



**BẢO HIỂM
HÙNG VƯƠNG**



**PACIFIC
CROSS**

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN DÒNG SẢN PHẨM BẢO HIỂM SỨC KHỎE

CARE SERIES

CARE FIRST - CARE CROSS - CARE ELITE

Sản phẩm được Bộ Tài chính phê chuẩn phương pháp, cơ sở tính phí bảo hiểm theo Công văn số 9291/BTC-QLBH ngày 26 tháng 06 năm 2025.

Quy tắc và Điều khoản được ban hành theo Quyết định số 166/2025/QĐ-BHV-TGD ngày 30/07/2025 của Tổng giám đốc Tổng công ty cổ phần bảo hiểm Hùng Vương.



ĐIỀU 1: ĐỊNH NGHĨA	03
ĐIỀU 2: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	10
2.1. Quyền lợi bảo hiểm chính.....	11
2.2. Các Quyền lợi bảo hiểm lựa chọn	15
2.3. Bảng quyền lợi bảo hiểm.....	19
2.3.1. Quyền lợi Nội trú.....	19
2.3.2. Quyền lợi Ngoại trú	23
2.3.3. Quyền lợi Thai Sản	25
2.3.4. Quyền lợi Nha Khoa	26
2.3.5. Quyền lợi Tai nạn cá nhân	27
ĐIỀU 3: THỜI GIAN CHỜ	28
ĐIỀU 4: CÁC LOẠI TRỪ TRÁCH NHIỆM	30
4.1. Các loại trừ trách nhiệm bảo hiểm đối với Quyền lợi bảo hiểm chính và Quyền lợi bảo hiểm lựa chọn.....	31
4.2. Các loại trừ trách nhiệm bảo hiểm đối với quyền lợi Tai nạn cá nhân.....	33
ĐIỀU 5: CÁC QUY ĐỊNH KHÁC	35
5.1. Phạm vi bảo hiểm.....	36
5.2. Phí bảo hiểm.....	36
5.3. Quyền và nghĩa vụ của Bên mua Bảo hiểm và Người được Bảo hiểm.....	37
5.4. Quyền và Nghĩa vụ của Công ty.....	37
5.5. Yêu cầu bồi thường	38
5.6. Sự chi trả các Quyền lợi bảo hiểm	39
5.7. Thay đổi Quyền lợi bảo hiểm của Người được Bảo hiểm	39
5.8. Bổ sung thêm Người được Bảo hiểm vào Hợp đồng Bảo hiểm.....	40
5.9. Tái tục Hợp đồng bảo hiểm.....	40
5.10. Hủy bỏ Hợp đồng Bảo hiểm.....	40
5.11. Chấm dứt Hợp đồng Bảo hiểm.....	41
5.12. Giải quyết tranh chấp.....	41

PACIFIC
CROSS

ĐIỀU 1

ĐỊNH NGHĨA





“**Công ty Bảo hiểm**” hoặc “**Công ty**” là Tổng Công ty Cổ phần Bảo hiểm Hùng Vương, có Giấy phép thành lập và hoạt động số 50GP/KDBH cấp ngày 19/05/2008 bởi Bộ Tài chính và các Giấy phép điều chỉnh.

“**Bên mua Bảo hiểm**” là tổ chức được thành lập và hoạt động hợp pháp tại Việt Nam, hoặc cá nhân cư trú tại Việt Nam từ đủ 18 (mười tám) tuổi trở lên có năng lực hành vi dân sự đầy đủ tại thời điểm lập Giấy Yêu cầu Bảo hiểm, đáp ứng các điều kiện theo Quy tắc và Điều khoản này, đóng Phí bảo hiểm và được Công ty chấp nhận giao kết Hợp đồng Bảo hiểm.

“**Người được Bảo hiểm**” là cá nhân đang cư trú ở Việt Nam tại thời điểm nộp Giấy Yêu cầu Bảo hiểm, đáp ứng quy định về Tuổi được bảo hiểm và được Công ty chấp thuận bảo hiểm theo Hợp đồng Bảo hiểm.

“**Người thụ hưởng**” là tổ chức, cá nhân được Bên mua Bảo hiểm chỉ định để nhận tiền bảo hiểm theo Hợp đồng Bảo hiểm. Việc chỉ định thay đổi Người thụ hưởng trong Hợp đồng Bảo hiểm phải phù hợp với quy định của Luật Kinh doanh Bảo hiểm và pháp luật có liên quan.

“**Người phụ thuộc**” là bố, mẹ, vợ/chồng, con cái hợp pháp của Người được Bảo hiểm. Con cái của Người được Bảo hiểm phải có độ tuổi từ 15 (mười lăm) ngày tuổi đến 18 (mười tám) tuổi kể từ Ngày hiệu lực Hợp đồng Bảo hiểm hoặc Ngày tái tục Hợp đồng Bảo hiểm.

“**Giấy Yêu cầu Bảo hiểm**” là văn bản yêu cầu bảo hiểm theo mẫu của Công ty, và những tài liệu liên quan (nếu có), do Bên mua Bảo hiểm và Người được Bảo hiểm lập và kê khai/cung cấp tất cả những thông tin mà Công ty yêu cầu. Những thông tin được kê khai trên Giấy Yêu cầu Bảo hiểm là căn cứ để Công ty đánh giá rủi ro và quyết định chấp nhận hay từ chối bảo hiểm.

“**Giấy Chứng nhận Bảo hiểm**” là văn bản chấp thuận bảo hiểm của Công ty, thể hiện các thông tin chính về các quyền lợi bảo hiểm và là một phần không tách rời của Hợp đồng Bảo hiểm.

“**Quy tắc và Điều khoản**” là bản Quy tắc và Điều khoản này, quy định chi tiết các điều khoản và điều kiện về việc tham gia bảo hiểm, quyền và nghĩa vụ của Bên mua Bảo hiểm, Người được Bảo hiểm và của Công ty. Quy tắc và Điều khoản là một phần không tách rời của Hợp đồng Bảo hiểm.

