

ĐIỀU KHOẢN HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM CHĂM SÓC SỨC KHỎE

(áp dụng từ 01/04/2017)

CHƯƠNG 1: GIỚI THIỆU

Hợp đồng bảo hiểm này được cấp trên cơ sở Công ty đã nhận được đầy đủ khoản phí bảo hiểm theo yêu cầu và dựa trên những thông tin được kê khai trong Đơn yêu cầu bảo hiểm. Đơn yêu cầu bảo hiểm là cơ sở và là một phần của Hợp đồng bảo hiểm này.

Công ty sẽ thanh toán các quyền lợi theo đúng và dựa trên những điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm này.

Thời gian 14 ngày tự do xem xét: Chủ hợp đồng có thể đem Hợp đồng bảo hiểm này đến Công ty xin hủy bỏ trong vòng 14 ngày kể từ ngày nhận được Hợp đồng bảo hiểm và sẽ được hoàn trả đầy đủ số phí bảo hiểm đã đóng.

Trong Hợp đồng bảo hiểm này, những từ ngữ được dùng ở thể số ít sẽ bao gồm cả thể số nhiều và ngược lại, và những từ mang giống đực hoặc trung tính sẽ bao gồm cả giống cái, giống đực và trung tính.

Trong Hợp đồng bảo hiểm này, những sự đề cập đến các số của điều khoản sẽ là những sự đề cập đến các điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm này được đánh số như vậy và những sự đề cập đến các số của đoạn văn sẽ là những sự đề cập đến các đoạn văn của Quyền lợi lựa chọn có liên quan được đánh số như vậy.

CHƯƠNG 2: ĐỊNH NGHĨA

Trong Hợp đồng bảo hiểm này, nếu không có quy định khác thì những từ và thuật ngữ dưới đây sẽ có nghĩa như sau:

“Tai nạn” là một sự cố:

- xảy ra hoàn toàn ngoài tầm kiểm soát của Người được bảo hiểm và được gây ra bởi phương tiện hữu hình, bên ngoài và mạnh mẽ; và
- xảy ra trong khi Người được bảo hiểm đang được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này.

“Hành động khủng bố” là một hành động cho dù có dính líu đến bạo lực hoặc việc sử dụng vũ lực hay không, và/hoặc sự đe dọa hay sự chuẩn bị trước cho việc đó, của bất kỳ cá nhân hoặc (các) nhóm người nào, cho dù hành động đơn lẻ hay thay mặt cho hay liên kết với bất kỳ (các) tổ chức hoặc (các) hoặc chính phủ nào, được thực hiện vì các mục đích hoặc lý do chính trị, tôn giáo, ý thức hệ, hay dân tộc bao gồm cả ý định tác động đến bất kỳ chính phủ nào và/ hoặc đặt công chúng hoặc một bộ phận công chúng trong sự sợ hãi.

“Bác sĩ gây mê” là Bác sĩ chuyên về gây mê và có đăng ký hành nghề gây mê theo các luật và các quy định có liên quan của nước mà người đó hành nghề.

“Đơn yêu cầu bảo hiểm” là mẫu đơn yêu cầu do Chủ hợp đồng ký và từng Người được bảo hiểm ký nếu Người được bảo hiểm khác với Chủ hợp đồng, thông qua đó Chủ hợp đồng đã yêu cầu bảo hiểm cho từng Người được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này, và Đơn yêu cầu bảo hiểm là một phần của Hợp đồng bảo hiểm này.

“Các nước Đông Nam Á” bao gồm Bru-nây, Cam-pu-chia, In-đô-nê-si-a, Lào, Ma-lay-si-a, My-an-ma, Phi-lip-pin, Sing-ga-po, Thái Lan, Việt Nam.

“Bác sĩ điều trị” là Bác sĩ chịu trách nhiệm điều trị y tế cho một Ốm đau của Người được bảo hiểm. Bác sĩ điều trị không được là Người được bảo hiểm, Thành viên trong gia đình hoặc Bạn đồng hành.

“Bảng liệt kê các quyền lợi” là bảng liệt kê các quyền lợi được đính kèm với Hợp đồng bảo hiểm này.

“Chuyên gia nắn xương” là người chuyên về nắn xương và được cấp giấy phép hoặc có đăng ký hành nghề nắn xương theo các luật và các quy định có liên quan của nước mà người đó hành nghề.

“Nhà vận chuyển” là công ty vận chuyển hoặc công ty đảm nhận vận chuyển mà hoạt động kinh doanh chính của họ là chuyên chở hành khách và/hoặc hàng hóa bằng đường hàng không, đường biển hoặc đường bộ có thu tiền, và họ được cấp giấy phép hoặc được chứng nhận có quyền kinh doanh cho các mục đích như vậy.

“Trẻ em” là người vị thành niên theo luật pháp của Nước cư trú của người đó hoặc là sinh viên học toàn thời gian không quá 23 tuổi.

“Bác sĩ đông y” là người được cấp giấy phép hoặc có đăng ký hành nghề đông y theo các luật và các quy định có

liên quan của nước mà người đó hành nghề.

“Cộng sự làm ăn thân thiết” là người cùng cộng tác kinh doanh có phần hùn trong công việc kinh doanh của Người được bảo hiểm.

“Đồng bảo hiểm” là tỷ lệ phần trăm của các quyền lợi bảo hiểm mà Người được bảo hiểm hoặc Công ty bảo hiểm khác trả hoặc phải trả.

“Công ty” là Tổng Công ty Cổ Phần Bảo Hiểm Hùng Vương.

“Bệnh tật bẩm sinh” là sự bất thường về mặt thể chất hoặc y học có từ khi sinh ra cũng như những bất thường về mặt thể chất/tinh thần sơ sinh phát triển sau đó do những nhân tố vốn có từ khi sinh ra.

“Phẫu thuật thẩm mỹ” là phẫu thuật phục hình hoặc phẫu thuật mà xét về mặt y khoa là không cần thiết hoặc phẫu thuật được thực hiện chủ yếu là để cải thiện vẻ bề ngoài của một người hoặc phẫu thuật mà người có liên quan nghĩ rằng hoặc tin rằng sẽ cải thiện vẻ bề ngoài của mình và bao gồm cả bất kỳ phẫu thuật nào cần thiết cho những lý do tâm lý, sự thích nghi và sự thỏa mãn cá nhân đối với một Bệnh tật được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này.

“Nước cư trú” là nước mà người yêu cầu bảo hiểm cư trú ít nhất 183 ngày trong một Năm hợp đồng.

“Chăm sóc an dưỡng” là:

- (a) sự chăm sóc được cung cấp chủ yếu cho những nhu cầu cá nhân, sự thoải mái hoặc sự tiện lợi và được cung cấp bởi những người có hay không có kỹ năng hoặc sự đào tạo y tế chuyên ngành; hoặc
- (b) sự chăm sóc được cung cấp chủ yếu để duy trì hơn là để cải thiện tình trạng y tế của một người, như là một sự phòng bệnh cho chức năng thể chất hoặc tinh thần hoặc để cung cấp một môi trường được bảo vệ.

“Mức miễn thường” là số tiền được quy định trong Bảng liệt kê các quyền lợi sẽ được khấu trừ vào những quyền lợi phải trả cho bất kỳ Chi phí hợp lệ nào trong mỗi Năm hợp đồng.

“Nha sĩ” là người có bằng cấp chứng nhận và được cấp giấy phép hoặc có đăng ký hành nghề nha khoa theo các luật và các quy định có liên quan của nước mà người đó hành nghề.

“Bệnh tật” là một Ốm đau hoặc Thương tích và bất kỳ di chứng hay biến chứng nào của việc đó, và trong trường hợp Thương tích thì bao gồm tất cả những Thương tích phát sinh từ cùng một sự cố hoặc một loạt các sự cố kế tiếp nhau.

“Các chi phí hợp lệ” là các chi phí y tế cho những việc điều trị và những dịch vụ cần thiết về mặt y tế cho việc điều trị một Bệnh tật.

“Người hợp lệ” là (a) người không phải là Trẻ em; hoặc (b) Trẻ em có cha/mẹ là hoặc sẽ trở thành là Người được bảo hiểm.

“Tình trạng khẩn cấp” là trạng thái thật sự khi có sự thay đổi đột ngột về tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm cần phải có sự can thiệp khẩn cấp của y tế hoặc phẫu thuật để tránh sự nguy hiểm đến tính mạng hoặc sức khỏe sắp xảy ra.

“Chăm sóc tiếp theo” là sự điều trị được Bác sĩ điều trị trong bệnh viện yêu cầu, bao gồm việc thăm khám tiếp theo, thuốc có liên quan, các xét nghiệm chẩn đoán và vật lý trị liệu. Việc bảo hiểm bị giới hạn đối với việc điều trị tiếp theo của tình trạng y tế cụ thể mà Người được bảo hiểm đã nhận sự điều trị nội trú được bảo hiểm bởi Hợp đồng bảo hiểm này. Việc điều trị tiếp theo không bao gồm việc thăm khám ngoại trú thường xuyên và thuốc dài hạn cho tình trạng y tế mãn tính.

“Thời gian gia hạn” là thời gian ba mươi (30) ngày bắt đầu từ ngày đến hạn thanh toán các khoản phí có liên quan.

“Dược thảo” là cây mà lá của nó được dùng làm thuốc để điều trị một Ốm đau hoặc Thương tích được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này và nó được Dược thảo viên hoặc Bác sĩ đông y kê đơn để điều trị Ốm đau hoặc Thương tích đó.

“Dược thảo viên” là người trồng hoặc bán những dược thảo và người này được cấp giấy phép, có đăng ký hoặc được cho phép theo các luật và các quy định có liên quan của nước mà người này tiến hành các hoạt động để trồng hoặc bán những dược thảo đó.

“Quê hương/Nước xuất xứ” là nước mà Người được bảo hiểm được cấp hộ chiếu và đã được khai trên Đơn yêu cầu bảo hiểm.

“Điều dưỡng tại nhà” là việc chăm sóc điều dưỡng tại nhà ngay sau khi xuất viện, được thực hiện bởi một y tá có giấy phép, và phải có xác nhận của Bác sĩ điều trị là cần thiết về mặt y tế.

“Chăm sóc hấp hối” là chăm sóc xoa dịu (quản lý triệu chứng, chăm sóc giảm đau và chăm sóc cuối đời) cho các cá nhân bị bệnh ở giai đoạn cuối mà sự sống dự kiến chỉ sáu tháng hoặc ít hơn. Trọng tâm của chăm sóc hấp hối là quản lý đau đớn và triệu chứng, đáp ứng các nhu cầu về vật chất, xúc cảm và tinh thần của người sắp qua đời, trong khi tăng cường chất lượng cao nhất của cuộc sống có thể.

“Bệnh viện” là một cơ quan được cấp giấy phép hợp pháp như là một bệnh viện y tế hoặc phẫu thuật tại nước mà nó tọa lạc và các chức năng chính của nó không phải là các chức năng của một spa, phòng khám chữa bệnh bằng nước, viện điều dưỡng, nơi an dưỡng, viện dưỡng lão, trung tâm phục hồi chức năng, nơi cai nghiện rượu hoặc ma túy. Bệnh viện phải dưới sự giám sát thường xuyên của một Bác sĩ nội trú.

“Ốm đau” là sự đau ốm hoặc bệnh được biểu thị bằng một sự lệch có tính bệnh lý ra khỏi tình trạng sức khỏe bình

thường:

- (a) bắt đầu hoặc xảy ra sau ba mươi (30) ngày kể từ Ngày hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực; và
- (b) cần phải được điều trị bởi một Bác sĩ, Bác sĩ chuyên khoa hoặc Bác sĩ phẫu thuật; và
- (c) được bảo hiểm bởi Hợp đồng bảo hiểm này.

“Người thân gia đình trực hệ” là vợ hoặc chồng hợp pháp của Người được bảo hiểm, các con (con ruột hoặc con nuôi), anh chị em ruột, anh chị em dâu rể, cha mẹ ruột, cha mẹ vợ hoặc chồng, ông bà nội ngoại, cháu nội ngoại, người giám hộ hợp pháp, cha mẹ kế hay con riêng của vợ hoặc chồng.

“Thương tích” là thương tích trên thân thể (loại trừ những tình trạng tâm thần) phát sinh hoàn toàn và duy nhất từ một tai nạn độc lập với tất cả các nguyên nhân khác trực tiếp dẫn đến tổn thất được bảo hiểm bởi Hợp đồng bảo hiểm này.

“Bệnh nhân nội trú” là Người được bảo hiểm bị Bệnh tật và được nhập viện để điều trị Bệnh tật đó và nằm viện trong một thời gian liên tục từ 18 tiếng trở lên.

