

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN BẢO HIỂM TRỢ CẤP VIỆN PHÍ DO TAI NẠN

(Kèm theo Công văn số 10463 /BTC-BH ngày 08/09/2008, 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 18 tuổi đến 54 tuổi tính theo lần sinh nhật vừa qua.
- 1.4. “**Hợp đồng**” có nghĩa là Hợp đồng bảo hiểm mà sản phẩm bảo trợ này đi kèm.
- 1.5. “**Ngày phát hành**” có nghĩa là ngày sản phẩm bảo trợ này được phát hành.
- 1.6. “**Ngày hiệu lực**” có nghĩa là ngày mà Hợp đồng bảo hiểm bắt đầu có hiệu lực được ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- 1.7. “**Ngày kỷ niệm**” có nghĩa là bất kỳ ngày kỷ niệm nào của Ngày hiệu lực hợp đồng được ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- 1.8. “**Ngày hết hạn**” có nghĩa là ngày mà sản phẩm bảo trợ này chấm dứt như quy định tại Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- 1.9. “**Giấy chứng nhận bảo hiểm**” có nghĩa là Giấy chứng nhận bảo hiểm được gửi kèm và cấu thành một phần không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm.

- 1.10. “**Năm Hợp đồng**” có nghĩa là khoảng thời gian bằng một năm bắt đầu vào Ngày hiệu lực hoặc bất kỳ Ngày kỷ niệm hợp đồng nào và kết thúc vào ngày trước Ngày kỷ niệm Hợp đồng tiếp theo.
- 1.11. “**Phí bảo hiểm**” có nghĩa là số tiền mà Bên mua bảo hiểm nộp cho Công ty để được bảo hiểm nhân thọ theo các Quy tắc và điều khoản của sản phẩm bảo trợ này.
- 1.12. “**Số tiền bảo hiểm**” có nghĩa là số tiền công ty chấp thuận bảo hiểm cho Người được bảo hiểm đối với sản phẩm bảo trợ bảo hiểm này như được nêu trong Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- 1.13. “**Tổn thương**” có nghĩa là tổn thương cơ thể của Người được bảo hiểm mà trực tiếp và chỉ do một 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**” có nghĩa là một bác sỹ tây y đã có bằng cấp chuyên môn, được cấp giấy phép hợp lệ bởi cơ quan y tế thích hợp tại quốc gia cư ngụ của người đó 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”** có nghĩa là việc Người được bảo hiểm nhập viện và điều trị 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 phí phòng và ăn uống cho việc nằm viện đó.
- 1.18. **“Trợ cấp viện phí hàng ngày”** có nghĩa là số tiền chi trả cho mỗi ngày nằm viện do tai nạn của sản phẩm bồi trợ này được nêu trong Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- 1.19. **“Khoa Chăm sóc đặc biệt” (ICU)** có nghĩa là một khoa hoặc một bộ phận của Bệnh viện, không phải Khoa Hậu phẫu hoặc không trực thuộc phòng Hồi sức Cấp cứu, gồm phòng hồi sức có dịch vụ sau:
- (a) Được bệnh viện thiết lập nhằm cung cấp chương trình chăm sóc đặc biệt tiêu chuẩn;
 - (b) Chỉ dành cho các Bệnh nhân nặng đòi hỏi sự theo dõi, quan sát liên tục theo yêu cầu của Bác sỹ và được Bác sỹ thực hiện;
 - (c) Được trang bị các thiết bị hỗ trợ sự sống, thuốc men và các phương tiện cấp cứu ngay bên cạnh để có thể can thiệp ngay.
- 1.20. **“Phẫu thuật”** có nghĩa là một quá trình giải phẫu ở một Bệnh viện do một Bác sỹ đã đăng ký hành nghề hợp pháp thực hiện và có liên quan đến việc gây tê tại chỗ hoặc gây mê toàn thể, nhưng không nhằm chỉ bất kỳ hoạt động phẫu thuật nào được thực hiện trong phòng phẫu thuật, hoặc được thực hiện khi Người được bảo hiểm là bệnh nhân ngoại trú.
- 1.21. **“Đại Phẫu”** có nghĩa là các Phẫu thuật dưới đây:
- (a) Mở hộp sọ
 - (b) Mở lồng ngực (phẫu thuật mở lồng ngực)
- 1.22. **“Mở hộp sọ”** có nghĩa 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.
- 1.23. **“Mở lồng ngực”** có nghĩa 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).
- 1.24. **“Tình trạng tồn tại trước”** có nghĩa 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.

1.25. “**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 sĩ;
- (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.

1.26. “**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 sĩ.

2. PHÍ BẢO HIỂM

2.1. Bên mua bảo hiểm phải nộp phí bảo hiểm cho sản phẩm bảo trợ này như ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm theo cùng định kỳ đóng phí và vào cùng ngày với Phí bảo hiểm của Sản phẩm chính. Khoản Phí bảo hiểm cuối cùng phải nộp là khoản phí phải nộp ngay trước Ngày hết hạn của sản phẩm bảo trợ này.