“**Hợp đồng Bảo hiểm**” là sự thoả thuận giữa Bên mua Bảo hiểm và Công ty. Hợp đồng Bảo hiểm bao gồm Giấy Yêu cầu Bảo hiểm, Giấy Chứng nhận Bảo hiểm, bản Quy tắc và Điều khoản này và Tài liệu tóm tắt Quy tắc và Điều khoản, các xác nhận sửa đổi, bổ sung và các thoả thuận khác của hai bên trong quá trình giao kết và thực hiện Hợp đồng Bảo hiểm. Hợp đồng Bảo hiểm có thể được giao kết bằng văn bản giấy hoặc dưới dạng điện tử.

“**Ngày hiệu lực Hợp đồng Bảo hiểm**” là ngày Công ty bắt đầu bảo hiểm cho Người được Bảo hiểm theo Hợp đồng Bảo hiểm, được ghi trên Giấy Chứng nhận Bảo hiểm.

“**Ngày tái tục Hợp đồng Bảo hiểm**” là ngày tiếp theo ngày kết thúc Thời hạn bảo hiểm nếu Hợp đồng Bảo hiểm được Công ty chấp thuận tái tục.

“**Thời hạn bảo hiểm**” là thời hạn tối đa 1 (một) năm tính từ Ngày hiệu lực Hợp đồng Bảo hiểm, được quy định trong Giấy Chứng nhận Bảo hiểm.



“Thời hạn đóng phí bảo hiểm” là thời hạn đóng phí bảo hiểm quy định trong Hợp đồng Bảo hiểm hoặc Giấy Chứng nhận Bảo hiểm.

“Năm hợp đồng” là khoảng thời gian tính từ ngày đầu tiên đến ngày cuối cùng của Thời hạn bảo hiểm.

“Tuổi được bảo hiểm” là tuổi của Người được Bảo hiểm từ đủ 15 (mười lăm) ngày tuổi đến 70 (bảy mươi) tuổi, tính theo lần sinh nhật liền trước Ngày hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm.

“Bảng liệt kê các Quyền lợi bảo hiểm” là bảng liệt kê chi tiết các quyền lợi bảo hiểm của (các) chương trình bảo hiểm của Người được Bảo hiểm.

“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. Bác sĩ không được đồng thời là Người được Bảo hiểm/Bên mua Bảo hiểm hoặc vợ/chồng, bố/mẹ, con, anh/chị/em ruột của Người được Bảo hiểm/Bên mua Bảo hiểm.

“Bệnh viện công lập” là Cơ sở y tế được cơ quan Nhà nước có thẩm quyền thành lập và quản lý theo quy định của pháp luật Việt Nam.

“Cơ sở y tế” là (các) cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được cấp giấy phép thành lập và hoạt động hợp pháp theo pháp luật Việt Nam hoặc theo pháp luật của quốc gia/vùng lãnh thổ nơi đặt cơ sở y tế (nếu việc cấp giấy phép này theo yêu cầu pháp luật của quốc gia/vùng lãnh thổ đó), không phải là một nơi điều dưỡng, dưỡng bệnh, nơi dành cho người già an dưỡng, nơi dành cho người nghiện rượu và nghiện ma túy hay một tổ chức tương tự, và đáp ứng được các yêu cầu sau:

- Được thành lập nhằm tiếp cận, chăm sóc, khám và điều trị y tế cho người bị ốm đau, Bệnh tật, Thương tích;
- Có đầy đủ năng lực và phương tiện để thực hiện các ca phẫu thuật y khoa;
- Có đầy đủ điều kiện cho hoạt động nội trú và theo dõi bệnh nhân.

“Bệnh” là tình trạng sức khỏe thay đổi có tính bệnh lý khác với tình trạng sức khỏe bình thường, cần phải được Bác sĩ chẩn đoán, chỉ định điều trị, và là nguyên nhân trực tiếp, độc lập với các nguyên nhân khác gây ảnh hưởng đến sức khỏe và dẫn đến việc điều trị của Người được Bảo hiểm.

“Bệnh bẩm sinh” là bất kỳ Bệnh nào được hình thành trên thai nhi trong quá trình mang thai của người mẹ lên sự phát triển của thai nhi, và có thể được phát hiện trước sinh, khi sinh hoặc sau sinh. Bệnh bẩm sinh có thể được cơ quan y tế mô tả dưới nhiều tên gọi khác nhau như: Bệnh bẩm sinh, dị tật bẩm sinh, khuyết tật bẩm sinh và bất thường của nhiễm sắc thể. Việc xác định tình trạng Bệnh bẩm sinh phải do Bác sĩ thực hiện.

“Bệnh có sẵn” là tình trạng Bệnh hoặc thương tật của Người được Bảo hiểm đã được Bác sĩ chẩn đoán hoặc điều trị trước ngày hiệu lực hoặc ngày khôi phục hiệu lực (gần nhất) của Hợp đồng Bảo hiểm.

“Bệnh di truyền” là bất kỳ Bệnh nào xuất hiện ở những người có cùng huyết thống hay sự chuyển những bệnh lý của bố, mẹ cho con cái thông qua gen của bố, mẹ và/hoặc được truyền từ đời này



sang đời khác, từ thể hệ này sang thể hệ khác trong những người có cùng huyết thống. Việc xác định Bệnh di truyền phải do Bác sĩ thực hiện.

“Bệnh đặc biệt” bao gồm các loại u/bướu, nang và polyp, các loại ung thư, các loại sỏi, bệnh trĩ, rò hậu môn, các tình trạng của tuyến tiền liệt, các bệnh nhiễm trùng đường hô hấp, suy giãn tĩnh mạch, thoát vị đĩa đệm, viêm dạ dày, viêm tá tràng, loét dạ dày, loét tá tràng, viêm xoang, đái tháo đường, tất cả các loại viêm gan, lạc nội mạc tử cung, các bệnh tim mạch và huyết áp, đột quy/tai biến mạch máu não, cơn thiếu máu não thoáng qua, viêm khớp, hội chứng ống cổ tay.

