

## QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN

### BẢO HIỂM TRỢ CẤP VIỆN PHÍ VÀ CHI PHÍ PHẪU THUẬT

(Được phê chuẩn theo Công văn số 12316/BTC-QLBH ngày 14/09/2010 Công văn sửa đổi Quy tắc điều khoản số 783/QLBH-NT ngày 24/10/2016 và Công văn sửa đổi bổ sung Quy tắc điều khoản số 17520/BTC-QLBH ngày 09/12/2016 của Bộ Tài Chính)

#### 1. ĐỊNH NGHĨA

- 1.1. “**Công ty**” là Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ FWD Việt Nam
- 1.2. “**Bên mua bảo hiểm**” là tổ chức được thành lập và hoạt động hợp pháp tại Việt Nam hoặc cá nhân từ 18 tuổi trở lên tính theo lần sinh nhật vừa qua, đang cư trú tại Việt Nam vào Ngày hiệu lực hợp đồng, có đầy đủ năng lực hành vi dân sự, là người điền các thông tin và ký tên trên Đơn yêu cầu bảo hiểm và đóng phí bảo hiểm cho Hợp đồng bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm phải có quyền lợi có thể được bảo hiểm đối với Người được bảo hiểm:
  - Bản thân Bên mua bảo hiểm;
  - Vợ/chồng hợp pháp, con hợp pháp, bố/mẹ hợp pháp của Bên mua bảo hiểm;
  - Anh, chị, em ruột, những người khác mà Bên mua bảo hiểm có quan hệ nuôi dưỡng, cấp dưỡng hoặc giám hộ hợp pháp;
  - Các trường hợp khác theo quy định của pháp luật.
- 1.3. “**Người được bảo hiểm**” là bất kỳ cá nhân nào đang cư trú tại Việt Nam vào Ngày hiệu lực hợp đồng và được Công ty chấp nhận bảo hiểm theo các Quy tắc và điều khoản này. Người được bảo hiểm của sản phẩm này có tuổi từ 1 tuổi đến 54 tuổi tính theo lần sinh nhật vừa qua. Tuổi tối đa của Người được bảo hiểm vào Ngày hết hạn của sản phẩm bảo trợ này là 64 tuổi tính theo lần sinh nhật vừa qua.
- 1.4. “**Hợp đồng**” là Hợp đồng bảo hiểm mà sản phẩm bảo trợ này đi kèm.
- 1.5. “**Ngày phát hành**” là ngày sản phẩm bảo trợ này được phát hành.
- 1.6. “**Ngày hiệu lực**” là ngày mà sản phẩm bảo trợ này bắt đầu có hiệu lực được ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc bản sửa đổi bổ sung của Giấy chứng nhận bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm mà sản phẩm bảo trợ này đi kèm. Tuy nhiên, Công ty chỉ chịu rủi ro theo sản phẩm bảo trợ này kể từ Ngày phát hành được ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc bản sửa đổi, bổ sung Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- 1.7. “**Ngày kỷ niệm**” là bất kỳ ngày kỷ niệm nào của Ngày hiệu lực của sản phẩm bảo trợ này được ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc bản sửa đổi bổ sung Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- 1.8. “**Ngày hết hiệu lực**” là ngày mà sản phẩm bảo trợ này chấm dứt được ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc bản sửa đổi bổ sung Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- 1.9. “**Thời hạn bảo hiểm**” của sản phẩm bảo trợ này là thời hạn đóng phí còn lại của sản phẩm chính trong Hợp đồng bảo hiểm mà sản phẩm bảo trợ

này đi kèm hoặc khoảng thời gian tính từ Ngày hiệu lực cho đến Ngày kỷ niệm của sản phẩm bổ trợ này mà vào ngày đó Người được bảo hiểm tròn 64 tuổi tính theo lần sinh nhật vừa qua, tùy thuộc thời hạn nào ngắn hơn. Công ty có quyền xem xét tái tục sản phẩm bổ trợ này vào mỗi Ngày kỷ niệm.

