

Quy tắc và Điều khoản

Sản phẩm bảo hiểm Hỗ trợ viện phí

Được phê chuẩn theo Công văn số 7409/BTC-QLBH, ngày 26 tháng 06 năm 2019 của Bộ Tài chính, Công văn sửa đổi Quy tắc điều khoản sản phẩm số 9834/BTC-QLBH ngày 14 tháng 08 năm 2020 của Bộ Tài chính và Công văn sửa đổi, bổ sung Quy tắc điều khoản số FWDVN.CEO.082023-01 ngày 22 tháng 08 năm 2023 của Tổng Giám đốc

Quy tắc và Điều khoản sản phẩm Bảo hiểm hỗ trợ viện phí là một phần của Hợp đồng bảo hiểm. Tài liệu này cung cấp cho Bên mua bảo hiểm những thông tin về:

 1. Hợp đồng bảo hiểm

 2. Quyền lợi bảo hiểm

 3. Các trường hợp loại trừ bảo hiểm

 4. Phí bảo hiểm và thời hạn đóng phí

 5. Thủ tục nhận quyền lợi bảo hiểm

 6. Các điều khoản khác

 7. Các định nghĩa cần biết

Bên mua bảo hiểm vui lòng xem định nghĩa một số thuật ngữ được sử dụng trong Quy tắc và Điều khoản sản phẩm này tại Điều 7.



1. Hợp đồng bảo hiểm

Hợp đồng bảo hiểm là thỏa thuận bằng văn bản giữa Bên mua bảo hiểm và Công ty bao gồm:

- Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm;
- Tài liệu minh họa quyền lợi bảo hiểm;
- Chứng nhận bảo hiểm;
- Quy tắc và Điều khoản sản phẩm bảo hiểm;
- Các văn bản sửa đổi, bổ sung khác, nếu có, được giao kết hợp lệ giữa hai bên trong quá trình thực hiện Hợp đồng bảo hiểm.

Thời hạn hợp đồng

Hợp đồng bảo hiểm này có thời hạn 1 năm tính từ Ngày hiệu lực hợp đồng.



2. Quyền lợi bảo hiểm

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm này còn hiệu lực, nếu Bên mua bảo hiểm phải điều trị tại Bệnh viện do Tai nạn hoặc Bệnh, Công ty sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm là các chi phí y tế thực tế phát sinh tương ứng với Kế hoạch bảo hiểm đã lựa chọn tại thời điểm tham gia. Số tiền bảo hiểm tối đa mỗi năm cho từng quyền lợi được mô tả chi tiết trong bảng sau:

Đơn vị tính: Đồng

Kế hoạch bảo hiểm	FWD30	FWD50	FWD100	FWD150
Số tiền bảo hiểm tối đa của hợp đồng (Áp dụng cho tất cả các quyền lợi)	30 triệu	50 triệu	100 triệu	150 triệu
I. Điều trị nội trú (Bao gồm Chi phí phòng và giường ^(*))	30 triệu	50 triệu	100 triệu	150 triệu
a. Điều trị nội trú không có Phẫu thuật (Tối đa mỗi Đợt điều trị)	3 triệu	5 triệu	10 triệu	15 triệu
b. Điều trị nội trú có Phẫu thuật (Tối đa mỗi Đợt điều trị)	6 triệu	10 triệu	20 triệu	30 triệu
^(*) Chi phí phòng và giường (Tối đa mỗi ngày nằm viện)	300 nghìn	500 nghìn	1 triệu	1,5 triệu
II. Điều trị trong ngày có Phẫu thuật (Tối đa mỗi Đợt điều trị)	3 triệu	5 triệu	5 triệu	5 triệu

Việc điều trị trên đây cần đáp ứng các điều kiện sau:

- Là Điều trị hợp lý và cần thiết về mặt y tế theo quy định tại Điều 7.19.
- Bệnh không thuộc Tình trạng tồn tại trước theo quy định tại Điều 7.17 và sau Thời gian chờ theo quy định tại Điều 7.18.

^(*) Chi phí phòng và giường tại Khoa chăm sóc đặc biệt sẽ không bị giới hạn theo quyền lợi này và không vượt quá hạn mức theo mục a và b.