“Biến chứng thai sản” gồm có:

- Dọa sảy thai, dọa sinh non;
- Thai nhi chết lưu trong tử cung;
- Phá thai/sảy thai/chấm dứt thai kỳ do các bệnh lý di truyền/dị tật bẩm sinh của thai nhi hoặc để bảo vệ tính mạng của người mẹ là Người được Bảo hiểm theo chỉ định của Bác sĩ;
- Thai trứng;
- Thai ngoài tử cung;
- Sinh khó;
- Băng huyết sau sinh;
- Sốt nhau thai sau khi sinh;
- Biến chứng của các tình trạng nói trên.

“Chăm sóc trẻ sơ sinh” bao gồm khám sức khỏe định kỳ, tiêm chủng, dụng cụ, vitamin (Trong vòng 30 (ba mươi) ngày kể từ ngày sinh hoặc trong năm hợp đồng đã hết hạn).

“Chi phí phòng và giường” là chi phí phòng mà Người được Bảo hiểm nằm ở Cơ sở y tế điều trị theo Sự cần thiết về mặt y tế, không phải là phòng có từ hai giường trở lên nhưng được Người được Bảo hiểm trả tiền để sử dụng toàn bộ. Nếu Người được Bảo hiểm trả tiền để sử dụng toàn bộ phòng thì Chi phí phòng và giường sẽ được xác định bằng cách lấy chi phí của phòng đó chia cho số giường của phòng đó.

Trong Điều trị nội trú, Chi phí phòng và giường bao gồm cả suất ăn theo tiêu chuẩn của bệnh nhân do Cơ sở y tế cung cấp và xuất hóa đơn.

“Chi phí hợp lý theo thông lệ” là các chi phí cần thiết thuộc phạm vi bảo hiểm, nhưng không vượt quá các chi phí thông thường cho việc điều trị Bệnh/Thương tích tương tự hoặc cho các dịch vụ và vật dụng tương tự tại khu vực địa lý nơi chi phí phát sinh.

“Chi phí cấp cứu” là chi phí cho việc điều trị khẩn cấp tại Cơ sở y tế trong vòng 24 (hai mươi bốn) giờ sau khi có Tai nạn hoặc triệu chứng Bệnh có thể nguy hiểm đến tính mạng, sức khỏe cần thiết phải điều trị khẩn cấp tại phòng cấp cứu và hồ sơ có dấu xác nhận cấp cứu của Cơ sở y tế. Trường hợp điều trị tại phòng cấp cứu chỉ vì lý do ngoài giờ phục vụ của Cơ sở y tế thì được coi là Điều trị ngoại trú.

“Dịch vụ xe cấp cứu” là dịch vụ xe cấp cứu của Cơ sở y tế để đưa Người được Bảo hiểm trong tình trạng khẩn cấp do Bệnh hoặc Tai nạn đến Cơ sở y tế hoặc từ một Cơ sở y tế này đến Cơ sở y tế khác.



“**Điều trị ngoại trú**” là việc điều trị Bệnh/Thương tích tại một Cơ sở y tế nhưng không phải là Điều trị nội trú.

“**Điều trị nội trú**” là điều trị y tế mà theo đó Người được Bảo hiểm phải nhập viện và nằm viện qua 0 (không) giờ đêm tại Cơ sở y tế do Sự cần thiết về mặt y tế theo chỉ định của Bác sĩ, và phải đáp ứng các điều kiện sau:

- Khi nhập viện: có làm thủ tục nhập viện và lập hồ sơ bệnh án;
- Khi ra viện: có làm thủ tục ra viện và có giấy ra viện, bệnh án ghi chép toàn bộ quá trình điều trị, biên lai/hóa đơn thu tiền viện phí, bảng kê chi phí Điều trị nội trú với đầy đủ chữ ký và con dấu hợp pháp của Cơ sở y tế theo quy định của pháp luật;
- Bệnh nhân Điều trị nội trú phải có mặt liên tục tại Cơ sở y tế trong thời gian điều trị.

“**Điều trị nha khoa**” là bất kỳ sự điều trị nào đối với các tình trạng bệnh lý của răng và nướu hoặc hàm trong trường hợp có liên quan đến răng và được thực hiện bởi Bác sĩ chuyên khoa.

“**Điều trị sau khi xuất viện**” là việc điều trị tiếp theo sau khi xuất viện theo chỉ định của Bác sĩ điều trị, có liên quan trực tiếp đến Bệnh/Thương tích mà Người được Bảo hiểm vừa được Điều trị nội trú trước đó, và được thực hiện trong vòng 90 (chín mươi) ngày sau khi xuất viện. Điều trị sau khi xuất viện không áp dụng cho quyền lợi Thai sản.

“**Điều trị trước khi nhập viện**” là lần điều trị gần nhất có liên quan trực tiếp đến Bệnh/Thương tích của Người được Bảo hiểm mà phải nhập viện để Điều trị nội trú theo chỉ định của Bác sĩ, và được thực hiện trong vòng 30 (ba mươi) ngày trước khi nhập viện. Điều trị trước khi nhập viện không áp dụng cho quyền lợi Thai sản.

“**Điều dưỡng tại nhà**” là việc chăm sóc y tế tại nơi ở của Người được Bảo hiểm ngay sau khi xuất viện sau khi Điều trị nội trú, do một điều dưỡng có giấy phép thực hiện, và phải có xác nhận của Bác sĩ điều trị là Sự cần thiết về mặt y tế.

“**Giường cho người nhà**” là giường thêm dành cho bố/mẹ hay người giám hộ hợp pháp lưu lại qua đêm trong cùng một phòng với Người được Bảo hiểm dưới 18 (mười tám) tuổi, đã nhập viện Điều trị nội trú.

“**Mất chi**” là sự mất do bị cắt/đứt rời một bàn tay tại hoặc trên cổ tay hay một bàn chân tại hoặc trên mắt cá chân.

“**Mất thị lực**” là mất hoàn toàn thị lực và không thể phục hồi được.

“**Một lần thăm khám**” là một lần Người được Bảo hiểm được Bác sĩ thăm khám để chẩn đoán Bệnh và điều trị hoặc một lần tái khám theo yêu cầu của Bác sĩ điều trị tại cùng một Cơ sở y tế.