- 1.10. **“Giấy chứng nhận bảo hiểm”** là Giấy chứng nhận được đính kèm và cấu thành một phần không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm mà sản phẩm bổ trợ này đi kèm và các bản sửa đổi bổ sung của Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- 1.11. **“Phí bảo hiểm”** là số tiền mà Bên mua bảo hiểm nộp cho Công ty để được bảo hiểm theo các điều khoản và điều kiện của sản phẩm bổ trợ này.
- 1.12. **“Số tiền bảo hiểm”** của sản phẩm bổ trợ này là số tiền được ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc bản sửa đổi bổ sung Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- 1.13. **“Tổn thương”** là tổn thương cơ thể của Người được bảo hiểm xảy ra trong thời gian sản phẩm bổ trợ này có hiệu lực, có bằng chứng thấy được của sự va đập hoặc vết thương ở phần bên ngoài cơ thể của Người được bảo hiểm do Tai nạn gây ra.
- 1.14. **“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 kết quả trực tiếp gây ra thương tật hoặc tử vong của Người được bảo hiểm. Sự kiện hoặc chuỗi sự kiện nêu trên phải là nguyên nhân trực tiếp, duy nhất và không liên quan đến bất kỳ nguyên nhân nào khác gây ra thương tật hoặc tử vong cho Người được bảo hiểm trong vòng 180 ngày kể từ ngày xảy ra sự kiện hoặc chuỗi sự kiện đó.
- 1.15. **“Bác sỹ”** là một bác sỹ tây y có bằng cấp chuyên môn, được cấp giấy phép hợp lệ bởi cơ quan y tế có thẩm quyền tại quốc gia người đó cư ngụ để hành nghề y và phẫu thuật tại nơi hành nghề, không phải là Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm trừ trường hợp được phân công theo nhiệm vụ được giao.
- 1.16. **“Bệnh viện”** là một cơ sở được thành lập và cấp phép như là một Bệnh viện tại Việt Nam để chăm sóc và điều trị những người bị ốm và bị thương với tư cách là bệnh nhân nằm viện qua đêm và:
  - (a) Có cơ sở vật chất để chẩn đoán và thực hiện đại phẫu;
  - (b) Cung cấp dịch vụ chăm sóc bệnh nhân 24 giờ một ngày bởi những y tá chính quy được đăng ký và chịu sự giám sát thường xuyên của một Bác sỹ;
  - (c) Được cơ quan có thẩm quyền cấp giấy phép hợp lệ để hoạt động;
  - (d) Có con dấu riêng sau khi được cấp phép hoạt động và phải được thành lập theo quy định của pháp luật hiện hành;
  - (e) Có phòng mổ và Phòng chăm sóc đặc biệt, được trang bị đầy đủ thiết bị y tế đạt tiêu chuẩn theo quy định của pháp luật hiện hành.

Theo Quy tắc và điều khoản 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;
- Bệnh viện/viện/khoa y học dân tộc; y học cổ truyền
- Trung tâm y tế.

1.17. “**Nằm viện**” là việc Người được bảo hiểm nhập viện làm Bệnh nhân nội trú tại một Bệnh viện nhằm tiếp nhận các điều trị mà theo ý kiến của Bác sỹ là các Điều trị hợp lý và cần thiết về mặt y tế:

- (a) Trong 12 giờ liên tục hoặc lâu hơn; hoặc
- (b) Phải trả tiền phòng và ăn uống cho việc nằm viện đó.

Nằm viện phải xảy ra trong thời gian sản phẩm bảo trợ này có hiệu lực.

1.18. “**Trợ cấp viện phí hàng ngày – Phòng chăm sóc bình thường**” là số tiền chi trả cho mỗi ngày nằm viện ở Phòng chăm sóc bình thường của Bệnh viện. Số tiền trợ cấp viện phí hàng ngày ở Phòng chăm sóc bình thường của sản phẩm bảo trợ này được ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc bản sửa đổi, bổ sung Giấy chứng nhận bảo hiểm.

1.19. “**Trợ cấp viện phí hàng ngày – Phòng chăm sóc đặc biệt**” là số tiền chi trả cho mỗi ngày nằm viện ở Phòng chăm sóc đặc biệt của Bệnh viện. Số tiền trợ cấp viện phí hàng ngày ở Phòng chăm sóc đặc biệt của sản phẩm bảo trợ này được ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc bản sửa đổi, bổ sung Giấy chứng nhận bảo hiểm.

1.20. “**Phòng 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:

- (a) Được Bệnh viện thiết lập nhằm cung cấp chương trình chăm sóc và điều trị tích cực tiêu chuẩn;
- (b) Chỉ dành cho các Bệnh nhân bị bệnh nặng đòi hỏi sự theo dõi giám sát liên tục theo yêu cầu của Bác sỹ và được Bác sỹ thực hiện;
- (c) 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.

1.21. “**Phẫu thuật**” là một quá trình giải phẫu do một Bác sỹ đã đăng ký hành nghề hợp pháp thực hiện ở một Bệnh viện nhằm điều trị tổn thương và bệnh do những yêu cầu cần thiết và hợp lý về mặt y tế, có liên quan đến việc gây tê tại chỗ hoặc gây mê toàn thể, nhưng không bao gồm bất kỳ hoạt động phẫu thuật nào được thực hiện trong Phòng cấp cứu, hoặc được thực hiện khi Người được bảo hiểm là bệnh nhân ngoại trú.

1.22. “**Đại phẫu**” có nghĩa là các Phẫu thuật dưới đây:

- (a) Mở hộp sọ
- (b) Mở lồng ngực

1.23. “**Mở hộp sọ**” là một quy trình Đại phẫu, có gây mê toàn thể, liên quan đến việc bóc tách một phần hộp sọ để phẫu thuật não.

1.24. **“Mở lồng ngực”** là một quy trình Đại phẫu, có gây mê toàn thể, liên quan đến việc mở khoang ngực (lồng ngực) để phẫu thuật các cơ quan thuộc khoang ngực (tim, phổi, thực quản, hoặc động mạch chủ).

1.25. **“Tình trạng tồn tại trước”** là:

- (a) Tình trạng bệnh tật hoặc thương tật của Người được bảo hiểm đã được Bác sỹ khám, xét nghiệm, chẩn đoán, điều trị trước Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng, hoặc
- (b) Triệu chứng, dấu hiệu bất thường về tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm khởi phát trong vòng 12 tháng trước Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc Ngày khôi phục hợp đồng mà nếu biết được các triệu chứng, dấu hiệu bất thường này Công ty không chấp thuận bảo hiểm hoặc chấp thuận bảo hiểm với mức phí tăng thêm hoặc áp dụng loại trừ bảo hiểm.

Tiền sử sức khỏe được lưu giữ tại cơ sở y tế, hồ sơ y tế hoặc lời khai của Người được bảo hiểm/Bên mua bảo hiểm được xem là bằng chứng đầy đủ và hợp pháp về Tình trạng tồn tại trước.

1.26. **“Điều trị hợp lý và cần thiết về mặt y tế”** là bất kỳ điều trị nào:

- (a) Phù hợp với chẩn đoán và điều trị y tế thông thường đối với thương tật 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 nhằm mục đích đem đến tiện nghi, sự hưởng lợi cho Người được bảo hiểm hoặc Bác sỹ;
- (d) Không có tính chất thử nghiệm, điều tra hoặc nghiên cứu, tính chất phòng ngừa hoặc sàng lọc, quy trình hay công nghệ y tế, được chứng minh là không có hiệu quả, dựa trên thông lệ y tế được thực hiện, và chưa được sự chấp thuận của cơ quan được công nhận trong nước nơi Người được bảo hiểm đang điều trị

