

**QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN**  
**SẢN PHẨM BẢO HIỂM BỔ TRỢ**  
**TRỢ CẤP NĂM VIỆN**  
**(FWD CARE BẢO HIỂM TRỢ CẤP NĂM VIỆN)**

*(Được phê chuẩn theo Công văn số 7653/ BTC-QLBH ,  
ngày 04 tháng 07 năm 2019 của Bộ Tài Chính)*

Sản phẩm bảo hiểm trợ Trợ cấp nằm viện (sau đây được gọi tắt là “Sản phẩm trợ”) là sản phẩm bảo hiểm được Bên mua bảo hiểm tham gia kèm theo Hợp đồng bảo hiểm để bảo hiểm cho (những) người có quyền lợi có thể được bảo hiểm với Bên mua bảo hiểm được ghi nhận trong Hợp đồng bảo hiểm.

Sản phẩm trợ này chi trả quyền lợi bảo hiểm khi Người được bảo hiểm phải Điều trị nội trú hoặc trải qua Phẫu thuật tại Bệnh viện do Tai nạn hoặc Bệnh.

Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm trợ này là thỏa thuận giữa Công ty và Bên mua bảo hiểm và là một phần của Hợp đồng bảo hiểm. Các thuật ngữ sử dụng trong Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm trợ này được định nghĩa tại Điều 7.

Quy tắc và Điều khoản bao gồm những nội dung dưới đây:

1. Quyền lợi bảo hiểm

2. Các trường hợp loại trừ bảo hiểm

3. Thủ tục nhận quyền lợi bảo hiểm

4. Thời hạn bảo hiểm và Tái tục Sản phẩm trợ

5. Phí bảo hiểm

6. Các điều khoản khác

7. Các định nghĩa

## 1. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Trong thời gian Sản phẩm trợ này đang còn hiệu lực, nếu Người được bảo hiểm phải Điều trị nội trú hoặc trải qua Phẫu thuật tại Bệnh viện do Tai nạn hoặc Bệnh, Công ty sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm được mô tả trong bảng sau:

Mục	Quyền lợi	Số tiền chi trả
A	Quyền lợi trợ cấp nằm viện hàng ngày	Số tiền bảo hiểm cho mỗi Ngày nằm viện
B	Quyền lợi trợ cấp nằm viện hàng ngày tại Phòng chăm sóc đặc biệt (ICU)	5 lần Số tiền bảo hiểm cho mỗi Ngày nằm viện
C	Quyền lợi trợ cấp chi phí Phẫu thuật	10 lần Số tiền bảo hiểm cho mỗi lần Phẫu thuật

**Các quyền lợi này sẽ được chi trả với điều kiện sau:**

Việc Điều trị nội trú hoặc Phẫu thuật của Người được bảo hiểm cần đáp ứng các điều kiện được quy định theo Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm trợ này:

- Là Điều trị hợp lý và cần thiết về mặt y tế theo quy định tại Điều 7.17; và
- Không thuộc Tình trạng tồn tại trước theo quy định tại Điều 7.15; và
- Xảy ra trong thời gian Sản phẩm trợ này có hiệu lực và sau Thời gian chờ theo quy định tại Điều 7.16.

Trong mọi trường hợp, quyền lợi bảo hiểm của Sản phẩm bảo trợ này được chi trả không vượt mức tối đa theo quy định dưới đây:

Mục	Quyền lợi	Quy định chi trả
A	Quyền lợi trợ cấp nằm viện hàng ngày	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quyền lợi được chi trả tối đa cho 150 ngày trong mỗi năm hợp đồng.</li> </ul>
B	Quyền lợi trợ cấp nằm viện hàng ngày tại Phòng chăm sóc đặc biệt (ICU)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quyền lợi được chi trả tối đa cho 30 ngày trong mỗi năm hợp đồng.</li> <li>Cho cùng Ngày nằm viện, Công ty sẽ chỉ chi trả quyền lợi tại Mục A hoặc Mục B.</li> </ul>
C	Quyền lợi trợ cấp chi phí Phẫu thuật	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quyền lợi được chi trả 1 lần cho dù Người được bảo hiểm thực hiện (i) nhiều Phẫu thuật cho cùng 1 chấn thương hoặc 1 Bệnh trong 1 lần Điều trị nội trú hoặc (ii) nhiều giai đoạn cho cùng 1 Phẫu thuật.</li> </ul>

## 2. CÁC TRƯỜNG HỢP LOẠI TRỪ BẢO HIỂM

Công ty sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm của Sản phẩm bảo trợ này nếu sự kiện bảo hiểm xảy ra thuộc 1 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;
- Bất kỳ điều trị hay Phẫu thuật nào đối với các bệnh lý bẩm sinh bất thường hoặc dị tật bao gồm các trường hợp di truyền được chẩn đoán trước khi Người được bảo hiểm tròn 1 tuổi;
- Các điều trị Bệnh liên quan đến sức khỏe sinh sản như hiếm muộn, vô sinh, sinh con, các biến chứng thai sản;
- Vật lý trị liệu hay phục hồi chức năng;
- Hành vi cố ý vi phạm pháp luật của Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm, Người thụ hưởng hoặc bất kỳ người nào sẽ nhận quyền lợi bảo hiểm. Trong trường hợp có hơn một Người thụ hưởng, và một hoặc một số người trong số đó gây ra Hành vi cố ý vi phạm pháp luật đối với Người được bảo hiểm, Công ty vẫn trả quyền lợi bảo hiểm cho những Người thụ hưởng khác theo tỷ lệ tương ứng với tỷ lệ mà những Người thụ hưởng đó được hưởng trong Hợp đồng 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 hành động hiếu chiến nào; phóng xạ hoặc nhiễm phóng xạ.

## 3. THỦ TỤC NHẬN QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

### 3.1 Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm sẽ nộp cho Công ty các giấy tờ để yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm tương ứng như sau:

- Phiếu yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm đã được điền thông tin đầy đủ và chính xác theo mẫu của Công ty; và
- Các chứng từ liên quan đến việc điều trị: Giấy ra viện (bản gốc), giấy chứng nhận Phẫu thuật, tóm tắt hồ sơ Bệnh án (nếu có Phẫu thuật hoặc Điều trị nội trú trên 15 ngày); và

- (i) Các chứng từ khác, nếu có, bao gồm: Kết luận điều tra, biên bản tai nạn giao thông hoặc biên bản hiện trường được cơ quan có thẩm quyền cấp trong trường hợp Tai nạn.

Các chứng từ liên quan đến thanh toán sẽ được Công ty lưu giữ để làm căn cứ giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

### **3.2 Thời hạn nộp yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm**

Người yêu cầu giải quyết quyền lợi 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 tối đa 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.

Kể từ khi nhận hồ sơ yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm đầy đủ và hợp lệ, Công ty có trách nhiệm xem xét, giải quyết yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm trong thời hạn 30 ngày.

### **3.3 Thứ tự ưu tiên nhận quyền lợi bảo hiểm**

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

- (i) Trường hợp Bên mua bảo hiểm là cá nhân:

- Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm nếu Người được bảo hiểm đã đủ 18 tuổi;
- Người thụ hưởng, nếu Bên mua bảo hiểm có chỉ định Người thụ hưởng và Người được bảo hiểm đã tử vong;
- Người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm, nếu Bên mua bảo hiểm không chỉ định Người thụ hưởng hoặc Người thụ hưởng và Bên mua bảo hiểm đã tử vong.

- (ii) Trường hợp Bên mua bảo hiểm là tổ chức:

- Người được bảo hiểm;
- Người thụ hưởng;
- Người thừa kế hợp pháp của Người được bảo hiểm, nếu không có Người thụ hưởng được chỉ định theo Quy tắc và Điều khoản này hoặc Người thụ hưởng đã tử vong;
- Bên mua bảo hiểm.

## **4. THỜI HẠN BẢO HIỂM VÀ TÁI TỤC SẢN PHẨM BẢO TRỢ**

- 4.1.** Thời hạn bảo hiểm của Sản phẩm bảo trợ này là 1 năm tính từ Ngày hiệu lực của Sản phẩm bảo trợ này.

- 4.2.** Với điều kiện phí bảo hiểm tái tục của Sản phẩm bảo trợ này được đóng đủ khi đến hạn và Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực, Sản phẩm bảo trợ này sẽ được tái tục hàng năm cho đến hết năm hợp đồng khi Người được bảo hiểm đạt 65 tuổi. Tuy nhiên, Công ty hoặc Bên mua bảo hiểm có quyền từ chối tái tục Sản phẩm bảo trợ này bằng cách thông báo trước 30 ngày bằng văn bản cho bên kia.

Trong mọi trường hợp, thời hạn bảo hiểm của Sản phẩm bảo trợ này sẽ không vượt quá thời hạn bảo hiểm của sản phẩm chính trong Hợp đồng bảo hiểm.

## **5. PHÍ BẢO HIỂM**

- 5.1.** Để duy trì hiệu lực của Sản phẩm bảo trợ, Bên mua bảo hiểm có nghĩa vụ đóng đủ Phí bảo hiểm cho Sản phẩm bảo trợ này vào hoặc trước các ngày đến hạn đóng phí, cho dù có nhận được thông báo đóng phí của Công ty hay không. Ngày đến hạn đóng phí được xác định dựa trên định kỳ đóng phí bảo hiểm, tính từ Ngày hiệu lực của Sản phẩm bảo trợ này. Bên

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

- 5.2. Phí bảo hiểm năm hợp đồng đầu tiên của Sản phẩm bảo trợ này được tính theo tuổi của Người được bảo hiểm tại thời điểm Sản phẩm bảo trợ này có hiệu lực. Phí bảo hiểm tái tục sẽ được tính theo tuổi của Người được bảo hiểm tại các Ngày tái tục hàng năm của Sản phẩm bảo trợ này.
- 5.3. Phí bảo hiểm tái tục có thể thay đổi và được áp dụng kể từ Ngày tái tục hàng năm của Sản phẩm bảo trợ này. Công ty sẽ thông báo bằng văn bản cho Bên mua bảo hiểm 60 ngày trước ngày áp dụng Phí bảo hiểm mới. Trong trường hợp Sản phẩm bảo trợ này được khôi phục, mức Phí bảo hiểm tại thời điểm khôi phục hiệu lực sẽ được Công ty áp dụng.

## **6. CÁC ĐIỀU KHOẢN KHÁC**

### **6.1. Thời gian gia hạn đóng Phí bảo hiểm của Sản phẩm bảo trợ**

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

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

Công ty không có nghĩa vụ thanh toán bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào của Sản phẩm bảo trợ này nếu việc Điều trị nội trú hoặc Phẫu thuật xảy ra trong thời gian Sản phẩm bảo trợ này bị mất hiệu lực.

Bên mua bảo hiểm có thể khôi phục hiệu lực Sản phẩm bảo trợ theo Điều 6.2 của Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm bảo trợ này.

### **6.2. Khôi phục hiệu lực Sản phẩm bảo trợ**

Nếu Sản phẩm bảo trợ bị mất hiệu lực do không đóng Phí bảo hiểm sau khi kết thúc thời gian gia hạn đóng phí bảo hiểm theo Điều 6.1 của Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm bảo trợ này, Bên mua bảo hiểm có thể khôi phục hiệu lực Sản phẩm bảo trợ này trong thời hạn 2 năm kể từ ngày Sản phẩm bảo trợ này mất hiệu lực nếu thỏa mãn tất cả các điều kiện sau đây:

- (i). Yêu cầu khôi phục hiệu lực được thực hiện trong thời hạn được quyền yêu cầu khôi phục hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm và/hoặc Sản phẩm bảo trợ này; và
- (ii). Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm đáp ứng điều kiện về quyền lợi có thể được bảo hiểm, tuổi và tình trạng sức khỏe đáp ứng điều kiện có thể được bảo hiểm theo quy định của Công ty; và
- (iii). Bên mua bảo hiểm đóng các khoản Phí bảo hiểm còn thiếu để khôi phục hiệu lực Sản phẩm bảo trợ; và
- (iv). Người được bảo hiểm dưới 65 tuổi tại thời điểm khôi phục Sản phẩm bảo trợ này; và
- (v). Công ty vẫn đang cung cấp Sản phẩm bảo trợ này.

Nếu được Công ty chấp thuận, thời điểm khôi phục hiệu lực sẽ được tính từ ngày Công ty phát hành thông báo chấp nhận khôi phục hiệu lực Sản phẩm bảo trợ này.

### **6.3. Cập nhật thông tin cá nhân**

Bên mua bảo hiểm cần thông báo cho Công ty bằng văn bản bất kỳ thay đổi nào về nghề nghiệp hoặc nơi cư trú của Người được bảo hiểm.

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

- (i). Duy trì Sản phẩm bảo trợ này với mức phí bảo hiểm không đổi; hoặc
- (ii). Duy trì Sản phẩm bảo trợ này và tăng phí bảo hiểm; hoặc
- (iii). Từ chối duy trì Sản phẩm bảo trợ này.

Công ty sẽ gửi thông báo bằng văn bản cho Bên mua bảo hiểm về quyết định của mình. Trường hợp Công ty từ chối duy trì Sản phẩm bảo trợ, Công ty sẽ hoàn trả phần Phí bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm đã đóng tương ứng với thời gian chưa được bảo hiểm.

#### **6.4. Thay đổi Số tiền bảo hiểm**

Trong thời gian Sản phẩm bảo trợ này đang còn hiệu lực, vào Ngày tái tục hàng năm của Sản phẩm bảo trợ này, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu tăng hoặc giảm Số tiền bảo hiểm bằng cách gửi thông báo bằng văn bản cho Công ty. Số tiền bảo hiểm mới không được thấp hơn Số tiền bảo hiểm tối thiểu hoặc cao hơn Số tiền bảo hiểm tối đa theo quy định của Công ty vào từng thời điểm.

Việc thay đổi Số tiền bảo hiểm sẽ có hiệu lực kể từ thời điểm yêu cầu thay đổi của Bên mua bảo hiểm được Công ty chấp thuận bằng văn bản. Sau khi thay đổi, các quyền lợi bảo hiểm và phí bảo hiểm sẽ được điều chỉnh tương ứng.

Trường hợp yêu cầu tăng Số tiền bảo hiểm, Người được bảo hiểm cần đáp ứng các điều kiện về thẩm định của Công ty và Công ty có thể chấp nhận, chấp nhận có điều kiện hoặc từ chối yêu cầu thay đổi Số tiền bảo hiểm.

Trong trường hợp Công ty chấp nhận yêu cầu tăng Số tiền bảo hiểm, Công ty sẽ thực hiện áp dụng Thời gian chờ cho phần Số tiền bảo hiểm tăng thêm theo quy định tại Điều 7.16 của Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm bảo trợ này kể từ ngày Số tiền bảo hiểm mới có hiệu lực.

#### **6.5. Kê khai thông tin trung thực, đầy đủ và chính xác của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm**

Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm có nghĩa vụ điền đầy đủ, trung thực và chính xác các thông tin mà Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm đã được biết, được yêu cầu trong Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, Hồ sơ yêu cầu tăng Số tiền bảo hiểm hoặc Hồ sơ yêu cầu khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm, tùy trường hợp. Việc kiểm tra sức khỏe, nếu có, không thay thế cho nghĩa vụ kê khai đầy đủ và trung thực của Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm.

Nếu Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm vi phạm nghĩa vụ nêu trên và cố ý khai báo sai sự thật hoặc không khai báo các Thông tin quan trọng, Công ty sẽ có quyền chấm dứt Sản phẩm bảo trợ này và sẽ hoàn lại: Tổng Phí bảo hiểm đã đóng cho Sản phẩm bảo trợ này, không có lãi, kể từ Ngày hiệu lực của Sản phẩm bảo trợ này hoặc Ngày khôi phục hiệu lực Sản phẩm bảo trợ này gần nhất, nếu có, tùy ngày nào đến sau, trừ đi các quyền lợi bảo hiểm đã chi trả, nếu có.

Theo Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm bảo trợ 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:** Sau 2 năm kể từ Ngày hiệu lực của Sản phẩm bảo trợ này hoặc Ngày khôi phục hiệu lực Sản phẩm bảo trợ này gần nhất, nếu có, trong thời gian Người được bảo hiểm còn sống, các nội dung kê khai không chính xác hoặc bỏ sót trong Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, ngoại trừ các Thông tin quan trọng, sẽ được Công ty miễn truy xét.

## 6.6. Chấm dứt hiệu lực Sản phẩm bổ trợ:

Sản phẩm bổ trợ này sẽ chấm dứt hiệu lực ngay khi có bất kỳ sự kiện nào dưới đây xảy ra:

- (i). Sản phẩm bổ trợ mất hiệu lực theo Điều 6.1 của Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm bổ trợ này quá 2 năm liên tục; hoặc
- (ii). Công ty từ chối tái tục Sản phẩm bổ trợ này theo Điều 4.2 hoặc từ chối duy trì Sản phẩm bổ trợ này theo Điều 6.3 hoặc Điều 6.5 của Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm bổ trợ này; hoặc
- (iii). Bên mua bảo hiểm yêu cầu hủy bỏ Sản phẩm bổ trợ này; hoặc
- (iv). Người được bảo hiểm tử vong; hoặc
- (v). Vào Ngày kỷ niệm hợp đồng của Sản phẩm bổ trợ này ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt 65 tuổi; hoặc
- (vi). Hợp đồng bảo hiểm mất hiệu lực hoặc chấm dứt hiệu lực.

## 7. CÁC ĐỊNH NGHĨA

Trong phạm vi Sản phẩm bổ trợ này, các Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm chính sẽ được áp dụng trừ khi Sản phẩm bổ trợ này có quy định khác đi và trong trường hợp có sự mâu thuẫn giữa Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm bổ trợ này với các sản phẩm bảo hiểm khác trong Hợp đồng bảo hiểm, Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm bổ trợ này sẽ được áp dụng.

Trong Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm bổ trợ này, các thuật ngữ được định nghĩa dưới đây được hiểu và giải thích như sau:

- 7.1. **Người được bảo hiểm** của Sản phẩm bổ trợ này là người có quyền lợi có thể được bảo hiểm với Bên mua bảo hiểm, trong độ tuổi từ 30 ngày tuổi đến 60 tuổi tính theo lần sinh nhật vừa qua, cư trú tại Việt Nam vào Ngày hiệu lực của Sản phẩm bổ trợ và được Công ty chấp nhận bảo hiểm. Tuổi tối đa khi kết thúc Sản phẩm bổ trợ này là 65 tuổi.
- 7.2. **Số tiền bảo hiểm** là số tiền Công ty chấp thuận bảo hiểm cho 1 Người được bảo hiểm theo Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm bổ trợ này và được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc Thư xác nhận điều chỉnh hợp đồng gần nhất, nếu có.
- 7.3. **Thời hạn đóng phí** là thời gian Bên mua bảo hiểm cần đóng đầy đủ Phí bảo hiểm của Sản phẩm bổ trợ này và được ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc Thư xác nhận điều chỉnh hợp đồng gần nhất, nếu có. Theo Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm bổ trợ này, Thời hạn đóng phí bằng Thời hạn bảo hiểm của Sản phẩm bổ trợ này.
- 7.4. **Ngày hiệu lực** của Sản phẩm bổ trợ này là ngày Bên mua bảo hiểm hoàn tất Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm hoặc Đơn yêu cầu điều chỉnh hợp đồng và đóng đầy đủ phí bảo hiểm đầu tiên cho Sản phẩm bổ trợ này. Ngày hiệu lực của Sản phẩm bổ trợ này được ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc Thư xác nhận điều chỉnh hợp đồng gần nhất, tùy trường hợp.
- 7.5. **Ngày khôi phục hiệu lực** của Sản phẩm bổ trợ này sẽ được tính từ ngày Công ty phát hành thông báo chấp nhận khôi phục hiệu lực Sản phẩm bổ trợ này.
- 7.6. **Ngày tái tục hàng năm** của Sản phẩm bổ trợ là ngày lặp lại hàng năm của ngày Sản phẩm bổ trợ này có hiệu lực. Nếu năm không có ngày này, ngày cuối tháng tương ứng sẽ là Ngày tái tục hàng năm của sản phẩm bổ trợ này.
- 7.7. **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:
  - 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.

**7.8. 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 đêm (qua 12 giờ đêm).

**7.9. Ngày nằm viện** là một ngày Người được bảo hiểm trải qua tại Bệnh viện để Điều trị nội trú. Bệnh viện quy định tiền điều trị và tiền phòng cho mỗi Ngày nằm viện.

**7.10. Phẫu thuật** là phương pháp điều trị y tế có liên quan đến việc gây mê (không bao gồm gây tê tại chỗ) 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.

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

**7.12. Tai nạn** là một hoặc một chuỗi sự kiện khách quan xảy ra do tác động của một lực, một vật bất ngờ từ bên ngoài lên cơ thể Người được bảo hiểm. Tai nạn phải là nguyên nhân trực tiếp, duy nhất và không liên quan đến bất kỳ nguyên nhân nào khác gây ra thương tật của Người được bảo hiểm trong vòng 180 ngày kể từ ngày xảy ra Tai nạn.

**7.13. Bác sĩ** có nghĩa là một bác sĩ tây y đã có bằng cấp chuyên môn, được cấp giấy phép hành nghề hợp pháp và được cơ quan quản lý y tế nước sở tại cho phép hành nghề y và/ hoặc Phẫu thuật tại nơi hành nghề, với điều kiện không phải là Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc thành viên trong gia đình của họ trừ trường hợp những người này làm nhiệm vụ theo sự phân công của cấp có thẩm quyền.

**7.14. 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 của Sản phẩm bảo trợ này, Bệnh viện không bao gồm các cơ sở dưới đây cho dù các cơ sở này hoạt động độc lập hay trực thuộc một Bệnh viện:

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

**7.15. Tình trạng tồn tại trước** là

- Triệu chứng, dấu hiệu bất thường liên quan đến Bệnh cần Điều trị nội trú hoặc Phẫu thuật để điều trị và 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 Sản phẩm bảo trợ hoặc Ngày khôi phục hiệu lực của Sản phẩm bảo trợ này gần nhất, nếu có, tùy ngày nào đến sau; 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 Sản phẩm bảo trợ hoặc Ngày khôi phục hiệu lực của Sản phẩm bảo trợ này gần nhất, mà nếu biết được các tình trạng này Công ty không chấp thuận bảo hiểm hoặc áp dụng thêm loại trừ bảo hiểm.

**7.16. 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 kể từ Ngày hiệu lực của Sản phẩm bảo trợ này, hoặc Ngày khôi phục hiệu lực của Sản phẩm bảo trợ này gần nhất, nếu có, hoặc ngày Số tiền bảo hiểm mới có hiệu lực (trong trường hợp tăng Số tiền bảo hiểm), tùy ngày nào đến sau và được quy định như sau:

- Đối với Bệnh: 30 ngày;
- Đối với Tai nạn: không áp dụng thời gian chờ.



**7.17. 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) 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.

**7.18. Hành vi cố ý vi phạm pháp luật** là hành vi của 1 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 cồn 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.