- Trường hợp nhiều Bác sĩ cùng hội chẩn trước một người bệnh theo quy chế của Cơ sở y tế thì chỉ được tính là một lần khám/điều trị.
- Trường hợp người bệnh khám một chuyên khoa nhiều lần trong ngày thì chỉ tính là một lần khám/điều trị.
- Trường hợp người bệnh phải khám nhiều chuyên khoa khác dù có chỉ định của Bác sĩ trong cùng một Cơ sở y tế, trong một ngày thì vẫn chỉ tính là một lần khám/điều trị.



“**Phẫu thuật**” là một phương pháp y khoa để điều trị Bệnh/Thương tích do Sự cần thiết về mặt y tế, bao gồm thủ thuật/tiểu phẫu ngoại khoa có sử dụng phương pháp gây mê, gây tê thích hợp nhằm mục đích điều trị và do Bác sĩ có chuyên môn phù hợp thực hiện. Các phẫu thuật phục vụ cho mục đích chẩn đoán sẽ không được xem là Phẫu thuật theo định nghĩa này. Phẫu thuật theo định nghĩa này gồm có:

- **Phẫu thuật nội trú:** là Phẫu thuật được thực hiện ở Cơ sở y tế và Người được Bảo hiểm phải nằm viện qua 0 (không) giờ đêm.
- **Phẫu thuật trong ngày:** là Phẫu thuật được thực hiện tại Cơ sở y tế và có phát sinh Chi phí phòng và giường nhưng Người được Bảo hiểm không lưu lại qua 0 (không) giờ đêm. Chứng từ y tế thể hiện điều trị trong ngày như giấy ra viện, báo cáo y khoa, tóm tắt bệnh án (Thể hiện ngày ra – vào).
- **Phẫu thuật ngoại trú:** là Phẫu thuật được thực hiện ở một Cơ sở y tế nhưng không phải là Phẫu thuật nội trú và Phẫu thuật trong ngày.

“**Phẫu thuật thẩm mỹ**” là phẫu thuật được thực hiện chủ yếu để cải thiện hoặc nâng cao vẻ bề ngoài của một người hoặc phẫu thuật mà người được phẫu thuật nghĩ rằng hoặc tin rằng sẽ cải thiện hoặc nâng cao 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/Thương tích được bảo hiểm.

“**Phòng chăm sóc đặc biệt - Intensive care unit (ICU)**” là một khoa hoặc phòng của Cơ sở y tế nhưng không phải phòng hậu phẫu hoặc phòng cấp cứu:

- Được thành lập nhằm cung cấp dịch vụ chăm sóc và điều trị tích cực;
- Chỉ dành riêng cho bệnh nhân mắc bệnh nặng cần sự theo dõi liên tục 24/7 theo chỉ định của Bác sĩ;
- Có trang bị tất cả trang thiết bị, thuốc men và các phương tiện cấp cứu cần thiết để có thể can thiệp kịp thời.

Phòng chăm sóc mạch vành - Coronary care unit (CCU) là một khoa hoặc phòng của Cơ sở y tế chuyên chăm sóc bệnh nhân đau tim, đau thắt ngực không ổn định, rối loạn nhịp tim và các tình trạng tim khác cần theo dõi và điều trị liên tục.

Phòng theo dõi liên tục - High Dependency Unit (HDU) là một khoa hoặc phòng chăm sóc hậu phẫu đặc biệt với nhân viên y tế có chuyên môn phù hợp theo dõi sát sao người bệnh 24/7.

“**Sự cần thiết về mặt y tế**” là sự điều trị y tế mà đáp ứng những điều kiện sau:

- Theo đúng chẩn đoán của Bác sĩ; và
- Theo đúng chỉ dẫn y khoa của y học hiện đại; và
- Không phải chủ yếu vì sự tiện lợi của bệnh nhân hoặc gia đình của bệnh nhân hoặc Bác sĩ; và
- Không nhằm mục đích thử nghiệm, chẩn đoán, nghiên cứu, phòng ngừa hoặc tầm soát; và
- Có số Ngày nằm viện và Chi phí hợp lý theo thông lệ đối với Bệnh/Thương tích đó.

“**Tai nạn**” là một sự kiện hoặc một chuỗi sự kiện bất ngờ không lường trước được xảy ra ngoài sự kiểm soát của Người được Bảo hiểm gây ra bởi một lực bên ngoài và hữu hình lên cơ thể của Người được Bảo hiểm trong Thời hạn Bảo hiểm. Tai nạn là nguyên nhân trực tiếp, duy nhất và không liên quan đến bất kỳ nguyên nhân nào khác, gây ra Thương tích, Thương tật toàn bộ vĩnh



viễn hoặc tử vong đối với Người được Bảo hiểm.

“Thương tật toàn bộ vĩnh viễn” là các thương tật được liệt kê trong Bảng tỷ lệ thương tật hoặc các tổn thương thân thể do Tai nạn gây ra làm cho Người được Bảo hiểm vĩnh viễn mất đi một phần khả năng lao động do hậu quả của việc bị cắt, mất hoặc mất khả năng sử dụng hoặc liệt một phần cơ thể mà với điều kiện y học hiện tại không có khả năng khắc phục.

“Thương tích” là tổn thương cơ thể của Người được Bảo hiểm mà gây ra bởi nguyên nhân duy nhất và trực tiếp do Tai nạn.

“Tình trạng tồn tại trước” là bất kỳ Bệnh, Thương tích hoặc tình trạng nào của Người được Bảo hiểm mà:

- Đã được khám, chẩn đoán hoặc điều trị trong vòng 36 (ba mươi sáu) tháng trước Ngày hiệu lực Hợp đồng Bảo hiểm của Người được Bảo hiểm; hoặc
- Các dấu hiệu, triệu chứng khởi phát trong vòng 36 (ba mươi sáu) tháng trước Ngày hiệu lực Hợp đồng Bảo hiểm.

Hồ sơ y tế, tiền sử Bệnh hoặc dấu hiệu, triệu chứng được lưu giữ tại các Cơ sở y tế hoặc các thông tin do Người được Bảo hiểm tự kê khai hoặc kết luận của Bác sĩ được xem là bằng chứng đầy đủ và hợp pháp về Tình trạng tồn tại trước.

“Thuốc kê theo Đơn của Bác sĩ” là các loại thuốc cần thiết, hợp lý về mặt y tế cho mục đích điều trị Bệnh/Thương tích và được kê toa bởi Bác sĩ. Thuốc phải có trong danh mục đăng ký với cơ quan quản lý được phẩm có thẩm quyền, và không bao gồm thực phẩm chức năng, dược mỹ phẩm, mỹ phẩm, khoáng chất, chế phẩm không nằm trong danh mục thuốc điều trị của Bộ Y tế, thuốc bổ, vitamin. Tuy nhiên, Công ty sẽ xem xét bồi thường đối với thuốc bổ, vitamin với mức tối đa 10% (mười phần trăm) tổng chi phí của cả toa thuốc khi thỏa mãn các điều kiện sau:

- Các loại thuốc bổ và vitamin này được sự chỉ định của Bác sĩ điều trị.
- Trong toa thuốc phải có thuốc điều trị đi kèm.

“Trợ cấp nằm viện” là khoản tiền trợ cấp trong trường hợp Người được Bảo hiểm nằm viện để điều trị nội trú do Bệnh. Thời gian hưởng Trợ cấp nằm viện được xác định theo số ngày nằm viện theo chỉ định của Bác sĩ. Số tiền chi trả sẽ được căn cứ vào số tiền bảo hiểm và số ngày được hưởng Trợ cấp nằm viện quy định trong Hợp đồng Bảo hiểm/Giấy Chứng nhận Bảo hiểm.

“Vật lý trị liệu” là phương pháp điều trị sử dụng các biện pháp vật lý để giúp phục hồi các chức năng hay các hoạt động bình thường hằng ngày của Người được Bảo hiểm theo chỉ định của Bác sĩ điều trị (không phải là phương pháp massage các loại, spa hay tập sửa dáng đi) và được thực hiện tại các Cơ sở y tế.

“Vật tư y tế” 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, bơm tiêm, bông, thạch cao, ... cũng như những vật tư tiêu hao khác được sử dụng cho các thiết bị cơ học.

“Đồng thanh toán” là tỷ lệ phần trăm của Chi phí hợp lý theo thông lệ của từng hạng mục quyền lợi có liên quan mà Người được Bảo hiểm phải tự trả. Công ty sẽ xem xét chi trả phần Chi phí hợp lý theo thông lệ còn lại của từng hạng mục quyền lợi có liên quan dựa trên các chi tiết về quyền lợi bảo hiểm của Người được Bảo hiểm được quy định trong Bảng liệt kê các Quyền lợi bảo hiểm.

ĐIỀU 2

QUYỀN LỢI BẢO HIỂM





2.1. Quyền lợi bảo hiểm chính

Công ty sẽ chi trả các Chi phí hợp lý theo thông lệ đúng Chương trình bảo hiểm của quyền lợi chính của Người được Bảo hiểm như được quy định trong Bảng Quyền lợi bảo hiểm tại điều 2.3 bên dưới.

Trong mọi trường hợp, tổng số tiền chi trả cho quyền lợi chính trong một Năm hợp đồng sẽ không vượt quá mức quyền lợi tối đa của Chương trình bảo hiểm của quyền lợi chính của Người được Bảo hiểm được quy định trong Bảng liệt kê các Quyền lợi bảo hiểm.

Hạng mục	Quyền lợi
Chi phí phòng và giường trong Điều trị nội trú:	<p>Công ty chi trả chi phí thực tế phát sinh cho phòng và giường theo ngày, tối đa 60 (sáu mươi) ngày/Năm hợp đồng. Trong đó, chi phí tối đa/ngày được căn cứ vào số tiền bảo hiểm quy định trong Hợp đồng Bảo hiểm/Giấy chứng nhận Bảo hiểm.</p> <p>Trong trường hợp Người được Bảo hiểm nằm phòng đơn, Công ty chỉ thanh toán cho chi phí Phòng đơn tiêu chuẩn(*) có giá trị thấp nhất được cung cấp bởi Cơ sở y tế cho loại phòng đó.</p> <p>(*) Phòng đơn tiêu chuẩn là phòng 1 giường, 1 nhà vệ sinh, không có phòng bếp, phòng ăn và phòng khách. Định nghĩa này không bao gồm các phòng Deluxe, VIP và phòng hạng sang của Cơ sở y tế.</p>
Phí khám bệnh hằng ngày của Bác sĩ và Phí Bác sĩ chuyên khoa:	Tối đa 30 (ba mươi) lần/Năm hợp đồng. Số tiền chi trả sẽ được căn cứ vào số tiền bảo hiểm quy định trong Hợp đồng Bảo hiểm/Giấy Chứng nhận Bảo hiểm.
Chi phí Phòng chăm sóc đặc biệt, Phòng chăm sóc mạch vành, Phòng theo dõi liên tục:	Tối đa 30 (ba mươi) ngày/Năm hợp đồng. Số tiền chi trả sẽ được căn cứ vào số tiền bảo hiểm quy định trong Hợp đồng Bảo hiểm/Giấy Chứng nhận Bảo hiểm.
Điều trị trước khi nhập viện:	Tối đa 30 (ba mươi) lần/Năm hợp đồng. Số tiền chi trả sẽ được căn cứ vào số tiền bảo hiểm quy định trong Hợp đồng Bảo hiểm/Giấy Chứng nhận Bảo hiểm.



Hạng mục	Quyền lợi
Điều trị sau khi xuất viện:	Trong vòng 90 (chín mươi) ngày sau khi xuất viện. Số tiền chi trả sẽ được căn cứ vào số tiền bảo hiểm quy định trong Hợp đồng Bảo hiểm/Giấy Chứng nhận Bảo hiểm.
Điều dưỡng tại nhà:	Trong vòng 60 (sáu mươi) ngày sau khi xuất viện. Số tiền chi trả sẽ được căn cứ vào số tiền bảo hiểm quy định trong Hợp đồng Bảo hiểm/Giấy Chứng nhận Bảo hiểm.
Dịch vụ xe cấp cứu:	Tối đa 5 (năm) lần/Năm hợp đồng. Số tiền chi trả sẽ được căn cứ vào số tiền bảo hiểm quy định trong Hợp đồng Bảo hiểm/Giấy Chứng nhận Bảo hiểm.
Chi phí cấp cứu:	Tối đa 5 (năm) lần/Năm hợp đồng. Số tiền chi trả sẽ được căn cứ vào số tiền bảo hiểm quy định trong Hợp đồng Bảo hiểm/Giấy Chứng nhận Bảo hiểm.
Các chi phí khác trong Điều trị nội trú:	Các chi phí xét nghiệm chẩn đoán, chẩn đoán hình ảnh theo chỉ định của Bác sĩ, thuốc được kê đơn, phí Bác sĩ, máu, huyết tương, thuê xe lăn sử dụng trong Cơ sở y tế, vật tư y tế, dụng cụ và trang thiết bị phẫu thuật, thiết bị y khoa được đặt/gắn bên trong cơ thể, ...
Chi phí phẫu thuật nội trú:	Bao gồm chi phí Bác sĩ phẫu thuật, chi phí phòng phẫu thuật, chi phí gây mê/gây tê, chi phí đánh giá tiền phẫu thuật và chăm sóc hậu phẫu thuật thông thường.
Phẫu thuật trong ngày:	Tối đa 1 (một) lần/Năm hợp đồng. Số tiền chi trả sẽ được căn cứ vào số tiền bảo hiểm quy định trong Hợp đồng Bảo hiểm/Giấy Chứng nhận Bảo hiểm.
Điều trị ung thư:	Chi trả cho chi phí xạ trị, hóa trị, liệu pháp trúng đích (ngoại trừ phương pháp Phẫu thuật) theo chỉ định của Bác sĩ, không bao gồm thuốc được cấp mang về, tối đa 5 (năm) lần/Năm hợp đồng.



Hạng mục	Quyền lợi
<p>Ghép tạng:</p>	<p>Chi trả các chi phí cho việc ghép thận, tim, phổi, gan, tủy xương cho người nhận là Người được Bảo hiểm (tối đa 50% (năm mươi phần trăm) cho người hiến tặng và số phần trăm còn lại cho người nhận, tùy theo sự lựa chọn của Người được Bảo hiểm). Công ty không thanh toán cho các chi phí để có được tạng; Quyền lợi này là tổng cộng tối đa cho mỗi tạng trong suốt cuộc đời và Công ty sẽ không thanh toán bất kỳ quyền lợi nào khác trong Hợp đồng Bảo hiểm liên quan đến việc ghép tạng của Người được Bảo hiểm.</p>
<p>Chạy thận nhân tạo định kỳ:</p>	<p>Chi phí y tế thực tế cho chạy thận nhân tạo và thăm phân phúc mạc trong ngày theo chỉ định của Bác sĩ để điều trị suy thận mạn tính do Bệnh, tối đa 30 (ba mươi) lần/Năm hợp đồng.</p>
<p>Giường cho người nhà:</p>	<p>Công ty chi trả chi phí thực tế phát sinh cho giường thêm của bố/mẹ hay người giám hộ hợp pháp lưu lại qua đêm trong cùng một phòng với Người được Bảo hiểm dưới 18 (mười tám) tuổi, tối đa 30 (ba mươi) ngày/Năm hợp đồng. Trong đó, chi phí tối đa/ngày được căn cứ vào số tiền bảo hiểm quy định trong Hợp đồng Bảo hiểm/Giấy chứng nhận Bảo hiểm. Tổng số tiền chi trả cho quyền lợi Trợ cấp nằm viện, quyền lợi Giường cho người nhà, quyền lợi Chi phí phòng và giường trong Điều trị nội trú không được vượt quá số tiền tối đa của quyền lợi Chi phí phòng và giường trong Điều trị nội trú.</p>
<p>Trợ cấp nằm viện:</p>	<p>Trong trường hợp Người được Bảo hiểm nằm viện, Công ty sẽ chi trả số tiền trợ cấp theo ngày, tối đa 30 (ba mươi) ngày/Năm hợp đồng. Số tiền trợ cấp/Ngày sẽ được căn cứ vào số tiền bảo hiểm quy định trong Hợp đồng Bảo hiểm/Giấy Chứng nhận Bảo hiểm. Tổng số tiền chi trả cho quyền lợi Trợ cấp nằm viện, quyền lợi Giường cho người nhà, quyền</p>



Hạng mục	Quyền lợi
	<p>lợi Chi phí phòng và giường trong Điều trị nội trú không được vượt quá số tiền tối đa của quyền lợi Chi phí phòng và giường trong Điều trị nội trú.</p>
<p>Hỗ trợ tài chính trong trường hợp Người được Bảo hiểm được chẩn đoán bệnh ung thư:</p>	<p>Người được Bảo hiểm sẽ được chi trả quyền lợi này trong trường hợp được chẩn đoán bệnh ung thư giai đoạn cuối nhưng không bao gồm ung thư tuyến giáp. Số tiền chi trả sẽ được căn cứ vào số tiền bảo hiểm và số tháng còn lại của Năm hợp đồng. Quyền lợi này sẽ không được áp dụng trong năm tái tục tiếp theo nếu quyền lợi này đã được chi trả.</p>
<p>Dịch vụ trợ giúp khẩn cấp 24 giờ và Dịch vụ sơ tán y tế khẩn cấp</p>	<p>Cung cấp thông tin và hỗ trợ về y tế cho Người được Bảo hiểm.</p>
<p>Chi phí đi lại bổ sung (sau khi sơ tán khẩn cấp)</p>	<p>Chi phí trả cho một vé máy bay hạng phổ thông để đưa Người được Bảo hiểm trở về nước cư trú.</p>
<p>Chuyến thi hài về quê hương hoặc nước cư trú</p>	<p>Chi phí chi trả cho dịch vụ chuyển thi hài Người được Bảo hiểm về quê hương hoặc nơi cư trú.</p>
<p>Tổn thương răng do tai nạn</p>	<p>Chi phí điều trị khẩn cấp trong vòng tối đa 7 (bảy) ngày kể từ khi tai nạn gây ra mất mát hoặc tổn thương cho răng lành mạnh tự nhiên.</p>



2.2. Các Quyền lợi bảo hiểm lựa chọn

Quyền lợi bảo hiểm lựa chọn chỉ có thể được mua vào lúc nộp Giấy Yêu cầu Bảo hiểm cho Người được Bảo hiểm hoặc khi tái tục Hợp đồng Bảo hiểm. Quyền lợi bảo hiểm lựa chọn không thể bị hủy bỏ trong Năm hợp đồng trừ khi hủy bỏ bảo hiểm của Người được Bảo hiểm hoặc hủy bỏ Hợp đồng Bảo hiểm.

Trong mọi trường hợp, tổng số tiền chi trả cho mỗi loại Quyền lợi bảo hiểm lựa chọn của Người được Bảo hiểm trong một Năm hợp đồng sẽ không vượt quá mức quyền lợi tối đa của Chương trình bảo hiểm về quyền lợi lựa chọn đó của Người được Bảo hiểm được quy định trong Bảng liệt kê các Quyền lợi bảo hiểm.

Có 4 (bốn) loại Quyền lợi bảo hiểm lựa chọn riêng biệt sau:

a) Quyền lợi Ngoại trú: bao gồm các hạng mục quyền lợi sau:

Hạng mục	Quyền lợi
Điều trị ngoại trú (không Phẫu thuật)	Chi phí Bác sĩ, xét nghiệm chẩn đoán, chẩn đoán hình ảnh theo chỉ định của Bác sĩ, Thuốc kê theo Đơn của Bác sĩ, Vật tư y tế, và các chi phí có liên quan khác.
Điều trị ngoại trú (có Phẫu thuật)	Chi phí Bác sĩ phẫu thuật, chi phí phòng Phẫu thuật, chi phí gây mê/gây tê, chi phí xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, chi phí Vật tư y tế, dụng cụ và trang thiết bị phẫu thuật, Thuốc kê theo Đơn của Bác sĩ, và các chi phí có liên quan khác.
Chi phí vật lý trị liệu, trị liệu thần kinh cột sống trong Điều trị ngoại trú	Tối đa 30 (ba mươi) ngày/Năm hợp đồng. Số tiền chi trả sẽ được căn cứ vào số tiền bảo hiểm quy định trong Hợp đồng Bảo hiểm/Giấy Chứng nhận Bảo hiểm.
Khám sức khỏe miễn phí (tối đa 1 lần/năm)	Trong trường hợp không xảy ra sự kiện bảo hiểm được bồi thường nào trong Năm hợp đồng liền trước đó, Người được Bảo hiểm sẽ được chi trả cho việc khám sức khỏe tại các Cơ sở y tế trong nước. Số tiền chi trả sẽ được căn cứ vào số tiền bảo hiểm quy định trong Hợp đồng Bảo hiểm/Giấy Chứng nhận Bảo hiểm.



Hạng mục	Quyền lợi
Miễn phí gói xét nghiệm sức khỏe cơ bản (tối đa 1 lần/năm)	Chi phí được trả trong trường hợp không xảy ra sự kiện bảo hiểm được bồi thường nào trong Năm hợp đồng liền trước đó. Người được Bảo hiểm được chi trả gói xét nghiệm cơ bản bao gồm gói xét nghiệm Siêu âm bụng tổng quát, Tổng phân tích nước tiểu, xét nghiệm công thức máu, xét nghiệm mỡ máu, Điện tâm đồ, Xét nghiệm men gan, X-quang phổi.
Tiêm chủng Vắc-xin (tối đa 1 lần/năm)	Chi phí tiêm chủng Vắc-xin được chi trả cho Người được Bảo hiểm. Số tiền chi trả được căn cứ vào số tiền bảo hiểm quy định trong Hợp đồng Bảo hiểm/Giấy Chứng nhận Bảo hiểm. Công ty chi trả 60% (sáu mươi phần trăm) chi phí.
Gói tầm soát ung thư (tối đa 1 lần/năm)	Chi phí tầm soát ung thư được chi trả cho Người được Bảo hiểm. Số tiền chi trả được căn cứ vào số tiền bảo hiểm quy định trong Hợp đồng Bảo hiểm/Giấy Chứng nhận Bảo hiểm. Công ty chi trả 60% (sáu mươi phần trăm) chi phí.

b) Quyền lợi Thai sản

Hạng mục	Quyền lợi
Quyền lợi Thai sản	Chi phí khám thai; sinh thường hoặc sinh mổ do Sự cần thiết về mặt y tế; điều trị cho trẻ sơ sinh liên quan đến bệnh lý xuất hiện trong vòng 30 (ba mươi) ngày sau khi sinh, với điều kiện người mẹ vẫn nằm viện (không bao gồm các chi phí vệ sinh; vật dụng cá nhân và chi phí thức ăn cho em bé; vàng da sinh lý; tiêm phòng các loại; khám, thuốc dự phòng và xét nghiệm kiểm tra tầm soát hoặc điều trị các Bệnh bẩm sinh, Bệnh di truyền; điều trị các Biến chứng thai sản).



Hạng mục	Quyền lợi
Chăm sóc trẻ sơ sinh	Khám sức khỏe định kỳ, tiêm chủng, dụng cụ, vitamin (trong vòng 30 (ba mươi) ngày kể từ ngày sinh hoặc trong Năm hợp đồng đã hết hạn).
Chăm sóc mẹ	Tái khám sau sinh (trong vòng 30 (ba mươi) ngày kể từ ngày sinh con hoặc trong Năm hợp đồng đã hết hạn, tối đa 2 (hai) lần/Năm hợp đồng).
Hỗ trợ tài chính	Tối đa 5 (năm) ngày/lần sinh. Công ty hỗ trợ tài chính trong khoảng thời gian Người được Bảo hiểm sinh con tại Cơ sở y tế.
Quà tặng sinh nở (mỗi lần sinh)	Áp dụng khi Người được Bảo hiểm sinh con tại các Bệnh viện công lập ở Việt Nam, nhưng không thuộc khoa dịch vụ. Quà tặng là tiền mặt được quy định trong Hợp đồng Bảo hiểm/Giấy Chứng nhận Bảo hiểm.

c) Quyền lợi Nha khoa

Đồng thanh toán 20:80 (Công ty sẽ bảo hiểm và chi trả 80% (tám mươi phần trăm) Chi phí hợp lý theo thông lệ, Người được Bảo hiểm trả 20% (hai mươi phần trăm)), cho các trường hợp sau:

- Khám, chụp X quang răng bệnh lý.
- Điều trị viêm nướu, nha chu.
- Cắt chóp răng, lấy u vôi răng (lấy vôi răng sâu dưới nướu).
- Trám răng bệnh lý.
- Điều trị tủy răng.
- Nhổ răng bệnh lý (bao gồm cả phẫu thuật).

Công ty chi trả toàn bộ chi phí được quy định trong Hợp đồng Bảo hiểm/Giấy Chứng nhận Bảo hiểm cho trường hợp sau:

- Vệ sinh răng (tối đa 2 (hai) lần/Năm hợp đồng).

d) Quyền lợi Tai nạn cá nhân

Quyền lợi này chỉ bảo hiểm cho Người được Bảo hiểm có tuổi từ 15 (mười lăm) ngày tuổi đến 70 (bảy mươi) tuổi.

Nếu Người được Bảo hiểm bị một Tai nạn xảy ra trong khi bảo hiểm tai nạn cá nhân của Người được Bảo hiểm đang có hiệu lực, và trong vòng 180 (một trăm tám mươi) ngày dương lịch kể từ khi Tai nạn gây ra:



- tử vong do Tai nạn; hoặc
- mất hoàn toàn khả năng sử dụng và không thể chữa được của một mắt hoặc một chi; hoặc
- mất hoàn toàn khả năng sử dụng và không thể chữa được của hai mắt hoặc hơn hai chi; hoặc
- mất hoàn toàn khả năng sử dụng và không thể chữa được của một mắt và một chi; hoặc
- thương tật toàn bộ vĩnh viễn

thì Công ty sẽ chi trả quyền lợi Tai nạn cá nhân theo đúng Bảng liệt kê các Quyền lợi bảo hiểm dành cho Tai nạn cá nhân được quy định dưới đây, trong đó các quyền lợi được biểu thị theo tỷ lệ phần trăm của số tiền bảo hiểm về Tai nạn cá nhân của Người được Bảo hiểm:

Tử vong do Tai nạn	100%
Mất hoàn toàn khả năng sử dụng và không thể chữa được của một mắt hoặc một chi	50%
Mất hoàn toàn khả năng sử dụng và không thể chữa được của hai mắt hoặc hơn hai chi	100%
Mất hoàn toàn khả năng sử dụng và không thể chữa được của một mắt và một chi	100%
Thương tật toàn bộ vĩnh viễn	100%
Chôn cất và mai táng	5.000.000 đồng

Trong mọi trường hợp, tổng số tiền chi trả cho tất cả các tổn thất gây ra bởi bất kỳ và tất cả các Tai nạn xảy ra trong một Năm hợp đồng sẽ không vượt quá 100% (một trăm phần trăm) Số tiền bảo hiểm về tai nạn cá nhân của Người được Bảo hiểm trong Năm hợp đồng mà Tai nạn xảy ra.



2.3. Bảng quyền lợi bảo hiểm

2.3.1. Quyền lợi Nội trú

Bảng sau liệt kê các quyền lợi và hạn mức phụ của quyền lợi này (Đơn vị: đồng).

Công ty sẽ áp dụng tỉ lệ đồng chi trả đối với Người được Bảo hiểm từ 0 (không) đến 3 (ba) tuổi. Người được Bảo hiểm sẽ chi trả 40% (bốn mươi phần trăm), Công ty bảo hiểm sẽ chi trả 60% (sáu mươi phần trăm) chi phí điều trị.

CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM	CARE FIRST			CARE CROSS			CARE ELITE	
	CF1	CF2	CF3	CC1	CC2	CC3	CE1	CE2
Mức quyền lợi tối đa/Năm hợp đồng	100 triệu	250 triệu	500 triệu	1,0 tỷ	2,0 tỷ	5,0 tỷ	10,0 tỷ	20,0 tỷ
Phạm vi bảo hiểm	Việt Nam			Toàn cầu (*)				
1. Chi phí phòng và giường (Tối đa 60 ngày/Năm hợp đồng)	600.000 /ngày	1.250.000 /ngày	2.500.000 /ngày	4.000.000 /ngày	6.000.000 /ngày	7.000.000 /ngày	Trả toàn bộ (**)	
2. Phí khám bệnh hằng ngày của Bác sĩ và Phí Bác sĩ chuyên khoa (Tối đa 30 lần/Năm hợp đồng)	500.000 /lần khám	1.000.000 /lần khám	1.500.000 /lần khám	3.000.000 /lần khám	4.000.000 /lần khám	5.000.000 /lần khám	6.000.000 /lần khám	7.000.000 /lần khám
3. Chi phí Phòng chăm sóc đặc biệt, Phòng chăm sóc mạch vành, Phòng theo dõi liên tục (Tối đa 30 ngày/Năm hợp đồng)	1.200.000 /ngày	2.500.000 /ngày	5.000.000 /ngày	Trả toàn bộ	Trả toàn bộ	Trả toàn bộ	Trả toàn bộ	Trả toàn bộ
4. Điều trị trước khi nhập viện (Trong vòng 30 ngày trước khi nhập viện)	3.000.000 /Năm hợp đồng	6.000.000 /Năm hợp đồng	10.000.000 /Năm hợp đồng	Trả toàn bộ	Trả toàn bộ	Trả toàn bộ	Trả toàn bộ	Trả toàn bộ
5. Điều trị sau khi xuất viện (Trong vòng 90 ngày sau khi xuất viện)	3.000.000 /Năm hợp đồng	6.000.000 /Năm hợp đồng	10.000.000 /Năm hợp đồng	Trả toàn bộ	Trả toàn bộ	Trả toàn bộ	Trả toàn bộ	Trả toàn bộ
6. