



Công ty TNHH Bảo Hiểm FWD Việt Nam

**QUY TẮC ĐIỀU KHOẢN
BẢO HIỂM BỔ TRỢ HỖ TRỢ CHI PHÍ Y TẾ DO TAI NẠN**

*(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.....	9
Điều 4 Các quy định loại trừ trách nhiệm bảo hiểm.....	11
Điều 5 Phí bảo hiểm.....	13
Điều 6 Thay đổi nghề nghiệp	14
Điều 7 Chấm dứt hiệu lực của sản phẩm	14
Điều 8 Giải quyết quyền lợi bảo hiểm.....	15

Điều 1 Quy định chung

Sản phẩm Bảo hiểm bồi trợ Hỗ trợ chi phí y tế do tai nạn cung cấp các quyền lợi hỗ trợ chi phí y tế khi khách hàng phải trải qua nằm viện, điều trị tại khoa chăm sóc đặc biệt hoặc phẫu thuật để điều trị chấn thương do tai nạn.

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 bồi trợ các quyền lợi bảo hiểm cụ thể vào Hợp đồng bảo hiểm đã ký kết.

Sản phẩm bảo hiểm bồi trợ này sẽ được áp dụng những Quy tắc điều khoản của sản phẩm bảo hiểm chính đã ký kết. Tuy nhiên, nếu có những khác biệt giữa Quy tắc điều khoản Sản phẩm bảo hiểm bồi trợ này với Quy tắc điều khoản Sản phẩm bảo hiểm chính liên quan đến quy định của sản phẩm bảo hiểm bồi trợ này thì quy định trong Quy tắc điều khoản Sản phẩm bảo hiểm bồi 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 bồi 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 bồi 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 bảo hiểm bồi trợ này đính kèm.
- 2.5 “Người được bảo hiểm”: là cá nhân có độ tuổi từ 18 (mười tám) đến 60 (sáu mươi) 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 bảo hiểm bổ trợ này.

Người được bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này là Người được bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm chính hoặc có thể là người khác nếu có quyền lợi có thể được bảo hiểm với Bên mua bảo hiểm.

2.6 “Tuổi tối đa kết thúc gia hạn bảo hiểm”: là tuổi tối đa của Người được bảo hiểm mà Công ty không tiếp tục gia hạn Thời hạn bảo hiểm. Tuổi tối đa này sẽ phụ thuộc vào thời hạn đóng phí của sản phẩm bảo hiểm chính, tuổi tối đa được bảo hiểm của Người được bảo hiểm sản phẩm bổ trợ này, tuổi của Người được bảo hiểm sản phẩm chính và/hoặc Bên mua bảo hiểm (nếu có) và theo quy định của Công ty tại từng thời điểm. Tuổi tối đa kết thúc gia hạn bảo hiểm được quy định trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc (các) thỏa thuận sửa đổi, bổ sung khác (nếu có).

2.7 “Thời hạn bảo hiểm”: thời hạn bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này là 1 (một) năm và được gia hạn hàng năm cho đến Ngày gia hạn năm ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt Tuổi tối đa kết thúc gia hạn bảo hiểm nếu Bên mua bảo hiểm và Công ty đều không thông báo về việc chấm dứt hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này; với điều kiện Bên mua bảo hiểm nộp đủ và đúng hạn các phí bảo hiểm đến hạn trong thời gian gia hạn đóng phí và chấp nhận các điều khoản và điều kiện của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này.

Trong trường hợp Công ty quyết định không tiếp tục gia hạn Thời hạn bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này, Công ty sẽ thông báo bằng văn bản cho Bên mua bảo hiểm ít nhất 60 (sáu mươi) ngày trước Ngày gia hạn năm của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này.

2.8 “Thời hạn đóng phí”: thời hạn đóng phí của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này bằng Thời hạn bảo hiểm, là 1 (một) năm và được gia hạn hàng năm tương ứng theo Thời hạn bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này.

2.9 “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.

- 2.10 “Số tiền bảo hiểm”: là số tiền công ty chấp thuận bảo hiểm cho Người được bảo hiểm đối với sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này. Số tiền bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này được thể hiện trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc (các) thỏa thuận sửa đổi, bổ sung khác (nếu có).
- 2.11 “Ngày hiệu lực của sản phẩm”: là ngày mà Công ty quyết định chấp nhận bảo hiểm sản phẩm bảo hiểm 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).
- 2.12 Ngày khôi phục hiệu lực: là ngày sản phẩm bảo hiểm 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.
- 2.13 “Ngày gia hạn năm”: là ngày lặp lại hàng năm của Ngày hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này nếu không có bên nào thông báo về việc chấm dứt hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này. Nếu năm không có ngày này, ngày cuối tháng tương ứng sẽ là Ngày gia hạn năm.
- 2.14 “Năm hợp đồng”: là khoảng thời gian 1 (một) năm tính từ Ngày hiệu lực của sản phẩm cho đến Ngày gia hạn năm đầu tiên hoặc bất kỳ năm tiếp theo nào tính từ Ngày gia hạn năm gần nhất cho đến Ngày gia hạn năm tiếp theo.
- 2.15 “Bệnh viện”: là một cơ sở khám chữa bệnh được thành lập và đăng ký hợp pháp theo pháp luật Việt Nam và hoạt động ở Việt Nam. Cơ sở đó phải là bệnh viện, viện y tế hoặc trung tâm y tế cấp quận huyện trở lên, để cấp cứu, điều trị những người bị bệnh cũng như bị thương nhập viện để Điều trị nội trú.

Các cơ sở này phải:

- Hoạt động liên tục, cung cấp dịch vụ chăm sóc điều trị 24/24 giờ bởi các Bác sĩ và các nhân viên Y tế (Y sĩ, Y tá...) có giấy phép hành nghề; và
- Được quản lý và điều hành bởi những người có giấy phép hành nghề của Bộ Y tế hay Sở Y tế; và

- Lưu trữ và cung cấp những chứng từ y khoa, chứng từ kế toán tài chính theo đúng quy định của các cơ quan có thẩm quyền.

Cho mục đích của sản phẩm bảo hiểm này, Bệnh viện sẽ 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.

cho dù các cơ sở, trung tâm y tế này hoạt động độc lập hay trực thuộc một Bệnh viện.

2.16 “Bác sĩ”: 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 sĩ không bao gồm bác sĩ 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).

2.17 “Chấn thương”: là các tổn thương cơ thể của Người được bảo hiểm bị gây ra do Tai nạn và không liên quan đến nguyên nhân nào khác trong thời gian sản phẩm bảo hiểm bồi trợ này đang có hiệu lực.

2.18 “Tai nạn”: là một hoặc một chuỗi sự kiện liên tục, khách quan, xảy ra do tác động của một lực, một vật bất ngờ từ bên ngoài lên cơ thể Người được bảo

hiểm. Các sự kiện hoặc chuỗi sự kiện nêu trên chỉ được xem là Tai nạn nếu hội đủ các điều kiện sau:

- a. Xảy ra do ngoài sự tiên liệu, kiểm soát cũng như ý muốn của Người được bảo hiểm;
- b. Phải là nguyên nhân trực tiếp, duy nhất gây ra Chấn thương cho Người được bảo hiểm;
- c. Không phải là những tổn thương thân thể do: đau ốm; bệnh tật; nhiễm các loại vi khuẩn hoặc vi-rút; ngộ độc; sử dụng trái phép các loại thuốc hoặc chất gây nghiện bất kỳ.

2.19 “Điều trị nội trú”: là việc Người được bảo hiểm Nằm viện ít nhất qua một đêm tại Bệnh viện khi bị Chấn thương để được điều trị y tế do Sự cần thiết về mặt y khoa theo chỉ định của Bác sỹ và phải có tên trong danh sách bệnh nhân nội trú của Bệnh viện. Việc Điều trị nội trú phải được bắt đầu trong thời gian sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này đang có hiệu lực.

Trong trường hợp cần thiết, việc Nằm viện Điều trị nội trú phải được Bác sỹ do Công ty chỉ định xác nhận là cần thiết phải Điều trị nội trú.

2.20 “Nằm viện”: là việc Người được bảo hiểm phải nhập viện để điều trị y tế đối với Chấn thương tại một Bệnh viện như là một bệnh nhân nội trú theo yêu cầu của Bác sỹ.

2.21 “Sự cần thiết về mặt y khoa”: là sự điều trị y khoa đáp ứng những điều kiện sau:

- a. Theo đúng chẩn đoán và điều trị cho Chấn thương đó; và
- b. Theo đúng chỉ dẫn y khoa của Y học hiện đại; và
- c. Phù hợp với tiêu chuẩn về hành nghề y dược, số ngày nằm viện là hợp lý và phù hợp với thông lệ điều trị cho Chấn thương liên quan.

2.22 “Ngày nằm viện”: là một ngày mà Người được bảo hiểm nằm Điều trị nội trú tại Bệnh viện qua 12 (mười hai) giờ đêm, và phải nộp viện phí, tiền phòng cho một ngày theo quy định của Bệnh viện.

2.23 “Khoa cấp cứu”: là khoa hoặc phòng có chức năng chẩn đoán ban đầu và làm các thủ thuật cấp cứu để ổn định tình trạng bệnh nhân trước khi chuyển bệnh nhân tiếp tục điều trị nội trú tại các khoa khác.

2.24 “Khoa chăm sóc đặc biệt”: là một khoa hoặc một bộ phận của Bệnh viện, không phải là khoa/phòng hậu phẫu hoặc khoa/phòng cấp cứu, và phải đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

- Được thành lập để cung cấp chương trình chăm sóc và điều trị đặc biệt; và
- Dành riêng cho các bệnh nhân trong điều kiện nguy kịch đòi hỏi sự theo dõi và kiểm tra y tế liên tục của Bác sĩ; và
- Được trang bị các thiết bị, thuốc, phương tiện cấp cứu khác để có thể can thiệp ngay khi cần thiết.

2.25 “Phẫu thuật”: là một phương pháp y khoa để điều trị do những yêu cầu cần thiết và hợp lý về mặt y khoa cho Chấn thương; được chỉ định và thực hiện bởi Bác sĩ có giấy phép hành nghề trong phòng phẫu thuật, và được thực hiện trong phòng phẫu thuật của Bệnh viện có chuyên môn phù hợp cho một trong các loại phẫu thuật sau đây:

- Phẫu thuật mở nắp sọ để lấy khối máu tụ nội sọ do chấn thương sọ não nặng (không bao gồm hút máu tụ thông qua lỗ khoan hộp sọ).
- Phẫu thuật cắt bỏ phổi toàn phần (một bên hoặc cả hai bên phổi; loại trừ phẫu thuật cắt thùy phổi).
- Phẫu thuật cắt bỏ thận toàn phần (một bên hoặc cả hai bên thận).
- Phẫu thuật cắt bỏ lách toàn phần.
- Phẫu thuật cắt cụt chi trên một bên, từ khớp cổ tay trở lên.
- Phẫu thuật cắt cụt ít nhất 4 ngón tay của một bàn tay, trong đó phải có ngón tay cái hoặc ngón tay trỏ, mỏm cụt phải sát khớp bàn - ngón.
- Phẫu thuật cắt cụt chi dưới một bên, cụt đến khớp cổ chân trở lên.
- Phẫu thuật cắt cụt bàn chân một bên, bao gồm tất cả các ngón chân ở tại hoặc gần khớp bàn chân - ngón chân.

- Phẫu thuật thay khớp háng toàn bộ.
- Phẫu thuật thay khớp gối toàn bộ.
- Phẫu thuật cắt bỏ nhãn cầu.
- Phẫu thuật vi phẫu nối bàn tay đứt rời.

Việc phẫu thuật theo định nghĩa này không bao gồm các Phẫu thuật nói trên được thực hiện tại Khoa cấp cứu của Bệnh viện; hoặc trong lúc Người được bảo hiểm không nằm viện Điều trị nội trú.

Trong những trường hợp sau chỉ xem như một Phẫu thuật được thực hiện:

- Hai hay nhiều lần mổ được thực hiện trong cùng một tiến trình Phẫu thuật; hoặc
- Một phẫu thuật được thực hiện với nhiều bước.

2.26 “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

Trong thời gian sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này có hiệu lực, nếu Người được bảo hiểm phải Nằm viện Điều trị nội trú tại Bệnh viện để điều trị Chấn thương do Tai nạn, Công ty sẽ thanh toán (các) quyền lợi bảo hiểm với chi tiết như sau:

3.1 Quyền lợi Hỗ trợ viện phí:

Công ty sẽ thanh toán Số tiền bảo hiểm cho mỗi Ngày nằm viện Điều trị nội trú do Chấn thương do Tai nạn, với điều kiện là Người được bảo hiểm phải nằm viện Điều trị nội trú do Chấn thương ít nhất là 3 (ba) ngày.

Quyền lợi Hỗ trợ viện phí được chi trả tối đa là:

- 30 (ba mươi) Ngày nằm viện Điều trị nội trú do Chấn thương cho một sự kiện gây Chấn thương; và
- Không vượt quá 3 (ba) Quyền lợi Hỗ trợ viện phí trong 1 (một) Năm hợp đồng và (các) sự kiện gây Chấn thương phải hoàn toàn khác nhau.

3.2 Quyền lợi Hỗ trợ viện phí đặc biệt:

Công ty sẽ thanh toán một lần số tiền Hỗ trợ viện phí đặc biệt tương đương với 5 (năm) lần Số tiền bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này nếu Người được bảo hiểm phải nằm viện Điều trị nội trú do Chấn thương trong các trường hợp sau:

- Người được bảo hiểm là hành khách có mua vé đang đi trên các phương tiện giao thông công cộng trên bộ hoặc trên không, theo lịch trình thường xuyên và trên những tuyến đường định sẵn như xe buýt, xe điện, xe lửa (tàu hỏa) hoặc các chuyến bay dân dụng, ngoại trừ xe taxi hay bất cứ phương tiện thuê nào được sử dụng như phương tiện đi lại cá nhân; hoặc
- Người được bảo hiểm đang ở trong thang máy công cộng (không bao gồm thang máy hoạt động trong hầm mỏ hay tại công trình xây dựng); hoặc
- Do hậu quả trực tiếp của hỏa hoạn tại các tòa nhà công cộng, chỉ bao gồm nhà hát, rạp chiếu phim, hội trường, khách sạn, trường học, bệnh viện và các trung tâm thể thao.

Quyền lợi Hỗ trợ viện phí đặc biệt được chi trả tối đa là:

- 1 (một) lần Hỗ trợ viện phí đặc biệt trong 1 (một) Năm hợp đồng; và
- Không vượt quá 3 (ba) lần Hỗ trợ viện phí đặc biệt trong suốt thời gian tham gia sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này.

Quyền lợi Hỗ trợ viện phí đặc biệt sẽ chấm dứt khi Công ty đã thanh toán đủ 3 (ba) lần Hỗ trợ viện phí đặc biệt.

3.3 Quyền lợi Hỗ trợ chăm sóc đặc biệt:

Công ty sẽ thanh toán số tiền Hỗ trợ chăm sóc đặc biệt tương đương 3 (ba) lần Số tiền bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này cho mỗi Ngày nằm viện Điều trị nội trú do Chấn thương tại Khoa chăm sóc đặc biệt nếu Người được bảo hiểm phải điều trị tại Khoa chăm sóc đặc biệt như quy định tại Điều 2.24.

