí ban đầu là 20%.
- 20 triệu đồng còn lại được phân bổ vào Khoản đầu tư thêm cho Năm Hợp đồng thứ 3, và tỷ lệ Phí ban đầu là 1,5%.

Phí bảo hiểm rủi ro là khoản phí FWD khấu trừ vào mỗi Ngày kỷ niệm tháng Hợp đồng, để chi trả các quyền lợi bảo vệ tại Mục 1.1 của Phần 2 Hợp đồng.

Phí bảo hiểm rủi ro được xác định dựa trên Số tiền bảo hiểm, Giá trị Tài khoản bảo hiểm, tuổi, giới tính và các yếu tố làm tăng rủi ro của Người được bảo hiểm tại thời điểm khấu trừ.

Trong suốt Thời hạn bảo hiểm của Sản phẩm chính, FWD có thể thay đổi tỷ lệ Phí bảo hiểm rủi ro theo sự chấp thuận của Bộ Tài chính, hoặc theo quy định của pháp luật tại từng thời điểm. Nếu có sự thay đổi, FWD sẽ thông báo cho Bên mua bảo hiểm 3 tháng trước khi áp dụng. Trường hợp Bên mua bảo hiểm không đồng ý với việc thay đổi tỷ lệ Phí bảo hiểm rủi ro, Bên mua bảo hiểm có thể chấm dứt Hợp đồng và nhận Giá trị hoàn lại.

Phí quản lý Hợp đồng là khoản phí được FWD khấu trừ vào mỗi Ngày kỷ niệm tháng Hợp đồng, để chi trả cho việc quản lý, duy trì và cung cấp các dịch vụ liên quan đến Hợp đồng.

Phí quản lý Hợp đồng là 40.000 đồng/tháng, và mỗi năm tăng 5.000 đồng/tháng cho tới khi đạt mức tối đa là 60.000 đồng/tháng, cụ thể như bảng dưới đây:

Năm Hợp đồng	1	2	3	4	5 trở đi
Phí quản lý Hợp đồng (đồng/tháng)	40.000	45.000	50.000	55.000	60.000

3. Tài khoản Hợp đồng

Phí bảo hiểm rủi ro và Phí quản lý Hợp đồng được khấu trừ từ Tài khoản bảo hiểm. Phí bảo hiểm rủi ro và Phí quản lý Hợp đồng sẽ được khấu trừ từ Tài khoản đầu tư thêm nếu:

- Trong 3 Năm Hợp đồng đầu tiên: Tài khoản bảo hiểm không còn đủ để khấu trừ Phí bảo hiểm rủi ro và Phí quản lý Hợp đồng, và Hợp đồng không còn được đảm bảo duy trì hiệu lực, theo quy định tại Mục 4.1 của Phần 2 Hợp đồng.
- Từ Năm Hợp đồng thứ 4 trở đi: Tài khoản bảo hiểm không còn đủ để khấu trừ Phí bảo hiểm rủi ro và Phí quản lý Hợp đồng.

Ngày kỷ niệm tháng là ngày lặp lại hàng tháng của Ngày hiệu lực Hợp đồng. Nếu tháng không có ngày này thì ngày cuối cùng của tháng sẽ là Ngày kỷ niệm tháng.

Giới thiệu về Quỹ Liên kết chung

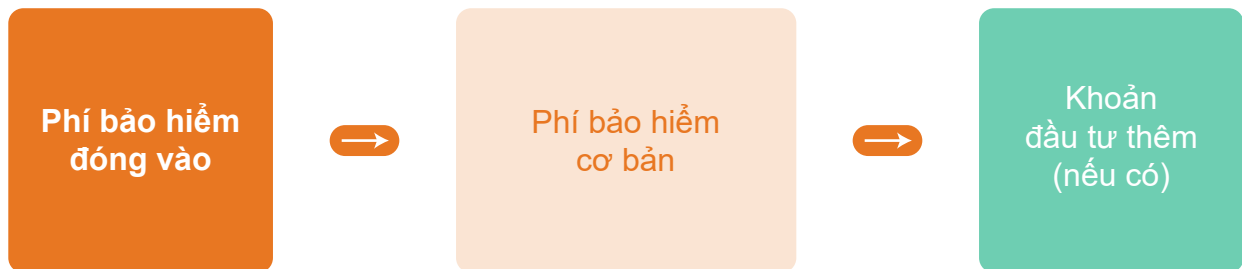
Quỹ liên kết chung là quỹ được hình thành từ nguồn Phí bảo hiểm cơ bản và Khoản đầu tư thêm của tất cả các Hợp đồng sản phẩm bảo hiểm liên kết chung.

FWD thực hiện chính sách đầu tư thận trọng, tập trung chủ yếu vào các tài sản đầu tư có thu nhập ổn định như tiền gửi ngân hàng, trái phiếu Chính phủ, trái phiếu doanh nghiệp và các kênh đầu tư an toàn khác.

Thông tin về Quỹ liên kết chung sẽ được FWD cập nhật trên trang thông tin điện tử của FWD (<https://www.fwd.com.vn/vi/support/interest-rate/>).

3.1 Phí bảo hiểm và phương thức phân bổ phí bảo hiểm

Bất kỳ khoản tiền nào mà Bên mua bảo hiểm đóng cho Hợp đồng, FWD sẽ phân bổ theo thứ tự sau, trừ khi có sự thỏa thuận khác với Bên mua bảo hiểm:



(1) Phí bảo hiểm cơ bản	(2) Khoản đầu tư thêm
Là khoản phí bảo hiểm cố định mà Bên mua bảo hiểm cần đóng theo định kỳ.	Là khoản phí bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm có thể lựa chọn đóng thêm ngoài phần Phí bảo hiểm cơ bản.
Được phân bổ vào Tài khoản bảo hiểm, sau khi trừ đi Phí ban đầu của Phí bảo hiểm cơ bản.	Được phân bổ vào Tài khoản đầu tư thêm, sau khi trừ đi Phí ban đầu của Khoản đầu tư thêm.

3. Tài khoản Hợp đồng

3.2 Phí bảo hiểm cơ bản và Tài khoản bảo hiểm

3.2.1 Phí bảo hiểm cơ bản

Bên mua bảo hiểm có thể lựa chọn Phí bảo hiểm cơ bản trên cơ sở phù hợp với nhu cầu của mình và quy định về mức Phí bảo hiểm cơ bản tối thiểu, tối đa được FWD quy định từng thời kỳ.

Trong 3 Năm Hợp đồng đầu tiên

Phí bảo hiểm cơ bản cần được đóng đủ vào Ngày đến hạn đóng phí.

Từ Năm Hợp đồng thứ 4 trở đi

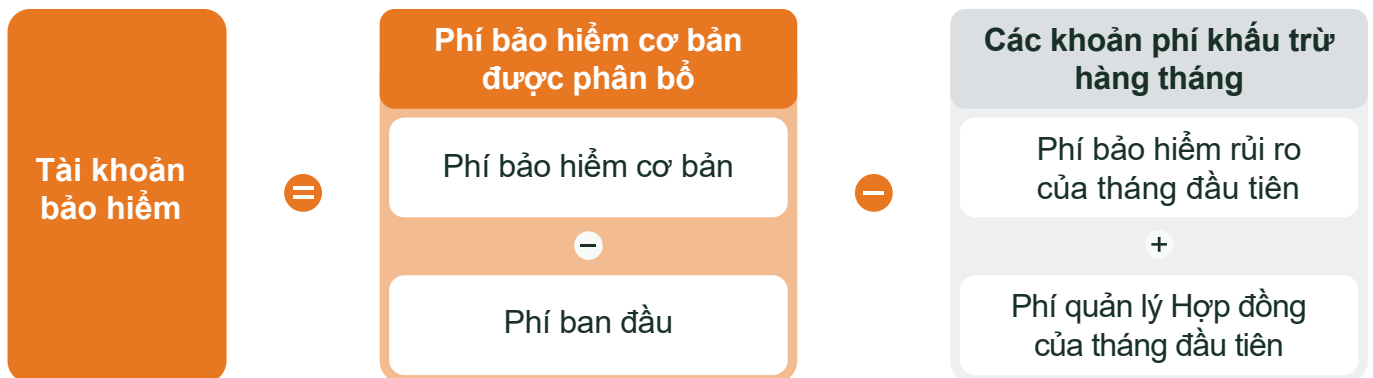
Phí bảo hiểm cơ bản cần được đóng đủ vào Ngày đến hạn đóng phí; hoặc

Phí bảo hiểm cần thiết cần được đóng đủ để duy trì hiệu lực của Sản phẩm chính. Phí bảo hiểm có thể được đóng linh hoạt, tùy theo nhu cầu và khả năng tài chính của Bên mua bảo hiểm.

Phí bảo hiểm cơ bản sẽ được khấu trừ Phí ban đầu trước khi phân bổ phần còn lại vào Tài khoản bảo hiểm.

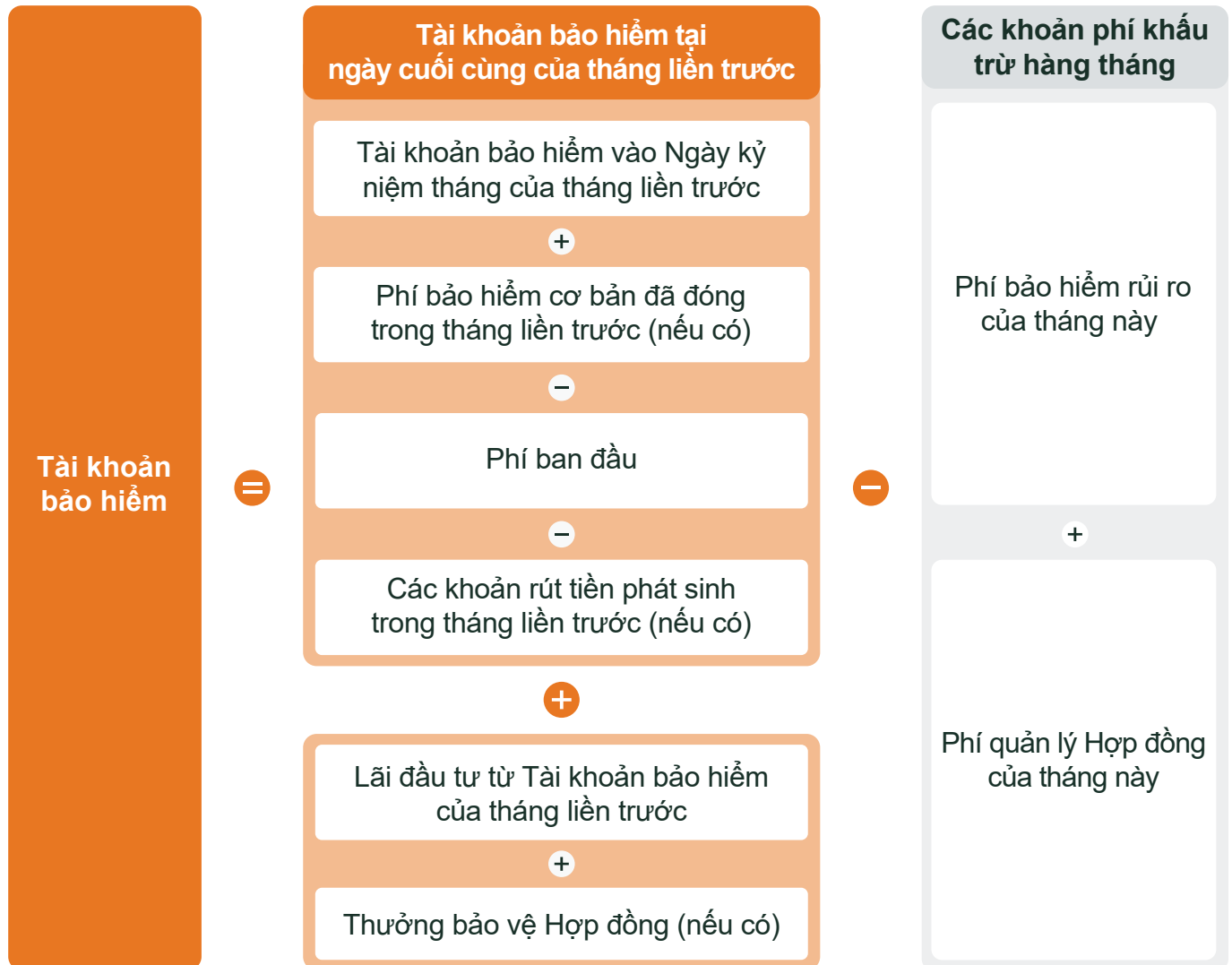
3.2.2 Tài khoản bảo hiểm

(i). Vào Ngày hiệu lực Hợp đồng:



3. Tài khoản Hợp đồng

(ii). Vào mỗi Ngày kỷ niệm tháng:



3.3 Khoản đầu tư thêm và Tài khoản đầu tư thêm

3.3.1 Khoản đầu tư thêm

Ngoài Phí bảo hiểm cơ bản cố định, Bên mua bảo hiểm có thể linh hoạt đóng thêm vào Hợp đồng 1 khoản tiền được gọi là Khoản đầu tư thêm vào bất kỳ lúc nào.

Khoản đầu tư thêm sẽ được khấu trừ Phí ban đầu trước khi phân bổ phần còn lại vào Tài khoản đầu tư thêm.