Các điều kiện sau 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 làm xét nghiệm không nhằm mục đích điều trị hoặc chỉ để chẩn đoán bệnh hoặc tổn thương của Người được bảo hiểm, 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 sự điều trị nào không có nguyên nhân do tổn thương, bệnh hoặc dấu hiệu y tế

1.27. **“Bệnh”** là bệnh mà Người được bảo hiểm mắc phải trong thời gian sản phẩm bảo trợ này có hiệu lực và không bị loại trừ theo điều khoản của sản phẩm bảo trợ này. Một bệnh được xem là bắt đầu khi được bác sỹ tư vấn, chẩn đoán, điều trị bệnh hoặc khi có những triệu chứng khiến một người bình thường phải xin tư vấn, chẩn đoán hoặc điều trị của bác sỹ.

1.28. **“Bệnh nhân nội trú”** là một người cần thiết phải Nằm viện để được chăm sóc y tế và điều trị Bệnh hoặc Tổn thương. Việc chăm sóc và điều trị Bệnh

hoặc Tổn thương đòi hỏi người đó phải nằm viện qua đêm và có tên ghi trong Sổ điều trị nội trú của Bệnh viện.

- 1.29. “**Ngày nằm viện**” là một ngày nằm tại Bệnh viện mà theo đó Bệnh viện tính tiền phòng và tiền ăn của một ngày.
- 1.30. “**Phòng cấp cứu**” là phòng cung cấp chẩn đoán ban đầu và các thủ thuật cấp cứu giúp ổn định tình trạng sức khỏe trước khi cho bệnh nhân xuất viện hoặc chuyển bệnh nhân đến các khoa khác để điều trị tiếp như một Bệnh nhân nội trú.
- 1.31. “**Thời gian loại trừ**” là khoảng thời gian 30 ngày tính từ Ngày phát hành của sản phẩm bổ trợ này hoặc Ngày khôi phục gần nhất của Hợp đồng bảo hiểm mà sản phẩm bổ trợ này đi kèm, tùy thuộc ngày nào xảy ra sau.
- 1.32. “**Sự kiện bảo hiểm**” là sự kiện khách quan mà khi sự kiện đó xảy ra làm phát sinh trách nhiệm chi trả quyền lợi bảo hiểm của Công ty, theo sản phẩm bổ trợ này thì đó là khi Người được bảo hiểm có Nằm viện (ở Phòng chăm sóc bình thường hoặc Phòng chăm sóc đặc biệt), Phẫu thuật hoặc Đại phẫu.
- 1.33. “**Hành vi vi phạm pháp luật**” là hành động cố ý của Người được bảo hiểm chính hoặc bất kỳ người được bảo hiểm bổ sung tham gia vào các hoạt động bất hợp pháp, hoặc không tuân thủ pháp luật bao gồm hành vi phạm tội của bất kỳ cá nhân nào có lợi ích liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm. Hành vi vi phạm pháp luật bao gồm việc sử dụng rượu, bia vượt quá nồng độ cồn cho phép theo quy định của pháp luật, hoặc sử dụng chất ma túy, trừ trường hợp có sự chỉ định của Bác sỹ.

## 2. PHÍ BẢO HIỂM

- 2.1. Phí bảo hiểm của sản phẩm bổ trợ này là Phí bảo hiểm cơ bản của sản phẩm bổ trợ, cùng với Phí bảo hiểm cơ bản của sản phẩm chính tạo nên Phí bảo hiểm cơ bản của Hợp đồng bảo hiểm mà sản phẩm bổ trợ này đi kèm.
- 2.2. Phí bảo hiểm cơ bản của sản phẩm bổ trợ được ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc bản sửa đổi bổ sung Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- 2.3. Quy định về đóng phí bảo hiểm và những quy định khác liên quan đến Phí bảo hiểm cơ bản của sản phẩm bổ trợ này được quy định trong Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm chính mà sản phẩm bổ trợ này đi kèm.