2.2. Công ty có quyền sửa đổi các mức phí bảo hiểm vào Ngày kỷ niệm Hợp đồng và thông báo cho Bên mua bảo hiểm bằng văn bản về các sửa đổi

này trước Ngày kỷ niệm Hợp đồng ít nhất 30 ngày kể từ khi các mức phí bảo hiểm sửa đổi được áp dụng.

- 2.3. Nếu có bất kỳ yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm nào theo Hợp đồng, Công ty sẽ khấu trừ vào số tiền yêu cầu chi trả các khoản phí bảo hiểm chưa nộp tính đến kỳ nộp phí xảy ra sự kiện bảo hiểm.

3. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

- 3.1. Trong thời gian có hiệu lực của sản phẩm bảo trợ này, Công ty sẽ chi trả các quyền lợi của sản phẩm bảo trợ này theo các điều khoản và điều kiện của sản phẩm bảo trợ này.

3.2. Bảng tỷ lệ bồi thường

Mục	Quyền lợi	Quyền lợi Chi trả
A	Trợ cấp viện phí hàng ngày – Phòng bình thường	Số tiền bảo hiểm
B	Trợ cấp viện phí hàng ngày – Phòng Chăm sóc Đặc biệt	2 lần Số tiền bảo hiểm
C	Quyền lợi khi Phẫu thuật	5 lần Số tiền bảo hiểm
D	Quyền lợi khi 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

Công ty sẽ chi trả Trợ cấp viện phí hàng ngày theo quy định trong Bảng tỷ lệ bồi thường trong điều 3.2 nêu trên, cho mỗi ngày Người được bảo hiểm phải Nằm viện, ở phòng bình thường của một Bệnh viện do bị Tổn thương trong thời gian có hiệu lực của sản phẩm bảo trợ này.

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 theo 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 một Bệnh viện do bị Tổn thương trong thời gian có hiệu lực của sản phẩm bảo trợ này.

3.3.3. Mục C: Quyền lợi khi Phẫu thuật

- (a) Công ty sẽ chi trả Quyền lợi khi Phẫu thuật theo quy định trong Bảng tỷ lệ bồi thường tại điều 3.2 nêu trên thành một lần, cho mỗi lần Người được bảo hiểm phải trải qua Phẫu

thuật do bị Tổn thương trong thời gian có hiệu lực của sản phẩm bảo trợ này.

- (b) Đối với mỗi Tai nạn, Quyền lợi khi Phẫu thuật sẽ chỉ được thanh toán cho một lần Phẫu thuật.
- (c) Nếu tiến hành tiểu phẫu và đại phẫu bằng một lần mổ, Quyền lợi khi Phẫu thuật sẽ chỉ được chi trả một lần bằng với một lần Quyền lợi khi Đại phẫu.

3.3.4. Mục D: Quyền lợi khi Đại phẫu

- (a) Công ty sẽ chi trả Quyền lợi khi Đại phẫu theo quy định trong Bảng tỷ lệ bồi thường tại điều 3.2 nêu trên thành một lần, cho từng lần Đại phẫu của Người được bảo hiểm do bị Tổn thương trong thời gian có hiệu lực của sản phẩm bảo trợ này.
- (b) Đối với mỗi Tai nạn, Công ty sẽ chỉ chi trả cho một lần Đại phẫu.

3.3.5. Tổng Quyền lợi Nằm viện (Mục A và B)

Các quyền lợi nằm viện theo Mục A và B của Bảng tỷ lệ bồi thường sẽ chỉ được chi trả với mức tối đa 180 ngày cho một Tai nạn.

3.3.6. Tổng Quyền lợi Phẫu thuật (Mục C và D)

Tổng giá trị phải chi trả cho một lần bị tai nạn đối với Quyền lợi khi Phẫu thuật và Quyền lợi khi Đại phẫu được giới hạn ở Quyền lợi Phải chi trả cho Đại phẫu theo quy định trong Bảng tỷ lệ bồi thường.

- 3.4. Nếu có mâu thuẫn giữa những Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm bảo trợ này với Quy tắc và Điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm, các quyền lợi được nêu trong điều 3 của Quy tắc và điều khoản này sẽ được trả cho Người được bảo hiểm, trừ khi Người được bảo hiểm tử vong.
- 3.5. Để xác nhận tính hợp lệ của việc yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm, Người được bảo hiểm, trước khi nhận bất kỳ chi trả quyền lợi nào, khi được yêu cầu một cách hợp lý, phải nộp bản kiểm tra y tế được thực hiện bởi (các) Bác sỹ chỉ định của Công ty (chi phí do Công ty đảm trách).