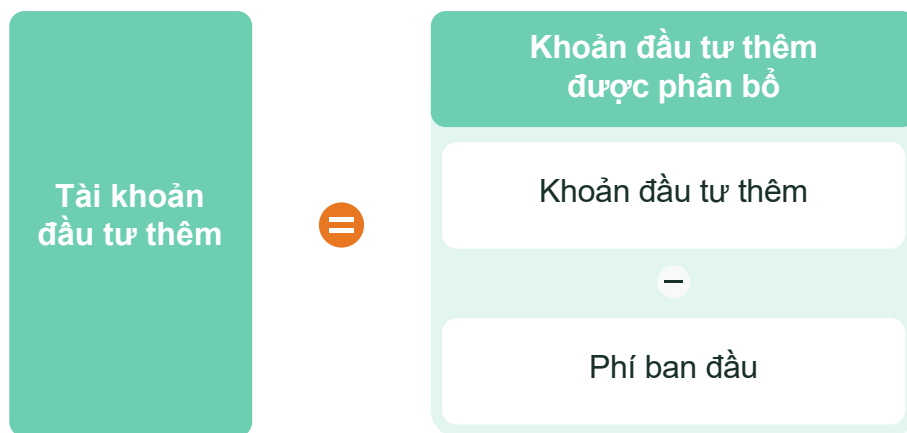
Mức tối đa của Khoản đầu tư thêm trong mỗi Năm Hợp đồng là 5 lần Phí bảo hiểm cơ bản quy năm của Năm Hợp đồng hiện tại.

FWD có thể thay đổi giới hạn Khoản đầu tư thêm hoặc từ chối nhận Khoản đầu tư thêm tại từng thời điểm bằng cách thông báo cho Bên mua bảo hiểm trước khi áp dụng.

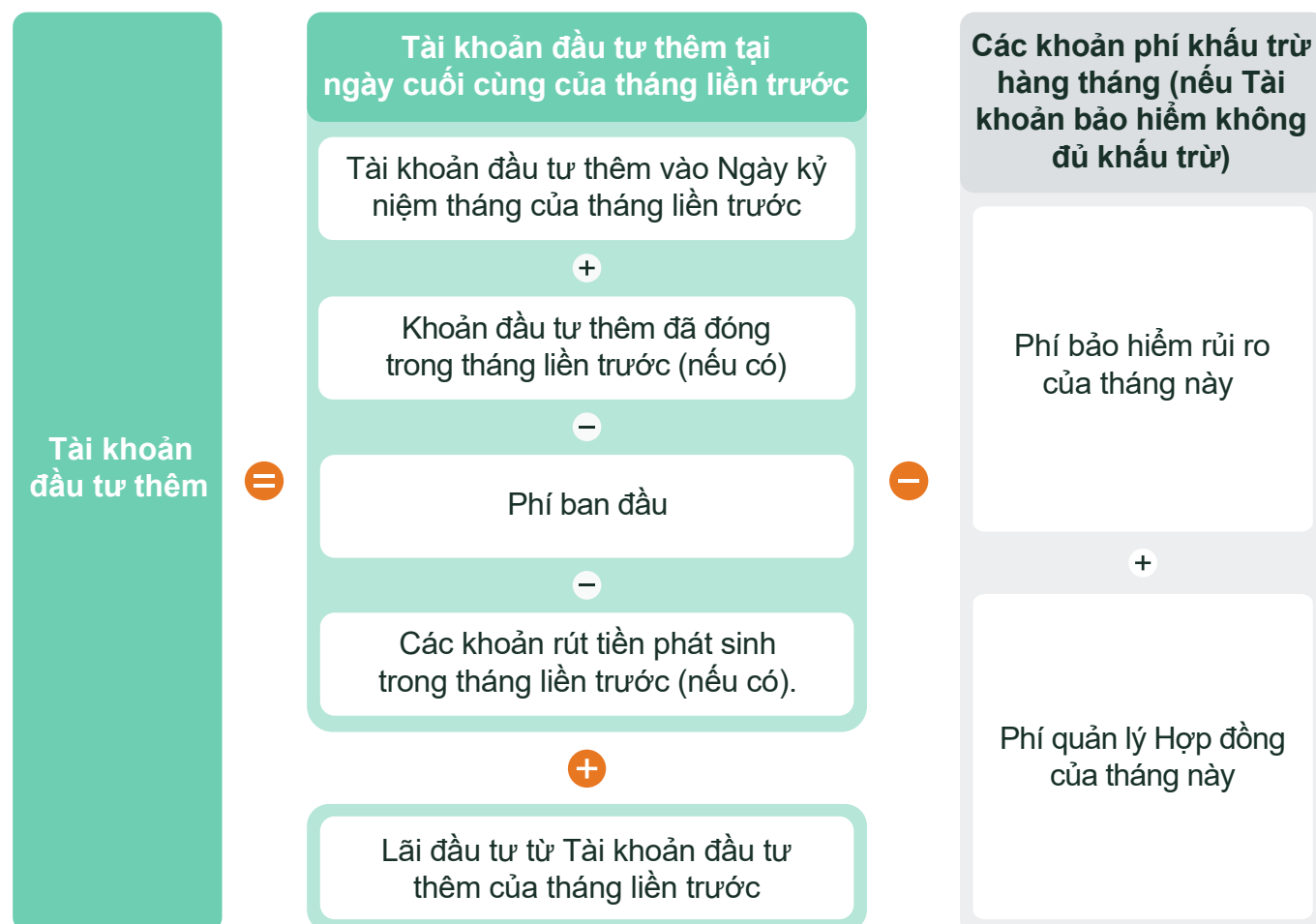
3. Tài khoản Hợp đồng

3.3.2 Tài khoản đầu tư thêm

(i). Vào Ngày hiệu lực Hợp đồng:



(ii). Vào mỗi Ngày kỷ niệm tháng:



4. Hiệu lực Hợp đồng

4.1 Đảm bảo duy trì hiệu lực Hợp đồng

Trong 3 Năm Hợp đồng đầu tiên, Hợp đồng sẽ vẫn được đảm bảo duy trì hiệu lực kể cả trong trường hợp Tài khoản bảo hiểm không đủ để chi trả Phí bảo hiểm rủi ro và Phí quản lý Hợp đồng hàng tháng, với điều kiện:

- (i) Bên mua bảo hiểm đóng đầy đủ Phí bảo hiểm cơ bản; và
- (ii) Bên mua bảo hiểm không rút tiền từ Tài khoản bảo hiểm.



Trong thời gian Hợp đồng đang áp dụng điều khoản đảm bảo duy trì hiệu lực, trường hợp Tài khoản bảo hiểm không đủ để khấu trừ Phí bảo hiểm rủi ro và Phí quản lý Hợp đồng hàng tháng, những khoản phí định kỳ này sẽ được FWD ghi nhận là Khoản nợ của Hợp đồng. FWD sẽ thực hiện khấu trừ khi Bên mua bảo hiểm tiếp tục đóng phí.

4.2 Thời gian gia hạn đóng phí

4.2.1 Áp dụng cho Sản phẩm chính

(i). Trong 3 Năm Hợp đồng đầu tiên

Bên mua bảo hiểm có thời gian gia hạn là 60 ngày để đóng phí bảo hiểm nhằm duy trì hiệu lực Hợp đồng. Thời gian gia hạn 60 ngày này được bắt đầu tính từ:

- Ngày đến hạn đóng phí mà Bên mua bảo hiểm chưa đóng đủ Phí bảo hiểm cơ bản, hoặc
- Ngày kỷ niệm tháng mà giá trị Tài khoản Hợp đồng không đủ để khấu trừ Phí bảo hiểm rủi ro và Phí quản lý Hợp đồng, trong trường hợp Hợp đồng không còn được đảm bảo duy trì hiệu lực theo quy định tại Mục 4.1 của Phần 2 Hợp đồng.

Trong thời hạn 60 ngày này:

- Tất cả các quyền lợi bảo hiểm của Sản phẩm chính vẫn được duy trì hiệu lực.
- Phí bảo hiểm rủi ro và Phí quản lý Hợp đồng phát sinh sẽ được khấu trừ từ Tài khoản Hợp đồng, hoặc ghi nhận là Khoản nợ, nếu Tài khoản Hợp đồng không đủ để khấu trừ.
- Trường hợp Bên mua bảo hiểm đóng phí, phí bảo hiểm sẽ được phân bổ theo Mục 3.1 của Phần 2 Hợp đồng. Khoản nợ (nếu có) sẽ được khấu trừ sau khi phí bảo hiểm đã được phân bổ.
- Bên mua bảo hiểm có thể đăng ký sử dụng giá trị Tài khoản đầu tư thêm để đóng phí bảo hiểm. Phí bảo hiểm sẽ được phân bổ theo Mục 3.1 của Phần 2 Hợp đồng. Khoản nợ (nếu có) sẽ được khấu trừ sau khi phí bảo hiểm đã được phân bổ.

4. Hiệu lực Hợp đồng

Sau khi kết thúc thời hạn 60 ngày này, nếu phí bảo hiểm cần thiết chưa được đóng đủ, thì Hợp đồng sẽ mất hiệu lực khi:

- Bên mua bảo hiểm không đăng ký sử dụng giá trị Tài khoản đầu tư thêm để đóng Phí bảo hiểm cơ bản; hoặc
- Bên mua bảo hiểm có đăng ký sử dụng giá trị Tài khoản đầu tư thêm để đóng Phí bảo hiểm cơ bản, nhưng giá trị Tài khoản đầu tư thêm không đủ để đóng Phí bảo hiểm cơ bản; hoặc
- Giá trị Tài khoản Hợp đồng không đủ để khấu trừ Phí bảo hiểm rủi ro và Phí quản lý Hợp đồng trong trường hợp Hợp đồng không còn được đảm bảo duy trì hiệu lực theo quy định tại Mục 4.1 của Phần 2 Hợp đồng.

(ii). Từ Năm Hợp đồng thứ 4 trở đi

Bên mua bảo hiểm có thời gian gia hạn là 60 ngày để đóng phí bảo hiểm cần thiết nhằm duy trì hiệu lực Hợp đồng. Thời gian gia hạn 60 ngày này được bắt đầu tính từ Ngày kỷ niệm tháng mà giá trị Tài khoản Hợp đồng không đủ khấu trừ Phí bảo hiểm rủi ro và Phí quản lý Hợp đồng.

Trong thời hạn 60 ngày này:

- Tất cả quyền lợi bảo hiểm của Sản phẩm chính vẫn được duy trì hiệu lực.
- Phí bảo hiểm rủi ro và Phí quản lý Hợp đồng phát sinh sẽ được ghi nhận là Khoản nợ nếu Tài khoản Hợp đồng không đủ để khấu trừ.
- Trường hợp Bên mua bảo hiểm đóng phí, phí bảo hiểm sẽ được phân bổ theo Mục 3.1 của Phần 2 Hợp đồng. Khoản nợ (nếu có) sẽ được khấu trừ sau khi Phí bảo hiểm đã được phân bổ.
- Bên mua bảo hiểm có thể đăng ký sử dụng giá trị Tài khoản đầu tư thêm để đóng phí bảo hiểm. Phí bảo hiểm sẽ được phân bổ theo Mục 3.1 của Phần 2 Hợp đồng. Khoản nợ (nếu có) sẽ được khấu trừ sau khi phí bảo hiểm đã được phân bổ.

Sau khi kết thúc thời hạn 60 ngày này, nếu phí bảo hiểm cần thiết chưa được đóng đủ để khấu trừ Phí bảo hiểm rủi ro và Phí quản lý Hợp đồng, thì Hợp đồng sẽ mất hiệu lực.

4.2.2 Áp dụng cho (các) Sản phẩm bổ trợ

Bên mua bảo hiểm có thời gian gia hạn là 60 ngày để đóng phí bảo hiểm cần thiết nhằm duy trì hiệu lực của (các) Sản phẩm bổ trợ. Thời gian gia hạn 60 ngày này được bắt đầu tính từ Ngày đến hạn đóng phí mà Bên mua bảo hiểm chưa đóng đủ phí bảo hiểm của (các) Sản phẩm bổ trợ này.

Trong thời hạn 60 ngày này, tất cả quyền lợi bảo hiểm của (các) Sản phẩm bổ trợ vẫn được duy trì hiệu lực.

Sau khi kết thúc thời gian gia hạn 60 ngày này, nếu phí bảo hiểm cần thiết chưa được đóng đủ:

- Trường hợp Bên mua bảo hiểm có đăng ký sử dụng giá trị Tài khoản đầu tư thêm để đóng phí bảo hiểm còn thiếu của (các) Sản phẩm bổ trợ: FWD sẽ sử dụng giá trị Tài khoản đầu tư thêm để đóng phí bảo hiểm còn thiếu của (các) Sản phẩm bổ trợ này.

4. Hiệu lực Hợp đồng

- Trường hợp Bên mua bảo hiểm không đăng ký sử dụng giá trị Tài khoản đầu tư thêm để đóng phí bảo hiểm còn thiếu của (các) Sản phẩm bổ trợ, hoặc có đăng ký nhưng Tài khoản đầu tư thêm không đủ để đóng phí bảo hiểm của (các) Sản phẩm bổ trợ còn thiếu, một trong các trường hợp sau sẽ xảy ra:
 - (i). Trong 3 Năm Hợp đồng đầu tiên: (các) Sản phẩm bổ trợ này sẽ mất hiệu lực.
 - (ii). Từ Năm Hợp đồng thứ 4 trở đi:
 - (Các) Sản phẩm bổ trợ này vẫn duy trì hiệu lực, nếu Bên mua bảo hiểm có đăng ký sử dụng giá trị Tài khoản bảo hiểm để đóng phí bảo hiểm của (các) Sản phẩm bổ trợ này.
 - (Các) Sản phẩm bổ trợ sẽ mất hiệu lực, nếu:
 - Bên mua bảo hiểm không đăng ký sử dụng giá trị Tài khoản bảo hiểm để đóng phí bảo hiểm còn thiếu của (các) Sản phẩm bổ trợ; hoặc
 - Bên mua bảo hiểm có đăng ký sử dụng giá trị Tài khoản bảo hiểm để đóng Phí bảo hiểm của (các) Sản phẩm bổ trợ còn thiếu, nhưng giá trị Tài khoản bảo hiểm không đủ; hoặc
 - Giá trị Tài khoản bảo hiểm sau khi trừ đi Phí bảo hiểm của (các) Sản phẩm bổ trợ còn thiếu không đủ để khấu trừ Phí bảo hiểm rủi ro và Phí quản lý Hợp đồng hàng tháng tính đến Ngày đến hạn đóng phí tiếp theo.