## 3. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

- 3.1. Trong thời gian có hiệu lực của sản phẩm bổ trợ này, nếu Người được bảo hiểm phải Nằm viện tại Bệnh viện như một Bệnh nhân nội trú hoặc trải qua Phẫu thuật hoặc Đại phẫu do bị Tổn thương hoặc Bệnh và không phải là Tình trạng tồn tại trước, Công ty sẽ chi trả cho Bên mua bảo hiểm các quyền lợi của sản phẩm bổ trợ này theo Bảng tỷ lệ bồi thường dưới đây dựa trên các điều khoản và điều kiện của Điều 3.3.

### 3.2. Bảng tỷ lệ bồi thường

Mục	Quyền lợi	Quyền lợi Chi trả
<b>A</b>	Trợ cấp viện phí hàng ngày – Phòng chăm sóc bình thường	Số tiền bảo hiểm
<b>B</b>	Trợ cấp viện phí hàng ngày – Phòng chăm sóc đặc biệt	5 lần Số tiền bảo hiểm
<b>C</b>	Trợ cấp Chi phí Phẫu thuật	5 lần Số tiền bảo hiểm
<b>D</b>	Trợ cấp Chi phí Đại phẫu	10 lần Số tiền bảo hiểm

### 3.3. Điều kiện Chi trả Quyền lợi

#### 3.3.1. Mục A: Trợ cấp viện phí hàng ngày – Phòng chăm sóc bình thường

Công ty sẽ chi trả Trợ cấp viện phí hàng ngày như quy định trong Bảng tỷ lệ bồi thường tại Điều 3.2 nêu trên, cho mỗi ngày Người được bảo hiểm phải Nằm viện ở Phòng chăm sóc bình thường của Bệnh viện do bị Tổn thương hoặc Bệnh trong thời gian sản phẩm bảo trợ này còn hiệu lực.

Quyền lợi tối đa được chi trả trên một Tổn thương hoặc Bệnh không quá 365 ngày trong suốt thời hạn Hợp đồng bảo hiểm. Quyền lợi tối đa được chi trả cho Trợ cấp viện phí hàng ngày – Phòng chăm sóc bình thường không quá 150 ngày trong một năm.

Trợ cấp viện phí hàng ngày – Phòng chăm sóc bình thường sẽ không được chi trả nếu Nằm viện xảy ra trong Thời gian loại trừ 30 ngày, trừ trường hợp Nằm viện có liên quan đến tai nạn.

#### 3.3.2. Mục B: Trợ cấp viện phí hàng ngày – Phòng chăm sóc đặc biệt

Công ty sẽ chi trả Trợ cấp viện phí hàng ngày – Phòng chăm sóc đặc biệt như quy định trong Bảng tỷ lệ bồi thường tại Điều 3.2 nêu trên, cho mỗi ngày Người được bảo hiểm phải Nằm viện ở Khoa Chăm Sóc Đặc biệt hoặc Phòng Chăm Sóc Đặc Biệt của Bệnh viện do bị Tổn thương hoặc Bệnh trong thời gian sản phẩm bảo trợ này còn hiệu lực.

Quyền lợi tối đa được chi trả trên một Tổn thương hoặc Bệnh không quá 60 ngày trong suốt thời hạn hợp đồng bảo hiểm. Quyền lợi tối đa được chi trả cho Trợ cấp viện phí hàng ngày – Phòng chăm sóc đặc biệt không quá 30 ngày trong một năm.

Trợ cấp viện phí hàng ngày – Phòng chăm sóc đặc biệt sẽ không được chi trả nếu Nằm viện xảy ra trong Thời gian loại trừ 30 ngày, trừ trường hợp Nằm viện có liên quan đến tai nạn.