Trong mọi trường hợp, tổng số tiền chi trả cho tất cả các quyền lợi bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm trong thời hạn hợp đồng sẽ không vượt quá Số tiền bảo hiểm tối đa tương ứng với Kế hoạch bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm đã chọn.



3. Các trường hợp loại trừ bảo hiểm

Công ty sẽ không chi trả quyền lợi của Hợp đồng bảo hiểm này nếu sự kiện bảo hiểm xảy ra thuộc một trong các trường hợp sau đây:



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;



Điều trị nha khoa ngoại trừ các điều trị nha khoa cần thiết do Tai nạn gây ra;



Các điều trị bệnh liên quan đến sức khỏe sinh sản như hiếm muộn, vô sinh; sinh con, các biến chứng thai sản;



Hành vi cố ý vi phạm pháp luật của Người được bảo hiểm;



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 hoạt động hiếu chiến nào; phóng xạ hoặc nhiễm phóng xạ.



4. Phí bảo hiểm và thời hạn đóng phí

4.1 Phí bảo hiểm

Phí bảo hiểm được tính theo Kế hoạch bảo hiểm lựa chọn, tuổi và giới tính của Người được bảo hiểm tại thời điểm hợp đồng này có hiệu lực.

4.2 Thời hạn đóng phí

Phí bảo hiểm được đóng 1 lần tại thời điểm Bên mua bảo hiểm nộp Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm.



5. Thủ tục nhận quyền lợi bảo hiểm

5.1 Yêu cầu với Bên mua bảo hiểm



Hồ sơ yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm

Để yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm cần nộp các giấy tờ sau:

- 1) Phiếu yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm.
- 2) Các chứng từ liên quan đến việc điều trị bao gồm:
 - Giấy ra viện;
 - Giấy chứng nhận phẫu thuật (nếu có phẫu thuật).
- 3) Các chứng từ liên quan đến việc thanh toán chi phí y tế hợp lệ và hợp pháp theo quy định:
 - Hóa đơn thu tiền viện phí (bản gốc);
 - Bảng kê chi tiết chi phí điều trị.
- 4) Các chứng từ khác, nếu có:
 - Đơn thuốc và Hóa đơn thuốc (bản gốc);
 - Tóm tắt hồ sơ bệnh án;
 - Chỉ định và kết quả xét nghiệm;
 - Biên bản tai nạn, kết luận điều tra được cơ quan có thẩm quyền cấp trong trường hợp Tai nạn.



Cách thức nộp Hồ sơ yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm

Bên mua bảo hiểm có thể nộp các giấy tờ trên đến 1 trong 2 địa điểm sau:

- Một trong các Trung tâm dịch vụ khách hàng của Công ty; hoặc
- Bên thứ ba được Công ty ủy quyền để giải quyết quyền lợi bảo hiểm (thông tin được cập nhật trên trang thông tin điện tử (website) của Công ty).



Thời hạn nộp Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Bên mua bảo hiểm cần thông báo cho Công ty về sự kiện bảo hiểm ngay khi có thể.

Thời hạn nộp yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm là 12 tháng kể từ ngày xuất viện, trừ trường hợp bất khả kháng hoặc có lý do chính đáng được Công ty chấp thuận.



5. Thủ tục nhận quyền lợi bảo hiểm

5.2 Trách nhiệm của Công ty

Công ty có trách nhiệm chi trả quyền lợi bảo hiểm trong thời gian 30 ngày kể từ khi nhận được hồ sơ đầy đủ và hợp lệ.

Nếu Công ty không chi trả quyền lợi bảo hiểm trong thời hạn nêu trên, Công ty phải trả lãi cho phần quyền lợi chậm trả tương ứng với thời gian chậm trả theo mức lãi suất tạm ứng từ giá trị hoàn lại của hợp đồng bảo hiểm mà Công ty đang áp dụng cho các khách hàng tại thời điểm chi trả.

5.3 Đối tượng nhận quyền lợi bảo hiểm

Quyền lợi bảo hiểm sẽ được chi trả cho Bên mua bảo hiểm.



6. Các điều khoản khác

6.1 Trách nhiệm kê khai, cung cấp và bảo mật thông tin

- (i). Công ty có trách nhiệm cung cấp đầy đủ thông tin liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm, giải thích các điều kiện, điều khoản bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm.

Nếu Công ty 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, yêu cầu Công ty hoàn trả lại toàn bộ phí bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm đã đóng và bồi thường thiệt hại phát sinh cho Bên mua bảo hiểm (nếu có) do việc cố ý cung cấp thông tin sai sự thật.

- (ii). 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, các mẫu kê khai bổ sung cho Hợp đồng.

Nếu Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm cố ý vi phạm nghĩa vụ nêu trên hoặc không khai báo các Thông tin quan trọng nhằm giao kết hợp đồng bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm phải bồi thường thiệt hại phát sinh cho Công ty (nếu có) và tại bất kỳ thời điểm nào Công ty có quyền chấm dứt hợp đồng, từ chối chi trả quyền lợi bảo hiểm xảy ra theo hợp đồng và hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm phí bảo hiểm đã đóng khi nộp hồ sơ yêu cầu bảo hiểm.

Theo Hợp đồng bảo hiểm này, “Thông tin quan trọng” là các thông tin mà nếu biết được, Công ty đã không chấp nhận bảo hiểm hoặc chấp nhận bảo hiểm với mức phí bảo hiểm cao hơn.

Miễn truy xét: Ngoại trừ các “Thông tin quan trọng”, Công ty sẽ miễn truy xét các nội dung kê khai không chính xác hoặc bỏ sót trong Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm từ sau 2 năm kể từ Ngày hiệu lực hợp đồng.

- (iii). Công ty không chuyển giao thông tin cá nhân do Bên mua bảo hiểm cung cấp tại Hợp đồng bảo hiểm cho bất kỳ Bên thứ ba nào khác, trừ các trường hợp sau đây:

- Theo yêu cầu của cơ quan nhà nước có thẩm quyền; hoặc
- Cho mục đích thẩm định, phát hành 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
- Nghiên cứu thiết kế sản phẩm, đánh giá chất lượng dịch vụ của Công ty; hoặc
- Phòng chống trục lợi bảo hiểm; hoặc
- Nghiên cứu, đánh giá tình hình tài chính, khả năng thanh toán, mức độ đầy đủ vốn, yêu cầu vốn của Công ty; hoặc
- 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 Công ty chuyển giao thông tin cho bên thứ ba theo điểm này không được coi là lý do để Công ty từ chối giao kết Hợp đồng.



6. Các điều khoản khác

6.2 Cập nhật thông tin cá nhân

Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm cần thông báo cho Công ty ngay khi có bất kỳ thay đổi nào dưới đây:

- (i). Trường hợp Người được bảo hiểm thay đổi nghề nghiệp hoặc nơi cư trú ngoài lãnh thổ Việt Nam hơn 180 ngày (liên tục hay không liên tục) trong một năm dương lịch hoặc trường hợp Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm thay đổi quốc tịch, Công ty có thể:
 - Tiếp tục Hợp đồng bảo hiểm với mức phí bảo hiểm không đổi; hoặc
 - Chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm và chỉ hoàn lại một phần phí bảo hiểm đã đóng của thời hạn bảo hiểm còn lại của Hợp đồng bảo hiểm kể từ ngày thay đổi.

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

- (ii). Trường hợp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm có thay đổi thông tin cá nhân (căn cước công dân/chứng minh nhân dân, hộ chiếu, địa chỉ liên lạc tại Việt Nam):
 - Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm cần thông báo cho FWD về việc thay đổi này và cung cấp cho FWD một bản sao của căn cước công dân/chứng minh nhân dân, hộ chiếu hoặc giấy tờ có giá trị tương đương.

6.3 Nhầm lẫn khi kê khai tuổi, giới tính

Trường hợp Bên mua bảo hiểm nhầm lẫn khi kê khai ngày sinh hoặc giới tính, phí bảo hiểm sẽ được điều chỉnh lại tương ứng theo tuổi và/hoặc giới tính đúng. Cụ thể như sau:

- | | |
|---|---|
| (i). 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 cần đóng đủ phí bảo hiểm còn thiếu theo quy định của Công ty. Nếu trong thời gian quy định của Công ty, phí bảo hiểm còn thiếu chưa được đóng đủ, Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực và Công ty sẽ hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm phí bảo hiểm đã đóng tương ứng với thời hạn bảo hiểm còn lại của Hợp đồng bảo hiểm. |
| (ii). Nếu phí bảo hiểm đã đóng cao hơn phí bảo hiểm tính theo tuổi và/hoặc giới tính đúng của Người được bảo hiểm | Công ty sẽ hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm phần phí bảo hiểm dư đã đóng. |
| (iii). Nếu theo tuổi đúng, Người được bảo hiểm không được Công ty chấp nhận bảo hiểm | Công ty có quyền huỷ bỏ Hợp đồng bảo hiểm và hoàn trả cho Bên mua bảo hiểm toàn bộ phí bảo hiểm đã đóng sau khi khấu trừ những quyền lợi đã được chi trả trước đó, nếu có. |