4.3 Mất hiệu lực Hợp đồng

Khi Sản phẩm chính mất hiệu lực, Hợp đồng bao gồm Sản phẩm chính và (các) Sản phẩm bổ trợ (nếu có), sẽ mất hiệu lực.

FWD sẽ thông báo cho Bên mua bảo hiểm về tình trạng mất hiệu lực Hợp đồng và Giá trị hoàn lại của Sản phẩm chính tại thời điểm Hợp đồng mất hiệu lực. FWD sẽ chi trả Giá trị hoàn lại này cho Bên mua bảo hiểm theo yêu cầu của Bên mua bảo hiểm gửi đến FWD.

Trong thời gian Hợp đồng mất hiệu lực, sẽ không có bất kỳ khoản phát sinh nào cho Tài khoản Hợp đồng, và FWD sẽ không chi trả bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào.

4. Hiệu lực Hợp đồng

4.4 Khôi phục hiệu lực Hợp đồng

Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu khôi phục hiệu lực của Hợp đồng hoặc của Sản phẩm chính trong vòng 24 tháng kể từ ngày Hợp đồng mất hiệu lực. Ngày khôi phục hiệu lực sẽ không được trễ hơn Ngày kết thúc thời hạn bảo hiểm của Hợp đồng.

Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm cần đáp ứng các điều kiện khôi phục sau:

- Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm đáp ứng điều kiện về quyền lợi có thể được bảo hiểm tại thời điểm yêu cầu khôi phục hiệu lực Hợp đồng; và
- Người được bảo hiểm có tình trạng sức khỏe đáp ứng các điều kiện có thể được bảo hiểm theo quy định của FWD. Để đánh giá điều kiện sức khỏe, FWD có thể yêu cầu Người được bảo hiểm kiểm tra y tế và/hoặc cung cấp thêm thông tin sức khỏe trước khi chấp nhận khôi phục hiệu lực Hợp đồng; và
- Bên mua bảo hiểm đóng đầy đủ các khoản tiền cần thiết để khôi phục hiệu lực Hợp đồng theo Thư thông báo của FWD trong từng thời kỳ.

Ngày khôi phục hiệu lực của Hợp đồng hoặc của Sản phẩm chính sẽ được ghi trong Thư xác nhận khôi phục hiệu lực.

Sau khi kết thúc thời hạn 24 tháng này, nếu FWD không nhận được yêu cầu khôi phục hiệu lực của Hợp đồng hoặc của Sản phẩm chính, thì Hợp đồng sẽ chấm dứt. FWD sẽ chi trả cho Bên mua bảo hiểm Giá trị hoàn lại của Sản phẩm chính, nếu có, tại thời điểm Hợp đồng mất hiệu lực, không có lãi, theo yêu cầu của Bên mua bảo hiểm gửi đến FWD.

4.5 Chấm dứt hiệu lực Hợp đồng

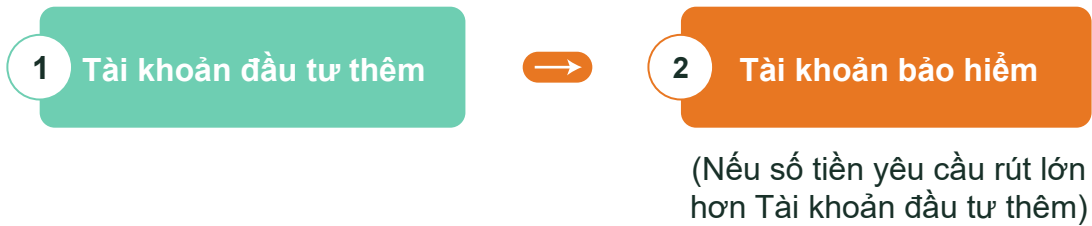
Sau Thời gian cân nhắc, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu chấm dứt hiệu lực Hợp đồng trước thời hạn vào bất kỳ lúc nào bằng cách gửi yêu cầu bằng văn bản hoặc bằng các hình thức ứng dụng điện tử do FWD cung cấp. Ngày chấm dứt hiệu lực Hợp đồng là ngày FWD ghi trên Thư xác nhận chấm dứt Hợp đồng.

Khi Hợp đồng chấm dứt hiệu lực, FWD sẽ chi trả Giá trị hoàn lại sau khi khấu trừ (các) Khoản nợ (nếu có) và mọi trách nhiệm, nghĩa vụ của FWD theo Hợp đồng cũng sẽ chấm dứt.

5. Điều chỉnh Hợp đồng

5.1 Rút tiền từ Tài khoản Hợp đồng

Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu rút một phần từ Tài khoản hợp đồng theo thứ tự ưu tiên như sau:



1. Rút tiền từ Tài khoản đầu tư thêm

Số tiền rút tối đa bằng tổng giá trị của Tài khoản đầu tư thêm tại thời điểm Bên mua bảo hiểm rút tiền.

2. Rút tiền từ Tài khoản bảo hiểm

Số tiền rút tối đa



80% Giá trị hoàn lại của Tài khoản bảo hiểm tại thời điểm Bên mua bảo hiểm rút tiền.

Giá trị hoàn lại của
Tài khoản bảo hiểm



Tài khoản
bảo hiểm



Phí chấm dứt Hợp đồng
trước thời hạn

5. Điều chỉnh Hợp đồng

Sau khi FWD thực hiện yêu cầu rút tiền, Tài khoản Hợp đồng sẽ giảm tương ứng theo khoản tiền đã rút. Sau khi rút tiền:

- Nếu Tài khoản bảo hiểm lớn hơn hoặc bằng Số tiền bảo hiểm thì Số tiền bảo hiểm sẽ được giữ nguyên.
- Nếu Tài khoản bảo hiểm nhỏ hơn Số tiền bảo hiểm thì Số tiền bảo hiểm sẽ được điều chỉnh giảm tương ứng. FWD sẽ thông báo cho Bên mua bảo hiểm Số tiền bảo hiểm mới sau khi yêu cầu rút tiền được thực hiện.

Bên mua bảo hiểm sẽ được miễn Phí rút tiền từ cả Tài khoản bảo hiểm và Tài khoản đầu tư thêm.

5.2 Thay đổi Số tiền bảo hiểm

Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu thay đổi Số tiền bảo hiểm kể từ Năm Hợp đồng thứ 2:

Giảm Số tiền bảo hiểm

- (i) Số tiền bảo hiểm mới không được thấp hơn Số tiền bảo hiểm tối thiểu theo quy định của FWD; và
- (ii) Phí bảo hiểm cơ bản không thay đổi hoặc điều chỉnh theo quy định của FWD trong từng thời kỳ.

Số tiền bảo hiểm mới sẽ có hiệu lực kể từ Ngày kỷ niệm tháng tiếp theo sau khi FWD chấp thuận. Ngày hiệu lực của Số tiền bảo hiểm mới có thể được điều chỉnh theo quy định của FWD trong từng thời kỳ.

Tăng Số tiền bảo hiểm

- (i) Số tiền bảo hiểm mới không được cao hơn Số tiền bảo hiểm tối đa theo quy định của FWD (trừ trường hợp Tăng Số tiền bảo hiểm tự động không cần thẩm định sức khỏe theo Mục 1.3.2 của Phần 2 Hợp đồng); và
- (ii) Người được bảo hiểm không vượt quá 70 tuổi tại thời điểm yêu cầu; và
- (iii) Người được bảo hiểm đáp ứng các điều kiện về thẩm định của FWD; và
- (iv) Phí bảo hiểm cơ bản có thể tăng tương ứng với Số tiền bảo hiểm mới. FWD sẽ gửi thông báo tới Bên mua bảo hiểm về Phí bảo hiểm cơ bản mới cần đóng.

Số tiền bảo hiểm mới sẽ có hiệu lực kể từ Ngày đến hạn đóng phí tiếp theo sau khi FWD chấp thuận. Ngày hiệu lực của Số tiền bảo hiểm mới có thể được điều chỉnh theo quy định của FWD trong từng thời kỳ.

Sau khi Số tiền bảo hiểm mới có hiệu lực, Phí bảo hiểm rủi ro và các quyền lợi sẽ thay đổi tương ứng theo Số tiền bảo hiểm mới.

5. Điều chỉnh Hợp đồng

5.3 Nhậm lần khi kê khai tuổi, giới tính

Nếu Phí bảo hiểm rủi ro đã khấu trừ thấp/cao hơn Phí bảo hiểm rủi ro tính theo tuổi và/hoặc giới tính đúng của Người được bảo hiểm

FWD sẽ giữ nguyên Số tiền bảo hiểm hiện tại và Phí bảo hiểm cơ bản hiện tại.

Phí bảo hiểm rủi ro sẽ được điều chỉnh theo tuổi và/hoặc giới tính đúng kể từ Ngày kỷ niệm tháng tiếp theo.

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

FWD sẽ huỷ bỏ Hợp đồng và hoàn trả cho Bên mua bảo hiểm toàn bộ Phí bảo hiểm đã đóng của Hợp đồng, không có lãi, sau khi trừ đi các khoản sau (nếu có):

- Các khoản phí quản lý Hợp đồng kể từ Ngày hiệu lực Hợp đồng đến thời điểm FWD ra quyết định không chấp nhận bảo hiểm; và
- Chi phí kiểm tra sức khỏe; và
- Quyền lợi đã chi trả trước đó; và
- (Các) khoản tiền Bên mua bảo hiểm đã nhận được từ Sản phẩm chính.

5.4 Cập nhật thông tin cá nhân

Bên mua bảo hiểm phải thông báo cho FWD bằng văn bản 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.

Khi nhận được thông báo thay đổi của Bên mua bảo hiểm, FWD có thể thực hiện một trong những quyết định sau:

- Tiếp tục Hợp đồng với mức phí bảo hiểm không đổi; hoặc thay đổi mức phí bảo hiểm; hoặc thay đổi Số tiền bảo hiểm (tùy theo nghề nghiệp mới hoặc rủi ro ở quốc gia cư trú hoặc quốc tịch mới); hoặc
- Chấm dứt Hợp đồng và hoàn trả Giá trị hoàn lại (nếu có).

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

Quy tắc, điều khoản FWD Care Bảo hiểm sức khỏe 3.0

(Sản phẩm bảo hiểm sức khỏe Hỗ trợ chi phí y tế thực tế 2023)






(Được phê chuẩn theo Công văn số 6436/BTC-QLBH, ngày 21/06/2024 của Bộ Tài chính, Quyết định số FWDVN.CEO.062024-01 ngày 27/06/2024 của Tổng Giám đốc).



Quy tắc, điều khoản này được đính kèm và là một phần của Hợp đồng bảo hiểm khi Bên mua bảo hiểm lựa chọn mua Sản phẩm bảo hiểm sức khỏe Hỗ trợ chi phí y tế thực tế 2023 (sau đây được gọi tắt là “Sản phẩm”) cho Hợp đồng bảo hiểm của mình.

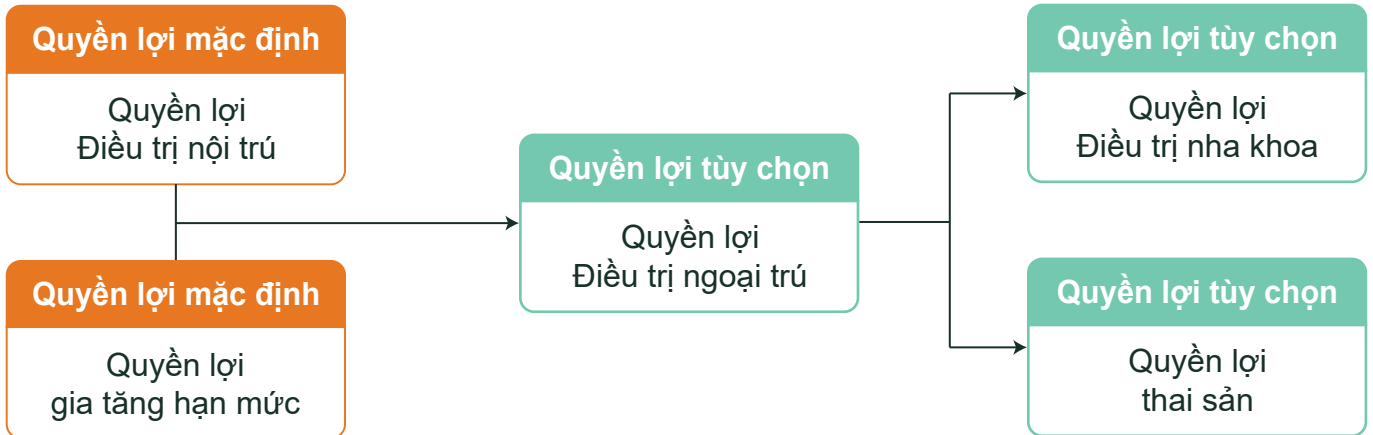
Các thuật ngữ và Quy tắc, điều khoản được đề cập trong Phần 1 – Những điều khoản chung của Hợp đồng bảo hiểm mà Sản phẩm này được đính kèm sẽ được áp dụng cho Sản phẩm này, trừ khi được định nghĩa hoặc quy định cụ thể khác đi trong Sản phẩm này. Trong trường hợp có sự khác nhau, Quy tắc, điều khoản của Sản phẩm này sẽ được áp dụng để giải thích các quyền, nghĩa vụ của FWD và Bên mua bảo hiểm và quyền lợi bảo hiểm được cung cấp theo Sản phẩm này.

🔍 Mục lục

	1. Lựa chọn quyền lợi bảo hiểm	58
	2. Quyền lợi bảo hiểm	59
	2.1 Nhóm Quyền lợi mặc định	63
	2.2 Nhóm Quyền lợi tùy chọn	68
	2.3 Các trường hợp loại trừ bảo hiểm	69
	3. Yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm	70
	3.1 Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm	70
	3.2 Thứ tự ưu tiên nhận quyền lợi bảo hiểm	71
	4. Thời hạn bảo hiểm và tái tục Sản phẩm này	72
	5. Phí bảo hiểm	73
	5.1 Phí bảo hiểm	73
	5.2 Thời gian gia hạn đóng phí bảo hiểm	73
	6. Điều chỉnh Hợp đồng bảo hiểm	74
	6.1 Thay đổi kế hoạch bảo hiểm	74
	6.2 Bổ sung, chấm dứt quyền lợi bảo hiểm thuộc nhóm Quyền lợi tùy chọn	74
	6.3 Khôi phục hiệu lực Sản phẩm này	75
	6.4 Cập nhật thông tin cá nhân	75
	6.5 Nhầm lẫn kê khai tuổi, giới tính	76
	7. Chấm dứt hiệu lực Sản phẩm này	77
	Phụ lục quy định chi tiết về quyền lợi Điều trị ngoại trú	78
	Phụ lục quy định chi tiết về quyền lợi Điều trị nha khoa	81
	Phụ lục quy định chi tiết về quyền lợi thai sản	83

1. Lựa chọn quyền lợi bảo hiểm

Sản phẩm bảo hiểm này cung cấp các lựa chọn quyền lợi bảo hiểm thuộc nhóm Quyền lợi mặc định và Quyền lợi tùy chọn. Tại thời điểm có yêu cầu tham gia bảo hiểm, ngoài Quyền lợi mặc định của Sản phẩm, Bên mua bảo hiểm có thể lựa chọn Quyền lợi tùy chọn cho mỗi Người được bảo hiểm trong Hợp đồng bảo hiểm và được thể hiện cụ thể trong Hợp đồng bảo hiểm sau khi được FWD chấp thuận bảo hiểm:



Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu tham gia một hoặc nhiều quyền lợi bảo hiểm thuộc nhóm Quyền lợi tùy chọn tại thời điểm tham gia bảo hiểm hoặc vào các Ngày tái tục hàng năm của Sản phẩm này. Yêu cầu này của Bên mua bảo hiểm phải được FWD chấp thuận cụ thể bằng văn bản, với điều kiện FWD có đang triển khai quyền lợi bảo hiểm đó.

Bên mua bảo hiểm có thể đăng ký chỉ tham gia thêm quyền lợi Điều trị ngoại trú. Tuy nhiên, để có thể tham gia thêm quyền lợi Điều trị nha khoa và/hoặc quyền lợi thai sản, việc tham gia quyền lợi Điều trị ngoại trú là bắt buộc.

Người được bảo hiểm là cá nhân có sức khỏe được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm, đang cư trú tại Việt Nam, có tuổi từ 30 ngày tuổi đến 70 tuổi tính theo lần sinh nhật vừa qua tại thời điểm tham gia các quyền lợi bảo hiểm của Sản phẩm này. Tuổi tối đa khi kết thúc Sản phẩm này là 75 tuổi.

Đối với quyền lợi thai sản, Người được bảo hiểm là nữ có tuổi từ 18 tuổi đến 48 tuổi tính theo lần sinh nhật vừa qua tại thời điểm tham gia quyền lợi thai sản này. Tuổi tối đa của Người được bảo hiểm khi kết thúc quyền lợi thai sản này là 50 tuổi.

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

2. Quyền lợi bảo hiểm

Nội dung quyền lợi bảo hiểm được trình bày tại Điều 2 này tương ứng với kế hoạch bảo hiểm Care 100 mà Bên mua bảo hiểm đã lựa chọn khi tham gia Sản phẩm này.

FWD sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế tương ứng với kế hoạch bảo hiểm và quyền lợi bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm đã lựa chọn khi Người được bảo hiểm phải điều trị y tế cho Bệnh hoặc Tổn thương thỏa mãn đồng thời tất cả các điều kiện sau:

- (i). Bệnh hoặc Tổn thương không thuộc Tình trạng tồn tại trước; và
- (ii). Các Chi phí y tế thực tế phát sinh trong thời gian Sản phẩm này đang còn hiệu lực; và
- (iii). Việc khám và/hoặc điều trị được thực hiện sau Thời gian chờ; và
- (iv). Các Chi phí y tế thực tế phát sinh từ các Điều trị hợp lý và cần thiết về mặt y tế cho Người được bảo hiểm và không thuộc Các trường hợp loại trừ bảo hiểm tại Mục 2.3 của Quy tắc, điều khoản của Sản phẩm này; và
- (v). FWD sẽ chi trả không vượt quá hạn mức tối đa, số ngày tối đa được quy định cho từng quyền lợi và Số tiền bảo hiểm tối đa mỗi Năm hợp đồng tương ứng với từng quyền lợi.

Tình trạng tồn tại trước là:

- Triệu chứng, dấu hiệu bất thường và là nguyên nhân dẫn đến việc khám và/hoặc điều trị của Người được bảo hiểm khởi phát trong vòng 12 tháng mà nếu biết được FWD đã không chấp thuận bảo hiểm theo Sản phẩm này hoặc không chấp thuận yêu cầu tham gia thêm (các) Quyền lợi tùy chọn hoặc chấp thuận bảo hiểm có điều kiện hoặc không chấp thuận khôi phục hiệu lực Sản phẩm, hoặc chấp thuận khôi phục hiệu lực Sản phẩm có điều kiện.

Thời hạn 12 tháng ở trên được tính kể từ 1 trong 3 ngày được liệt kê dưới đây, lấy ngày nào đến sau:

- (i). Ngày hiệu lực của Sản phẩm này; hoặc
 - (ii). Ngày hiệu lực của (các) quyền lợi bảo hiểm thuộc nhóm Quyền lợi tùy chọn (áp dụng cho các trường hợp tham gia thêm Quyền lợi tùy chọn); hoặc
 - (iii). Ngày khôi phục hiệu lực gần nhất của Sản phẩm này (đối với những Hợp đồng có khôi phục hiệu lực).
- Tình trạng Bệnh hoặc Tổn thương của Người được bảo hiểm đã được khám, xét nghiệm, chẩn đoán, điều trị, Phẫu thuật trước Ngày hiệu lực của Sản phẩm này hoặc Ngày hiệu lực của (các) quyền lợi bảo hiểm thuộc nhóm Quyền lợi tùy chọn trong trường hợp tham gia thêm hoặc Ngày khôi phục hiệu lực gần nhất của Sản phẩm này đối với những Hợp đồng có khôi phục hiệu lực.

Việc xác định Tình trạng tồn tại trước sẽ căn cứ vào hồ sơ y tế được lưu trữ tại Bệnh viện hoặc cơ sở y tế được thành lập hợp pháp, các tài liệu y khoa được Bộ Y tế và các cơ quan có thẩm quyền ban hành hoặc các thông tin do Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm tự kê khai trên Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm hoặc các phiếu kê khai thông tin hoặc bảng kê khai sức khỏe.

Ngày hiệu lực của Sản phẩm này là ngày Bên mua bảo hiểm hoàn tất Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm hoặc Phiếu yêu cầu điều chỉnh hợp đồng, với điều kiện Bên mua bảo hiểm đóng đầy đủ phí bảo hiểm đầu tiên cho Sản phẩm này.

Ngày hiệu lực của Sản phẩm này được ghi trong Chứng nhận bảo hiểm hoặc Thư xác nhận điều chỉnh thông tin Hợp đồng gần nhất.

Ngày hiệu lực của (các) quyền lợi bảo hiểm thuộc nhóm Quyền lợi tùy chọn là ngày Bên mua bảo hiểm hoàn tất Phiếu yêu cầu điều chỉnh hợp đồng và đóng đầy đủ phí bảo hiểm tương ứng với các quyền lợi tham gia thêm.

Ngày hiệu lực của (các) quyền lợi bảo hiểm thuộc nhóm Quyền lợi tùy chọn này được ghi trong Thư xác nhận điều chỉnh thông tin Hợp đồng gần nhất.

Trường hợp Bên mua bảo hiểm tham gia (các) quyền lợi bảo hiểm thuộc nhóm Quyền lợi tùy chọn cùng thời điểm với các Quyền lợi mặc định thì Ngày hiệu lực của (các) quyền lợi bảo hiểm thuộc nhóm Quyền lợi tùy chọn sẽ trùng với Ngày hiệu lực của Sản phẩm này.

Ngày khôi phục hiệu lực của Sản phẩm này là ngày mà FWD chấp thuận Hồ sơ yêu cầu khôi phục hiệu lực của Bên mua bảo hiểm để khôi phục hiệu lực của Sản phẩm này. Ngày khôi phục hiệu lực của Sản phẩm này sẽ được ghi trong Thư xác nhận khôi phục hiệu lực.

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 Tổn thương 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 liên quan đến các biện pháp y tế chưa được chứng minh và chưa được sự chấp thuận, phê duyệt của cơ quan có thẩm quyền tại quốc gia nơi Người được bảo hiểm điều trị;
- 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 một số trường hợp không thuộc Điều trị hợp lý và cần thiết về mặt y tế:

- 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;
- Phẫu thuật thẩm mỹ, Phẫu thuật theo yêu cầu của Người được bảo hiểm (ngoại trừ do Tai nạn), Phẫu thuật chuyển đổi giới tính, điều chỉnh tật khúc xạ, hoặc bất kỳ điều trị y tế nào không có nguyên nhân do Bệnh hoặc Tổn thương hoặc triệu chứng y tế;
- Các thiết bị hỗ trợ như máy trợ thính, kính đeo mắt, kính áp tròng, xe lăn, thiết bị chỉnh hình, chân tay giả;
- Sử dụng thực phẩm chức năng, bổ sung vitamin, thuốc điều trị nhằm mục đích làm đẹp;
- Điều trị tăng cân, giảm cân hoặc tham gia các chương trình kiểm soát cân nặng.

Ví dụ minh họa nêu trên chỉ mang tính chất tham khảo và không phải là toàn bộ các trường hợp không thuộc Điều trị hợp lý và cần thiết về mặt y tế theo định nghĩa này.

Bác sĩ là người có bằng cấp chuyên môn y khoa và/hoặc nha khoa, được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc thừa nhận được thực hành nghề y và/hoặc Phẫu thuật và/hoặc nha khoa hợp pháp trong phạm vi giấy phép theo pháp luật của nước sở tại nơi Người được bảo hiểm tiến hành việc khám và/hoặc điều trị. Bác sĩ không được đồng thời là Bên mua bảo hiểm, hoặc Người được bảo hiểm, hoặc Người thụ hưởng trừ trường hợp những người này làm nhiệm vụ theo sự phân công của cấp có thẩm quyền.

Tổn thương là những thương tật, thương tích của cơ thể do nguyên nhân trực tiếp, duy nhất do Tai nạn gây ra cho Người được bảo hiểm xảy ra trong thời gian Sản phẩm này có hiệu lực.

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 Tổn thương 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 này và cần được Bác sĩ điều trị.

Thời gian chờ là khoảng thời gian mà nếu việc khám và/hoặc bắt đầu điều trị phát sinh trong khoảng thời gian này, FWD sẽ không chi trả các quyền lợi bảo hiểm được liệt kê trong Quy tắc, điều khoản của Sản phẩm này.

Thời gian chờ được tính kể từ 1 trong 4 ngày được liệt kê dưới đây, tùy ngày nào đến sau:

- Ngày hiệu lực của Sản phẩm này trong Hợp đồng bảo hiểm; hoặc
- Ngày khôi phục hiệu lực gần nhất của Sản phẩm này trong Hợp đồng bảo hiểm; hoặc
- Ngày kế hoạch bảo hiểm mới có hiệu lực (chỉ áp dụng cho phần tăng thêm trong trường hợp tăng kế hoạch bảo hiểm); hoặc
- Ngày quyền lợi bảo hiểm thuộc nhóm Quyền lợi tùy chọn được Bên mua bảo hiểm tham gia thêm có hiệu lực (áp dụng cho quyền lợi chọn thêm).

Thời gian chờ được quy định như sau:

- Đối với ung thư và Cấy ghép nội tạng: 90 ngày.
- Đối với Bệnh đặc biệt: 90 ngày.
- Đối với quyền lợi điều trị Sức khỏe tinh thần: 90 ngày.
- Đối với quyền lợi Điều trị nha khoa: 30 ngày.
- Đối với quyền lợi thai sản: 270 ngày.
- Đối với các Bệnh khác: 30 ngày.
- Đối với Tai nạn: không áp dụng Thời gian chờ.

Bệnh đặc biệt bao gồm:

- Tất cả các loại thoát vị;
- Tất cả các loại khối u lành tính hoặc khối u hoặc u nang hoặc polyp;
- Bệnh lao; bệnh hen suyễn;

- Bệnh trĩ;
- Bệnh về amidan hoặc VA;
- Tình trạng bất thường của khoang mũi, vách ngăn mũi hoặc cuốn mũi, bao gồm cả xoang;
- Bệnh tuyến giáp;
- Tăng huyết áp;
- Bệnh tim mạch;
- Rò, nứt hậu môn;
- Sỏi trong hệ thống ống mật bao gồm túi mật;
- Sỏi thận, đường tiết niệu hoặc bàng quang;
- Đục thủy tinh thể, bệnh tăng nhãn áp, mộng thịt;
- Loét dạ dày hoặc tá tràng;
- Phì đại tuyến tiền liệt, u xơ tử cung, lạc nội mạc tử cung, u nang buồng trứng;
- Phình, lồi đĩa đệm hoặc thoát vị đĩa đệm (HNP);
- Đái tháo đường;
- Thoái hóa cột sống, bệnh gút, bệnh thoái hóa khớp.