4. CHI TRẢ QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

4.1. Thời hạn chi trả quyền lợi bảo hiểm

- (a) Công ty sẽ chi trả Quyền lợi bảo hiểm của Sản phẩm bảo trợ này trong thời hạn 30 ngày tính từ ngày nhận được tất cả các thông tin và tài liệu (nếu có) mà Công ty yêu cầu.
- (b) Trường hợp nếu vì lý do khách quan, Công ty không chi trả đầy đủ trong thời hạn nêu trên, Công ty phải trả một khoản tiền lãi cho phần

quyền lợi chậm trả theo mức lãi suất cơ bản do Ngân hàng Nhà nước công bố vào thời điểm chi trả cho thời gian quá hạn.

4.2. Phương thức chi trả

Việc chi trả theo quy định tại Mục 4.1 nêu trên sẽ được thực hiện bằng 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. Tài liệu phục vụ cho việc yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm

Những người yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm phải nộp cho Công ty các văn bản sau nhằm 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 chính Giấy ra viện, giấy xác nhận Phẫu thuật, hóa đơn viện phí và hóa đơn thuốc;
- (c) Biên bản báo cáo tai nạn giao thông, báo cáo y khoa của (các) bác sỹ điều trị, tóm tắt bệnh án (tùy trường hợp).

5. ĐIỀU KHOẢN LOẠI TRỪ

Công ty sẽ không chi trả bất kỳ quyền lợi nào cho việc Nằm viện của Người được bảo hiểm hoặc cho việc Phẫu thuật của Người được bảo hiểm do, bao gồm việc 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) 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.

6. ĐIỀU KIỆN KHÁC

- 6.1. Sản phẩm bảo trợ này là một sản phẩm bảo trợ có thể gia hạn hàng năm và là một hợp đồng bảo trợ kèm theo Hợp đồng sản phẩm chính và chỉ có hiệu lực nếu Hợp đồng bảo hiểm chính có hiệu lực.
- 6.2. Bên mua bảo hiểm phải thông báo bằng văn bản cho Công ty về mọi thay đổi về địa chỉ, việc làm và nghề nghiệp của Người được bảo hiểm trong vòng 7 ngày kể từ ngày hiệu lực của việc thay đổi địa chỉ, việc làm và nghề nghiệp của Người được bảo hiểm.
- 6.3. Bên mua bảo hiểm sẽ chi trả bất kỳ phí bảo hiểm tăng thêm phát sinh (nếu có) do bất kỳ thay đổi nào nêu tại mục 6.2 nêu trên.
- 6.4. Trong thời hạn 12 (mười hai) tháng, tính từ ngày xảy ra bất kỳ sự kiện nào có thể làm phát sinh yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm phải thông báo cho Công ty và đưa ra bằng chứng bằng văn bản cho yêu cầu đó. Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm phải tiến hành tất cả các biện pháp cần thiết để ngăn chặn hoặc hạn chế thiệt hại hoặc hậu quả của sự kiện đó.
- 6.5. Công ty sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm khi các điều kiện và điều khoản của sản phẩm bảo trợ này được đáp ứng đầy đủ.
- 6.6. Công ty có quyền sửa đổi các điều khoản bảo hiểm vào Ngày kỷ niệm Hợp đồng tiếp theo, với điều kiện các sửa đổi áp dụng cho tất cả các sản phẩm bảo trợ cùng loại với hình thức bảo hiểm này và Bên mua bảo hiểm đã được thông báo về các sửa đổi này ít nhất 30 ngày trước Ngày kỷ niệm Hợp đồng, khi các sửa đổi này được áp dụng.

7. CHẤM DỨT

- 7.1. Sản phẩm bảo trợ này sẽ chấm dứt:
 - (a) Vào ngày Người được bảo hiểm tử vong;
 - (b) Một cách tự động vào Ngày kỷ niệm Hợp đồng, khi tuổi của Người được bảo hiểm tính theo kỳ sinh nhật vừa qua là 59 tuổi;
 - (c) Khi Công ty nhận được yêu cầu chấm dứt bằng văn bản của Bên mua bảo hiểm;
 - (d) Nếu Công ty quyết định chấm dứt sản phẩm bảo trợ này, Công ty sẽ gửi thông báo bằng văn bản tới Bên mua bảo hiểm ít nhất 30 ngày trước Ngày kỷ niệm hợp đồng tiếp theo, bằng đường bưu điện thông thường đến địa chỉ mới nhất của Bên mua bảo hiểm;

- (e) Nếu 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; hoặc
 - (f) Nếu Hợp đồng sản phẩm chính chấm dứt, bị đình chỉ hoặc được chuyển đổi thành hình thức duy trì hợp đồng với số tiền bảo hiểm giảm hoặc bị chấm dứt theo cách khác.
- 7.2. Việc chấm dứt sẽ không ảnh hưởng đến bất kỳ yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm nào phát sinh trước ngày chấm dứt. Nếu phí bảo hiểm được nộp cho sản phẩm bổ trợ này sau khi sản phẩm bổ trợ chấm dứt thì việc Công ty đã nhận được phí bảo hiểm không có nghĩa là sản phẩm bổ trợ tiếp tục có hiệu lực. Công ty chỉ có nghĩa vụ duy nhất là hoàn lại các khoản phí bảo hiểm đã nộp.