6. Các điều khoản khác

6.4 Chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm

Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực khi xảy ra một trong các sự kiện sau, tùy trường hợp nào xảy ra trước:

- (i). Công ty chấm dứt hoặc hủy bỏ hợp đồng theo quy định tại Điều 6.2 hoặc 6.3; hoặc 6.6; hoặc
- (ii). Vào ngày kết thúc Thời hạn hợp đồng; hoặc
- (iii). Người được bảo hiểm tử vong.

6.5 Giải quyết tranh chấp

Mọi tranh chấp phát sinh từ hoặc liên quan tới Hợp đồng bảo hiểm 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 trong vòng 30 ngày kể từ ngày phát sinh tranh chấp, một bên có quyền đưa các tranh chấp đó ra Tòa án có thẩm quyền của Việt Nam để giải quyết.

Thời hiệu khởi kiện là 3 năm kể từ thời điểm phát sinh tranh chấp.

6.6 Tham gia Hợp đồng bảo hiểm mới vào năm tiếp theo

Khi Hợp đồng bảo hiểm hiện tại không có sự kiện bảo hiểm phát sinh, trước Ngày kết thúc Thời hạn bảo hiểm hợp đồng hiện tại 25 ngày, Công ty sẽ gửi thông báo tới Bên mua bảo hiểm về việc tham gia Hợp đồng bảo hiểm mới cho năm tiếp theo. Hợp đồng bảo hiểm mới sẽ có cùng Kế hoạch bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm hiện tại của Bên mua bảo hiểm.

Khi Bên mua bảo hiểm đồng ý tham gia và đóng phí Phí bảo hiểm trước Ngày kết thúc Thời hạn bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm hiện tại, Công ty sẽ phát hành Hợp đồng bảo hiểm mới cho Bên mua bảo hiểm và:

- (a). Không yêu cầu nộp Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm mới; và
- (b). Miễn áp dụng Thời gian chờ theo quy định tại Điều 7.18 cho Hợp đồng bảo hiểm mới.

Công ty sẽ gửi bộ Hợp đồng bảo hiểm đến Bên mua bảo hiểm sau khi Hợp đồng bảo hiểm được phát hành.



6. Các điều khoản khác

Sau khi Hợp đồng bảo hiểm mới được phát hành, nếu Bên mua bảo hiểm có yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm cho sự kiện bảo hiểm xảy ra trước khi Công ty gửi thông báo tới Bên mua bảo hiểm:

- (i). Trường hợp Công ty chấp thuận chi trả quyền lợi bảo hiểm, Công ty sẽ thực hiện thẩm định lại Hợp đồng bảo hiểm mới đã được phát hành theo Điều 6.6 này và thông báo đến Bên mua bảo hiểm:

Nếu sau khi thẩm định lại Công ty vẫn chấp thuận bảo hiểm

Hợp đồng bảo hiểm mới đã được phát hành theo Điều 6.6 vẫn tiếp tục duy trì hiệu lực.

Nếu sau khi thẩm định lại Công ty không chấp thuận bảo hiểm

Hợp đồng bảo hiểm mới đã được phát hành theo Điều 6.6 sẽ chấm dứt hiệu lực; và

Công ty sẽ hoàn trả cho Bên mua bảo hiểm khoản Phí bảo hiểm đã đóng, không tính lãi, sau khi khấu trừ những quyền lợi bảo hiểm đã được chi trả trước đó theo Hợp đồng bảo hiểm mới, nếu có.

-
- (ii). Trường hợp Công ty từ chối chi trả quyền lợi bảo hiểm: Hợp đồng bảo hiểm mới đã được phát hành theo Điều 6.6 tiếp tục duy trì hiệu lực.



7. Các định nghĩa cần biết

7.1 Bên mua bảo hiểm là Bên mua bảo hiểm và đồng thời là Người được bảo hiểm.

Theo Quy tắc và Điều khoản sản phẩm này, Bên mua bảo hiểm phải là cá nhân từ đủ 18 tuổi đến 50 tuổi tính theo ngày sinh nhật vừa qua, có năng lực hành vi dân sự đầy đủ, có yêu cầu giao kết Hợp đồng bảo hiểm và đóng phí bảo hiểm cho Hợp đồng bảo hiểm.

Bên mua bảo hiểm phải đang cư trú tại Việt Nam vào Ngày hiệu lực hợp đồng và được Công ty chấp nhận bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này.

7.2 Công ty là Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ FWD Việt Nam được thành lập và hoạt động theo pháp luật của Việt Nam.

7.3 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 cho Hợp đồng bảo hiểm, với điều kiện Người được bảo hiểm phải còn sống vào thời điểm Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm được Công ty chấp thuận. Ngày hiệu lực hợp đồng được ghi trên Chứng nhận bảo hiểm.

7.4 Ngày kết thúc thời hạn bảo hiểm là ngày cuối cùng của thời hạn hợp đồng được ghi trong Chứng nhận bảo hiểm.

7.5 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.

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

7.7 Đợt điều trị là khoảng thời gian từ khi Người được bảo hiểm nhập viện để điều trị tại Bệnh viện đến khi Người được bảo hiểm hoàn tất tất cả những điều trị cần thiết mà không cần phải thực hiện thêm bất kỳ lần nhập viện nào khác. Giấy ra viện là bằng chứng chứng minh kết thúc một Đợt điều trị.

7.8 Chi phí điều trị nội trú là những chi phí y tế thực tế phát sinh trong một Đợt điều trị, bao gồm: chi phí phòng và giường, chi phí thuốc kê toa, chi phí phẫu thuật (nếu có Phẫu thuật) và các chi phí điều trị nội trú khác. Trong phạm vi bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm này, Chi phí điều trị nội trú không bao gồm Chi phí điều trị trước khi nhập viện và Chi phí điều trị sau khi xuất viện.

7.9 Phẫu thuật là phương pháp điều trị y tế có liên quan đến việc gây tê tại chỗ hoặc gây mê toàn thân với sự can thiệp Phẫu thuật để điều trị Bệnh hoặc Tai nạn. Phẫu thuật cần được thực hiện bởi Bác sĩ trong phòng Phẫu thuật của Bệnh viện. Giấy chứng nhận phẫu thuật là bằng chứng chứng minh cho việc Phẫu thuật.

7.10 Chi phí phòng và giường là chi phí thực tế chi trả cho phòng và giường tại khoa thường của Bệnh viện khi Người được bảo hiểm nhập viện để điều trị tại Bệnh viện.



7. Các định nghĩa cần biết

7.11 Khoa chăm sóc đặc biệt (ICU) là một khoa hoặc một bộ phận của Bệnh viện, không phải Phòng hậu phẫu hoặc Phòng cấp cứu, có chỗ ăn ở nội trú:

- Được Bệnh viện thiết lập nhằm cung cấp chương trình chăm sóc và điều trị tích cực tiêu chuẩn; và
- Chỉ dành cho các Bệnh nhân bị Bệnh nặng đòi hỏi sự theo dõi giám sát liên tục theo yêu cầu của Bác sĩ và được Bác sĩ thực hiện; và
- Được trang bị các thiết bị hỗ trợ chức năng sống, thuốc men và các phương tiện cấp cứu cần thiết tại chỗ để có thể can thiệp ngay.

7.12 Bệnh viện là một cơ sở y tế được thành lập và cấp phép hoạt động hợp pháp tại Việt Nam. Tư cách của bệnh viện phải được thể hiện bằng chữ “bệnh viện” trên con dấu chính thức.

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

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

7.13 Bác sĩ là một bác sĩ đã có bằng cấp chuyên môn, được cấp giấy phép hành nghề hợp pháp và được cơ quan quản lý y tế Việt Nam cho phép hành nghề y và phẫu thuật, với điều kiện không phải là Bên mua bảo hiểm trừ trường hợp những người này làm nhiệm vụ theo sự phân công của cấp có thẩm quyền.

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

7.15 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 gây ra thương tật của Người được bảo hiểm.