Chi phí y tế thực tế bao gồm các chi phí Điều trị hợp lý và cần thiết về mặt y tế theo chỉ định của Bác sĩ điều trị và phát sinh khi Người được bảo hiểm cần điều trị Bệnh hoặc Tổn thương hoặc thai sản tại Bệnh viện hoặc Phòng khám (không bao gồm các chi phí được bảo hiểm y tế của Nhà nước hoặc các chương trình bảo hiểm khác chi trả).

2.1 Nhóm Quyền lợi mặc định

2.1.1 Quyền lợi Điều trị nội trú

Quyền lợi Điều trị nội trú là Quyền lợi mặc định của Sản phẩm này. FWD sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế trong trường hợp Điều trị nội trú theo các hạng mục được nêu tại bảng sau:

Đơn vị tính: đồng

Kế hoạch bảo hiểm		Care 100
Phạm vi địa lý được bảo hiểm		Việt Nam
Tỷ lệ Đồng chi trả		Không áp dụng
Số tiền bảo hiểm tối đa mỗi Năm hợp đồng		100 triệu
Chi tiết quyền lợi bảo hiểm		
1. Điều trị nội trú	Hạn mức tối đa mỗi Đợt điều trị trường hợp không có Phẫu thuật	20 triệu
	Hạn mức tối đa mỗi Đợt điều trị trường hợp có Phẫu thuật	40 triệu
a. Chi phí Phòng và giường	Hạn mức tối đa mỗi Ngày nằm viện	700 nghìn
	Số ngày tối đa mỗi Năm hợp đồng	60 ngày
b. Điều trị tại Phòng chăm sóc đặc biệt (ICU)	Hạn mức tối đa mỗi Ngày nằm viện	1,4 triệu
	Số ngày tối đa mỗi Năm hợp đồng	30 ngày
c. Chi phí điều trị trước khi nhập viện (trong vòng 30 ngày trước khi nhập viện)	Hạn mức tối đa mỗi Đợt điều trị	Theo Chi phí y tế thực tế
d. Chi phí Phẫu thuật	Hạn mức tối đa mỗi Đợt điều trị	Theo Chi phí y tế thực tế
e. Chi phí điều trị sau khi xuất viện (trong vòng 60 ngày sau khi xuất viện)	Hạn mức tối đa mỗi Đợt điều trị	Theo Chi phí y tế thực tế
f. Dịch vụ chăm sóc y tế tại nhà sau khi xuất viện (trong vòng 60 ngày sau khi xuất viện)	Quyền lợi này không áp dụng đối với kế hoạch bảo hiểm Care 100	
g. Chi phí Phòng và giường cho 1 người thân (áp dụng đối với Người được bảo hiểm từ 18 tuổi trở xuống)	Hạn mức tối đa mỗi Ngày nằm viện	250 nghìn
	Số ngày tối đa mỗi Năm hợp đồng	10 ngày
h. Chi phí Điều trị nội trú khác	Hạn mức tối đa mỗi Đợt điều trị	5 triệu

Kế hoạch bảo hiểm		Care 100
2. Phẫu thuật trong ngày		Theo Chi phí y tế thực tế
3. Điều trị bệnh hiểm nghèo		
a. Điều trị ung thư	Hạn mức tối đa mỗi Năm hợp đồng	Theo Chi phí y tế thực tế
b. Cấy ghép nội tạng (áp dụng đối với người nhận tạng)	Hạn mức tối đa mỗi Năm hợp đồng	Theo Chi phí y tế thực tế
c. Cấy ghép nội tạng (áp dụng đối với người hiến tạng)	Hạn mức tối đa mỗi Năm hợp đồng	50% chi phí Phẫu thuật của người hiến tạng
d. Chạy thận nhân tạo	Hạn mức tối đa mỗi Năm hợp đồng	10 triệu
4. Điều trị nội trú cho Sức khỏe tinh thần	Hạn mức tối đa mỗi Đợt điều trị	5 triệu
a. Chi phí Phòng và giường	Hạn mức tối đa mỗi Đợt điều trị	Theo Chi phí y tế thực tế
b. Chi phí điều trị trước khi nhập viện và Chi phí điều trị sau khi xuất viện (trong vòng 30 ngày trước khi nhập viện và 60 ngày sau khi xuất viện)	Hạn mức tối đa mỗi Đợt điều trị	1,4 triệu
c. Chi phí Điều trị nội trú	Hạn mức tối đa mỗi Đợt điều trị	Theo Chi phí y tế thực tế

Trong mỗi Năm hợp đồng, tương ứng với kế hoạch bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm đã chọn, FWD sẽ chi trả quyền lợi này không vượt quá:



- (i). Hạn mức tối đa và số ngày tối đa được quy định cho từng hạng mục được trình bày theo bảng bên trên; và
- (ii). Số tiền bảo hiểm tối đa mỗi Năm hợp đồng của quyền lợi Điều trị nội trú.

Số tiền bảo hiểm của quyền lợi Điều trị nội trú chưa được sử dụng hết trong Năm hợp đồng sẽ không được chuyển sang Năm hợp đồng tiếp theo.

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.

Thuốc kê toa là thuốc được Bác sĩ kê toa và là Điều trị hợp lý và cần thiết về mặt y tế. Thuốc phải có trong danh mục đăng ký với Bộ Y tế và không bao gồm thực phẩm chức năng, thuốc làm đẹp, mỹ phẩm, vitamin, trừ trường hợp vitamin cần thiết cho việc điều trị và được Bác sĩ kê toa và có giá thành thấp hơn giá của thuốc điều trị chính.

Chi phí Điều trị nội trú khác là những chi phí chăm sóc sức khỏe phát sinh trong quá trình xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, chi phí thuốc, dịch, máu, huyết tương, tiêm tĩnh mạch, phí thăm khám Bác sĩ, chi phí thuê xe lăn, chi phí hành chính, Vật tư tiêu hao và Chi phí xe cứu thương.

Vật tư tiêu hao là những vật liệu được sử dụng với mục đích hỗ trợ điều trị và không được gắn cố định vào cơ thể người, ngoại trừ những vật liệu (i) có thể tự hấp thụ vào cơ thể hoặc (ii) có thể loại bỏ ra khỏi cơ thể mà không ảnh hưởng đến chức năng hoạt động của cơ thể (ví dụ: chỉ thép, dụng cụ tạo hình dùng trong quá trình cấy ghép, có thể tái tạo).

Chi phí xe cứu thương là chi phí vận chuyển bằng xe cứu thương và chăm sóc trong quá trình vận chuyển Người được bảo hiểm trong tình huống cấp cứu đến Bệnh viện hoặc Phòng khám. FWD không chi trả chi phí này cho các trường hợp thai sản ngoại trừ trường hợp cấp cứu Tai nạn thai sản.

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 một Đợt điều trị.

Phẫu thuật là một phương pháp điều trị y tế bao gồm việc Phẫu thuật, thủ thuật trên cơ thể Người được bảo hiểm để điều trị Bệnh hoặc Tổn thương. 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.

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

Phòng và giường là giường tiêu chuẩn và phòng đơn hoặc phòng chung của Bệnh viện và bao gồm các bữa ăn tiêu chuẩn cho bệnh nhân nội trú. Trong trường hợp Người được bảo hiểm được điều trị tại Bệnh viện tư nhân hoặc Bệnh viện quốc tế, FWD chỉ thanh toán tối đa chi phí thấp nhất của phòng tiêu chuẩn, không bao gồm phòng VIP hoặc các phòng tương tự.

Phòng chăm sóc đặc biệt (ICU) là một phòng/khoa/bộ phận của Bệnh viện, không phải là phòng hồi sức sau Phẫu thuật và/hoặc phòng cấp cứu và:

- Được Bệnh viện thành lập nhằm mục đích cung cấp chương trình chăm sóc đặc biệt và điều trị tích cực 24/24 giờ; và
- Được dành riêng cho những bệnh nhân bị Bệnh nặng đòi hỏi sự theo dõi giám sát liên tục theo chỉ định của Bác sĩ; và
- Được trang bị tất cả các thiết bị hỗ trợ chức năng sống, thuốc và các phương tiện cấp cứu cần thiết tại chỗ để có thể can thiệp ngay.

Chi phí Phòng và giường cho người thân là chi phí cho Phòng và giường dành cho một người thân của bệnh nhân nội trú tại Bệnh viện, ở cùng với Người được bảo hiểm trong thời gian Điều trị nội trú. Quyền lợi này áp dụng cho Người được bảo hiểm từ 18 tuổi trở xuống và cho mỗi đêm Điều trị nội trú.

Chi phí điều trị trước khi nhập viện bao gồm các chi phí y tế cho việc tư vấn y tế, khám, kiểm tra, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, Thuốc kê toa hoặc các chi phí y tế khác liên quan trực tiếp đến Bệnh hoặc Tổn thương 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 bao gồm các chi phí y tế cho việc khám, kiểm tra, xét nghiệm, chẩn đoán, Thuốc kê toa hoặc các chi phí y tế khác liên quan trực tiếp đến Bệnh hoặc Tổn thương mà Người được bảo hiểm đã được điều trị trong lần nằm viện gần nhất theo chỉ định của Bác sĩ.

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

Điều trị ung thư bao gồm Điều trị nội trú và Điều trị ngoại trú bằng hóa trị và/hoặc xạ trị và/hoặc liệu pháp nhắm trúng đích nhằm mục đích điều trị cần thiết về mặt y tế cho ung thư.

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 Bệnh viện.

Chi phí Cấy ghép nội tạng là Chi phí y tế thực tế mà người nhận tạng (là Người được bảo hiểm) phải chi trả và 50% chi phí Phẫu thuật thực hiện trên người hiến tạng (không phải Người được bảo hiểm) đối với việc Cấy ghép nội tạng. Chi phí Cấy ghép nội tạng không bao gồm bất kỳ chi phí nào cho các dịch vụ phát sinh liên quan đến việc xác định và mua nội tạng để thay thế, cũng như mọi chi phí hành chính và chi phí vận chuyển phát sinh liên quan đến Cấy ghép nội tạng.

Chạy thận nhân tạo là phương pháp điều trị cho Người được bảo hiểm cần có máy móc hoặc thiết bị để lọc thận tại Bệnh viện hoặc Phòng khám lọc thận được đăng ký hợp pháp, bao gồm việc Điều trị nội trú và Điều trị ngoại trú.

Sức khỏe tinh thần là những vấn đề liên quan đến bệnh tâm thần, bao gồm rối loạn tâm thần, rối loạn hành vi hoặc rối loạn cảm xúc có thể được chẩn đoán trong thời gian đủ để đáp ứng các tiêu chí theo DSM-5 mới nhất.

Quyền lợi Điều trị nội trú cho Sức khỏe tinh thần thỏa điều kiện chi trả khi các triệu chứng đầu tiên phải xuất hiện và tình trạng Bệnh phải xảy ra và việc chẩn đoán hoặc Phẫu thuật liên quan đến bệnh tâm thần đó phải diễn ra sau Thời gian chờ.

Việc chẩn đoán bệnh tâm thần theo Sản phẩm này phải dựa trên các tiêu chí theo DSM-5. Người được bảo hiểm phải nhập viện vào khoa tâm thần của Bệnh viện, viện tâm thần, trung tâm điều trị bệnh tâm thần, Bệnh viện tâm thần với tư cách là bệnh nhân Điều trị nội trú theo chỉ định của Bác sĩ tâm thần hoặc Bác sĩ tâm lý, dựa trên việc cân nhắc về việc Điều trị hợp lý và cần thiết về mặt y tế.

Nếu Người được bảo hiểm và Bác sĩ tâm thần hoặc Bác sĩ tâm lý không thống nhất về các dấu hiệu, triệu chứng hoặc biểu hiện của bệnh tâm thần, FWD sẽ sử dụng ý kiến chuyên môn của Bác sĩ tâm thần hoặc Bác sĩ tâm lý để làm cơ sở xác định việc thỏa định nghĩa Sức khỏe tinh thần này.

Các chi phí liên quan đến Sức khỏe tinh thần không được chi trả theo bất kỳ quyền lợi nào khác của Sản phẩm này, ngoại trừ quyền lợi cụ thể liên quan đến Sức khỏe tinh thần và trong giới hạn theo quy định của quyền lợi đó.

Bệnh viện là một cơ sở y tế được thành lập và hoạt động hợp pháp theo luật pháp của nước sở tại tại nơi Bệnh viện này đặt cơ sở, chủ yếu để chăm sóc và điều trị những người bị Bệnh và/hoặc có Tồn thương và cung cấp dịch vụ y tế 24/7 bởi các Bác sĩ và y tá/điều dưỡng có chứng chỉ hành nghề hợp pháp.

Trong phạm vi lãnh thổ Việt Nam, Bệnh viện là một cơ sở y tế được thành lập và cấp phép hoạt động hợp pháp tại Việt Nam. Tư cách pháp lý 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, điều khoản của Sản phẩm này, Bệnh viện không bao gồm các cơ sở, viện, khoa, phòng, trung tâm dưới đây cho dù hoạt động độc lập hay trực thuộc một Bệnh viện:

- Bệnh viện tâm thần, khoa tâm thần, viện tâm thần, phòng tâm thần, trung tâm tâm thần (ngoại trừ khi áp dụng cho các quyền lợi điều trị liên quan đến Sức khỏe tinh thần); hoặc
- Nhà an dưỡng hay nhà dưỡng lão hay viện điều dưỡng; hoặc
- Nơi chữa trị cho người nghiện rượu hoặc nghiện ma túy.

Phòng khám là một cơ sở y tế được thành lập và hoạt động hợp pháp theo luật pháp của nước sở tại tại nơi Phòng khám này đặt cơ sở, hoạt động với mục đích chủ yếu là khám và điều trị y tế mà không có chức năng lưu Bệnh qua đêm.