### 3.3.3. **Mục C: Trợ cấp Chi phí Phẫu thuật**

- (a) Công ty sẽ chi trả Trợ cấp Chi phí Phẫu thuật như quy định trong Bảng tỷ lệ bồi thường tại Điều 3.2 nêu trên thành một lần, cho mỗi lần Người được bảo hiểm trải qua Phẫu thuật do bị Tổn thương hoặc Bệnh trong thời gian sản phẩm bảo trợ này còn hiệu lực.
- (b) Trợ cấp Chi phí Phẫu thuật sẽ chỉ được chi trả một lần cho một Tổn thương hoặc Bệnh.
- (c) Chỉ có một quyền lợi Trợ cấp Chi phí Phẫu thuật được chi trả cho dù có nhiều giai đoạn được thực hiện cho cùng một Phẫu thuật.
- (d) Nếu cả Phẫu thuật và Đại phẫu được thực hiện trong một ca mổ, chỉ có Trợ cấp Chi phí Đại phẫu được chi trả.
- (e) Trợ cấp Chi phí Phẫu thuật sẽ không được chi trả nếu Phẫu thuật xảy ra trong Thời gian loại trừ 30 ngày, trừ trường hợp Phẫu thuật có liên quan đến tai nạn.

### 3.3.4. **Mục D: Trợ cấp Chi phí Đại phẫu**

- (a) Công ty sẽ chi trả Trợ cấp Chi phí Đại phẫu như quy định trong Bảng tỷ lệ bồi thường tại Điều 3.2 nêu trên thành một lần, cho mỗi lần Người được bảo hiểm trải qua Đại phẫu do bị Tổn thương hoặc Bệnh trong thời gian sản phẩm bảo trợ này còn hiệu lực.
- (b) Trợ cấp Chi phí Đại phẫu sẽ chỉ được chi trả một lần cho một Tổn thương hoặc Bệnh.
- (c) Chỉ có một quyền lợi Trợ cấp Chi phí Đại phẫu được chi trả cho dù có nhiều giai đoạn được thực hiện cho cùng một Đại phẫu.
- (d) Trợ cấp Chi phí Đại phẫu sẽ không được chi trả nếu Đại phẫu xảy ra trong Thời gian loại trừ 30 ngày, trừ trường hợp Đại phẫu có liên quan đến tai nạn.

### 3.3.5. **Tổng Quyền lợi Nằm viện (Mục A, B, C và D)**

Tổng quyền lợi nằm viện được chi trả theo Mục A, B, C và D của Bảng tỷ lệ bồi thường sẽ không quá 1.000 lần Số tiền bảo hiểm trong suốt thời hạn Hợp đồng bảo hiểm.

- 3.4. Để xác nhận tính hợp lệ của yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm, trong trường hợp cần thiết, Người được bảo hiểm sẽ được Bác sỹ do Công ty

chỉ định tiến hành kiểm tra sức khỏe bằng chi phí của Công ty trước khi Công ty chi trả bất kỳ quyền lợi nào.

#### **4. CHI TRẢ QUYỀN LỢI BẢO HIỂM**

##### **4.1 Thời hạn chi trả quyền lợi bảo hiểm**

Bên mua bảo hiểm phải thông báo cho Công ty bằng văn bản về yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm ngay khi có thể. Trong mọi trường hợp, Bên mua bảo hiểm có thể nộp hồ sơ yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm trong vòng mười hai (12) tháng kể từ ngày xảy ra Sự kiện bảo hiểm. Thời hạn yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm có thể được gia hạn thêm một thời gian hợp lý nếu người yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm nộp trễ hồ sơ do sự kiện bất khả kháng hoặc có lý do chính đáng được Công ty chấp nhận.

##### **4.2 Phương thức chi trả**

Việc chi trả theo quy định tại Mục 4.1 nêu trên sẽ được thực hiện bằng tiền mặt, séc, chuyển khoản hoặc bất kỳ cách nào theo quy định của Công ty đối với Bên mua bảo hiểm, những Người thụ hưởng hoặc (những) Người nhận chuyển nhượng.

##### **4.3 Hồ sơ yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm**

Người yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm phải nộp cho Công ty các giấy tờ sau để yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm:

- (a) Đơn yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm đã được điền thông tin đầy đủ và chính xác theo mẫu của Công ty;
- (b) Bản gốc giấy ra viện, giấy chứng nhận phẫu thuật, hóa đơn thu tiền viện phí, hóa đơn thuốc, tóm tắt hồ sơ bệnh án được bệnh viện cấp hợp lệ có đầy đủ thông tin chứng minh rằng các tổn thất của Người được bảo hiểm đáp ứng các điều kiện mà Quy tắc và điều khoản bảo hiểm này yêu cầu;
- (c) Biên bản tai nạn giao thông, 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, xác nhận rằng các rủi ro của Người được bảo hiểm đáp ứng yêu cầu của Quy tắc và điều khoản bảo hiểm này.

Tùy theo quyền lợi bảo hiểm được yêu cầu chi trả, Công ty sẽ yêu cầu các giấy tờ cụ thể phải nộp trong số các giấy tờ trên.

Thời hạn chi trả quyền lợi bảo hiểm theo quy định tại Mục 4.1 sẽ chỉ bắt đầu tính từ ngày Công ty nhận được hồ sơ đầy đủ và hợp lệ gồm các tài liệu và thông tin yêu cầu ở trên.

Nếu Công ty từ chối chi trả quyền lợi bảo hiểm, Công ty sẽ nêu rõ lý do từ chối.



## 5. ĐIỀU KHOẢN LOẠI TRỪ

Công ty sẽ không chi trả bất kỳ quyền lợi nào cho việc Nằm viện hoặc Phẫu thuật hoặc Đại phẫu của Người được bảo hiểm do, bao gồm là hậu quả của, các sự kiện dưới đây:

- (a) Tự gây thương tích dù trong tình trạng tinh táo hoặc mất trí;
- (b) Hành vi vi phạm pháp luật của Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng. Trong trường hợp có hơn một Người thụ hưởng, và một hoặc một số Người thụ hưởng cố ý gây ra Hành vi vi phạm pháp luật đối với Người được bảo hiểm và trực tiếp hay gián tiếp gây ra sự kiện bảo hiểm, Công ty vẫn trả quyền lợi bảo hiểm cho những Người thụ hưởng còn lại theo tỷ lệ tương ứng với tỷ lệ mà Bên mua bảo hiểm đã chỉ định trong Hợp đồng bảo hiểm.
- (c) 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
- (d) Điều trị các bệnh liên quan đến sức khỏe sinh sản như hiếm muộn, vô sinh; Sinh con, các biến chứng thai sản ngoại trừ các trường hợp sau:
  - Băng huyết sau sinh (băng huyết trong hoặc sau sinh, với số lượng máu chảy trên >500ml);
  - Nhiễm khuẩn huyết sau sinh;
  - Huyết khối tĩnh mạch do thai sản (tắc mạch phổi hoặc huyết khối tĩnh mạch sâu);
  - Đông máu nội mạch lan tỏa do thai sản.
- (e) Vật lý trị liệu hay Phục hồi chức năng;
- (f) Nhiễm HIV, Hội chứng suy giảm miễn dịch AIDS và các bệnh lây qua đường tình dục.

## 6. ĐIỀU KIỆN KHÁC

6.1. (a) Phí bảo hiểm đóng cho sản phẩm bổ trợ này có thể được thay đổi tùy thuộc vào nghề nghiệp của Người được bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm phải thông báo ngay cho Công ty bằng văn bản bất kỳ thay đổi nào về nghề nghiệp của Người được bảo hiểm.

(b) Nếu có sự thay đổi về nghề nghiệp, Công ty sẽ điều chỉnh lại Phí bảo hiểm phải đóng cho sản phẩm bổ trợ này và đồng thời sẽ thông báo cho Chủ hợp đồng. Việc tăng hay giảm của phí bảo hiểm nếu có sẽ được áp dụng kể từ ngày Người được bảo hiểm thay đổi nghề nghiệp. Nếu việc thay đổi nghề nghiệp đó chỉ được thông báo cho Công ty sau khi xảy ra yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm và Phí bảo hiểm phải đóng cao

hơn/hoặc thấp hơn số phí thực tế đã đóng, Công ty sẽ điều chỉnh Số tiền bảo hiểm hoặc Phí bảo hiểm tương ứng với nghề nghiệp mới.