7.16 Bệnh đặc biệt bao gồm các bệnh như sau:

- Tăng huyết áp, tiểu đường và bệnh tim mạch;
- Tất cả các khối u, ung thư, u nang, bướu nhân, polyps, sỏi của hệ thống tiết niệu và hệ thống mật;
- Tất cả các bệnh liên quan đến tai, mũi (bao gồm xoang) và họng;
- Thoát vị, bệnh trĩ và lỗ dò, bệnh tràn dịch màng tinh hoàn, giãn tĩnh mạch thừng tinh;
- Bệnh của cơ quan sinh sản, bao gồm lạc nội mạc tử cung;
- Bệnh lý đốt sống, cột sống (bao gồm cả đĩa đệm) và bệnh khớp gối.



7. Các định nghĩa cần biết

7.17 Tình trạng tồn tại trước là

- Triệu chứng, dấu hiệu bất thường được thể hiện tại hồ sơ y tế và lưu giữ tại cơ sở y tế về tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm khởi phát trong vòng 12 tháng trước Ngày hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm này; hoặc
- Tình trạng Bệnh hoặc thương tật của Người được bảo hiểm đã được Bác sĩ khám, xét nghiệm, chẩn đoán, điều trị trước Ngày hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm này mà nếu biết được các tình trạng này Công ty không chấp thuận bảo hiểm.

7.18 Thời gian chờ là khoảng thời gian mà các quyền lợi bảo hiểm sẽ không được Công ty chi trả. Thời gian chờ được tính từ Ngày hiệu lực hợp đồng và được quy định như sau:

- Đối với các bệnh thuộc nhóm Bệnh đặc biệt: 90 ngày.
- Đối với các bệnh không thuộc nhóm Bệnh đặc biệt: 30 ngày.

Thời gian chờ không áp dụng cho trường hợp Tai nạn.

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

- (a). Phù hợp với chẩn đoán và điều trị y tế thông thường đối với Bệnh hoặc Tai nạn được bảo hiểm;
- (b). 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;
- (c). Không vì lợi ích hay mong muốn cá nhân của Người được bảo hiểm hoặc Bác sĩ;
- (d). Cơ quan có thẩm quyền của nước nơi Người được bảo hiểm đang điều trị; Không có tính chất thử nghiệm, tầm soát hoặc nghiên cứu, hoặc phòng ngừa, hoặc chưa được sự chấp thuận của cơ quan có thẩm quyền của nước nơi Người được bảo hiểm đang điều trị;
- (e). 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.

Dưới đây là một số ví dụ về các trường hợp không phải là Điều trị hợp lý và cần thiết về mặt y tế:

- (a). Hiến/cho mô hay bộ phận cơ thể;
- (b). 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;
- (c). Phẫu thuật thẩm mỹ, phẫu thuật theo yêu cầu của Người được bảo hiểm, phẫu thuật chuyển đổi giới tính, điều chỉnh tật khúc xạ, hoặc bất kỳ điều trị y tế nào không có nguyên nhân do Tai nạn, Bệnh hoặc triệu chứng y tế.



7. Các định nghĩa cần biết

7.20 Hành vi cố ý vi phạm pháp luật là hành vi của một cá nhân có lợi ích liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm, bao gồm

- (i). Việc tham gia hoặc thực hiện hành vi trái pháp luật mà luật hình sự quy định là tội phạm, hoặc
- (ii). Việc sử dụng rượu, bia vượt quá nồng độ còn cho phép trong khi điều khiển phương tiện giao thông theo quy định của pháp luật, hoặc (iii) việc sử dụng chất ma túy, trừ trường hợp có sự chỉ định của Bác sĩ.

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 Việt Nam

FWD là Tập đoàn Bảo hiểm châu Á với khoảng 10 triệu khách hàng tại 10 thị trường, bao gồm một số thị trường bảo hiểm phát triển nhanh nhất trên thế giới.

FWD Việt Nam được thành lập năm 2016 và là thành viên của Tập đoàn FWD. FWD tập trung vào việc xây dựng một hành trình tham gia bảo hiểm đơn giản, nhanh chóng và tiện lợi, với các sản phẩm phù hợp và dễ hiểu, được hỗ trợ bởi công nghệ kỹ thuật số. Với phương châm lấy khách hàng làm trọng tâm, FWD cam kết thay đổi cảm nhận của mọi người về bảo hiểm.

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