Trong phạm vi lãnh thổ Việt Nam, tư cách pháp lý của Phòng khám phải được thể hiện bằng chữ “Phòng khám” trên con dấu chính thức.

Cho mục đích của Sản phẩm này, Phòng khám không bao gồm phòng mạch Bác sĩ tư.

2.1.2 Quyền lợi gia tăng hạn mức

Quyền lợi gia tăng hạn mức sẽ giúp tăng thêm Số tiền bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm đã sử dụng hết Số tiền bảo hiểm tối đa mỗi Năm hợp đồng của quyền lợi Điều trị nội trú theo Mục 2.1.1 trong Năm hợp đồng đó.

Đơn vị tính: đồng

Kế hoạch bảo hiểm	Care 100
Phạm vi địa lý được bảo hiểm	Việt Nam
Tỷ lệ Đồng chi trả	Không áp dụng
Số tiền bảo hiểm tối đa mỗi Năm hợp đồng	40 triệu

Quyền lợi này được áp dụng trong trường hợp Người được bảo hiểm đã sử dụng hết Số tiền bảo hiểm tối đa mỗi Năm hợp đồng của quyền lợi Điều trị nội trú theo Mục 2.1.1 trong Năm hợp đồng đó.

Quyền lợi này được chi trả với điều kiện như sau:

- FWD sẽ chi trả quyền lợi này nếu trong cùng Năm hợp đồng, Người được bảo hiểm trải qua việc Điều trị nội trú cho các Bệnh hoặc Tổn thương không liên quan đến hoặc các biến chứng không phát sinh từ bất kỳ nguyên nhân nhập viện nào trước đó đã được chi trả theo quyền lợi Điều trị nội trú tại Mục 2.1.1.
- Tất cả hạng mục bao gồm quy định hạn mức tối đa của từng hạng mục và số ngày tối đa của từng hạng mục sẽ được áp dụng theo quyền lợi Điều trị nội trú được nêu tại Mục 2.1.1.



Quyền lợi này chỉ được áp dụng một lần trong mỗi Năm hợp đồng. Số tiền bảo hiểm của quyền lợi gia tăng hạn mức chưa được sử dụng hết trong Năm hợp đồng sẽ không được chuyển sang Năm hợp đồng tiếp theo.

2.2 Nhóm Quyền lợi tùy chọn

Bên cạnh các Quyền lợi mặc định của Sản phẩm này, Bên mua bảo hiểm có thể chọn tham gia thêm các quyền lợi bảo hiểm thuộc nhóm Quyền lợi tùy chọn để gia tăng bảo vệ bao gồm quyền lợi Điều trị ngoại trú, quyền lợi Điều trị nha khoa và quyền lợi thai sản.

Các chi phí y tế liên quan đến các Lần khám ngoại trú sẽ không được chi trả theo bất kỳ quyền lợi nào khác của Sản phẩm này, ngoại trừ Bên mua bảo hiểm có lựa chọn tham gia quyền lợi Điều trị ngoại trú.

Các chi phí y tế liên quan đến nha khoa (ngoại trừ trường hợp Điều trị nha khoa cần thiết do Tai nạn) sẽ không được chi trả theo bất kỳ quyền lợi nào khác của Sản phẩm này, ngoại trừ Bên mua bảo hiểm có lựa chọn tham gia quyền lợi Điều trị nha khoa.

Các chi phí y tế liên quan đến thai sản sẽ không được chi trả theo bất kỳ quyền lợi nào khác của Sản phẩm này, ngoại trừ Bên mua bảo hiểm có lựa chọn tham gia quyền lợi thai sản.

Quyền lợi bảo hiểm được Bên mua bảo hiểm lựa chọn sẽ được ghi cụ thể trong Chứng nhận bảo hiểm và/hoặc Thư xác nhận điều chỉnh thông tin Hợp đồng.

Chi tiết từng quyền lợi bảo hiểm thuộc nhóm Quyền lợi tùy chọn được thể hiện trong các Phụ lục đính kèm Quy tắc, điều khoản của Sản phẩm này.

2.3 Các trường hợp loại trừ bảo hiểm

FWD sẽ không chi trả bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào của Sản phẩm này nếu việc khám và/hoặc điều trị 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). Tự tử hay tự gây thương tích cho bản thân của Người được bảo hiểm dù trong tình trạng tỉnh táo hay không tỉnh táo, trong thời hạn 24 tháng tính từ Ngày hiệu lực của Sản phẩm này trong Hợp đồng bảo hiểm hoặc Ngày khôi phục hiệu lực gần nhất của Sản phẩm này trong Hợp đồng bảo hiểm, tùy trường hợp nào xảy ra sau. Thời hạn 24 tháng sẽ được áp dụng lại trong trường hợp Bên mua bảo hiểm tham gia thêm quyền lợi bảo hiểm thuộc nhóm Quyền lợi tùy chọn (áp dụng cho quyền lợi chọn thêm) và/hoặc yêu cầu tăng kế hoạch bảo hiểm (áp dụng cho phần tăng thêm);
- (iii). Bất kỳ điều trị hay Phẫu thuật nào đối với các bệnh lý bẩm sinh, bất thường hoặc Dị tật bẩm sinh (bao gồm các trường hợp di truyền) được chẩn đoán trước khi Người được bảo hiểm tròn 1 tuổi;
- (iv). Các chi phí khám và điều trị liên quan đến thai sản, ngoại trừ có tham gia quyền lợi thai sản;
- (v). Các chi phí khám và điều trị Bệnh liên quan đến sức khỏe sinh sản như hiếm muộn, vô sinh, ngừa thai, phá thai (trừ trường hợp theo chỉ định của Bác sĩ), triệt sản;
- (vi). Người được bảo hiểm có Hành vi cố ý vi phạm pháp luật hoặc 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.

- (vii). 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; năng lượng hạt nhân; phóng xạ hoặc nhiễm phóng xạ.

3. Yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

3.1 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 trên trang thông tin điện tử của FWD tại địa chỉ: <https://www.fwd.com.vn/>

- (ii). Các giấy tờ chứng minh việc khám và/hoặc điều trị:

Các chứng từ liên quan đến việc điều trị

- Giấy ra viện (ngoại trừ trường hợp Điều trị ngoại trú và nha khoa);
- Giấy chứng nhận Phẫu thuật (trong trường hợp có Phẫu thuật);
- Sổ khám Bệnh;
- Đơn thuốc;
- Tóm tắt hồ sơ bệnh án (ngoại trừ trường hợp Điều trị ngoại trú và nha khoa);
- Chỉ định và kết quả xét nghiệm;
- Các chứng từ y tế liên quan đến việc khám, chẩn đoán và điều trị.

Các chứng từ liên quan đến việc thanh toán

- Hóa đơn thu tiền viện phí;
- Hóa đơn thuốc;
- Bảng kê chi tiết chi phí điều trị.

- (iii). Các chứng từ khác, 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 xảy ra sự kiện bảo hiểm;
- 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/thẻ căn cước/căn cước công dân/giấy khai sinh/giấy chứng nhận đăng ký kết hôn và giấy ủy quyền, di chúc hoặc văn bản khai nhận và phân chia di sản thừa kế hoặc các bằng chứng hợp pháp khác, nếu người nhận quyền lợi bảo hiểm không phải Người thụ hưởng.
- (v). Trong mọi trường hợp, FWD có quyền yêu cầu Người được bảo hiểm tiến hành xét nghiệm y khoa, giám định lại tình trạng thương tật/ Tổn thương tại một cơ sở y tế độc lập theo sự thỏa thuận giữa FWD và Bên mua bảo hiểm. FWD và Bên mua bảo hiểm phải tuân theo kết quả cuối cùng này. Tất cả chi phí khám y khoa do FWD yêu cầu trong trường hợp này sẽ do FWD chịu.
- (vi). Đối với chi phí y tế phát sinh tại quốc gia, vùng lãnh thổ nằm trong danh sách do Lực lượng đặc nhiệm tài chính công bố nhằm chống rửa tiền hoặc Danh sách cảnh báo theo quy định của Luật phòng, chống rửa tiền, FWD sẽ áp dụng các biện pháp tăng cường để kiểm tra thông tin; trường hợp có nghi ngờ, FWD sẽ xem xét, đánh giá và có thể từ chối chi trả bồi thường theo quy định của Luật phòng, chống rửa tiền.

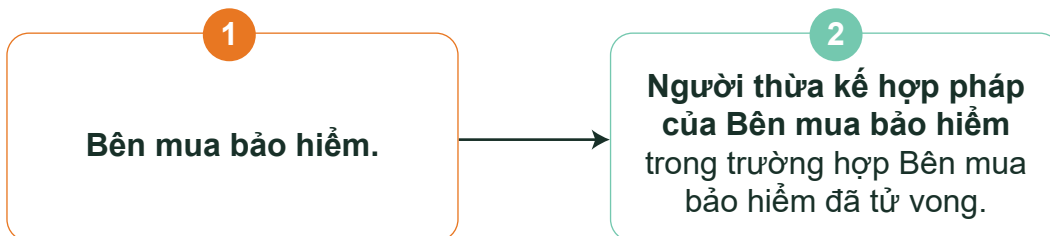


FWD có thể yêu cầu các giấy tờ bản gốc chứng minh sự kiện bảo hiểm. Trường hợp bản gốc của các giấy tờ được yêu cầu bị mất, giấy tờ thay thế phải có giá trị tương đương và theo hướng dẫn của FWD tùy từng trường hợp cụ thể.

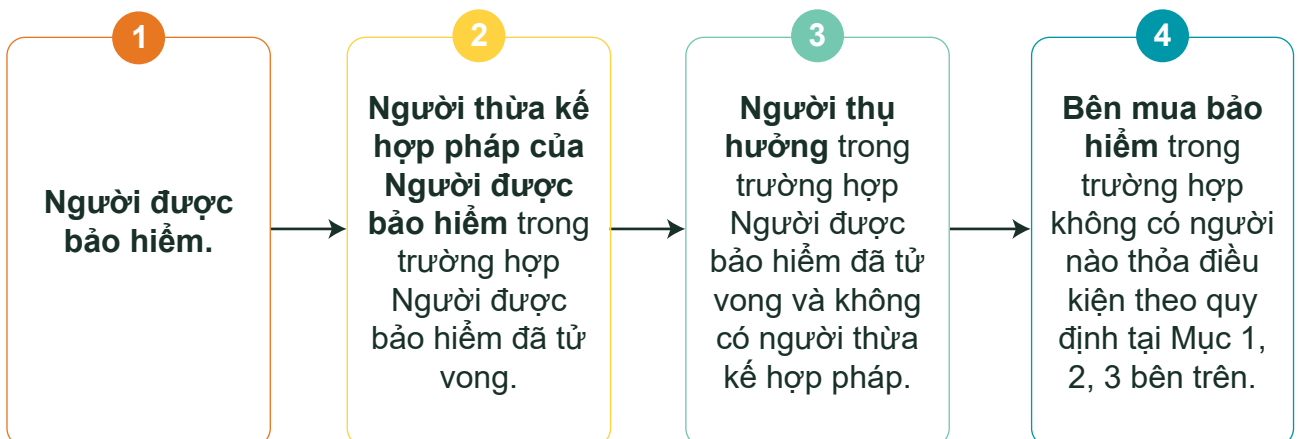
3.2 Thứ tự ưu tiên nhận quyền lợi bảo hiểm

Các quyền lợi bảo hiểm theo Quy tắc, điều khoản của Sản phẩm 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:



4. Thời hạn bảo hiểm và tái tục Sản phẩm này

Thời hạn bảo hiểm của Sản phẩm này là 1 năm và được tái tục hàng năm theo quy định sau:

- Đối với quyền lợi Điều trị nội trú, quyền lợi gia tăng hạn mức, quyền lợi Điều trị ngoại trú và quyền lợi Điều trị nha khoa: tái tục hàng năm cho đến hết Năm hợp đồng khi Người được bảo hiểm đạt 75 tuổi.
- Đối với quyền lợi thai sản: tái tục hàng năm cho đến Năm hợp đồng khi Người được bảo hiểm đạt 50 tuổi.

Trong mọi trường hợp, Thời hạn bảo hiểm của Sản phẩm này sẽ không vượt quá Thời hạn bảo hiểm của Hợp đồng.

Sản phẩm này và/hoặc từng quyền lợi bảo hiểm thuộc nhóm Quyền lợi tùy chọn của Sản phẩm sẽ được FWD xem xét tái tục tại mỗi Ngày tái tục hàng năm của Sản phẩm này với điều kiện:

- (i). Người được bảo hiểm còn đáp ứng các điều kiện được bảo hiểm theo quy định của Sản phẩm này; và
- (ii). Không có bên nào thông báo về việc chấm dứt hiệu lực Sản phẩm này và/hoặc quyền lợi bảo hiểm thuộc nhóm Quyền lợi tùy chọn; và
- (iii). FWD còn cung cấp Sản phẩm này; và
- (iv). FWD còn triển khai quyền lợi bảo hiểm thuộc nhóm Quyền lợi tùy chọn; và
- (v). Hợp đồng bảo hiểm đang còn hiệu lực; và
- (vi). Phí bảo hiểm tái tục của Sản phẩm này được đóng đủ khi đến hạn hoặc trong Thời gian gia hạn đóng phí.

Trường hợp FWD từ chối tái tục Sản phẩm này và/hoặc từng quyền lợi bảo hiểm thuộc nhóm Quyền lợi tùy chọn của Sản phẩm này, FWD sẽ thông báo bằng văn bản cho Bên mua bảo hiểm. Trường hợp FWD dừng cung cấp Sản phẩm hoặc bất kỳ quyền lợi bảo hiểm thuộc nhóm Quyền lợi tùy chọn của Sản phẩm này, FWD sẽ thông báo trước 30 ngày bằng văn bản cho Bên mua bảo hiểm, khi đó, Sản phẩm này hoặc quyền lợi bảo hiểm mà FWD dừng cung cấp sẽ chấm dứt kể từ ngày kết thúc Năm hợp đồng hiện tại.

Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu chấm dứt hiệu lực của Sản phẩm này và/hoặc từng quyền lợi bảo hiểm thuộc nhóm Quyền lợi tùy chọn của Sản phẩm này tại bất kỳ thời điểm nào, tuy nhiên FWD sẽ không có trách nhiệm hoàn lại khoản phí bảo hiểm đã đóng cho thời gian còn lại của Sản phẩm này và/hoặc từng quyền lợi bảo hiểm thuộc nhóm Quyền lợi tùy chọn đó.

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

Thời hạn đóng phí của Sản phẩm này là thời gian Bên mua bảo hiểm cần đóng đầy đủ và đúng hạn phí bảo hiểm của Sản phẩm này.

Thời hạn đóng phí và Thời hạn bảo hiểm được ghi trong Chứng nhận bảo hiểm hoặc Thư xác nhận điều chỉnh thông tin Hợp đồng gần nhất.



5. Phí bảo hiểm

5.1 Phí bảo hiểm

Phí bảo hiểm của Sản phẩm này được tính theo:

Trong Năm hợp đồng đầu tiên	Phí bảo hiểm được tính theo kế hoạch bảo hiểm, (các) quyền lợi bảo hiểm, tuổi, tình trạng sức khỏe, giới tính của Người được bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm lựa chọn tại thời điểm tham gia Sản phẩm này.
Kể từ Năm hợp đồng thứ 2 trở đi	Phí bảo hiểm của các Năm hợp đồng tiếp theo sẽ thay đổi theo kế hoạch bảo hiểm, (các) quyền lợi bảo hiểm đang còn hiệu lực và (các) quyền lợi bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm lựa chọn tham gia thêm, nếu có, tuổi, và tình trạng sức khỏe thực tế của Người được bảo hiểm tại Ngày tái tục hàng năm của Sản phẩm này.

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

Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu thay đổi định kỳ đóng phí, tuy nhiên, trong mọi trường hợp, Sản phẩm 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 này đang có hiệu lực. Mức phí bảo hiểm mới chỉ được áp dụng vào Ngày đến hạn đóng phí tiếp theo. FWD sẽ thông báo bằng văn bản cho Bên mua bảo hiểm 60 ngày trước ngày áp dụng phí bảo hiểm mới.

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

5.2 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 này.

Trong thời gian gia hạn đóng phí, Sản phẩm này vẫn được duy trì hiệu lực. Trường hợp có yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm cho các sự kiện bảo hiểm phát sinh trong thời gian gia hạn đóng phí, FWD sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm sau khi trừ đi phí bảo hiểm đã đến hạn chưa thanh toán.

Vào ngày kết thúc thời gian gia hạn đóng phí bảo hiểm, nếu Bên mua bảo hiểm chưa đóng đủ phí bảo hiểm đến hạn, Sản phẩm này sẽ mất hiệu lực kể từ Ngày đến hạn đóng phí, trừ trường hợp phí bảo hiểm của Sản phẩm này được đóng theo Quy tắc, điều khoản của Sản phẩm chính của Hợp đồng.

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

Bên mua bảo hiểm có thể khôi phục hiệu lực Sản phẩm này theo Mục 6.3 của Quy tắc, điều khoản của Sản phẩm này.

6. Điều chỉnh Hợp đồng bảo hiểm

6.1 Thay đổi kế hoạch bảo hiểm

Trong thời gian Sản phẩm này có hiệu lực, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu điều chỉnh kế hoạch bảo hiểm vào các Ngày tái tục hàng năm của Sản phẩm này với điều kiện FWD phải đang triển khai kế hoạch bảo hiểm đó.

Nếu Bên mua bảo hiểm 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 thuận, chấp thuận có điều kiện hoặc từ chối yêu cầu thay đổi kế hoạch bảo hiểm.

Ngày hiệu lực của kế hoạch bảo hiểm mới sẽ được FWD xác nhận 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.

6.2 Bổ sung, chấm dứt quyền lợi bảo hiểm thuộc nhóm Quyền lợi tùy chọn

Trong thời gian Sản phẩm này có hiệu lực, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu tham gia thêm các quyền lợi bảo hiểm thuộc nhóm Quyền lợi tùy chọn bao gồm quyền lợi Điều trị ngoại trú, quyền lợi Điều trị nha khoa, quyền lợi thai sản vào các Ngày tái tục hàng năm của Sản phẩm này, với điều kiện FWD có đang triển khai quyền lợi đó.

Bên mua bảo hiểm có thể đăng ký chỉ tham gia thêm quyền lợi Điều trị ngoại trú. Tuy nhiên, để có thể tham gia thêm quyền lợi Điều trị nha khoa và/hoặc quyền lợi thai sản, việc tham gia quyền lợi Điều trị ngoại trú là bắt buộc.

Trong thời gian Sản phẩm này có hiệu lực, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu chấm dứt hiệu lực của bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào thuộc nhóm Quyền lợi tùy chọn với các quy định sau:

- Khoản phí bảo hiểm đã đóng cho thời gian còn lại của các quyền lợi này sẽ không được hoàn trả.
- Bên mua bảo hiểm có thể chấm dứt hiệu lực của quyền lợi Điều trị nha khoa và/hoặc quyền lợi thai sản mà không ảnh hưởng đến hiệu lực của các quyền lợi còn lại của Sản phẩm này.
- Trường hợp Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt hiệu lực của quyền lợi Điều trị ngoại trú, quyền lợi Điều trị nha khoa và/hoặc quyền lợi thai sản, nếu có, sẽ tự động chấm dứt hiệu lực.

6.3 Khôi phục hiệu lực Sản phẩm này

Trong vòng 24 tháng kể từ ngày Sản phẩm này mất hiệu lực, Bên mua bảo hiểm có thể khôi phục hiệu lực của Sản phẩm này.

Điều kiện khôi phục:

- Hợp đồng có Sản phẩm này đính kèm đang còn hiệu lực; và
- Bên mua bảo hiểm đóng các khoản phí bảo hiểm còn thiếu để khôi phục hiệu lực Sản phẩm này; và
- FWD vẫn đang cung cấp Sản phẩm này và/hoặc các quyền lợi bảo hiểm thuộc nhóm Quyền lợi tùy chọn; và
- Người được bảo hiểm đáp ứng các điều kiện về:
 - (i). Quyền lợi có thể được bảo hiểm;
 - (ii). Dưới 75 tuổi (trường hợp không tham gia quyền lợi thai sản) hoặc dưới 49 tuổi (trường hợp có tham gia quyền lợi thai sản) tại thời điểm khôi phục Sản phẩm 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 Bên mua bảo hiểm về các khoản phí bảo hiểm cần đóng để khôi phục hiệu lực của Sản phẩm này.

Ngày khôi phục hiệu lực của Sản phẩm này sẽ được ghi trong Thư xác nhận khôi phục hiệu lực.

6.4 Cập nhật thông tin cá nhân

Bên mua bảo hiểm phải thông báo cho FWD bằng văn bản ngay khi có bất kỳ thay đổi nào dưới đây:

- 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.

Khi nhận được thông báo thay đổi của Bên mua bảo hiểm, FWD có thể thực hiện một trong những quyết định sau:

- (i). Duy trì Sản phẩm này với mức phí bảo hiểm không đổi; hoặc
- (ii). Duy trì Sản phẩm này và tăng phí bảo hiểm; hoặc
- (iii). Từ chối duy trì một hoặc các quyền lợi bảo hiểm thuộc nhóm Quyền lợi tùy chọn và hoàn trả phần phí bảo hiểm đã đóng tương ứng với thời gian chưa được bảo hiểm; hoặc
- (iv). Từ chối duy trì Sản phẩm này và hoàn trả phần phí bảo hiểm đã đóng tương ứng với thời gian chưa được bảo hiểm.

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

- Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm cập nhật hoặc thay đổi quốc tịch sang quốc gia, vùng lãnh thổ nằm trong danh sách do Lực lượng đặc nhiệm tài chính công bố nhằm chống rửa tiền hoặc Danh sách cảnh báo theo quy định của Luật phòng, chống rửa tiền, FWD sẽ áp dụng các biện pháp tăng cường để kiểm tra thông tin; trường hợp có nghi ngờ, FWD sẽ xem xét, đánh giá và có thể từ chối duy trì Sản phẩm này theo quy định của Luật phòng, chống rửa tiền và hoàn trả phần phí bảo hiểm đã đóng tương ứng với thời gian chưa được bảo hiểm.
- Trường hợp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm có thay đổi thông tin cá nhân (thẻ căn cước/căn cước công dân/chứng minh nhân dân, hộ chiếu, địa chỉ liên lạc tại Việt Nam): cung cấp cho FWD một bản sao của thẻ căn cước/căn cước công dân/chứng minh nhân dân, hộ chiếu hoặc giấy tờ có giá trị tương đương.

6.5 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.

- Bên mua bảo hiểm đóng thêm phần phí bảo hiểm chênh lệch giữa phí bảo hiểm đã đóng và phí bảo hiểm tính theo tuổi và/hoặc giới tính đúng của Người được bảo hiểm; và
- Phí bảo hiểm sẽ được điều chỉnh theo tuổi và/hoặc giới tính đúng của Người được bảo hiểm kể từ Ngày đóng phí tiếp theo sau ngày FWD chấp thuận bảo hiểm theo tuổi và/hoặc giới tính đúng của Người được bảo hiểm.

Trường hợp Bên mua bảo hiểm không thực hiện việc đóng thêm phí bảo hiểm chênh lệch và/hoặc không đồng ý với phí bảo hiểm mới, FWD sẽ chấm dứt hiệu lực của Sản phẩm này và hoàn trả lại phần phí bảo hiểm trong thời gian còn lại chưa được bảo vệ.

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

- FWD sẽ hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm phần phí bảo hiểm chênh lệch giữa phí bảo hiểm đã đóng và phí bảo hiểm tính theo tuổi và/hoặc giới tính đúng của Người được bảo hiểm; và
- Phí bảo hiểm sẽ được điều chỉnh theo tuổi và/hoặc giới tính đúng của Người được bảo hiểm kể từ Ngày đóng phí tiếp theo sau ngày FWD chấp thuận 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 thuận bảo hiểm.

- (i).** FWD sẽ chấm dứt hiệu lực của
- Sản phẩm này; hoặc
 - Một hoặc các quyền lợi bảo hiểm thuộc nhóm Quyền lợi tùy chọn.
- và
- (ii).** FWD sẽ hoàn phí bảo hiểm đã đóng của Sản phẩm này và/hoặc của (các) quyền lợi bảo hiểm thuộc nhóm Quyền lợi tùy chọn sau khi trừ đi chi phí kiểm tra sức khỏe và các quyền lợi đã chi trả trước đó, nếu có.

7. Chấm dứt hiệu lực Sản phẩm này

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

- (i). Sản phẩm này mất hiệu lực theo Mục 6.3 của Quy tắc, điều khoản của Sản phẩm này quá 24 tháng; hoặc
- (ii). FWD hoặc Bên mua bảo hiểm từ chối tái tục Sản phẩm này theo quy định tại Mục 4 của Quy tắc, điều khoản của Sản phẩm này; hoặc
- (iii). FWD từ chối duy trì Sản phẩm này theo Mục 6.4 của Quy tắc, điều khoản của Sản phẩm này; hoặc
- (iv). Bên mua bảo hiểm yêu cầu hủy bỏ Sản phẩm này; hoặc
- (v). Người được bảo hiểm của Sản phẩm này tử vong; hoặc
- (vi). Vào Ngày kỷ niệm năm của Sản phẩm này ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt 75 tuổi; hoặc
- (vii). Hợp đồng chấm dứt hiệu lực.

Phụ lục quy định chi tiết về quyền lợi Điều trị ngoại trú

Quyền lợi Điều trị ngoại trú là Quyền lợi tùy chọn của Sản phẩm này. FWD sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế trong trường hợp Điều trị ngoại trú theo các hạng mục được nêu tại bảng sau:

Đơn vị tính: đồng

Kế hoạch bảo hiểm		Care 100
Phạm vi địa lý được bảo hiểm		Việt Nam
Tỷ lệ Đồng chi trả		20%
Số tiền bảo hiểm tối đa mỗi Năm hợp đồng		6 triệu
Chi tiết quyền lợi bảo hiểm		
Hạn mức tối đa mỗi Lần khám		600 nghìn
1. Thuốc kê toa của Bác sĩ		Theo Chi phí y tế thực tế
2. Chi phí chẩn đoán và chi phí xét nghiệm		Theo Chi phí y tế thực tế
3. Vật lý trị liệu		Theo Chi phí y tế thực tế
4. Tư vấn tâm lý cho Sức khỏe tinh thần	Tối đa 8 lần cho mỗi Năm hợp đồng	200 nghìn
5. Y học thay thế		

Trong mỗi Năm hợp đồng, tương ứng với kế hoạch bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm đã chọn và sau khi áp dụng mức Đồng chi trả, FWD sẽ chi trả cho quyền lợi này không vượt quá:



- (i). Hạn mức tối đa được quy định cho từng hạng mục được trình bày theo bảng bên trên; và
- (ii). Số tiền bảo hiểm tối đa mỗi Năm hợp đồng của quyền lợi Điều trị ngoại trú.

Số tiền bảo hiểm của quyền lợi Điều trị ngoại trú chưa được sử dụng hết trong Năm hợp đồng sẽ không được chuyển sang Năm hợp đồng tiếp theo.

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

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 và chi phí Tư vấn tâm lý cho Sức khỏe tinh thần.

