



Công ty TNHH Bảo Hiểm FWD Việt Nam

**QUY TẮC ĐIỀU KHOẢN
BẢO HIỂM BỔ TRỢ BỆNH HIỂM NGHÈO CHO TRẺ
EM (2016)**

*(Được chấp thuận theo công văn số: 14207/BTC-QLBH ngày 10 tháng 10 năm 2016
của Bộ Tài chính)*

MỤC LỤC

Điều 1 Quy định chung	3
Điều 2 Một số khái niệm	3
Điều 3 Quyền lợi bảo hiểm.....	7
Điều 4 Các quy định loại trừ trách nhiệm bảo hiểm.....	9
Điều 5 Phí bảo hiểm của sản phẩm bảo trợ.....	11
Điều 6 Chấm dứt hiệu lực của sản phẩm bảo trợ	11
Điều 7 Giải quyết quyền lợi bảo hiểm.....	12

Điều 1 Quy định chung

Sản phẩm Bảo hiểm bổ trợ Bệnh hiểm nghèo cho trẻ em (2016) cung cấp quyền lợi chi trả Số tiền bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này khi khách hàng bị Thương tật toàn bộ vĩnh viễn hoặc mắc bệnh hiểm nghèo theo quy định của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này.

Quy tắc điều khoản này bao gồm những thỏa thuận bổ sung giữa chúng tôi - CÔNG TY TNHH BẢO HIỂM FWD VIỆT NAM và Bên mua bảo hiểm khi Bên mua bảo hiểm yêu cầu được bảo hiểm bổ sung các quyền lợi bảo hiểm cụ thể vào Hợp đồng bảo hiểm đã ký kết.

Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này sẽ được áp dụng những Quy tắc điều khoản của sản phẩm bảo hiểm chính đã ký kết. Tuy nhiên, nếu có bất kỳ khác biệt nào giữa Quy tắc điều khoản Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này với Quy tắc điều khoản Sản phẩm bảo hiểm chính liên quan đến sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này thì quy định trong Quy tắc điều khoản Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này sẽ được ưu tiên áp dụng.

Các quy định chung về thủ tục bảo hiểm, thủ tục giải quyết quyền lợi bảo hiểm và giải quyết tranh chấp được áp dụng tương tự như đã nêu trong Quy tắc điều khoản Sản phẩm bảo hiểm chính đã ký kết.

Điều 2 Một số khái niệm

- 2.1 “Công ty”: là Công ty TNHH Bảo Hiểm FWD Việt Nam có giấy phép thành lập và hoạt động số 55GP/KDBH do Bộ Tài chính cấp ngày 23 tháng 10 năm 2008 tại Hà Nội và được sửa đổi tùy từng thời điểm.
- 2.2 “Hợp đồng bảo hiểm”: là Hợp đồng bảo hiểm mà sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này đi kèm.
- 2.3 “Giấy chứng nhận bảo hiểm”: là văn bản do Công ty phát hành. Giấy chứng nhận bảo hiểm được đính kèm và cấu thành một phần không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm mà sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này đi kèm và các bản sửa đổi, bổ sung của Giấy chứng nhận bảo hiểm, nếu có.
- 2.4 “Bên mua bảo hiểm”: cũng là Bên mua bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm chính mà sản phẩm bổ trợ này đính kèm.