“Người được bảo hiểm” là bất kỳ người nào trong những người được ghi tên là Người được bảo hiểm trong Bảng liệt kê hợp đồng bảo hiểm.

“Các dụng cụ y khoa” là những vật dụng được bác sĩ kê đơn để sử dụng trong y tế như là găng tay, băng, khẩu trang, bộ dụng cụ cho máy khí dung, bom tiêm, bông, và thạch cao cũng như những đồ tiêu dùng khác được sử dụng cho các thiết bị cơ khí.

“Thuốc và Dược phẩm” là bất kỳ thuốc hoặc dược phẩm nào (không phải là các thuốc hoặc dược phẩm đang được thí nghiệm hoặc chưa được chứng minh) do Bác sĩ kê đơn và được yêu cầu cụ thể cho việc điều trị một Bệnh tật.

“Các chi phí khác” là các chi phí cho các xét nghiệm, chụp X quang, các phí chuyên môn, thuốc và dược phẩm, máu và huyết tương, thuê xe lăn, phẫu thuật ngoại trú, các thiết bị và dụng cụ phẫu thuật, và các thiết bị lắp bộ phận giả theo tiêu chuẩn phẫu thuật nội.

“Các chi phí bình thường theo thông lệ” là chi phí hợp lý mà:

- (a) thông thường và theo thông lệ khi được so sánh với các chi phí cho những dịch vụ và những vật dụng tương tự tại khu vực địa lý của Người được bảo hiểm; và
- (b) được áp dụng cho những người có những tình trạng y tế tương tự tại khu vực địa lý của Người được bảo hiểm.

“Bắc Mỹ” bao gồm Canada, Mỹ, Mexico và quần đảo Caribe.

“Quyền lợi lựa chọn” là quyền lợi được bao gồm trong chứng từ Hợp đồng bảo hiểm này theo sự lựa chọn của Chủ hợp đồng có sự đồng ý của Công ty và phụ lục có liên quan đến quyền lợi đó được đính kèm với chứng từ Hợp đồng bảo hiểm này, quyền lợi đó được xem là quyền lợi được xác nhận và các khoản phí bảo hiểm bổ sung cho quyền lợi đó phải được thanh toán cho Công ty.

“Thời gian bảo hiểm” là thời gian được ghi là thời gian bảo hiểm trong Bảng liệt kê hợp đồng bảo hiểm hoặc trong các tài tục Hợp đồng bảo hiểm sau đó và trong thời gian này Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực.

“Thương tật toàn bộ vĩnh viễn” là thương tật làm cho Người được bảo hiểm hoàn toàn không thể làm công việc của mình hoặc bất kỳ nghề nghiệp nào và thương tật này kéo dài 52 tuần liên tục và vào lúc kết thúc thời gian đó thì cũng không có hy vọng cải thiện.

“Tình trạng thực vật dai dẳng” là:

a) Một sự sút giảm dữ dội về ý thức trong đó Người được bảo hiểm bị tổn thương hệ thần kinh ở trong tình trạng thức tỉnh một phần chứ không phải nhận thức thật sự, mặc dù có các dấu hiệu bề ngoài như là mở mắt, nuốt và tự thờ và khả năng có thể là dai dẳng; và

b) tình trạng đã kéo dài trong ít nhất bốn (4) tuần mà không có dấu hiệu cải thiện, trong khi đã thực hiện tất cả các cố gắng hợp lý để làm nhẹ bớt tình trạng này.

“Bác sĩ” là người có bằng cấp chứng nhận và được cấp giấy phép hoặc có đăng ký hành nghề y khoa theo các luật và các quy định có liên quan của nước mà người đó hành nghề.

“Hợp đồng bảo hiểm” là chứng từ hợp đồng bảo hiểm này bao gồm cả Đơn yêu cầu bảo hiểm, Bảng liệt kê hợp đồng bảo hiểm, Bảng liệt kê các quyền lợi và Bảng liệt kê phẫu thuật và bất kỳ các Quyền lợi lựa chọn nào được bao gồm trong chứng từ Hợp đồng bảo hiểm này với phụ lục có liên quan được đính kèm và bất kỳ các thay đổi, sửa đổi hoặc phụ lục nào thêm vào đó được nhân viên có thẩm quyền của Công ty chấp thuận.

“Ngày hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực” là đúng 12 giờ đêm (giờ địa phương ở Nước cư trú) của ngày đầu tiên của Thời gian bảo hiểm.

“Chủ hợp đồng” là người được ghi tên là Chủ hợp đồng trong Bảng liệt kê hợp đồng bảo hiểm và Hợp đồng bảo hiểm này được cấp cho người đó về việc bảo hiểm cho những Người được bảo hiểm.

“Bảng liệt kê hợp đồng bảo hiểm” là bảng liệt kê hợp đồng bảo hiểm được đính kèm với Hợp đồng bảo hiểm này.

“Năm hợp đồng” là năm theo lịch bắt đầu vào Ngày hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực hoặc bất kỳ ngày kỷ niệm nào của ngày đó.

“**Tình trạng tồn tại trước**” là bất kỳ Bệnh tật nào:

- (a) đã có trước Ngày hợp đồng bảo hiểm cho Người được bảo hiểm có hiệu lực, và lịch sử tự nhiên của Bệnh tật đó có thể được xác định về phương diện lâm sàng là đã bắt đầu có từ trước khi thẩm định Đơn yêu cầu bảo hiểm này trước ngày Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, cho dù Người được bảo hiểm đã có nhận biết được Bệnh tật đó hay không; hoặc
- (b) Người được bảo hiểm đã tìm kiếm hay đã nhận được sự điều trị, hoặc sự cho thuốc, hoặc sự tư vấn, hoặc sự chẩn đoán cho Bệnh tật đó trong thời gian hai (2) năm trước khi bắt đầu Hợp đồng bảo hiểm; hoặc
- (c) Người được bảo hiểm đã biết là có trước khi bắt đầu Hợp đồng bảo hiểm, cho dù Người được bảo hiểm đã có tìm kiếm hay đã nhận được sự điều trị, hoặc sự cho thuốc, hoặc sự tư vấn, hoặc sự chẩn đoán hay không.

*** Những tình trạng tồn tại trước trong Nha khoa là những tình trạng cần phải được điều trị trong lần khám răng đầu tiên sau Ngày hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực.

“**Phòng đơn**” là phòng đơn (dành cho một người ở) có mức chi phí thấp nhất trong Bệnh viện hoặc có thể bị giới hạn bởi quyền lợi trong Bảng liệt kê hợp đồng bảo hiểm có liên quan.

“**Các phí chuyên môn**” là các phí phải trả cho các chuyên gia y tế có giấy phép hành nghề như chuyên gia điều trị bằng liệu pháp lao động, chuyên gia vật lý trị liệu, chuyên gia châm cứu, chuyên gia dinh dưỡng, Bác sĩ điều trị (ngoại trừ Bác sĩ phẫu thuật), chuyên gia bệnh học và chuyên gia X quang.

“**Phương tiện vận chuyển công cộng**” là tất cả các phương tiện vận chuyển công cộng thông thường như máy bay đa động cơ, xe buýt, xe lửa, tàu thủy, tàu chạy bằng đệm không khí, phà và taxi được cấp phép chở hành khách có mua vé và xe buýt đường dài do đại lý du lịch thu xếp và không phải là phương tiện vận chuyển của nhà thầu hoặc của tư nhân.

“**Nơi công cộng**” là bất kỳ địa điểm sử dụng chung nào (như bãi đậu xe, đường phố, công viên, khu vực thiên nhiên, trạm xe buýt, sân bay, sân vận động hoặc trung tâm mua sắm) bao gồm cả các loại phương tiện vận chuyển công cộng hoặc bất kỳ nơi chốn hay địa điểm tương tự nào khác.

“**Phục hồi chức năng**” là việc điều trị dưới hình thức kết hợp các liệu pháp như liệu pháp vật lý, liệu pháp lao động và liệu pháp ngôn ngữ nhằm mục đích khôi phục lại chức năng đầy đủ sau khi một bệnh cấp tính được điều trị nội trú.

“**Ngày tái tục hợp đồng bảo hiểm**” là ngày được ghi rõ là ngày tái tục Hợp đồng bảo hiểm trong Bảng liệt kê hợp đồng bảo hiểm.

“**Mức phí bảo hiểm ngắn hạn**” là mức phí được tính theo công thức dưới đây cho khoảng thời gian trước khi hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm này và trong khoảng thời gian đó Hợp đồng bảo hiểm này đã có hiệu lực.

Khoảng thời gian trước khi hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm	Mức phí bảo hiểm ngắn hạn
(a) Dưới một (1) tháng	20% phí bảo hiểm hằng năm
(b) Cứ mỗi tháng kế tiếp sau tháng đầu tiên	10% phí bảo hiểm hằng năm
(c) Nhiều hơn tám (8) tháng	100% phí bảo hiểm hằng năm

“**Bệnh đặc biệt**” là bệnh trĩ, giãn tĩnh mạch, viêm xoang mãn tính, tiểu đường, tất cả các loại viêm gan, ung thư.

“**Bác sĩ chuyên môn**” là Bác sĩ chuyên về một lĩnh vực y khoa riêng biệt.

“**Bác sĩ phẫu thuật**” là người có bằng cấp chứng nhận và được cấp giấy phép hoặc có đăng ký hành nghề phẫu thuật theo các luật và các quy định có liên quan của nước mà người đó hành nghề phẫu thuật.

“**Chi phí cho bác sĩ phẫu thuật**” là chi phí phải trả cho một Bác sĩ phẫu thuật hay các Bác sĩ phẫu thuật cho việc phẫu thuật để điều trị một Bệnh tật. Chi phí cho Bác sĩ phẫu thuật bao gồm cả đánh giá tiền phẫu thuật, thăm khám tại bệnh viện và chăm sóc hậu phẫu thuật bình thường và dựa trên chi phí bình thường theo thông lệ.

“**VND**” là đơn vị tiền tệ hợp pháp của nước Việt Nam.

CHƯƠNG 3: CÁC CHI TIẾT VỀ BẢO HIỂM

3.1. Sự chi trả các quyền lợi

- 3.1.1 Dựa trên các điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm này, nếu Người được bảo hiểm bị hoặc mắc phải một Bệnh tật trong Thời gian bảo hiểm, thì Công ty sẽ chi trả các quyền lợi theo đúng Bảng liệt kê các quyền lợi.
- 3.1.2 Nếu Bảng liệt kê các quyền lợi có ghi Mức miễn thường hoặc nếu có bất kỳ sự Đồng bảo hiểm nào cho Người được bảo hiểm có liên quan, thì Công ty sẽ chi trả những quyền lợi cho Các chi phí hợp lệ phát sinh trong bất kỳ Năm hợp đồng nào mà vượt quá Mức miễn thường trong Năm hợp đồng đó và sau khi đã trừ đi giá trị của bất kỳ sự Đồng bảo hiểm nào cho Các chi phí hợp lệ đó.
- 3.1.3 Tất cả các quyền lợi sẽ được chi trả cho Người được bảo hiểm có liên quan hoặc cho người đại diện cá nhân của Người được bảo hiểm đó trừ khi Chủ hợp đồng có yêu cầu khác bằng văn bản. Công ty có quyền chi trả trực tiếp cho nhà cung cấp dịch vụ, trừ khi Người được bảo hiểm có liên quan có yêu cầu

khác bằng văn bản. Tất cả mọi chi trả các quyền lợi ở Việt Nam sẽ bằng tiền Đồng Việt Nam (theo tỷ giá bán của Ngân hàng thương mại cổ phần Ngoại thương Việt Nam vào ngày khách hàng được cung cấp dịch vụ).

3.2. Dịch vụ trợ giúp khẩn cấp và các quyền lợi

- 3.2.1 Công ty đã thu xếp với các công ty trợ giúp được chỉ định để cung cấp sự trợ giúp tức thì cho việc:
- (a) Tư vấn y tế và đánh giá;
 - (b) Giới thiệu các Bác sĩ và các Bệnh viện;
 - (c) Kiểm tra việc bảo hiểm;
 - (d) Phối hợp các chi trả quyền lợi;
 - (e) Sơ tán khẩn cấp.
- 3.2.2 Các chi tiết của việc thu xếp đó sẽ được ghi rõ trong Thẻ bảo hiểm cấp cho Người được bảo hiểm.
- 3.2.3 Công ty sẽ chi trả các quyền lợi sơ tán khẩn cấp để trả cho các chi phí đi lại và vận chuyển phát sinh hợp lý cho việc sơ tán y tế cần thiết khi Người được bảo hiểm:
- (a) không thể được điều trị một cách an toàn tại nơi Bệnh tật xảy ra; và
 - (b) không có khả năng đi lại như một hành khách không có người đi kèm, ngồi trên một phương tiện vận chuyển công cộng hoặc tư nhân; và
 - (c) được đưa tới cơ sở y tế thích hợp gần nhất bằng hình thức vận chuyển kinh tế nhất có thể sử dụng được mà không đe dọa làm tổn hại tới tính mạng hoặc sức khỏe.

Với điều kiện là tất cả các sự sắp xếp phải luôn được thực hiện thông qua các công ty trợ giúp được chỉ định của Công ty và được giám sát bởi các công ty đó thay mặt cho Công ty.

- 3.2.4 Công ty và (các) nhà cung cấp dịch vụ của mình sẽ không chịu trách nhiệm về việc không cung cấp các dịch vụ hoặc việc chậm trễ do đình công hay các điều kiện nằm ngoài tầm kiểm soát của mình, bao gồm nhưng không chỉ giới hạn ở các điều kiện của chuyến bay hoặc luật lệ địa phương hay chính quyền nơi đó không cho phép Công ty và (các) nhà cung cấp dịch vụ của mình cung cấp các dịch vụ đó.

3.3. Quyền lợi thai sản

- 3.3.1 Người được bảo hiểm sẽ được chi trả cho tất cả các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần thiết về mặt y tế trong thời gian mang thai với điều kiện là Người được bảo hiểm đã được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này trong thời gian tối thiểu là mười hai (12) tháng liên tiếp.
- 3.3.2 Các chi phí hợp lệ phát sinh liên quan đến Bệnh tật mà Người được bảo hiểm bị trong thời gian mang thai sẽ được chi trả giống như đối với bất kỳ Bệnh tật nào khác, với điều kiện là Các chi phí hợp lệ đó phát sinh trong thời gian Người được bảo hiểm được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này.
- 3.3.3 Quyền lợi này sẽ bao gồm tất cả các sự chăm sóc trước khi sinh và sau khi sinh, tiền phòng và ăn uống ở bệnh viện, Các phí chuyên môn (ngoại trừ phí Bác sĩ nhi khoa), Các chi phí khác và sự chăm sóc trẻ sơ sinh trong tối đa bảy (7) ngày. Sự chăm sóc trẻ sơ sinh bao gồm sữa công thức cho trẻ nhỏ, chi phí phòng và kiểm tra sơ sinh.
- 3.3.4 Những chi phí phát sinh do sẩy thai hoặc phá thai (loại trừ việc phá thai không được xác nhận là cần thiết về mặt y tế để tránh nguy hiểm đến tính mạng hoặc sức khỏe), thai trứng hoặc thai ngoài tử cung (bao gồm cả những biến chứng phát sinh từ những tình trạng đã nói ở trên) sẽ được chi trả theo Hợp đồng bảo hiểm này, với điều kiện là Người được bảo hiểm đã được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này trong thời gian tối thiểu là chín mươi (90) ngày liên tiếp.
- 3.3.5 Khi cả chồng và vợ đều được bảo hiểm và đều đã hoàn tất thời gian hoãn áp dụng 12 tháng, thì quyền lợi thai sản của người vợ sẽ được tăng thêm 50%. Với điều kiện là quyền lợi bảo hiểm sức khỏe của người chồng phải bằng hoặc cao hơn quyền lợi bảo hiểm sức khỏe của người vợ.

3.4. Bảo hiểm cho trẻ sơ sinh

- 3.4.1 Chủ hợp đồng có thể nộp Đơn yêu cầu bảo hiểm cho Công ty để yêu cầu bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này cho đứa trẻ mới sinh của Người được bảo hiểm từ mười lăm (15) ngày sau ngày sinh của đứa trẻ cho đến Ngày tái tục hợp đồng bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm này. Việc bảo hiểm và mức quyền lợi theo Hợp đồng bảo hiểm này đối với đứa trẻ đó sẽ giống như chương trình và mức quyền lợi chi về bảo hiểm sức khỏe đang áp dụng đối với Người được bảo hiểm. Nếu cả cha và mẹ của đứa trẻ đó đều là những Người được bảo hiểm và được bảo hiểm ở những mức quyền lợi khác nhau, thì mức quyền lợi dành cho đứa trẻ sẽ là mức quyền lợi thấp hơn. Không phải trả phí bảo hiểm bổ sung cho việc bảo hiểm này cho đứa trẻ đó theo Hợp đồng bảo hiểm này.
- 3.4.2 Việc bảo hiểm cho đứa trẻ đó sẽ được tiếp tục khi tái tục Hợp đồng bảo hiểm này cho Người được bảo hiểm có liên quan với điều kiện là Chủ hợp đồng thanh toán đầy đủ phí bảo hiểm bổ sung mà Công ty yêu cầu cho việc bảo hiểm đứa trẻ đó và Công ty đã nhận được khoản phí này.
- 3.4.3 Công ty sẽ không thanh toán các quyền lợi cho những chi phí phát sinh do sự chăm sóc đặc biệt hoặc việc điều trị cho bất kỳ Bệnh tật bẩm sinh, các khuyết tật bẩm sinh, các dị tật khi sinh, hoặc việc sinh non của đứa trẻ sơ sinh.

3.5. Điều trị thí nghiệm

Công ty có toàn quyền xem xét chấp nhận hoặc từ chối trách nhiệm đối với những điều trị thí nghiệm hoặc chưa được chứng minh, hoặc những điều trị mà tính hiệu quả của chúng không được xác minh, hoặc những điều trị nói chung không được chấp nhận trong y khoa là có những tính chất chữa bệnh được chỉ rõ và có liên quan. Hơn nữa, bất kỳ các quyền lợi nào đối với các di chứng của việc điều trị đó cũng sẽ hoàn toàn do Công ty quyết định.

3.6. Cấy ghép bộ phận

Công ty sẽ thanh toán lên đến các quyền lợi tối đa cho mỗi bộ phận (tối đa 50% cho người hiến tặng và số phần trăm còn lại cho người nhận, tùy theo sự lựa chọn của người nhận là Người được bảo hiểm) được nêu rõ trong Bảng liệt kê các quyền lợi cho các chi phí phát sinh từ việc ghép thận, tim, phổi, gan, hoặc tủy xương mà Bác sĩ xác nhận là cần thiết cho Người được bảo hiểm. Công ty sẽ không thanh toán cho các chi phí để có được bộ phận cấy ghép.

3.7. Hồi hương thi hài

Trong trường hợp Người được bảo hiểm bị tử vong thì Công ty, thông qua công ty trợ giúp được chỉ định của mình, sẽ là người duy nhất thu xếp việc vận chuyển để hồi hương thi hài về quê hương hoặc Nước cư trú.

3.8. Phối hợp các quyền lợi

Trong trường hợp Đồng bảo hiểm cho Người được bảo hiểm có hiệu lực, thì toàn bộ các quyền lợi mà Người được bảo hiểm nhận được theo Hợp đồng bảo hiểm này và Đồng bảo hiểm đó sẽ không vượt quá 100% tổn thất được thanh toán lại theo Hợp đồng bảo hiểm này.

3.9. Khu vực điều trị

Việc bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này chỉ mở rộng cho những Bệnh tật và việc điều trị những Bệnh tật đó trong khu vực được ghi rõ trong Bảng liệt kê các quyền lợi là khu vực bảo hiểm và phí bảo hiểm phù hợp cho khu vực đó đã được đóng. Nếu không có khu vực được quy định như vậy, thì việc bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này sẽ là toàn cầu.

3.10. Quyền lợi khẩn cấp cho lựa chọn Giới hạn khu vực điều trị

Nếu Chủ hợp đồng lựa chọn Giới hạn khu vực điều trị, thì Hợp đồng bảo hiểm chỉ cung cấp sự bảo hiểm ở Hong Kong, Nhật Bản, Bắc Mỹ và những vùng lãnh thổ phụ thuộc và lãnh hải của những nước đó với điều kiện là Người được bảo hiểm đi du lịch đến những nơi này tổng cộng không quá 30 ngày trong một Năm hợp đồng. Việc bảo hiểm chỉ cho điều trị nội trú trong trường hợp khẩn cấp do Tai nạn và/hoặc do sự bộc phát của một Bệnh cấp tính mà Người được bảo hiểm đã không hề bị hoặc không có triệu chứng vào bất kỳ thời điểm nào trước khi đi du lịch.

3.11. Chấm dứt các quyền lợi

3.11.1 Khi Hợp đồng bảo hiểm này chấm dứt thì việc bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này cho tất cả những Người được bảo hiểm và bất kỳ người nào là Trẻ em được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này và tất cả những Bệnh tật cũng sẽ chấm dứt.

3.11.2 Việc bảo hiểm cho người là Trẻ em được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này sẽ kết thúc vào Ngày tái tục hợp đồng bảo hiểm sau khi người đó kết hôn hoặc đạt đến mười chín tuổi (hai mươi ba tuổi nếu người đó là sinh viên học toàn thời gian) vì người đó đã không còn là Trẻ em vào tuổi đó, trừ khi Chủ hợp đồng làm đơn yêu cầu bảo hiểm cho người đó để trở thành Người được bảo hiểm và thanh toán phí bảo hiểm cần thiết cho việc bảo hiểm Người được bảo hiểm đó vào Ngày tái tục hợp đồng bảo hiểm và Công ty đã nhận được khoản phí này.

CHƯƠNG 4: CÁC LOẠI TRỪ

Hợp đồng bảo hiểm này không bảo hiểm hoặc cung cấp các quyền lợi trong bất kỳ trường hợp hoặc sự việc nào sau đây áp dụng cho hoặc có liên quan đến Người được bảo hiểm:

- 1) Các tình trạng tồn tại trước, ngoại trừ các tình trạng đã được khai báo với Công ty và đã được Công ty chấp nhận;
- 2) Điều trị ở nơi không yêu cầu thanh toán hoặc việc điều trị được thanh toán bởi bảo hiểm khác hay bởi khoản tiền bồi thường cho Chủ hợp đồng hoặc Người được bảo hiểm có liên quan;
- 3) Kế hoạch hóa sinh đẻ, điều trị bất lực hoặc vô sinh (bao gồm cả việc thụ tinh nhân tạo, thụ tinh trong ống nghiệm, chuyển phôi), hủy bỏ triệt sản hoặc phá thai theo ý muốn, các phương pháp kế hoạch hóa sinh đẻ bằng phẫu thuật, cơ học hay hóa học, hoặc việc điều trị liên quan đến vô sinh, và bất kỳ các tình trạng nào phát sinh từ những việc đó;
- 4) Việc kiểm tra và điều trị các bệnh tật bẩm sinh và các dị tật hoặc bệnh di truyền;
- 5) Chăm sóc an dưỡng, các kiểm tra sức khỏe thường lệ hoặc các kiểm tra sức khỏe tổng quát, hoặc bất kỳ các điều trị hoặc các dịch vụ nào mà Công ty xét thấy là không cần thiết cho việc điều trị một tình trạng về thể chất hoặc tinh thần bao gồm kiểm tra sức khỏe tổng quát, tiêm chủng, tư vấn (hôn nhân, gia đình, chế độ ăn kiêng, sự điều chỉnh, hoặc sự thích nghi về mặt tâm lý), kiểm tra thính lực, các tật khúc xạ của mắt, phẫu thuật hiệu chỉnh mắt để chữa lỗi khúc xạ, các dụng cụ hiệu chỉnh (bao gồm cả kính đeo mắt, mắt kính, kính sát trùng, máy trợ thính, dụng cụ chỉnh răng, móc niềng răng, giày hiệu chỉnh), hoặc việc điều trị nha khoa trừ khi được bảo hiểm theo bảo hiểm các quyền lợi lựa chọn của Hợp đồng bảo hiểm này dành cho thị lực, nha khoa, hoặc

- kiểm tra sức khỏe tổng quát;
- 6) Điều trị nha khoa, ngoại trừ:
 - (a) Điều trị khẩn cấp cần thiết để phục hồi hoặc thay thế răng tự nhiên lành mạnh bị mất hoặc bị thương tổn trong một Tai nạn; và
 - (b) Để giảm đau tức thì sau khi bị Tai nạn.
 - 7) Phẫu thuật thẩm mỹ hoặc phục hình và bất kỳ các biến chứng hoặc di chứng nào của việc đó, ngoại trừ:
 - (a) Phẫu thuật phục hình được thực hiện do hoặc có liên quan đến bất kỳ Thương tích nào do Tai nạn gây ra phát sinh trong Thời gian bảo hiểm và được thực hiện trong vòng 12 tháng kể từ khi xảy ra Tai nạn; hoặc
 - (b) Phục hình nhũ diễn ra đồng thời với phẫu thuật điều trị ung thư vú phát sinh trong Thời gian bảo hiểm.
 - 8) Bệnh tật phát sinh trực tiếp hoặc gián tiếp do uống rượu bia quá mức hoặc lạm dụng thuốc, dung môi, hoặc bất kỳ sự nghiện ngập nào khác;
 - 9) Các điều trị ngoại trú hoặc những dịch vụ cho các rối loạn tâm thần, tâm lý, tinh thần hoặc thần kinh, và bất kỳ các biểu hiện sinh lý hoặc thần kinh nào của các rối loạn đó;
 - 10) Bệnh tật do chiến tranh có tuyên chiến hay không có tuyên chiến hoặc bất kỳ hành động nào của sự kiện đó, phục vụ trong quân đội, hải quân hoặc không quân, nổi loạn, phiến loạn, chiến sự, cách mạng, nhiệm hạt nhân và hóa chất, bạo động dân sự hoặc Hành động khủng bố, trừ khi Người được bảo hiểm bị Thương tích do Hành động khủng bố trong khi là người ngoài cuộc vô tội với số tiền bảo hiểm tối đa là 2.000.000.000 VND cho mỗi Người được bảo hiểm cho mỗi sự cố;
 - 11) Thương tích do tự gây ra một cách cố ý, tự tử, cố gắng tự tử, trong khi tinh táo hoặc mất trí;
 - 12) Thương tích bị trong khi tham gia vào (bao gồm cả bất kỳ việc luyện tập hoặc chương trình rèn luyện thể lực nào cho việc đó) bất kỳ môn thể thao, cuộc thi hoặc cuộc thi đấu nào bao gồm nhưng không chỉ giới hạn ở những hoạt động sau: đua xe ô tô hoặc xe hơi, thể thao chuyên nghiệp, thể thao tiếp xúc có tổ chức, đua xe mô tô, đua thuyền máy, và thi đấu luyện ngựa;
 - 13) Nhảy dù biểu diễn, dù bay, điều lượn, bay (không phải như là hành khách có mua vé đi trên một máy bay thương mại được cấp giấy phép hợp lệ), thám hiểm hang động, leo đá hoặc leo núi (có hoặc không có sử dụng dây thừng hoặc thiết bị khác), nhảy bungee, lặn có đeo bình dưỡng khí không phải để giải trí, lặn có đeo bình dưỡng khí ở độ sâu hơn hai mươi (20) mét dưới mặt nước biển, mã cầu, đua ngựa vượt rào, hoặc bất kỳ hoạt động mạo hiểm nào khác, trừ khi đã được khai báo với Công ty và đã được Công ty chấp nhận hoặc cố ý đặt mình vào tình trạng nguy hiểm (ngoại trừ trường hợp nỗ lực để cứu sống người);
 - 14) Các bệnh lây truyền qua đường tình dục hoặc các di chứng của chúng;
 - 15) Virus gây suy giảm miễn dịch ở người ("HIV") và/hoặc các ốm đau có liên quan đến HIV bao gồm cả Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ("AIDS"), phức hợp có liên quan đến AIDS và/hoặc bất kỳ sự đột biến, tiến hóa, hoặc biến dị nào của nó mà biểu hiện vào bất kỳ thời điểm nào (Áp dụng cho sản phẩm Toàn Mỹ) hoặc trong vòng năm năm kể từ ngày Hợp đồng bảo hiểm của Người được bảo hiểm có hiệu lực;
 - 16) Lắp bộ phận giả, các thiết bị chỉnh hình, các thiết bị hiệu chỉnh và những dụng cụ y khoa không cần thiết cho một cuộc phẫu thuật;
 - 17) Tham gia vào bất kỳ hoạt động bất hợp pháp nào;
 - 18) Các chi phí phát sinh cho việc cung cấp các hóa đơn y tế và hóa đơn bệnh viện, giấy chứng nhận, tài liệu, thông tin hoặc bằng chứng khác mà Công ty yêu cầu;
 - 19) Điều trị thí nghiệm hoặc chưa được chứng minh;
 - 20) Phục hồi chức năng trừ khi nó là một phần không thể thiếu của việc điều trị nội trú;
 - 21) Điều trị ở các nhà an dưỡng, phòng khám chữa bệnh tự nhiên, các spa hoặc các cơ sở tương tự;
 - 22) Điều trị những bất thường phát triển bao gồm nhưng không chỉ giới hạn ở những khó khăn trong việc học, rối loạn tăng động giảm chú ý, tự kỷ, những vấn đề về cách cư xử và những vấn đề liên quan đến sự phát triển thể chất, liệu pháp ngôn ngữ;
 - 23) Các chi phí đi lại và chỗ ở phát sinh trừ khi được sự đồng ý trước của Công ty;
 - 24) Điều trị những rối loạn về hơi thở có liên quan đến giấc ngủ, bao gồm cả ngáy và ngưng thở trong lúc ngủ, mệt mỏi, mệt mỏi sau một chuyến bay dài hoặc căng thẳng có liên quan đến công việc hoặc bất kỳ tình trạng có liên quan nào;
 - 25) Thăm khám tại nhà bởi một Bác sĩ y khoa, Bác sĩ chuyên môn, hoặc Y tá đạt tiêu chuẩn trừ khi được sự đồng ý cụ thể bằng văn bản của Công ty trước khi thăm khám;
 - 26) Chăm sóc hoặc điều trị dự phòng trừ khi quyền lợi đó có trong Bảng liệt kê các quyền lợi hoặc trong Phụ lục hoặc được Công ty cho rằng là cần thiết về mặt y tế;
 - 27) Quản lý và điều trị cân nặng;
 - 28) Tất cả các điều trị cho Tình trạng thực vật dai dẳng hoặc tổn thương hệ thần kinh lâu dài sẽ dừng lại sau 90 ngày kể từ ngày bắt đầu điều trị mà không có ngoại lệ.

CHƯƠNG 5: CÁC ĐIỀU KHOẢN VÀ ĐIỀU KIỆN

5.1. Tuổi tối thiểu được tham gia bảo hiểm

Người lần đầu tiên tham gia bảo hiểm nếu dưới 15 ngày tuổi sẽ không được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này.

5.2. Bổ sung

Chủ hợp đồng có thể nộp văn bản yêu cầu mở rộng Hợp đồng bảo hiểm này để bảo hiểm cho một Người hợp lệ. Người hợp lệ đó sẽ trở thành Người được bảo hiểm khi Công ty chấp nhận văn bản yêu cầu của Chủ hợp đồng theo đúng các luật lệ thẩm định hiện hành của mình và nhận đầy đủ phí bảo hiểm bổ sung yêu cầu.

5.3. Quyền làm chủ tuyệt đối

Trừ khi có thay đổi khác được xác nhận rõ ràng bằng phụ lục trong Hợp đồng bảo hiểm này, Công ty có quyền xem Chủ hợp đồng là người chủ tuyệt đối của Hợp đồng bảo hiểm này và sẽ không bị bắt buộc phải công nhận bất kỳ yêu cầu bồi thường công bằng hoặc yêu cầu bồi thường khác nào đối với Hợp đồng bảo hiểm này hoặc bất kỳ số tiền lãi nào trong Hợp đồng bảo hiểm này. Giấy biên nhận của một mình Chủ hợp đồng (hoặc của người đại diện cá nhân của Chủ hợp đồng) sẽ là sự giải trách đầy đủ đối với Công ty.

5.4. Người thừa kế bảo hiểm

5.4.1 Nếu Chủ hợp đồng là một cá nhân và qua đời, thì vợ/chồng của Chủ hợp đồng (nếu người đó là Người được bảo hiểm)/người đại diện cá nhân của Chủ hợp đồng sẽ trở thành Chủ hợp đồng.

5.4.2 Nếu Chủ hợp đồng là một tổ chức tập thể và bị giải thể (không phải là đang tái xây dựng lại), thì Hợp đồng bảo hiểm này sẽ chấm dứt và các phí bảo hiểm đã đóng sẽ được hoàn trả theo cùng những điều khoản giống như là Hợp đồng bảo hiểm này bị hủy bỏ được quy định ở Điều 5.10.3.

5.5. Các phân loại rủi ro nghề nghiệp

Các phân loại rủi ro nghề nghiệp được đề cập đến trong Hợp đồng bảo hiểm này là như sau:

Loại I: Các rủi ro nghề nghiệp rất thấp: Các loại nghề nghiệp chuyên nghiệp và buôn bán không giám sát hoặc không tham gia vào lao động chân tay. Đó là những người nói chung tham gia vào các vị trí chuyên nghiệp, hành chính, quản lý và thư ký.

Loại II: Các rủi ro nghề nghiệp thấp: Giám sát nhưng không tham gia vào lao động chân tay nhưng tham gia vào việc kinh doanh bán sỉ hoặc bán lẻ và những công việc đòi hỏi phải đi lại thường xuyên vì những mục đích chuyên nghiệp hoặc công việc.

Loại III: Lao động chân tay không nguy hiểm: Những nghề nghiệp có dính líu đến công việc chân tay nhẹ.

Loại IV: Những nghề nghiệp có dính líu đến công việc chân tay (không phải công việc chân tay nhẹ) hoặc việc sử dụng máy móc.

5.6. Thời hạn

5.6.1 Mỗi Thời gian bảo hiểm bắt đầu vào đúng 12 giờ đêm của ngày đầu tiên và kết thúc vào đúng 12 giờ đêm của ngày cuối cùng (giờ địa phương ở Nước cư trú của Người được bảo hiểm).

5.6.2 Công ty sẽ không bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này cho đến khi tất cả các phí bảo hiểm phải trả theo Hợp đồng bảo hiểm này được thanh toán trong thời gian yêu cầu, ngoại trừ những trường hợp mà Công ty đã đồng ý bằng văn bản rằng việc thanh toán các phí bảo hiểm phải trả theo Hợp đồng bảo hiểm này được phép trả theo định kỳ. Khi tất cả các phí bảo hiểm đó được thanh toán, việc bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của Thời gian bảo hiểm dựa trên các điều khoản và các điều kiện (bao gồm cả các loại trừ) của Hợp đồng bảo hiểm này và việc loại trừ thêm:

- bất kỳ Bệnh tật nào mà dấu hiệu hoặc triệu chứng của Bệnh tật đó có trước ngày thanh toán các phí bảo hiểm này mà Người được bảo hiểm nhận biết được hoặc theo lẽ thường phải nhận biết được; và
- bất kỳ Ốm đau nào bắt đầu hoặc biểu hiện trong thời gian ba mươi (30) ngày kể từ ngày có hiệu lực đầu tiên của Hợp đồng bảo hiểm; và
- các Bệnh đặc biệt trong thời gian mười hai (12) tháng kể từ ngày có hiệu lực đầu tiên của Hợp đồng bảo hiểm.

5.6.3 Đối với các phí bảo hiểm phải trả theo Hợp đồng bảo hiểm này được phép trả theo định kỳ, thì việc bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này sẽ ngay lập tức mất hiệu lực và không được bảo hiểm thêm nữa theo Hợp đồng bảo hiểm này nếu bất kỳ việc thanh toán nào theo định kỳ các phí bảo hiểm phải trả theo Hợp đồng bảo hiểm này bị quá hạn hoặc không được thanh toán trong ba mươi (30) ngày sau ngày đến hạn thanh toán theo định kỳ đó mà đáng lẽ phải được thanh toán. Hơn nữa, Công ty có quyền bù đắp bất kỳ (các) phí bảo hiểm đến định kỳ chưa thanh toán nào từ bất kỳ những quyền lợi nào phải thanh toán.

5.7. Sửa đổi đối với Hợp đồng bảo hiểm này

Các sửa đổi đối với Hợp đồng bảo hiểm này, bao gồm cả các sửa đổi đối với bất kỳ giấy tờ đính kèm hoặc phụ lục nào của Hợp đồng bảo hiểm này, sẽ không có giá trị nếu không có chữ ký hoặc chữ ký tắt của nhân viên hoặc người đại diện có thẩm quyền của Công ty.

5.8. Thẻ bảo hiểm

Mỗi Người được bảo hiểm sẽ được cấp một Thẻ bảo hiểm có ghi rõ ngày Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực. Thẻ bảo hiểm sẽ xác nhận việc bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này của Người được bảo hiểm có liên quan được cấp thẻ và sẽ vẫn có giá trị miễn là các phí bảo hiểm phải trả theo Hợp đồng bảo hiểm này được thanh toán.

5.9. Phí bảo hiểm

- 5.9.1 Các phí bảo hiểm phải được thanh toán vào ngày đầu tiên của Thời gian bảo hiểm.
- 5.9.2 Số phí bảo hiểm phải trả được tính dựa trên tuổi của mỗi Người được bảo hiểm vào ngày đầu tiên của mỗi Thời gian bảo hiểm, bằng các mức phí do Công ty xác định có hiệu lực vào ngày đến hạn thanh toán phí bảo hiểm, và bất kỳ những nhân tố khác nào mà Công ty xét thấy có liên quan.
- 5.9.3 Công ty có thể xem xét lại số phí bảo hiểm phải trả khi tái tục hoặc tái lập Hợp đồng bảo hiểm này dựa trên bảng các mức phí được áp dụng khi đó, lịch sử các yêu cầu bồi thường của Người được bảo hiểm và bất kỳ những nhân tố nào mà Công ty xét thấy có liên quan.

5.10. Hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm

- 5.10.1 Chủ hợp đồng có thể hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm này bằng cách viết thông báo cho Công ty, và gửi bằng thư bảo đảm đến văn phòng hành chính bên thứ ba của Công ty.
- 5.10.2 Công ty có thể hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm này vào bất kỳ lúc nào bằng cách gửi thông báo bằng văn bản cho Chủ hợp đồng theo địa chỉ mới nhất của người đó mà Công ty được biết trong bất kỳ trường hợp hoặc sự việc nào sau đây:
 - a) khai sai tuổi của Chủ hợp đồng hoặc Người được bảo hiểm có liên quan;
 - b) khai sai hoặc trình bày sai, cho dù do bỏ sót hoặc do cố tình, về tình trạng thể chất hoặc tinh thần của Chủ hợp đồng hoặc Người được bảo hiểm có liên quan;
 - c) che giấu hoặc không cho biết bất kỳ thông tin quan trọng và những sự việc nào về tình trạng thể chất hoặc tinh thần của Chủ hợp đồng hoặc Người được bảo hiểm có liên quan;
 - d) không thông báo hoặc không cho biết nghề nghiệp hoặc sự thay đổi nghề nghiệp của Chủ hợp đồng hoặc Người được bảo hiểm có liên quan;
 - e) không thông báo việc thay đổi địa chỉ của Chủ hợp đồng hoặc Người được bảo hiểm có liên quan.
- 5.10.3 Nếu Hợp đồng bảo hiểm này bị Chủ hợp đồng hoặc Công ty hủy bỏ, thì Công ty sẽ hoàn trả số phí bảo hiểm đã đóng trừ đi số tiền được tính theo các mức phí bảo hiểm ngắn hạn với điều kiện là Công ty sẽ không hoàn trả số tiền đó nếu đã thanh toán hoặc phải thanh toán cho bất kỳ yêu cầu bồi thường nào theo Hợp đồng bảo hiểm này trong Năm hợp đồng hiện tại.

5.11. Đình chỉ và tái lập bảo hiểm

- 5.11.1 Việc bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này cho tất cả những Người được bảo hiểm sẽ tiếp tục có hiệu lực trong Thời gian gia hạn cho các phí bảo hiểm phải trả theo Hợp đồng bảo hiểm này cho Năm hợp đồng có liên quan. Nếu bất kỳ phí bảo hiểm nào không được thanh toán và Công ty không nhận được trước khi kết thúc Thời gian gia hạn có liên quan, thì tất cả các việc bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này sẽ bị đình chỉ và việc thanh toán phí bảo hiểm sau khi kết thúc Thời gian gia hạn có liên quan sẽ được xem như là một sự yêu cầu tái lập bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này.
- 5.11.2 Bất kỳ giấy biên nhận thu phí bảo hiểm nào do Công ty cấp sẽ tùy thuộc vào việc Công ty có chấp thuận việc yêu cầu tái lập bảo hiểm hay không và giấy biên nhận đó không phải là, hoặc không được xem là, sự xác nhận việc tái lập bảo hiểm và Công ty sẽ không cung cấp bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này cho đến khi Công ty chấp thuận việc yêu cầu đó và cấp giấy xác nhận theo điều 5.11.4.
- 5.11.3 Công ty có thể yêu cầu bổ sung thêm thông tin hoặc chứng từ cần thiết cho việc yêu cầu tái lập bảo hiểm. Nếu thông tin hoặc chứng từ đó không có, thì việc bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này sẽ vẫn bị đình chỉ và Công ty có thể hoàn trả các phí bảo hiểm đã đóng cho Năm hợp đồng có liên quan.
- 5.11.4 Việc tái lập bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này sẽ hoàn toàn do Công ty quyết định và việc bảo hiểm sẽ chỉ được tái lập khi có xác nhận bằng văn bản của Công ty.
- 5.11.5 Bất kể bất kỳ điều khoản khác nào của Hợp đồng bảo hiểm này, nếu việc bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này được tái lập sau khi bị đình chỉ, Công ty sẽ không phải thanh toán các quyền lợi cho:
 - (a) một Thương tích phát sinh trong thời gian mà việc bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này bị đình chỉ; hoặc
 - (b) một Ốm đau bắt đầu hoặc biểu hiện vào bất kỳ ngày nào mà việc bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này bị đình chỉ hoặc trong thời gian mười (10) ngày kể từ khi tái lập bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này.

5.12. Đảm bảo việc tái tục hợp đồng bảo hiểm

Công ty đảm bảo rằng Hợp đồng bảo hiểm này có thể được tái tục vào cuối mỗi Thời gian bảo hiểm bằng cách thanh toán các phí bảo hiểm phải trả theo Hợp đồng bảo hiểm này vào Ngày tái tục hợp đồng bảo hiểm. Các phí bảo hiểm có thể được xem xét lại dựa trên các yêu cầu bồi thường trong quá khứ và những tiêu chuẩn khác mà Công ty có toàn quyền xác định. Hợp đồng bảo hiểm này sẽ được tái tục có hiệu lực từ Ngày tái tục hợp đồng bảo hiểm khi Công ty nhận được tất cả các phí bảo hiểm đó trong Thời gian gia hạn. Tuy nhiên Công ty hoàn toàn có quyền thay đổi các điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm vào bất cứ lúc nào bằng việc gửi văn bản thông báo cho Chủ hợp đồng theo địa chỉ được biết.

5.13. Tiếp quản Hợp đồng bảo hiểm

- 5.13.1 Dựa trên các khoản mục của điều 5.13 này, Công ty sẽ thanh toán các quyền lợi cho một Bệnh tật của

Người được bảo hiểm tồn tại vào lúc bắt đầu Hợp đồng bảo hiểm này trong trường hợp:

- (a) Bệnh tật đó đã được khai báo cho Công ty bằng cách viết trên Đơn yêu cầu bảo hiểm và đã được Công ty chấp nhận; và
- (b) Người được bảo hiểm đã được bảo hiểm theo một hợp đồng bảo hiểm mà hợp đồng bảo hiểm đó bị chấm dứt ngay trước khi bắt đầu Hợp đồng bảo hiểm này; và
- (c) một bản sao của hợp đồng bảo hiểm trước đã được nộp cho Công ty cùng với Đơn yêu cầu bảo hiểm; và
- (d) các quyền lợi đáng lẽ phải thanh toán cho Người được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm trước nếu không bị chấm dứt.

5.13.2 Số tiền của các quyền lợi mà Công ty phải trả theo Hợp đồng bảo hiểm này cho một Bệnh tật được đề cập đến trong điều 5.13.1 sẽ là số tiền thấp hơn của:

- (a) số tiền của các quyền lợi mà Người được bảo hiểm đáng lẽ nhận được theo hợp đồng bảo hiểm trước nếu không bị chấm dứt; và
- (b) số tiền của các quyền lợi phải trả cho một Bệnh tật theo Hợp đồng bảo hiểm này.

5.13.3 Công ty hoàn toàn có quyền mở rộng hoặc từ chối việc mở rộng bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này cho một Bệnh tật tồn tại vào lúc bắt đầu Hợp đồng bảo hiểm này. Bất kỳ việc mở rộng nào như vậy sẽ dựa trên việc Công ty thực hiện việc xem xét lại thẩm định cá nhân của Người được bảo hiểm có liên quan và Bệnh tật có liên quan. Công ty sẽ không chịu trách nhiệm đối với Bệnh tật đó trước khi những điều khoản được trình bày ở phía trên được thỏa và trước khi Công ty xác nhận rằng việc bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này đã được mở rộng để bao gồm cả Bệnh tật đó.

5.14. Nâng cấp Hợp đồng bảo hiểm

Vào lúc tái tục hợp đồng bảo hiểm, Chủ hợp đồng có thể yêu cầu Công ty nâng hạng hoặc mức độ bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này cho Người được bảo hiểm. Nếu Người được bảo hiểm có liên quan bị bất kỳ Bệnh tật nào mà xảy ra hoặc bắt đầu trước khi hoàn tất việc xem xét lại thẩm định và trước khi Công ty xác nhận rằng hạng hoặc mức độ bảo hiểm cho Người được bảo hiểm đó đã được nâng cấp, thì các quyền lợi phải trả theo Hợp đồng bảo hiểm này sẽ không vượt quá các số tiền tối đa phải trả theo Hợp đồng bảo hiểm này trước khi nâng hạng hoặc mức độ bảo hiểm.

5.15. Bảo hiểm khác

Chủ hợp đồng phải thông báo ngay cho Công ty nếu Người được bảo hiểm được hoặc trở nên được bảo hiểm theo bất kỳ hợp đồng bảo hiểm y tế hoặc tai nạn nào khác và cung cấp cho Công ty một bản sao của chứng từ hợp đồng bảo hiểm (bao gồm cả bảng liệt kê các quyền lợi)

5.16. Thông báo những thay đổi

5.16.1 Chủ hợp đồng phải thông báo ngay cho Công ty bằng văn bản về bất kỳ thay đổi nào về các hoàn cảnh của Chủ hợp đồng hoặc bất kỳ Người được bảo hiểm nào, bao gồm nhưng không chỉ giới hạn ở bất kỳ sự thay đổi nào về địa chỉ, nghề nghiệp, các thói quen hoặc các hoạt động theo đuổi.

5.16.2 Mỗi Người được bảo hiểm phải thông báo ngay cho Chủ hợp đồng bằng văn bản về tất cả các thông tin và về bất kỳ các thay đổi nào mà Chủ hợp đồng được yêu cầu thông báo cho Công ty.

5.16.3 Công ty sẽ không chịu trách nhiệm đối với những tổn thất phát sinh do hoặc có liên quan đến bất kỳ các thay đổi nào về các hoàn cảnh đó, cho dù Chủ hợp đồng có biết hay không hoặc Người được bảo hiểm đã thông báo cho Chủ hợp đồng hay chưa, trừ khi:

- (a) văn bản thông báo việc thay đổi đó đã được gửi cho Công ty; và
- (b) phí bảo hiểm bổ sung (nếu được yêu cầu) đã được thanh toán cho Công ty và Công ty đã nhận được khoản phí này; và
- (c) việc thay đổi được xác nhận bằng phụ lục trong Hợp đồng bảo hiểm này.

5.17. Những điều kiện tiên quyết đối với bất kỳ trách nhiệm nào

Bất kỳ trách nhiệm nào của Công ty theo Hợp đồng bảo hiểm này sẽ hoàn toàn tùy thuộc vào:

- (a) Công ty được cung cấp tất cả các kê khai và các khai báo theo yêu cầu, mà Chủ hợp đồng và Người được bảo hiểm có liên quan (cha/mẹ hoặc người giám hộ nếu Người được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này là Trẻ em) phải cung cấp một cách trung thực và chính xác trên Đơn yêu cầu bảo hiểm hoặc bất kỳ mẫu đơn nào khác do Công ty cung cấp;
- (b) Tính trung thực và chính xác hoàn toàn của tất cả các kê khai và các khai báo đối với bất kỳ yêu cầu bồi thường nào mà Chủ hợp đồng và Người được bảo hiểm nộp cho Công ty; và
- (c) Việc tuân thủ và thực hiện các điều khoản, các điều kiện, và các khoản mục của Hợp đồng bảo hiểm này (bao gồm cả bất kỳ các phụ lục nào) của Chủ hợp đồng hoặc bất kỳ Người được bảo hiểm nào đối với những việc mà họ phải thực hiện hoặc tuân thủ.

5.18. Yêu cầu bồi thường

5.18.1 Trong trường hợp bị tổn thất hoặc có yêu cầu bồi thường phát sinh theo Hợp đồng bảo hiểm này, Chủ hợp đồng hoặc Người được bảo hiểm có liên quan phải thông báo ngay cho Công ty bằng văn bản càng

sớm càng tốt trong vòng ba mươi (30) ngày kể từ khi bị tổn thất hoặc có yêu cầu bồi thường. Thông báo này phải ghi rõ tên của Người được bảo hiểm có liên quan, số Hợp đồng bảo hiểm và mô tả tổn thất.

Thông báo này phải được gửi đến địa chỉ hành chính của Công ty, sau đó Công ty sẽ gửi cho Chủ hợp đồng hoặc Người được bảo hiểm có liên quan các mẫu đơn quy định để nộp yêu cầu bồi thường.

- 5.18.2 Các mẫu đơn yêu cầu bồi thường đã được hoàn tất phải được gửi trả về cho Công ty trong thời gian không quá chín mươi (90) ngày kể từ khi tổn thất được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này xảy ra hoặc kết thúc. Nếu Công ty không cung cấp các mẫu đơn yêu cầu bồi thường trong vòng ba mươi (30) ngày kể từ khi Công ty nhận được thông báo yêu cầu bồi thường, thì những bằng chứng khác về tổn thất phải được gửi cho Công ty trong thời gian không quá chín mươi (90) ngày kể từ khi tổn thất được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này xảy ra hoặc kết thúc. Bằng chứng về tổn thất đó phải bao gồm cả bằng chứng bằng giấy tờ về sự cố xảy ra, loại tổn thất và số tiền tổn thất.
- 5.18.3 Đơn yêu cầu bồi thường (hoặc bằng chứng khác về tổn thất) sẽ không được xem là hoàn tất trừ khi tất cả các phiếu thu y tế và bệnh viện, các giấy chứng nhận, thông tin, và bất kỳ bằng chứng nào khác mà Công ty yêu cầu cho yêu cầu bồi thường đó đã được nộp và đã được Công ty đồng ý. Chỉ những chi phí thực tế phát sinh được xem là những Chi phí hợp lệ mới được xem xét hoàn trả. Bất kỳ sự thay đổi hoặc từ bỏ nào đối với những điều đã nói ở trên sẽ hoàn toàn do Công ty quyết định.
- 5.18.4 Nếu vì một lý do chính đáng nào đó mà không thể nộp Đơn yêu cầu bồi thường đã được hoàn tất hoặc bằng chứng về tổn thất trong thời gian quy định, thì yêu cầu bồi thường vẫn sẽ không bị ảnh hưởng với điều kiện là đơn yêu cầu bồi thường đã được hoàn tất hoặc bằng chứng về tổn thất đó phải được nộp trong vòng 365 ngày kể từ khi tổn thất được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này xảy ra hoặc kết thúc.

5.19. Yêu cầu bồi thường gian lận/ vô căn cứ

- 5.19.1 Công ty sẽ không thanh toán các quyền lợi theo Hợp đồng bảo hiểm này nếu Người được bảo hiểm đã che giấu hoặc trình bày sai bất kỳ sự việc quan trọng nào về tình huống có liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm này.
- 5.19.2 Nếu bất kỳ các yêu cầu bồi thường nào theo Hợp đồng bảo hiểm này là gian lận hoặc vô căn cứ ở bất kỳ khía cạnh nào, thì tất cả các quyền lợi đã trả hoặc phải trả cho yêu cầu bồi thường đó sẽ bị tước bỏ và sẽ bị Công ty thu hồi lại (nếu đã trả). Hơn nữa, Công ty hoàn toàn có quyền hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm trong những trường hợp như vậy.

5.20. Yêu cầu bồi thường bị từ bỏ

Nếu Công ty từ chối trách nhiệm đối với một yêu cầu bồi thường của Chủ hợp đồng hoặc Người được bảo hiểm có liên quan, và nếu yêu cầu bồi thường đó không được đưa ra giải quyết tranh chấp chiếu theo Hợp đồng bảo hiểm này trong vòng mười hai (12) tháng dương lịch kể từ ngày bị từ chối đó, thì yêu cầu bồi thường sẽ được xem là đã bị từ bỏ và sau đó sẽ không được phục hồi vì bất cứ lý do gì. Hơn nữa, nếu Chủ hợp đồng hoặc Người được bảo hiểm có liên quan không liên lạc bằng văn bản về yêu cầu bồi thường đã được nộp hoặc đã được thông báo cho Công ty trong vòng mười hai (12) tháng dương lịch kể từ lần liên lạc bằng văn bản cuối cùng hoặc từ phía Công ty hoặc bởi Chủ hợp đồng hay Người được bảo hiểm có liên quan, thì yêu cầu bồi thường sẽ được xem là bị từ bỏ và sau đó sẽ không được phục hồi.

5.21. Giải quyết tranh chấp

- 5.21.1 Mọi tranh chấp phát sinh liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm này sẽ được nộp lên trọng tài ở Việt Nam. Hai bên sẽ chỉ định một trọng tài. Nếu hai bên không thể đồng ý về một trọng tài, thì hai trọng tài sẽ được chỉ định (mỗi bên chỉ định một người). Trong trường hợp vẫn không đồng ý, thì hai trọng tài này sẽ chọn một trọng tài trung gian.
- 5.21.2 Nếu việc tranh chấp liên quan đến kiến thức y khoa (bao gồm cả những vấn đề về mức bồi thường tối đa thích hợp cho bất kỳ dịch vụ y tế nào) thì Công ty có thể chỉ định một trọng tài mà người này là Bác sĩ và trọng tài trung gian trong trường hợp đó sẽ là một Bác sĩ chuyên môn hoặc Bác sĩ phẫu thuật.
- 5.21.3 Phán quyết của trọng tài sẽ là điều kiện tiên quyết cho trách nhiệm bồi thường của Công ty.

5.22. Luật chủ đạo

Luật pháp Việt Nam sẽ chi phối việc xây dựng, tính hiệu lực và việc thực hiện của Hợp đồng bảo hiểm này.

5.23. Ngôn ngữ

Hợp đồng bảo hiểm này được làm bằng tiếng Anh và tiếng Việt có cùng giá trị như nhau. Bản tiếng Anh sẽ là quyết định trong những trường hợp có bất kỳ sự mâu thuẫn nào giữa 2 bản ngôn ngữ.

CÁC QUYỀN LỢI LỰA CHỌN

Các quyền lợi lựa chọn dựa trên việc thanh toán phí bảo hiểm bổ sung, số tiền của nó được ghi rõ trên Đơn yêu cầu bảo hiểm. Các Quyền lợi lựa chọn chỉ có thể được mua vào thời điểm nộp Đơn yêu cầu Hợp đồng bảo hiểm này hoặc vào thời điểm tái tục Hợp đồng bảo hiểm này. Các quyền lợi lựa chọn có liên quan sẽ chỉ áp dụng và là một phần của Hợp đồng bảo hiểm này nếu phụ lục có liên quan đã được đính kèm với hợp đồng bảo hiểm này và phí bảo hiểm có liên quan cho quyền lợi đó đã được thanh toán cho Công ty và Công ty đã nhận được khoản phí này.

CÁC QUYỀN LỢI LỰA CHỌN VỀ NHA KHOA (Khi Phụ lục về Nha khoa được đính kèm)

Công ty sẽ trả Các chi phí bình thường theo thông lệ cho việc điều trị răng bởi Nha sĩ.

Tất cả mọi tình trạng về răng cần phải được điều trị trong lần khám răng đầu tiên của Người được bảo hiểm có liên quan trong hoặc sau Ngày hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực sẽ là, và sẽ được xem là, các tình trạng tồn tại trước cho các mục đích của Hợp đồng bảo hiểm này và trách nhiệm của Công ty trong việc thanh toán những quyền lợi theo Hợp đồng bảo hiểm này, cho dù những tình trạng về răng đó có được nhận biết hoặc được chẩn đoán ở lần khám răng đầu tiên đó hay không. Trong lần khám răng đầu tiên đó, một cuộc kiểm tra răng tổng quát và chụp X quang toàn bộ răng sẽ được thực hiện. Chi phí cho lần khám răng đầu tiên đó, bao gồm cả các phí cho Nha sĩ và chi phí chụp X quang, sẽ được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này. Báo cáo kiểm tra răng toàn diện của Nha sĩ có liên quan phải được nộp cùng với yêu cầu bồi thường đầu tiên cho những quyền lợi được bảo hiểm theo các quyền lợi lựa chọn về nha khoa này.

CÁC QUYỀN LỢI LỰA CHỌN VỀ TAI NẠN CÁ NHÂN (Khi Phụ lục về Tai nạn cá nhân được đính kèm)

- 1) Công ty sẽ chi trả các quyền lợi về tai nạn cá nhân theo Bảng liệt kê các quyền lợi về tai nạn cá nhân được trình bày ở phía dưới đây nếu Người được bảo hiểm bị một Thương tích với những hậu quả như được ghi rõ trong đoạn 2 ở phía dưới và dựa trên các điều khoản, các điều kiện, và các loại trừ bổ sung được liệt kê cho tai nạn cá nhân được quy định trong các đoạn có liên quan ở phía dưới.
- 2) Trong trường hợp mà trong Thời gian bảo hiểm, Người được bảo hiểm bị một Thương tích và Thương tích đó trong vòng mười hai (12) tháng dương lịch là nguyên nhân trực tiếp duy nhất của:
 - a) tử vong; hoặc
 - b) mất hoàn toàn thị lực và không thể phục hồi được của một hoặc cả hai mắt; hoặc
 - c) mất hoàn toàn một hoặc hơn một chi; hoặc
 - d) mất hoàn toàn khả năng sử dụng và không thể chữa được của hai hoặc hơn hai chi; hoặc
 - e) Thương tật toàn bộ vĩnh viễn; hoặc
 - f) mất hoàn toàn khả năng sử dụng và không thể chữa được của một chi.

Công ty sẽ chi trả tổng số tiền tối đa bằng với mức giới hạn được ghi rõ trong Bảng liệt kê các quyền lợi về Tai nạn cá nhân được trình bày ở phía dưới cho Thương tích gây ra tổn thất đó. Nếu Người được bảo hiểm bị nhiều hơn một tổn thất do một Tai nạn gây ra, thì Công ty sẽ chỉ chi trả cho tổn thất nào có quyền lợi lớn nhất được trả theo các quyền lợi lựa chọn về tai nạn cá nhân này.

BẢNG LIỆT KÊ CÁC QUYỀN LỢI VỀ TAI NẠN CÁ NHÂN

Các quyền lợi được biểu thị theo tỷ lệ phần trăm của số tiền bảo hiểm cho Người được bảo hiểm có liên quan:

Tử vong do tai nạn	100%
Mất hoàn toàn thị lực và không thể phục hồi được của một hoặc cả hai mắt	100%
Mất hoàn toàn một hoặc hơn một chi	100%
Mất hoàn toàn khả năng sử dụng và không thể chữa được của hai hoặc hơn hai chi	100%
Thương tật toàn bộ vĩnh viễn	100%
Mất hoàn toàn khả năng sử dụng và không thể chữa được của một chi	50%

Tổng số tiền phải chi trả cho bất kỳ và tất cả mọi sự cố sẽ không vượt quá 100% số tiền bảo hiểm cho Người được bảo hiểm có liên quan.

CÁC ĐIỀU KIỆN BỔ SUNG CHO CÁC QUYỀN LỢI VỀ TAI NẠN CÁ NHÂN

A. Thay đổi nghề nghiệp

Người được bảo hiểm không được tham gia vào bất kỳ nghề nghiệp nào mà theo sự phân loại rủi ro nghề nghiệp như được mô tả trong điều 5.5 có số cao hơn hoặc thuộc loại cao hơn so với số hoặc loại của nghề nghiệp đã được khai báo trong Đơn yêu cầu bảo hiểm. Công ty sẽ không thanh toán bất kỳ quyền lợi nào cho một Thương tích có liên quan đến nghề nghiệp của Người được bảo hiểm có loại cao hơn như vậy trừ khi:

- (a) văn bản thông báo về nghề nghiệp đó đã được gửi cho Công ty; và
- (b) Công ty đã có văn bản đồng ý việc bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này mở rộng cho Người được bảo hiểm có liên quan tiếp tục nghề nghiệp đó; và
- (c) Bất kỳ phí bảo hiểm bổ sung nào theo yêu cầu đã được thanh toán cho Công ty và Công ty đã nhận được khoản phí này.

B. Thay đổi rủi ro

Chủ hợp đồng hoặc Người được bảo hiểm có liên quan phải thông báo ngay cho Công ty về bất kỳ sự thay đổi nào về địa chỉ hoặc bất kỳ Thương tích, bệnh, khuyết tật cơ thể hoặc sự suy nhược nào mà Người được bảo hiểm đã bị

và về bất kỳ sự bảo hiểm nào khác về tai nạn hoặc sự không có khả năng của Người được bảo hiểm.

C. Thủ tục yêu cầu bồi thường

- I. Trong trường hợp bị Tai nạn, Chủ hợp đồng hoặc Người được bảo hiểm có liên quan phải:
 - (a) thông báo cho Công ty bằng văn bản trong vòng 45 ngày kể từ khi bị Tai nạn mà có khả năng phát sinh yêu cầu bồi thường theo Hợp đồng bảo hiểm này; và
 - (b) hành động càng nhanh càng tốt, hoặc chắc chắn rằng Người được bảo hiểm có liên quan hành động theo lời khuyên y tế hoặc phẫu thuật thích hợp; và
 - (c) gọi tất cả các phiếu thu y tế và bệnh viện, các giấy chứng nhận, thông tin, và bằng chứng mà Công ty yêu cầu bằng đường bưu điện đến văn phòng hành chính được ủy quyền của Công ty, chi phí do Chủ hợp đồng chịu; và
 - (d) tham dự hoặc chắc chắn rằng Người được bảo hiểm có liên quan tham dự một cuộc kiểm tra y tế nếu Công ty yêu cầu.
- II. Trong trường hợp Tai nạn gây ra tử vong cho Người được bảo hiểm, thì Công ty:
 - (a) có thể yêu cầu khám nghiệm tử thi của Người được bảo hiểm, chi phí do Công ty chịu;
 - (b) phải được thông báo trước bằng văn bản về thời gian và địa điểm của bất kỳ cuộc điều tra nào về cái chết của Người được bảo hiểm;
 - (c) phải được thông báo trước bằng văn bản về thời gian và địa điểm mai táng hoặc hỏa táng thi hài của Người được bảo hiểm.

D. Thanh toán yêu cầu bồi thường

- I. Công ty sẽ không thanh toán bất kỳ khoản tiền nào theo Hợp đồng bảo hiểm này cho bất kỳ Thương tích nào cho đến khi Công ty xác định được số tiền đầy đủ phải trả cho Thương tích đó và đồng ý với Chủ hợp đồng.
- II. Người được bảo hiểm không có bất kỳ khoản tiền lãi nào trên bất kỳ số tiền nào Công ty phải trả theo các quyền lợi lựa chọn về tai nạn cá nhân này.

E. Yêu cầu bồi thường bị từ bỏ

Nếu Công ty từ chối trách nhiệm đối với một yêu cầu bồi thường của Chủ hợp đồng hoặc Người được bảo hiểm có liên quan, và nếu yêu cầu bồi thường đó không được đưa ra giải quyết tranh chấp chiếu theo Hợp đồng bảo hiểm này trong vòng mười hai (12) tháng dương lịch kể từ ngày bị từ chối đó, thì yêu cầu bồi thường sẽ được xem là đã bị từ bỏ và sau đó sẽ không được phục hồi vì bất cứ lý do gì. Hơn nữa, nếu Chủ hợp đồng hoặc Người được bảo hiểm có liên quan không liên lạc bằng văn bản về yêu cầu bồi thường đã được nộp hoặc đã được thông báo cho Công ty trong vòng mười hai (12) tháng dương lịch kể từ lần liên lạc bằng văn bản cuối cùng hoặc từ phía Công ty hoặc bởi Chủ hợp đồng hay Người được bảo hiểm có liên quan, thì yêu cầu bồi thường sẽ được xem là bị từ bỏ và sau đó sẽ không được phục hồi.

F. Kết thúc trách nhiệm

Công ty sẽ không chịu trách nhiệm đối với bất kỳ yêu cầu bồi thường nào phát sinh từ một Tai nạn mà Công ty không được thông báo bằng văn bản hoặc Tai nạn mà không có sự tìm kiếm hoặc tuân theo việc chăm sóc y tế và điều trị thích hợp. Công ty sẽ không chịu trách nhiệm đối với bất kỳ yêu cầu bồi thường nào được nộp sau mười hai (12) tháng kể từ ngày xảy ra Tai nạn trừ khi yêu cầu bồi thường đang chờ giải quyết tranh chấp.

G. Giới hạn trách nhiệm

Tổng số tiền tối đa mà Công ty phải trả:

- (a) đối với Người được bảo hiểm trên 65 tuổi là 2.000.000.000 VND; việc bảo hiểm sẽ được chấm dứt vào cuối Năm hợp đồng mà trong thời gian đó Người được bảo hiểm đạt đến tuổi 75;
- (b) đối với Trẻ em được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này, số tiền bảo hiểm tối thiểu và tối đa lần lượt là 100.000.000 VND và 1.000.000.000 VND. Tuy nhiên, giới hạn quyền lợi của trẻ em không được vượt quá 10% số tiền bảo hiểm của cha/mẹ đưa trẻ theo các quyền lợi lựa chọn về tai nạn cá nhân này. Nếu cả cha và mẹ của đứa trẻ đều được bảo hiểm nhưng ở các mức quyền lợi khác nhau, thì mức quyền lợi thấp hơn sẽ được áp dụng.

CÁC LOẠI TRỪ BỔ SUNG CHO CÁC QUYỀN LỢI VỀ TAI NAN CÁ NHÂN

1. Các quyền lợi lựa chọn về tai nạn cá nhân này không bảo hiểm hoặc cung cấp các quyền lợi trong bất kỳ trường hợp hoặc sự việc nào sau đây áp dụng cho Người được bảo hiểm:

- (a) Thương tích bị như là kết quả trực tiếp hoặc gián tiếp của việc tham gia vào một hoạt động bị loại trừ được mô tả trong đoạn 2 ở phía dưới;
- (b) Thương tích do tự gây ra một cách cố ý, tự tử, cố gắng tự tử, trong khi tinh táo hoặc mất trí;
- (c) Mang thai thông thường hoặc sinh con;
- (d) Sử dụng đồ uống có cồn, ma túy, thuốc hoặc dung môi, trừ khi được thực hiện theo lời khuyên của Bác sĩ;
- (e) Thương tích có nguyên nhân trực tiếp hoặc gián tiếp bởi, có hậu quả từ, hoặc có liên quan đến:
 - chiến tranh, sự xâm lược, những hành động của kẻ thù nước ngoài, chiến sự hay các hoạt động hiếu chiến (cho dù có tuyên chiến hay không), nội chiến, các cuộc nổi dậy của quân đội, khởi nghĩa, phiến

loạn, cách mạng, các hành động quân sự hoặc cướp chính quyền, thiết quân luật, nổi dậy chống đối hay nổi loạn hay bạo động dân sự do những bộ phận hoặc một số lượng dân chúng gây ra.

- các hành động khủng bố hoặc hành động được thực hiện trong sự kiểm soát, ngăn cản, cấm đoán hoặc bằng bất cứ cách nào có liên quan đến bất kỳ hành động khủng bố nào, bất kể nguyên nhân hay sự kiện nào khác góp phần đồng thời hay trong bất kỳ chuỗi tổn thất nào khác. Một hành động khủng bố là một hành động - cho dù có dính líu đến bạo lực hoặc việc sử dụng vũ lực hay không - hoặc sự đe dọa hay sự chuẩn bị trước cho việc đó, của bất kỳ cá nhân hoặc (các) nhóm người nào - cho dù hành động đơn lẻ hay thay mặt cho hay liên kết với bất kỳ (các) tổ chức hoặc (các) chính phủ nào - với ý định đe dọa hoặc tác động đến một chính phủ hợp pháp hoặc một chính phủ tồn tại thực tế hoặc công chúng hoặc một bộ phận công chúng, hoặc phá vỡ bất kì màng kinh tế nào và từ bản chất của nó hoặc bởi cảnh được thực hiện có liên quan đến những nguyên nhân hoặc mục đích chính trị, xã hội, tôn giáo, ý thức hệ hoặc tương tự.
- (f) Virut gây suy giảm miễn dịch ở người (“HIV”) và/hoặc các ốm đau có liên quan đến HIV bao gồm cả Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (“AIDS”), phức hợp có liên quan đến AIDS và/hoặc bất kỳ sự đột biến, tiến hóa, hoặc biến dị nào của nó;
- (g) Thương tích phát sinh từ hoặc được đóng góp bởi bất kỳ sự khiếm khuyết hoặc sự suy nhược nào về thể chất hoặc tinh thần mà không được khai báo trước đó và không được Công ty chấp nhận;
- (h) Nhiễm phóng xạ;
- (i) Thương tích bị trong khi đang phục vụ như là nhân viên của thủy thủ đoàn hay phi hành đoàn hoặc nhân viên hãng hàng không;
- (j) Thương tích bị trong khi đang phục vụ trong lực lượng vũ trang của bất kỳ quốc gia nào. Khi Người được bảo hiểm gia nhập lực lượng vũ trang của bất kỳ quốc gia nào, thì Công ty sẽ hoàn trả cho Chủ hợp đồng số phí bảo hiểm đã đóng cho Người được bảo hiểm đó tính theo tỷ lệ chưa sử dụng;
- (k) Thương tích do Người được bảo hiểm vi phạm hoặc cố gắng vi phạm pháp luật;
- (l) Các chi phí được chi trả bởi bất kỳ bảo hiểm y tế, sức khỏe hoặc tai nạn nào hoặc bởi bất kỳ chương trình bồi thường hay hợp đồng bảo hiểm nào;
- (m) Cố ý đặt mình vào tình trạng nguy hiểm ngoại trừ trường hợp nỗ lực để cứu sống người.

2. Các hoạt động bị loại trừ

Các hoạt động nguy hiểm hoặc mạo hiểm, hoặc thể thao chuyên nghiệp hoặc việc luyện tập hay chương trình rèn luyện thể lực cho thể thao đó, như là nhưng không chỉ giới hạn ở:

- (a) việc đi lại như là một hành khách hoặc đi lại trên bất kỳ phương tiện hoặc thiết bị nào dùng cho việc di chuyển trên không, ngoại trừ như là một hành khách có mua vé đi trên một máy bay được điều hành bởi một hãng hàng không bay theo lịch, duy trì những lịch bay được công bố đều đặn trên một lộ trình được thiết lập một cách thường xuyên;
- (b) việc leo đá hoặc leo núi có sử dụng hoặc không có sử dụng dây thừng hoặc thiết bị khác;
- (c) các cuộc thi lái xe có động cơ trên đường trường quốc tế;
- (d) các cuộc đua không phải là:
 - i. bằng chân
 - ii. bơi lội
 - iii. đua thuyền buồm trong lãnh hải;
- (e) việc lặn có bình dưỡng khí/ lặn ở độ sâu hơn 20 mét dưới mặt nước biển.

CÁC QUYỀN LỢI VỀ DU LỊCH (Khi Phụ lục về Du lịch được đính kèm)

1. Nếu Hợp đồng bảo hiểm này được mở rộng để bao gồm những quyền lợi lựa chọn về du lịch này, Người được bảo hiểm trên sáu (6) tuần tuổi sẽ được bảo hiểm không giới hạn về số chuyến đi ra ngoài Nước cư trú của Người được bảo hiểm có liên quan trong mỗi Năm hợp đồng, với điều kiện là số ngày tối đa cho mỗi chuyến đi được bảo hiểm theo những quyền lợi lựa chọn về du lịch này là chín mươi (90) ngày.
2. Việc bảo hiểm theo những quyền lợi lựa chọn về du lịch này (ngoại trừ quyền lợi Hủy bỏ chuyến đi) sẽ bắt đầu có hiệu lực từ lúc rời khỏi điểm khởi hành quốc tế của Nước cư trú (hoặc từ khi làm xong thủ tục xuất cảnh tại cửa khẩu ở Nước cư trú trong trường hợp Người được bảo hiểm đi du lịch nước ngoài bằng phương tiện không phải là máy bay) và kết thúc khi trở về đến khu vực đến quốc tế của Nước cư trú (hoặc khi làm xong thủ tục nhập cảnh tại cửa khẩu ở Nước cư trú trong trường hợp Người được bảo hiểm trở về Nước cư trú bằng phương tiện không phải là máy bay) hoặc vào nửa đêm ngày cuối cùng của Thời gian bảo hiểm, tùy theo thời điểm nào đến trước thì áp dụng.
3. Việc bảo hiểm cho “Quyền lợi Hủy bỏ chuyến đi” bắt đầu vào 14 ngày trước ngày bắt đầu chuyến đi theo lịch đã định và chấm dứt vào ngày bắt đầu chuyến đi theo lịch đã định.
4. Công ty sẽ không thanh toán các quyền lợi theo những quyền lợi lựa chọn về du lịch này (ngoại trừ quyền lợi Hủy bỏ chuyến đi) cho những tổn thất và thiệt hại phát sinh ở trong Nước cư trú.
5. Số tiền mà Công ty phải thanh toán cho những yêu cầu bồi thường theo những quyền lợi lựa chọn về du lịch này cho bất kỳ một chuyến đi nào sẽ không vượt quá những quyền lợi tối đa được ghi rõ trong Bảng liệt kê các quyền lợi.

6. Quyền lợi về hành lý và giấy tờ du lịch

- 6.1 Công ty sẽ bồi hoàn cho Người được bảo hiểm về những mất mát hoặc hư hại đối với hành lý, tài sản cá nhân và đồ dùng cá nhân của người đó, xảy ra trong thời gian người đó đang đi du lịch bên ngoài Nước cư trú của mình với điều kiện là Người được bảo hiểm:
- (a) giữ gìn hợp lý và thích đáng để bảo đảm cho sự an toàn của tài sản được bảo hiểm, bao gồm cả việc kiểm tra hành lý khi nhận; và
 - (b) trong trường hợp có bất kỳ sự phá hoại, mất mát hoặc hư hại nào đối với tài sản được bảo hiểm, thì trong vòng hai mươi bốn (24) giờ kể từ khi xác định được sự phá hoại, mất mát hoặc hư hại này, phải báo cho:
 - i. cảnh sát, trong trường hợp bị trộm cắp, mất mát hoặc hư hại do cố ý của bên thứ ba; hoặc
 - ii. Nhà vận chuyển, khi mất mát hoặc hư hại xảy ra trong lúc quá cảnh.
- 6.2 Mức tối đa mà Công ty bồi hoàn cho mỗi vật dụng, đôi hoặc bộ của hành lý, tài sản cá nhân và đồ dùng cá nhân là 5.000.000 VND.
- 6.3 Thay cho sự bồi hoàn, Công ty có quyền sửa chữa hư hại của hành lý, tài sản cá nhân hoặc đồ dùng cá nhân hay thay thế tài sản đó.
- 6.4 Công ty sẽ bồi hoàn chi phí xin cấp lại hộ chiếu và visa.
- 6.5 Quyền lợi về hành lý và giấy tờ du lịch này không bảo hiểm cho:
- (a) mất mát hoặc hư hại do hậu quả của việc bị chậm trễ, bị tịch thu, bị cầm giữ hoặc bị kiểm tra bởi hải quan hoặc các cơ quan có thẩm quyền khác;
 - (b) mất mát tiền mặt hoặc hư hại đối với ngân phiếu, chứng từ có giá trị thanh toán, trái phiếu hoặc chứng khoán, thẻ tín dụng và các công cụ thanh toán khác hoặc giấy tờ các loại, hộ chiếu, visa, vé máy bay và vé tàu xe, phiếu chỗ ở hoặc bất kỳ vé hay phiếu đi lại nào khác;
 - (c) mất mát hoặc hư hại đối với máy nhắn tin, điện thoại di động (bao gồm cả các phụ kiện), thiết bị điện tử xách tay (bao gồm nhưng không chỉ giới hạn ở thiết bị viên thông xách tay, máy nghe nhạc xách tay, máy tính bảng, và máy chơi trò chơi xách tay), thiết bị máy vi tính, phần mềm và các phụ kiện có liên quan;
 - (d) mất mát hoặc hư hại đối với các món đồ dễ vỡ hoặc dễ gãy, đồ sứ, đồ thủy tinh, đồ gốm, đồ mỹ nghệ, đá quý loại quý hoặc loại vừa đã nạm và chưa nạm, mắt kính, kính sát trùng hoặc thực phẩm;
 - (e) mòn rách, mối mọt, sâu bọ gặm nhấm hoặc khuyết tật có sẵn, sự trục trặc về cơ khí, điện hoặc điện tử, quá trình chùi rửa, sửa chữa hoặc phục hồi, các thay đổi về không khí hoặc khí hậu, sự sụt giảm giá trị và sự sụt giảm giá trị đó sẽ do Công ty hoàn toàn quyết định;
 - (f) hàng hóa kinh doanh hoặc hàng mẫu, bao gồm cả chi phí tái tạo dữ liệu cho dù được ghi trên băng từ, thẻ, đĩa hay phương tiện khác;
 - (g) mất mát hoặc hư hại đối với hành lý hoặc đồ cá nhân do để quên hoặc không trông coi trên Phương tiện vận chuyển công cộng hoặc ở Nơi công cộng;
 - (h) mất mát hoặc hư hại đối với hành lý được gửi bằng đường bưu điện hoặc được gửi riêng rẽ;
 - (i) bất kỳ tài sản hoặc đồ dùng cá nhân nào được bảo hiểm riêng ở một nơi khác hoặc được bên thứ ba bồi thường/sửa chữa;
 - (j) mất nữ trang, ngoại trừ bị cướp có vũ khí hoặc bị trộm khi đang được gửi trong két sắt của khách sạn;
 - (k) hư hại đồ đựng hành lý.

7. Quyền lợi hành lý đến chậm

Công ty sẽ chi trả, tối đa cho đến số tiền được ghi rõ trong Bảng liệt kê các quyền lợi cho Người được bảo hiểm cho việc mua khăn cấp áo quần cần thiết hoặc vật dụng cần thiết do hành lý của Người được bảo hiểm đó bị chậm trễ trong thời gian ít nhất mười hai (12) tiếng kể từ khi đến nơi đến nước ngoài do hành lý đó bị chậm trễ hoặc bị phát nhầm.

Với điều kiện là:

- (a) việc chậm trễ phải được xác nhận bằng “Biên Bản Bất Thường đối với hành lý” chính thức của hãng hàng không hoặc bằng thư của nhà điều hành tour;
- (b) việc chậm trễ không phải do bị hải quan hoặc các cơ quan có thẩm quyền khác cầm giữ hoặc tịch thu;
- (c) Người được bảo hiểm phải cung cấp chứng từ (bao gồm cả các hoá đơn mua hàng bán chính) thể hiện chi tiết các phí tổn;
- (d) quyền lợi theo quyền lợi hành lý đến chậm này chỉ thanh toán cho một lần chậm trễ cho mỗi chuyến đi;
- (e) nếu một tổn thất đã được yêu cầu bồi thường theo đoạn 8 về “Quyền lợi về hành lý và giấy tờ du lịch” thì không được yêu cầu bồi thường theo quyền lợi hành lý đến chậm này;
- (f) không bồi thường hành lý đến chậm sau khi Người được bảo hiểm trở về Nước cư trú hoặc đến nơi đến cuối cùng của mình.

8. Quyền lợi về tiền cá nhân

Công ty sẽ bồi thường cho Người được bảo hiểm về những mất mát tiền cá nhân dưới hình thức ngân phiếu, tiền mặt hoặc séc du lịch chỉ do bị trộm cắp, cướp với điều kiện là:

- (a) bất kỳ sự mất mát nào như vậy phải được trình báo với cảnh sát địa phương nơi xảy ra vụ việc và với chi nhánh có liên quan của cơ quan phát hành séc du lịch trong vòng hai mươi bốn (24) giờ kể từ khi xảy ra sự mất mát đó;
- (b) Công ty sẽ không chịu trách nhiệm đối với việc mất mát hoặc thiếu hụt do sai sót, bỏ quên, biến động tỷ giá tiền tệ, bị tịch thu hoặc mất giá;
- (c) tiền cá nhân phải được mang theo người và không được để trong đồ đựng hành lý, vali, rương hòm và những vật tương tự hoặc để mà không có sự trông coi trực tiếp của cá nhân;
- (d) quyền lợi này không áp dụng cho Trẻ em dưới 18 tuổi.

9. Quyền lợi Trợ cấp nằm viện

Công ty sẽ trợ cấp 1.000.000 VND/ngày cho mỗi ngày nằm viện, mức giới hạn tối đa là 12.000.000 VND.

Với điều kiện là:

- (a) Người được bảo hiểm phải nằm viện trên 24 giờ;
- (b) Chứng từ thích hợp phải được nộp kèm theo bất kỳ yêu cầu bồi thường nào theo mục này của Hợp đồng bảo hiểm, có thể hiện rõ ngày, thời gian nằm viện, địa chỉ bệnh viện. Ngoài ra cũng cần phải nộp bản sao báo cáo y khoa ghi rõ bản chất của ốm đau hoặc bệnh tật;
- (c) Nguyên nhân nằm viện đó là do tình trạng cấp tính và không phát sinh từ bất kỳ Tình trạng tồn tại trước nào trước chuyến đi (ngay cả những Tình trạng tồn tại trước đã được Công ty chấp nhận bảo hiểm sức khỏe) hoặc các tình trạng bị loại trừ.

10. Quyền lợi về chuyến đi bị trì hoãn

Trong trường hợp chuyến bay hoặc phương tiện vận chuyển chạy theo lịch khác của Người được bảo hiểm bị chậm trễ ở ngoài Nước cư trú trong chuyến đi được bảo hiểm bởi Hợp đồng bảo hiểm này do điều kiện thời tiết xấu, bãi công, không tặc, trục trặc máy móc hoặc kỹ thuật của máy bay hay các phương tiện vận chuyển và sự hủy bỏ hoặc trì hoãn do những sự cố đó hoàn toàn ngoài tầm kiểm soát của Người được bảo hiểm, thì Công ty sẽ chi trả:

- (a) tối đa lên đến số tiền được ghi rõ trong Bảng liệt kê các quyền lợi cho các chi phí vận chuyển công cộng phát sinh cần thiết như là hậu quả trực tiếp của chuyến đi bị trì hoãn, nhưng chỉ áp dụng khi Người được bảo hiểm phải chuyển hướng hành trình do việc hủy chỗ đã được xác nhận trước đó;

hoặc

- (b) 500.000 VND cho mỗi 12 tiếng đồng hồ bị trễ, mức giới hạn tối đa là 2.000.000 VND.

Chỉ có thể yêu cầu bồi thường theo (a) hoặc (b).

11. Rút ngắn chuyến đi hoặc Hủy bỏ chuyến đi

Công ty sẽ bồi thường cho Người được bảo hiểm cho việc mất những khoản đặt cọc cho việc sắp xếp chuyến đi đã trả trước nhưng không được hoàn lại dưới mọi hình thức, hoặc cho những chi phí tăng thêm cho việc đi lại bằng phương thức vận chuyển thay thế có mức ít tốn kém nhất hoặc chỗ ở hợp lý. Mức bồi thường tối đa được ghi rõ trong Bảng liệt kê các quyền lợi cho những trường hợp sau:

- 1) Người được bảo hiểm bị tử vong, bị Thương tích nghiêm trọng hoặc Ốm đau nặng;
- 2) Người thân gia đình trực hệ, Cộng sự làm ăn thân thiết của Người được bảo hiểm bị tử vong, bị Thương tích nghiêm trọng hoặc Ốm đau nặng;
- 3) Người được bảo hiểm được mời làm chứng, làm thành viên trong bồi thẩm đoàn hoặc bị kiểm dịch bắt buộc;
- 4) Thiên tai (động đất, lũ lụt, bão, lốc xoáy, sóng thần,...) tại nơi đến đã định theo kế hoạch;
- 5) Nơi cư trú chính ở Nước cư trú của Người được bảo hiểm bị phá hủy hoàn toàn.

Với điều kiện là:

- (a) Người được bảo hiểm phải hủy bỏ chuyến đi đã định theo kế hoạch hoặc rút ngắn chuyến đi bằng việc trở về Nước cư trú;
- (b) Việc bồi thường sẽ được tính theo tỷ lệ cho phần chưa sử dụng của bất kỳ chi phí đi lại và chỗ ở đã trả trước nào có liên quan đến chuyến đi bị rút ngắn đó;
- (c) Công ty sẽ không chi trả quyền lợi cho những chi phí phát sinh trực tiếp hoặc gián tiếp do việc mang thai, sinh đẻ, hoặc bệnh phụ khoa hay các di chứng của chúng;
- (d) Những nguyên nhân đó phát sinh từ các tình trạng y tế hoặc thể chất hay những tình huống khác làm ảnh hưởng đến Người được bảo hiểm hoặc những Người thân gia đình trực hệ hoặc Cộng sự làm ăn thân thiết của Người được bảo hiểm trong vòng 14 ngày trước ngày khởi hành theo lịch trình đã định;
- (e) Thiên tai xảy ra đột ngột tại nơi đến đã định theo kế hoạch sau khi bắt đầu chuyến đi làm cho Người được bảo hiểm không thể tiếp tục chuyến đi đã định của mình;
- (f) Nơi cư trú chính ở Nước cư trú của Người được bảo hiểm bị phá hủy hoàn toàn do hỏa hoạn, lũ lụt, động đất hoặc thiên tai tương tự xảy ra sau khi bắt đầu chuyến đi, đòi hỏi Người được bảo hiểm phải có mặt ở nhà trong thời gian của chuyến đi đã định.