Lần khám là một lần Người được bảo hiểm đến Bệnh viện/Phòng khám để được chẩn đoán hoặc Điều trị ngoại trú do Bệnh hoặc Tổn thương.

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 xoa bóp, spa hoặc rèn luyện sức khỏe) và việc điều trị này phải được thực hiện tại Bệnh viện hoặc Phòng khám.

Y học thay thế là phương pháp điều trị y tế không phải là tây y, như y học dân tộc, y học cổ truyền và những phương pháp tương tự được thực hiện bởi Bác sĩ tại Bệnh viện hoặc Phòng khám.

Tư vấn tâm lý cho Sức khỏe tinh thần là cuộc tư vấn tâm thần ngoại trú được thực hiện bởi Bác sĩ tâm thần hoặc Bác sĩ tâm lý có bằng cấp chuyên môn. Cuộc tư vấn tâm lý phải được thực hiện tại Phòng khám của Bác sĩ tâm thần hoặc Bác sĩ tâm lý hoặc tại khoa khám Bệnh ngoại trú hay Phòng khám ngoại trú của Bệnh viện.

6 tình trạng cụ thể sau đây được chi trả theo quyền lợi Tư vấn tâm lý cho Sức khỏe tinh thần, bao gồm Thuốc kê toa:

- (i). Rối loạn lo âu là một nhóm rối loạn tâm thần được đặc trưng bởi cảm giác lo lắng và sợ hãi thái quá. Rối loạn lo âu phải được chẩn đoán bởi Bác sĩ tâm thần hoặc Bác sĩ tâm lý có bằng cấp chuyên môn dựa trên tiêu chí theo DSM-5.
- (ii). Rối loạn lưỡng cực là một rối loạn tâm thần được đặc trưng bởi các giai đoạn hưng cảm, hưng cảm nhẹ và Trầm cảm nặng. Chẩn đoán Rối loạn lưỡng cực phải được xác nhận bởi Bác sĩ tâm thần hoặc Bác sĩ tâm lý có bằng cấp chuyên môn dựa trên tiêu chí theo DSM-5.
- (iii). Trầm cảm là một nhóm rối loạn tâm thần đặc trưng bởi cảm giác buồn bã và mất hứng thú dai dẳng, kèm theo đau khổ hoặc suy giảm đáng kể về mặt lâm sàng trong hoạt động xã hội, nghề nghiệp hoặc các chức năng quan trọng khác. Chẩn đoán Trầm cảm phải đáp ứng các tiêu chí sau:
 - Việc chẩn đoán Trầm cảm phải được xác nhận bởi Bác sĩ tâm thần hoặc Bác sĩ tâm lý có bằng cấp chuyên môn dựa trên tiêu chí theo DSM-5 (Rối loạn Trầm cảm).
 - Với chẩn đoán Trầm cảm sau sinh, tức là Trầm cảm khi mang thai hoặc trong mười hai tháng (12 tháng) đầu sau khi sinh, chẩn đoán xác định lần đầu được thực hiện phải ít nhất hai năm sau Ngày hiệu lực của Sản phẩm này hoặc Ngày khôi phục hiệu lực gần nhất của Sản phẩm này, tùy ngày nào đến sau.
- (iv). Rối loạn ám ảnh cưỡng chế (OCD) là một rối loạn mạn tính và kéo dài, đặc trưng bởi cả sự ám ảnh và cưỡng chế, dẫn đến suy giảm đáng kể hoạt động xã hội hoặc nghề nghiệp. Chẩn đoán OCD phải được xác nhận bởi Bác sĩ tâm thần hoặc Bác sĩ tâm lý có bằng cấp chuyên môn dựa trên tiêu chí theo DSM-5.

- (v). Rối loạn căng thẳng sau sang chấn (PTSD) là một rối loạn tâm lý mạn tính, gây tàn phế, có thể xảy ra ở những người đã trải qua hoặc chứng kiến một sự kiện đau thương và cuối cùng dẫn đến rối loạn hoạt động xã hội, nghề nghiệp và cá nhân đáng kể. Việc chẩn đoán PTSD phải được xác nhận bởi Bác sĩ tâm thần hoặc Bác sĩ tâm lý có bằng cấp chuyên môn dựa trên tiêu chí theo DSM-5.
- (vi). Tâm thần phân liệt là một rối loạn tâm thần được đặc trưng bởi những rối loạn lớn trong hoạt động nhận thức, cảm xúc và hành vi. Chẩn đoán Tâm thần phân liệt phải được xác nhận bởi Bác sĩ tâm thần hoặc Bác sĩ tâm lý có bằng cấp chuyên môn dựa trên tiêu chí theo DSM-5.

Chi phí Tư vấn tâm lý cho Sức khỏe tinh thần và Thuốc kê toa không được chi trả theo bất kỳ quyền lợi nào khác của Hợp đồng ngoại trừ quyền lợi cụ thể và trong giới hạn của quyền lợi Tư vấn tâm lý cho Sức khỏe tinh thần.

Đồng chi trả là việc Bên mua bảo hiểm và FWD cùng chi trả cho Chi phí y tế thực tế phát sinh. Tỷ lệ Đồng chi trả là tỷ lệ phần trăm (%) Chi phí y tế thực tế mà Bên mua bảo hiểm chi trả và FWD sẽ chi trả phần còn lại nhưng không vượt quá các giới hạn về hạn mức tối đa theo quy định của Sản phẩm.

Ví dụ, tỷ lệ Đồng chi trả 20% nghĩa là Bên mua bảo hiểm 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 hạn mức tối đa theo kế hoạch bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm đã lựa chọn.

FWD sẽ áp dụng tỷ lệ Đồng chi trả trước, sau đó áp dụng hạn mức tối đa theo bảng quyền lợi chi tiết.

Ví dụ minh họa:



Khách hàng A đang tham gia **kế hoạch Care 100**. Khách hàng A Điều trị ngoại trú bao gồm khám và Thuốc kê toa với tổng Chi phí y tế thực tế là **1 triệu đồng**.

Bước 1: Áp dụng Đồng chi trả

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)

Bước 2: Áp dụng Hạn mức tối đa mỗi Lần khám

FWD	Khách hàng A
Chi trả 600.000 đồng (Hạn mức tối đa mỗi Lần khám)	Chi trả 200.000 đồng (Chi phí còn lại vượt quá Hạn mức tối đa mỗi Lần khám)

→ Cuối cùng, FWD chi trả **600.000 đồng**, Khách hàng A chi trả **400.000 đồng**.

Phụ lục quy định chi tiết về quyền lợi Điều trị nha khoa

Quyền lợi Điều trị nha khoa là Quyền lợi tùy chọn của Sản phẩm này. FWD sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế trong trường hợp Điều trị nha khoa theo các hạng mục được nêu tại bảng sau:

Đơn vị tính: đồng

Kế hoạch bảo hiểm	Care 100
Phạm vi địa lý được bảo hiểm	Việt Nam
Tỷ lệ Đồng chi trả	20%
Số tiền bảo hiểm tối đa mỗi Năm hợp đồng	2 triệu
Chi tiết quyền lợi bảo hiểm	
Hạn mức tối đa mỗi Lần khám	400 nghìn
1. Cạo vôi răng (Lấy cao răng) (tối đa 2 lần cho mỗi Năm hợp đồng)	Theo Chi phí y tế thực tế
2. Điều trị nha khoa	

Trong mỗi Năm hợp đồng, tương ứng với kế hoạch bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm đã chọn và sau khi áp dụng mức Đồng chi trả, FWD sẽ chi trả cho quyền lợi này không vượt quá:



- (i). Hạn mức tối đa được quy định cho từng hạng mục được trình bày theo bảng bên trên; và
- (ii). Số tiền bảo hiểm tối đa mỗi Năm hợp đồng của quyền lợi Điều trị nha khoa.

Số tiền bảo hiểm của quyền lợi Điều trị nha khoa chưa được sử dụng hết trong Năm hợp đồng sẽ không được chuyển sang Năm hợp đồng tiếp theo.

Điều trị nha khoa bao gồm:

- Tư vấn Bác sĩ nha khoa, khám nha, chẩn đoán Bệnh;
- Điều trị nha chu và nướu: viêm nướu, viêm nha chu;
- Thuốc kê toa;
- Trám răng (Bằng Amalgam, composite, GIC hoặc vật liệu tương đương);
- Chụp X-Quang theo chỉ định của nha sĩ;
- Điều trị tủy răng;
- Nhổ răng sâu (không Phẫu thuật);
- Cắt mô cứng của răng, chóp răng;
- Mão răng, răng giả (không bao gồm cấy ghép implant).

Phụ lục quy định chi tiết về quyền lợi thai sản

Quyền lợi thai sản là Quyền lợi tùy chọn của Sản phẩm này. FWD sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế liên quan đến thai sản theo các hạng mục được nêu tại bảng sau:

Đơn vị tính: đồng

Kế hoạch bảo hiểm		Care 100
Phạm vi địa lý được bảo hiểm		Việt Nam
Tỷ lệ Đồng chi trả	Năm hợp đồng thứ 1	20%
	Năm hợp đồng thứ 2	10%
	Năm hợp đồng thứ 3 trở về sau	0%
Số tiền bảo hiểm tối đa mỗi Năm hợp đồng		10 triệu
Chi tiết quyền lợi bảo hiểm		
1. Chi phí Khám thai và xét nghiệm chẩn đoán thai kỳ	Hạn mức tối đa mỗi Lần khám	1 triệu
2. Sinh thường	Hạn mức tối đa mỗi lần mang thai	6 triệu
a. Chi phí Phòng và giường		Theo Chi phí y tế thực tế
b. Điều trị tại Phòng chăm sóc đặc biệt (ICU)		
3. Sinh mổ	Hạn mức tối đa mỗi lần mang thai	8 triệu
a. Chi phí Phòng và giường		Theo Chi phí y tế thực tế
b. Điều trị tại Phòng chăm sóc đặc biệt (ICU)		
4. Chăm sóc trẻ sơ sinh (trong vòng 7 ngày kể từ ngày sinh)		4 triệu
5. Biến chứng thai sản		Theo Chi phí y tế thực tế

Năm hợp đồng dùng để xác định tỷ lệ Đồng chi trả sẽ tính từ Năm hợp đồng mà quyền lợi thai sản được Bên mua bảo hiểm chọn tham gia và được FWD chấp thuận.

Trong mỗi Năm hợp đồng, tương ứng với kế hoạch bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm đã chọn và sau khi áp dụng mức Đồng chi trả, FWD sẽ chi trả cho quyền lợi này không vượt quá:



(i). Hạn mức tối đa được quy định cho từng hạng mục được trình bày theo bảng bên trên; và

(ii). Số tiền bảo hiểm tối đa mỗi Năm hợp đồng của quyền lợi thai sản.

Số tiền bảo hiểm của quyền lợi thai sản chưa được sử dụng hết trong Năm hợp đồng sẽ không được chuyển sang Năm hợp đồng tiếp theo.

Sinh thường là ca sinh tự nhiên không Phẫu thuật của Người được bảo hiểm tại Bệnh viện và được ghi rõ trên giấy ra viện.

Sinh mổ là ca sinh cần được can thiệp Phẫu thuật tại Bệnh viện và được ghi rõ trên giấy ra viện.

Chăm sóc trẻ sơ sinh là chi phí Điều trị hợp lý và cần thiết về mặt y tế phát sinh trong vòng 7 (bảy) ngày kể từ ngày sinh để điều trị Bệnh cho trẻ sơ sinh tại Bệnh viện. Chi phí Chăm sóc trẻ sơ sinh không bao gồm chi phí khám, chẩn đoán, xét nghiệm hoặc điều trị các bệnh bẩm sinh/Dị tật bẩm sinh. Quyền lợi này chỉ được bảo hiểm theo quyền lợi thai sản.

Dị tật bẩm sinh là sự bất thường về phát triển thể chất hoặc tinh thần tồn tại ngay từ khi sinh ra hoặc phát triển sau khi sinh ra, có thể do di truyền, mắc phải do ảnh hưởng của các biến cố trong tử cung hoặc sự kết hợp của các yếu tố trên, cho dù Người được bảo hiểm có biết hay không.

Khám thai và xét nghiệm chẩn đoán thai kỳ là sự tư vấn của Bác sĩ, kiểm tra trước khi sinh và theo dõi trong suốt thai kỳ. Không bao gồm các xét nghiệm sàng lọc như Xét nghiệm trước sinh không xâm lấn (NIPT).

Biến chứng thai sản là các biến chứng phát sinh từ quá trình mang thai và sinh đẻ, bao gồm các biến chứng như sau:

- Băng huyết sau sinh (chảy máu nhiều trong hoặc sau sinh, với số lượng máu chảy trên >500ml);
- Nhiễm khuẩn huyết sau sinh;
- Thuyên tắc huyết khối do thai sản (tắc mạch phổi hoặc huyết khối tĩnh mạch sâu);
- Đông máu nội mạch rải rác (DIC) do thai sản.

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

Trụ sở chính

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

Chi nhánh

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



Hotline
1800 96 96 90



Quét mã QR
để truy cập website

Thông tin về FWD

FWD là tập đoàn bảo hiểm hoạt động rộng khắp châu Á với hơn 13 triệu khách hàng tại 10 thị trường, bao gồm một số thị trường bảo hiểm phát triển nhanh nhất trên thế giới. FWD được thành lập vào năm 2013 với tầm nhìn “thay đổi cảm nhận của mọi người về bảo hiểm”. Với phương châm lấy khách hàng làm trọng tâm, khai thác sức mạnh công nghệ kỹ thuật số, FWD mang đến khách hàng các sản phẩm bảo hiểm sáng tạo, dễ hiểu và hành trình trải nghiệm bảo hiểm đơn giản hơn.

FWD Việt Nam được thành lập năm 2016 và là thành viên của Tập đoàn FWD.

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