- 2.5 “Người được bảo hiểm”: là cá nhân có độ tuổi từ 30 (ba mươi) ngày đến 13 (mười ba) tuổi tính theo sinh nhật vừa qua vào Ngày hiệu lực của sản phẩm và được Công ty chấp nhận bảo hiểm theo Quy tắc điều khoản sản phẩm bổ trợ này. Tuổi tối đa của Người được bảo hiểm khi kết thúc sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này là 21 (hai mươi mốt) tuổi.
- 2.6 “Ngày hiệu lực của sản phẩm”: là ngày mà Công ty quyết định chấp nhận bảo hiểm sản phẩm bổ trợ này và ngày này được ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc (các) thỏa thuận sửa đổi, bổ sung có liên quan khác (nếu có).
- 2.7 “Ngày khôi phục hiệu lực”: là ngày sản phẩm bổ trợ này được Công ty chấp nhận khôi phục hiệu lực cùng với việc khôi phục hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm chính theo quy định tại Quy tắc điều khoản của sản phẩm bảo hiểm chính đã ký kết.
- 2.8 “Ngày kỷ niệm hợp đồng”: là ngày lặp lại hàng năm của Ngày hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này. Nếu năm không có ngày này, ngày cuối tháng tương ứng sẽ là Ngày kỷ niệm hợp đồng.
- 2.9 “Ngày kỷ niệm 5 năm hợp đồng”: là ngày lặp lại mỗi 5 (năm) năm của Ngày hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này. Nếu năm không có ngày này, ngày cuối tháng tương ứng sẽ là Ngày kỷ niệm 5 năm hợp đồng.
- 2.10 “Thời hạn bảo hiểm”: Thời hạn bảo hiểm của sản phẩm bổ trợ này từ 5 đến 21 năm và được quy định cụ thể tại Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc (các) thỏa thuận sửa đổi, bổ sung (nếu có). Thời hạn bảo hiểm của sản phẩm bổ trợ này không vượt quá Thời hạn đóng phí của sản phẩm chính.

Công ty có quyền chấm dứt hiệu lực sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này trước thời hạn khi Công ty quyết định ngưng bán sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này. Trường hợp Công ty ngưng bán sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này, hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này trong các Hợp đồng bảo hiểm hiện hành sẽ chấm dứt trước thời hạn vào Ngày kỷ niệm 5 năm hợp đồng. Cụ thể, đối với các hợp đồng bảo hiểm chưa đến Ngày kỷ niệm 5 năm hợp đồng, sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này sẽ được duy trì và chấm dứt vào Ngày kỷ niệm 5 năm hợp đồng kế tiếp hoặc ngày

kết thúc Thời hạn bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này, tùy theo ngày nào đến trước.

Việc chấm dứt hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này không làm ảnh hưởng đến hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm chính và Công ty sẽ thông báo trước cho khách hàng về việc chấm dứt trước thời hạn đó.

2.11 “Thời hạn đóng phí”: thời hạn đóng phí của sản phẩm bổ trợ này bằng Thời hạn bảo hiểm.

2.12 “Phí bảo hiểm”: là số tiền Bên mua bảo hiểm sẽ thanh toán cho Công ty để tham gia sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này vào ngày đến hạn nộp phí.

2.13 “Số tiền bảo hiểm”: là số tiền mà Công ty chấp thuận bảo hiểm được thể hiện trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các thỏa thuận sửa đổi, bổ sung bằng văn bản khác (nếu có).

Số tiền bảo hiểm này sẽ được tự động tăng thêm 5% Số tiền bảo hiểm vào mỗi Ngày kỷ niệm 5 năm hợp đồng theo quy định của quyền lợi Tự động tăng Số tiền bảo hiểm tại Điều 3.3.

2.14 “Bệnh hiểm nghèo”: là một trong các bệnh được định nghĩa tại Phụ lục đính kèm theo Quy tắc điều khoản của sản phẩm bổ trợ này.

2.15 “Chẩn đoán mắc bệnh hiểm nghèo”: là chẩn đoán xác định sau cùng của một hay nhiều Bệnh hiểm nghèo được thực hiện bởi Bác sỹ chuyên khoa của bệnh viện hoặc cơ sở y tế thích hợp khác thuộc cấp trung ương, cấp tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương. Bệnh viện hoặc cơ sở y tế này không bao gồm:

- Trung tâm y tế dự phòng;
- Bệnh viện / viện tâm thần;
- Bệnh viện / viện y học dân tộc;
- Bệnh viện / viện phong;
- Nhà điều dưỡng, trung tâm phục hồi chức năng, nhà lưu bệnh;
- Nhà an dưỡng hay các cơ sở khác chủ yếu dành cho việc chữa trị cho người già, người nghiện rượu, chất ma túy, chất kích thích.