Khi thanh toán quyền lợi Hỗ trợ chăm sóc đặc biệt, Công ty sẽ không thanh toán số Ngày nằm viện của quyền lợi Hỗ trợ viện phí trùng với thời điểm Người được bảo hiểm nằm điều trị tại Khoa chăm sóc đặc biệt.

Quyền lợi Hỗ trợ chăm sóc đặc biệt được chi trả tối đa là:

- 45 (bốn mươi lăm) ngày nằm viện tại Khoa chăm sóc đặc biệt cộng dồn trong 1 (một) Năm hợp đồng; và
- Không vượt quá 3 (ba) lần Hỗ trợ chăm sóc đặc biệt trong suốt thời gian tham gia sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này.

Quyền lợi Hỗ trợ chăm sóc đặc biệt sẽ chấm dứt khi Công ty đã thanh toán đủ 3 (ba) lần Hỗ trợ chăm sóc đặc biệt.

3.4 Quyền lợi Hỗ trợ Phẫu thuật:

Công ty sẽ thanh toán một lần số tiền Hỗ trợ Phẫu thuật tương đương với 5 (năm) lần Số tiền bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này khi Người được bảo hiểm phải trải qua Phẫu thuật theo quy định tại Điều 2.25

Quyền lợi Hỗ trợ Phẫu thuật được chi trả tối đa là:

- 1 (một) lần Hỗ trợ phẫu thuật trong 1 (một) Năm hợp đồng; và
- Không vượt quá 3 (ba) lần Hỗ trợ Phẫu thuật trong suốt thời gian tham gia sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này.

Quyền lợi Hỗ trợ phẫu thuật sẽ chấm dứt khi Công ty đã thanh toán đủ 3 (ba) lần Hỗ trợ phẫu thuật.

Điều 4 Các quy định loại trừ trách nhiệm bảo hiểm

Công ty không chi trả quyền lợi bảo hiểm theo quy định tại Điều 3 của Quy tắc điều khoản sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này nếu Người được bảo hiểm phải Nằm viện Điều trị nội trú hay trải qua Phẫu thuật do các nguyên nhân sau đây:

- a. Chấn thương (bao gồm các hậu quả và sự tái phát của bệnh tật hoặc tai nạn) hoặc các điều trị y tế đã phát sinh trước Ngày hiệu lực của sản phẩm hoặc ngày khôi phục hiệu lực sau cùng của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này (nếu có); hoặc
- b. Tự tử hoặc tự gây tổn thương cơ thể cho dù trong tình trạng tinh thần bình thường hay mất trí; hoặc

- c. Hành động cố ý hoặc có tính toán của Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng; hoặc
- d. Nhiễm HIV, bị AIDS (hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải) hoặc các bệnh có liên quan đến HIV/AIDS; hoặc
- e. Chấn thương trong lúc Người được bảo hiểm đang bị ảnh hưởng do sử dụng rượu bia mà trong máu hoặc hơi thở có nồng độ cồn vượt quá mức quy định của pháp luật; hoặc
- f. Chấn thương trong lúc Người được bảo hiểm đang bị ảnh hưởng do sử dụng ma túy, các chất kích thích, các chất gây nghiện hoặc thuốc không được chỉ định; hoặc
- g. Các thử nghiệm hay điều trị liên quan đến vô sinh, thai sản, sinh đẻ, sẩy thai, phá thai hoặc bất kỳ nguyên nhân nào có liên quan đến thai sản, việc triệt sản hoặc kiểm tra việc triệt sản; hoặc
- h. Chiến tranh (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
- i. Điều trị nhiễm bức xạ ion hóa hoặc nhiễm phóng xạ từ nhiên liệu hạt nhân hoặc từ chất thải hạt nhân từ sự đốt cháy nhiên liệu hạt nhân; hoặc
- j. Phóng xạ, chất độc hại, chất nổ hoặc tính chất nguy hiểm khác của bất kỳ sự tập hợp hạt nhân dễ nổ nào hoặc thành phần hạt nhân của nó; hoặc
- k. Tham gia vào các hoạt động mạo hiểm như tiếp xúc, vận hành các vật liệu cháy nổ hoặc vũ khí; hoặc
- l. Tham gia đánh nhau, ẩu đả, phạm tội hoặc chống lại việc bắt giữ của cơ quan có thẩm quyền; hoặc
- m. Chấn thương trong khi Người được bảo hiểm tham gia thể thao chuyên nghiệp (bao gồm cả việc luyện tập cho môn thể thao đó), các môn thể thao dưới nước, hoặc các môn thể thao đòi hỏi đến việc sử dụng máy (thiết bị) bay, xe cơ giới hoặc sự tham gia của một loài động vật nào đó; hoặc

- n. Điều trị y tế có liên quan đến bệnh đau lưng và các triệu chứng có liên quan; hoặc
- o. Điều trị y tế có liên quan đến các rối loạn thần kinh, các rối loạn tâm thần, lo âu, các vấn đề về tâm thần, các rối loạn nhân cách, hoặc bất kỳ triệu chứng nào có nguồn gốc từ vấn đề tâm lý thần kinh và các hậu quả của chúng; hoặc
- p. Phẫu thuật theo yêu cầu không liên quan đến chẩn đoán của Bác sỹ; và chẩn đoán không liên quan đến thương tích hoặc ốm đau hoặc không theo sự cần thiết về mặt y tế; hoặc Phẫu thuật thẩm mỹ; hoặc
- q. Bất kỳ quá trình điều trị nào được thực hiện bởi Người không có giấy phép hành nghề y tế được đăng ký; hoặc
- r. Điều trị, chẩn đoán y tế được thực hiện ở nước ngoài khi Người được bảo hiểm ở nước ngoài; hoặc
- s. Chi phí y tế và chi phí đi nước ngoài của Người được bảo hiểm để được nhận các điều trị hoặc chẩn đoán y tế.

Điều 5 Phí bảo hiểm

- 5.1 Phí bảo hiểm và định kỳ đóng phí bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này được ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc (các) thỏa thuận sửa đổi, bổ sung khác (nếu có).
- 5.2 Phí bảo hiểm được đóng khi đến hạn, ngay cả trong lúc Người được bảo hiểm Nằm viện tại Bệnh viện để Điều trị nội trú hay phải Phẫu thuật theo Quy tắc điều khoản sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này.
- 5.3 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 bảo hiểm 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.
- 5.4 Trường hợp sản phẩm bảo hiểm 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 bảo hiểm bổ trợ cùng với sản phẩm bảo hiểm chính. Việc chấp nhận khôi phục hiệu lực sản phẩm bảo hiểm bổ trợ tùy thuộc vào quyết định thẩm định của Công ty.

- 5.5 Công ty có thể thay đổi Phí bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này vào bất kỳ Ngày gia hạn năm nào trong tương lai với sự chấp thuận của Bộ Tài Chính về mức Phí bảo hiểm mới. Công ty sẽ thông báo trước ít nhất 60 (sáu mươi) ngày cho Bên mua bảo hiểm bằng văn bản trước khi việc thay đổi Phí bảo hiểm bắt đầu có hiệu lực. Phí bảo hiểm mới cũng sẽ được áp dụng đối với các Hợp đồng bảo hiểm có yêu cầu khôi phục hiệu lực.

Trường hợp Bên mua bảo hiểm không chấp nhận việc thay đổi phí bảo hiểm mới, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu chấm dứt hiệu lực sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này.

Điều 6 Thay đổi nghề nghiệp

Phí bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này có thể thay đổi tùy thuộc vào nghề nghiệp của Người được bảo hiểm. Nếu nghề nghiệp của Người được bảo hiểm có sự thay đổi, Bên mua bảo hiểm phải thông báo ngay bằng văn bản cho Công ty trong vòng 30 (ba mươi) ngày kể từ ngày Người được bảo hiểm có sự thay đổi về nghề nghiệp. Nếu không, Công ty có thể không thanh toán khi phát sinh yêu cầu trả tiền bảo hiểm.

Nếu có sự thay đổi về nghề nghiệp, Công ty có thể sẽ quyết định lại Phí bảo hiểm phải đóng đối với sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này và đồng thời sẽ thông báo lại cho Bên mua bảo hiểm. Việc tăng hay giảm phí bảo hiểm nếu có sẽ được áp dụng kể từ ngày thay đổi nghề nghiệp. Nếu nghề nghiệp mới của Người được bảo hiểm là nghề nghiệp không thể bảo hiểm, hoặc không thể chấp nhận bảo hiểm được theo tiêu chuẩn bảo hiểm của Công ty, Công ty sẽ chấm dứt hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này kể từ ngày Người được bảo hiểm thay đổi nghề nghiệp và hoàn lại phí bảo hiểm đã đóng cho khoảng thời gian chưa được bảo hiểm (nếu có), không có lãi phát sinh.

Điều 7 Chấm dứt hiệu lực của sản phẩm

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

- a. Người được bảo hiểm tử vong; hoặc
- b. Hợp đồng sản phẩm bảo hiểm chính chấm dứt hiệu lực; hoặc
- c. Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này kết thúc Thời hạn bảo hiểm và Công ty không tiếp tục gia hạn Thời hạn bảo hiểm; hoặc
- d. 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
- e. Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này; hoặc
- f. Vào Ngày gia hạn năm ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt Tuổi tối đa kết thúc gia hạn bảo hiểm; hoặc
- g. Hợp đồng bảo hiểm sản phẩm bảo hiểm chính đã ký kết được duy trì với Số tiền bảo hiểm giảm; hoặc
- h. Do Người được bảo hiểm thay đổi nghề nghiệp và không được Công ty chấp nhận tiếp tục bảo hiểm như quy định tại Điều 6; hoặc
- i. 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
- j. Những nguyên nhân khác được quy định tại các Điều hoặc Khoản khác trong Hợp đồng bảo hiểm; hoặc
- k. Các trường hợp khác theo quy định của pháp luật.

Điều 8 Giải quyết quyền lợi bảo hiểm

8.1 Người nhận quyền lợi bảo hiểm

Công ty sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm sản phẩm bổ trợ này cho Người được bảo hiểm.

8.2 Để yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm, bằng chi phí của mình, Người nhận quyền lợi bảo hiểm phải:

- Thông báo ngay bằng văn bản cho Công ty trong vòng 90 (chín mươi) ngày kể từ ngày xuất viện. Việc không nộp các chứng từ trong khoảng thời gian nói trên sẽ không gây phương hại đến quyền yêu cầu bồi thường nếu có lý do hợp lệ. Các yêu cầu thanh toán quyền lợi nợ muợn quá 12 (mười hai) tháng kể từ ngày xuất viện sẽ không được Công ty chấp nhận.
- Bảng chi phí của mình, cung cấp các thông tin và giấy tờ hồ sơ cần thiết theo yêu cầu của Công ty 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 hoặc bản sao hợp lệ giấy nhập viện, ra viện, chuyển viện, hóa đơn viện phí; và
 - Hồ sơ bệnh án và giấy chứng nhận phẫu thuật trong trường hợp điều trị tại Khoa chăm sóc đặc biệt hoặc Phẫu thuật; và
 - Bằng chứng về tai nạn xảy ra như Biên bản tai nạn giao thông, biên bản khám nghiệm hiện trường, báo cáo kết luận điều tra hoặc giấy xác nhận tai nạn của cơ quan có thẩm quyền.

8.3 Công ty sẽ giải quyết quyền lợi bảo hiểm trong vòng 30 (ba mươi) ngày kể từ ngày nhận đầy đủ các chứng từ theo yêu cầu.

8.4 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 để xác định sự cần thiết phải nằm viện điều trị nội trú;
- 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 các yêu cầu nói trên.