(c) Nếu nghề nghiệp mới của Người được bảo hiểm là nghề nghiệp không thể bảo hiểm, hoặc không thể chấp nhận được theo quy định của Công ty, sản phẩm bảo trợ này sẽ chấm dứt kể từ ngày Người được bảo hiểm thay đổi nghề nghiệp.

- 6.2 Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm phải áp dụng tất cả các biện pháp cần thiết để ngăn ngừa và hạn chế những thiệt hại có thể xảy ra.
- 6.3 Công ty sẽ không chịu trách nhiệm nếu Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm không tuân thủ các điều kiện và điều khoản bảo hiểm này.
- 6.4 Sản phẩm bảo trợ này cấu thành một phần của Hợp đồng bảo hiểm và chỉ có hiệu lực khi Hợp đồng bảo hiểm chính có hiệu lực.

## **7. CHẤM DỨT**

- 7.1 Sản phẩm bảo trợ này sẽ chấm dứt khi có một trong các sự kiện sau đây xảy ra:
  - (a) Vào ngày Người được bảo hiểm tử vong;
  - (b) Vào Ngày kỷ niệm của sản phẩm bảo trợ này mà vào ngày đó Người được bảo hiểm được 64 tuổi tính theo lần sinh nhật vừa qua;
  - (c) Công ty nhận được văn bản của Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt sản phẩm bảo trợ này;
  - (d) Công ty quyết định chấm dứt sản phẩm bảo trợ này vào Ngày kỷ niệm;
  - (e) Khi Người được bảo hiểm tham gia phục vụ hải quân, lục quân hoặc không quân của bất kỳ quốc gia nào trong chiến tranh, cho dù cuộc chiến tranh đó có được tuyên bố hay không được tuyên bố;
  - (f) Sản phẩm chính của Hợp đồng bảo hiểm mà sản phẩm bảo trợ này đi kèm bị mất hiệu lực sau thời gian gia hạn nộp phí 60 ngày hoặc bị hủy ngang;
  - (g) Sản phẩm chính của Hợp đồng bảo hiểm mà sản phẩm bảo trợ này đi kèm chấm dứt vì bất kỳ nguyên nhân gì;
  - (h) Khi tổng quyền lợi đã chi trả cho sản phẩm bảo trợ này bằng 1000 lần Số tiền bảo hiểm;
  - (i) Công ty có quyền chấm dứt sản phẩm bảo trợ này vào bất kỳ Ngày kỷ niệm nào bằng cách thông báo bằng văn bản cho Bên mua bảo hiểm trước 30 ngày;
  - (j) Khi Người được bảo hiểm thay đổi nghề nghiệp như quy định tại Điều 6.1(c).

- 7.2 Nếu phí bảo hiểm được nộp cho sản phẩm bảo trợ này sau khi sản phẩm bảo trợ này đã bị chấm dứt, việc Công ty nhận phí bảo hiểm đó không có nghĩa là sản phẩm bảo trợ này tiếp tục có hiệu lực. Công ty chỉ có nghĩa vụ hoàn lại các khoản phí bảo hiểm đã nộp.

## **8. ĐIỀU KHOẢN CHUNG**

Các điều khoản về thủ tục yêu cầu bảo hiểm, chi trả quyền lợi bảo hiểm, giải quyết tranh chấp và các điều khoản khác của sản phẩm chính của Hợp đồng bảo hiểm mà sản phẩm bảo trợ này đi kèm vẫn được áp dụng cho sản phẩm bảo trợ này, trừ khi sản phẩm bảo trợ này có quy định khác.