Kết quả Chẩn đoán mắc bệnh hiểm nghèo phải được Công ty chấp nhận dựa trên các bằng chứng y khoa do người yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm cung cấp.

Trong trường hợp xảy ra tranh chấp trên kết quả chẩn đoán Bệnh hiểm nghèo, Công ty có quyền yêu cầu Người được bảo hiểm tiến hành khám và xét nghiệm y khoa tại một cơ sở y tế theo chỉ định của Công ty. Khi đó mọi chi phí cho việc tiến hành khám và xét nghiệm y khoa theo yêu cầu của Công ty sẽ do Công ty chịu. Công ty và người nhận quyền lợi bảo hiểm phải tuân theo kết quả chẩn đoán này.

2.16 “Thương tật toàn bộ vĩnh viễn”: Thương tật toàn bộ vĩnh viễn là trường hợp:

a. Người được bảo hiểm bị mất, liệt hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của:

- Hai tay; hoặc hai chân; hoặc hai mắt; hoặc
- Một tay và một chân; hoặc một tay và thị lực một mắt; hoặc một chân và thị lực một mắt.

Trong trường hợp này, mất hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của tay được tính từ cổ tay trở lên, chân được tính từ mắt cá chân trở lên, mắt được hiểu là mất hẳn mắt hoặc mù hoàn toàn.

Hoặc:

b. Người được bảo hiểm bị thương tật từ 81% theo xác nhận của cơ quan y tế/hội đồng giám định y khoa cấp tỉnh trở lên.

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.

Việc chứng nhận bị liệt hoàn toàn và không thể phục hồi chức năng của các bộ phận cơ thể phải được thực hiện không sớm hơn 6 (sáu) tháng kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm hoặc từ ngày bệnh lý được chẩn đoán xác định.

2.17 “Thời gian loại trừ”: là thời gian 90 (chín mươi) ngày kể từ Ngày hiệu lực của sản phẩm hoặc Ngày khôi phục hiệu lực gần nhất của sản phẩm bổ trợ này, tùy theo ngày nào xảy ra sau.

2.18 “Bác sỹ”: là người có bằng cấp chuyên môn y khoa được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc thừa nhận được thực hành nghề y hợp pháp trong phạm vi giấy phép theo quy định của pháp luật. Trong định nghĩa này, Bác sỹ không bao gồm bác sỹ đông y, y học cổ truyền, vật lý trị liệu, chẩn đoán hình ảnh, châm cứu, và những người sau đây:

- Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng;
- Đối tác kinh doanh của Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm;
- Đại lý bảo hiểm;
- Các thành viên trong gia đình trực hệ của Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm (cha mẹ, vợ chồng, con cái, anh chị em ruột).

2.19 “Thời gian cân nhắc”: sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này sẽ áp dụng thời gian cân nhắc theo quy định tại Quy tắc điều khoản của sản phẩm bảo hiểm chính đã ký kết.

Điều 3 Quyền lợi bảo hiểm

3.1 Quyền lợi bảo hiểm Thương tật toàn bộ vĩnh viễn

Trong thời gian hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này, nếu Người được bảo hiểm bị Thương tật toàn bộ vĩnh viễn theo quy định tại Điều 2.16, Quyền lợi Thương tật toàn bộ vĩnh viễn sẽ được chi trả như sau:

3.1.1 Trường hợp Người được bảo hiểm bị Thương tật toàn bộ vĩnh viễn khi tròn 4 (bốn) tuổi trở lên

Công ty sẽ chi trả Số tiền bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này sau khi đã khấu trừ các khoản nợ của Hợp đồng bảo hiểm (nếu có).

3.1.2 Trường hợp Người được bảo hiểm bị Thương tật toàn bộ vĩnh viễn trước khi tròn 4 (bốn) tuổi

Công ty sẽ chi trả tỷ lệ % của Số tiền bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này sau khi đã khấu trừ các khoản nợ của Hợp đồng bảo hiểm (nếu có). Tỷ lệ % của Số tiền bảo hiểm chi trả sẽ tương ứng với tuổi vào thời điểm Người được bảo hiểm bị Thương tật toàn bộ vĩnh viễn theo bảng tỷ lệ % dưới đây:

Tuổi của Người được bảo hiểm vào thời điểm bị Thương tật toàn bộ	Quyền lợi Bảo hiểm được chi trả
------------------------------------------------------------------	---------------------------------

vĩnh viễn	(% Số tiền bảo hiểm)
0	0%
1	40%
2	60%
3	80%

Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này sẽ chấm dứt hiệu lực ngay khi quyền lợi Thương tật toàn bộ vĩnh viễn đã được Công ty chấp thuận chi trả.

3.2 Quyền lợi bảo hiểm Bệnh hiểm nghèo

Trong thời gian hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này và sau Thời gian loại trừ được quy định tại Điều 2.17, nếu Người được bảo hiểm bị Chẩn đoán mắc Bệnh hiểm nghèo và vẫn còn sống ít nhất 30 (ba mươi) ngày kể từ ngày có kết quả Chẩn đoán mắc Bệnh hiểm nghèo, Quyền lợi bảo hiểm Bệnh hiểm nghèo sẽ được chi trả như sau:

3.2.1 Trường hợp Người được bảo hiểm bị Chẩn đoán mắc Bệnh hiểm nghèo khi tròn 4 (bốn) tuổi trở lên

Công ty sẽ chi trả Số tiền bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này sau khi đã khấu trừ các khoản nợ của Hợp đồng bảo hiểm (nếu có).

3.2.2 Trường hợp Người được bảo hiểm bị Chẩn đoán mắc Bệnh hiểm nghèo trước khi tròn 4 (bốn) tuổi

Công ty sẽ chi trả tỷ lệ % của Số tiền bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này sau khi đã khấu trừ các khoản nợ của Hợp đồng bảo hiểm (nếu có). Tỷ lệ % của Số tiền bảo hiểm chi trả sẽ tương ứng với tuổi vào thời điểm Người được bảo hiểm bị Chẩn đoán mắc Bệnh hiểm nghèo theo bảng tỷ lệ % dưới đây:

Tuổi của Người được bảo hiểm vào thời điểm bị Chẩn đoán mắc Bệnh hiểm nghèo	Quyền lợi Bảo hiểm được chi trả (% Số tiền bảo hiểm)
0	20%
1	40%

2	60%
3	80%

Sản phẩm Bảo hiểm Bệnh hiểm nghèo cho trẻ em này sẽ chấm dứt hiệu lực ngay khi quyền lợi bảo hiểm Bệnh hiểm nghèo đã được Công ty chấp thuận chi trả.

3.3 Quyền lợi Tự động tăng Số tiền bảo hiểm

Trong thời gian hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này, nếu Phí bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm (bao gồm Phí bảo hiểm của sản phẩm chính và các sản phẩm bổ trợ đã ký kết tại Hợp đồng bảo hiểm cùng với sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này) được đóng đầy đủ vào mỗi ngày đến hạn đóng phí trong những năm hợp đồng trước đó, Số tiền bảo hiểm hiện tại của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này sẽ được tự động tăng thêm một số tiền tương đương 5% Số tiền bảo hiểm ban đầu được quy định trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các thỏa thuận bổ sung khác vào mỗi Ngày kỷ niệm 5 năm hợp đồng.

Việc tăng tự động Số tiền bảo hiểm này không làm tăng phí bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này và không cần phải kê khai sức khỏe, thẩm định.

Trường hợp sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này bị mất hiệu lực và được khôi phục hiệu lực, Số tiền bảo hiểm của sản phẩm bổ trợ này sẽ được tính lại từ đầu là Số tiền bảo hiểm ban đầu được thể hiện trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc bản sửa đổi, bổ sung của Giấy chứng nhận bảo hiểm (nếu có).

Điều 4 Các quy định loại trừ trách nhiệm bảo hiểm

Công ty sẽ không chi trả Quyền lợi bảo hiểm theo quy định tại Điều 3.1 và 3.2 của Quy tắc điều khoản sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này nếu Người được bảo hiểm bị Thương tật toàn bộ vĩnh viễn hoặc Bệnh hiểm nghèo do hậu quả trực tiếp hoặc gián tiếp của một trong các nguyên nhân sau đây:

- a. Bất kỳ tình trạng tồn tại trước (hậu quả hoặc sự tái phát của bệnh tật hoặc tai nạn) của Bệnh hiểm nghèo hoặc tiền căn của bệnh hiểm nghèo đã tồn tại trước Ngày hiệu lực của sản phẩm hoặc bất kỳ Ngày khôi phục hiệu lực nào của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này; bao gồm các trường hợp:

- Người được bảo hiểm đã nhận biết được hoặc đã từng có bất kỳ xét nghiệm hay kiểm tra nào cho thấy Người được bảo hiểm đã mắc Bệnh hiểm nghèo; hoặc
- Người được bảo hiểm đã hoặc đang được Bác sỹ tư vấn về mặt y khoa, chẩn đoán, điều trị.

Hồ sơ y tế, tình trạng tiền sử bệnh được lưu giữ tại bệnh viện/cơ sở y tế được thành lập hợp pháp hoặc các thông tin do Người được bảo hiểm tự kê khai và/hoặc cung cấp cho cơ quan y tế được xem là bằng chứng đầy đủ và hợp pháp về tình trạng tồn tại trước.

- b. Bệnh hiểm nghèo hay các triệu chứng bệnh đặc hiệu xảy ra hoặc tự bộc phát hoặc được chẩn đoán trong Thời gian loại trừ được quy định tại Điều 2.17 dù Người được bảo hiểm và/hoặc Bên mua bảo hiểm biết hoặc không biết; hoặc
- c. Người được bảo hiểm tự tử; tự gây tổn thương, cho dù trong tình trạng tinh thần bình thường hay mất trí; hoặc
- d. Chiến tranh (dù có tuyên bố hay không tuyên bố) hoặc các hoạt động gây chiến, bao gồm hành động xâm lược, hành động của nước thù địch, nội chiến, nổi loạn, cách mạng, khởi nghĩa, đảo chính quân sự, khủng bố hoặc tiếm quyền; hoặc
- e. Nhiễm HIV, bị AIDS (hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải) hoặc các bệnh có liên quan đến HIV/AIDS, ngoại trừ trường hợp nhiễm HIV trong khi đang thực hiện nhiệm vụ tại nơi làm việc như là một nhân viên y tế hoặc công an, cảnh sát; hoặc
- f. Người được bảo hiểm đang chịu ảnh hưởng của thuốc, rượu, các chất gây nghiện hoặc thuốc ngủ mà không được kê đơn bởi Bác sỹ hoặc Người được bảo hiểm đang chịu ảnh hưởng từ kết quả của việc lạm dụng rượu hay ma túy; hoặc
- g. Bất kỳ tình trạng bệnh lý hay bệnh nào liên quan trực tiếp hoặc gián tiếp đến bệnh tật bẩm sinh hoặc rối loạn di truyền; hoặc
- h. Bệnh hiểm nghèo do Người được bảo hiểm từ chối điều trị hoặc không theo hướng dẫn của bác sỹ chuyên khoa; hoặc

- i. Người được bảo hiểm tham gia vào các hoạt động bất hợp pháp hoặc hành vi cố ý vi phạm pháp luật; hoặc
- j. Người được bảo hiểm tham gia vào các hoạt động trên không trừ khi với tư cách là hành khách có mua vé trên một chuyến bay có giấy phép hoạt động và lịch trình bay thương mại, hoặc tham gia vào các hoạt động nguy hiểm/thể thao chuyên nghiệp; hoặc
- k. Do hành vi cố ý của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng hoặc người có thể nhận quyền lợi bảo hiểm (nếu có).

Điều 5 Phí bảo hiểm của sản phẩm bổ trợ

- 5.1 Phí bảo hiểm và định kỳ đóng Phí bảo hiểm của sản phẩm bổ trợ này được ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc (các) thỏa thuận sửa đổi, bổ sung khác (nếu có).
- 5.2 Khi tham gia kèm với sản phẩm bảo hiểm chính có giá trị hoàn lại, trường hợp Hợp đồng bảo hiểm thực hiện tự động tạm ứng từ giá trị hoàn lại để đóng phí, sản phẩm bổ trợ này cũng sẽ được tự động tạm ứng từ giá trị hoàn lại để đóng Phí bảo hiểm cùng với sản phẩm bảo hiểm chính theo quy định tại Quy tắc điều khoản của sản phẩm bảo hiểm chính đã ký kết.
- 5.3 Trường hợp sản phẩm bổ trợ này bị mất hiệu lực do Bên mua bảo hiểm không nộp đủ phí sau thời gian gia hạn đóng phí, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu khôi phục hiệu lực sản phẩm bổ trợ cùng với sản phẩm bảo hiểm chính. Việc chấp nhận khôi phục hiệu lực sản phẩm bổ trợ tùy thuộc vào quyết định thẩm định của Công ty.

Điều 6 Chấm dứt hiệu lực của sản phẩm bổ trợ

Sản phẩm bổ trợ này sẽ chấm dứt khi một trong các sự kiện sau xảy ra:

- a. Công ty đã giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo Quy tắc điều khoản của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này; hoặc
- b. Người được bảo hiểm tử vong; hoặc
- c. Hợp đồng sản phẩm bảo hiểm chính chấm dứt hiệu lực; hoặc

- d. Hết thời hạn đóng phí của sản phẩm bảo hiểm chính; hoặc
- e. Thời hạn bảo hiểm của sản phẩm bổ trợ này chấm dứt ; hoặc
- f. Ngày kỷ niệm hợp đồng khi Người được bảo hiểm tròn 21 tuổi; hoặc
- g. Công ty quyết định dừng bán mới sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này vào Ngày kỷ niệm 5 năm hợp đồng như quy định tại Điều 2.10 của Quy tắc điều khoản này; hoặc
- h. Bên mua bảo hiểm không nộp đủ phí sau thời gian gia hạn đóng phí theo quy định của Hợp đồng sản phẩm bảo hiểm chính; hoặc
- i. Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt sản phẩm bổ trợ này; hoặc
- j. Hợp đồng bảo hiểm sản phẩm bảo hiểm chính được duy trì với Số tiền bảo hiểm giảm; hoặc
- k. Bất kỳ Quyền lợi bảo hiểm của sản phẩm bổ trợ Hỗ trợ đóng phí (Từ bỏ thu phí) cho Hợp đồng bảo hiểm được quyết định chi trả, trừ trường hợp sản phẩm bổ trợ này thuộc phạm vi được miễn đóng phí đã ký kết khi tham gia sản phẩm bổ trợ Hỗ trợ đóng phí (Từ bỏ thu phí). Trong trường hợp này, sản phẩm bổ trợ này sẽ chấm dứt hiệu lực vào ngày đến hạn đóng phí ngay sau khi Công ty quyết định chi trả quyền lợi bảo hiểm bổ trợ Hỗ trợ đóng phí (từ bỏ thu phí) cho Hợp đồng bảo hiểm; hoặc
- l. Những nguyên nhân khác được quy định tại các Điều hoặc Khoản khác trong Hợp đồng bảo hiểm; hoặc
- m. Các trường hợp khác theo quy định của pháp luật.

Điều 7 Giải quyết quyền lợi bảo hiểm

7.1 Thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

7.1.1 Thông báo Sự kiện bảo hiểm

Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải thông báo bằng văn bản cho Công ty về Sự kiện bảo hiểm trong vòng 45 (bốn mươi lăm) ngày kể từ Ngày phát sinh sự kiện bảo hiểm. Thời gian xảy ra sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan khác không tính vào thời hạn thông báo Sự kiện bảo hiểm.

7.1.2 Thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm là 12 (mười hai) tháng kể từ ngày Người được bảo hiểm bị Thương tật toàn bộ vĩnh viễn hoặc có kết quả Chẩn đoán Bệnh hiểm nghèo.

Thời gian xảy ra sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan khác không được tính vào thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

7.1.3 Thời hạn giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Công ty có trách nhiệm giải quyết quyền lợi bảo hiểm trong vòng 30 (ba mươi) ngày kể từ ngày nhận được hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi đầy đủ và hợp lệ theo quy định tại Hợp đồng bảo hiểm này.

7.2 Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

7.2.1 Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm bao gồm:

- Giấy yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm (theo mẫu Công ty cung cấp) được điền đầy đủ, trung thực và chính xác; và
- Bản gốc Giấy chứng nhận bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này và các sửa đổi, bổ sung, nếu có (trường hợp Giấy chứng nhận bảo hiểm bị mất, Bên mua bảo hiểm phải thông báo cho Công ty bằng văn bản theo mẫu do Công ty quy định); và
- Bằng chứng về sự kiện bảo hiểm được cấp bởi cơ quan có thẩm quyền (tùy từng trường hợp); và
- Bản gốc hoặc bản sao hợp lệ kết quả Chẩn đoán Bệnh hiểm nghèo theo quy định tại Điều 2.15 nếu yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm Bệnh hiểm nghèo; và
- Các giấy tờ khác có liên quan đến việc giải quyết quyền lợi bảo hiểm (giấy tờ khám, điều trị y tế, giấy ra viện, trích sao bệnh án, kết quả xét nghiệm, đơn thuốc và giấy tờ y tế liên quan, nếu có).

Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm có trách nhiệm cung cấp các giấy tờ nêu trên và tự thanh toán các chi phí phát sinh liên quan đến việc thu thập các giấy tờ nói trên.

7.2.2 Để phục vụ cho việc giải quyết quyền lợi bảo hiểm trong những trường hợp cần thiết và hợp lý, Công ty có thể:

- Yêu cầu Người được bảo hiểm thực hiện các giám định y khoa với chuyên gia y tế do Công ty chỉ định;

- Yêu cầu giám định pháp y trong trường hợp tử vong nếu cần thiết và được pháp luật cho phép.

Công ty sẽ chi trả chi phí cho việc giám định/xác nhận y tế bổ sung này. Công ty có quyền không chi trả quyền lợi bảo hiểm nếu Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm và/hoặc Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm không hợp tác với các yêu cầu trên.

PHỤ LỤC

ĐỊNH NGHĨA BỆNH HIẾM NGHÈO CHO TRẺ EM

1. Bệnh ung thư

Ung thư là bệnh ác tính được đặc trưng bởi sự tăng trưởng không thể kiểm soát được của các tế bào ác tính. Các tế bào ác tính này xâm lấn và phá hủy cấu trúc mô bình thường.

Bệnh ung thư phải được chẩn đoán, xác nhận bởi một chuyên gia giải phẫu bệnh học hay một bác sĩ chuyên khoa ung bướu dựa trên bằng chứng mô học mô tả sự ác tính (kết quả giải phẫu bệnh).

Định nghĩa bệnh ung thư này bao hàm bệnh bạch cầu (leukemia), u lympho bào ác tính (lymphoma), ung thư mô liên kết (sarcoma). Và định nghĩa này, loại trừ các trường hợp sau:

- Các khối u có mô tả mô bệnh học như một khối u tiền ác tính hoặc ung thư biểu mô tại chỗ;
- Loạn sản cổ tử cung (Cervical Intraepithelial Neoplasia – CIN) giải đoạn CIN-1; CIN-2 hoặc CIN-3
- Tất cả các ung thư da ngoại trừ U hắc tố ác tính;
- U hắc tố ác tính chưa xâm lấn vượt quá lớp biểu bì;
- Tất cả các ung thư tuyến giáp có phân loại mô học theo TNM là T1N0M0 hoặc mức độ thấp hơn;
- Tất cả các u mô đệm đường tiêu hóa có phân loại mô học theo TNM là T1N0M0 hoặc mức độ thấp hơn và có tỷ lệ phân bào nhỏ hơn hoặc bằng 5/50 HPFs;
- Tất cả các ung bướu trên người đang nhiễm HIV.

2. Ghép tủy xương

Cấy ghép tủy xương người là sử dụng tế bào gốc tạo máu được lấy từ mảnh tủy xương toàn phần được cắt ra trước đó.

Bất kỳ trường hợp cấy ghép tế bào gốc khác sẽ bị loại trừ.

3. Bệnh tiểu đường trẻ em phụ thuộc Insulin (Bệnh tiểu đường typ 1)

Một hình thức của bệnh tiểu đường là hậu quả của sự phá hủy theo cơ chế tự miễn các tế bào sản xuất insulin của tuyến tụy.

Chẩn đoán phải đáp ứng được tất cả các tiêu chí sau:

- a) Bệnh phải kéo dài ít nhất 6 tháng sau khi được chẩn đoán, trong khoảng thời gian đó liệu pháp insulin hàng ngày là cần thiết cho việc kiểm soát chuyển hóa đường huyết; và
- b) Bệnh phải được chẩn đoán và điều trị bởi bác sĩ chuyên khoa nội tiết có thẩm quyền.

Bệnh tiểu đường typ 2 sẽ bị loại trừ

4. Viêm khớp dạng thấp nặng ở trẻ em (Still's Disease)

Là một hình thức viêm khớp mạn tính mức độ nặng ở trẻ em, được đặc trưng bởi các triệu chứng sốt cao và dấu hiệu của bệnh hệ thống có thể đã tồn tại hàng tháng trước khi khởi phát dấu hiệu viêm khớp. Tình trạng này được đặc trưng bởi những biểu hiện chủ yếu bao gồm sốt cao dao động hàng ngày, phát ban, viêm khớp, lách to, nổi hạch to, viêm thanh mạc, sút cân, tăng bạch cầu trung tính, tăng protein phản ứng và các xét nghiệm huyết thanh tìm kháng thể kháng nhân (ANA) và Yếu tố dạng thấp (RF) thường âm tính trong giai đoạn viêm cấp.

Chẩn đoán phải được hỗ trợ bởi các xét nghiệm phù hợp và những xét nghiệm hay những điều tra nghiên cứu khác. Chẩn đoán xác định cũng cần xác nhận một cách rõ ràng của cả hai Bác sĩ chuyên khoa Nhi và chuyên gia bệnh thấp khớp trẻ em và tình trạng bệnh phải có dẫn chứng bằng văn bản trong thời gian ít nhất 6 tháng từ khi chẩn đoán.

5. Bệnh Kawasaki

Một bệnh cấp tính, sốt và có biểu hiện đa hệ thống ở trẻ em, được đặc trưng bởi viêm hạch cổ không hóa mủ, tổn thương da và màng nhầy ở miệng, mũi và cổ họng.

Chẩn đoán xác định bệnh Kawasaki phải là chuyên gia cao cấp trong lĩnh vực nhi khoa hoặc là chuyên khoa tim mạch và phải có bằng chứng phình dẫn động mạch vành trên siêu âm tim, đáp ứng với tiêu chuẩn chẩn đoán phình dẫn động mạch của Bộ Y Tế Nhật Bản, và phải kéo dài 6 tháng sau giai đoạn cấp tính ban đầu.

Người được bảo hiểm sẽ phải cung cấp các giấy tờ chứng minh rằng họ đã được điều trị theo phác đồ chuẩn của bệnh.

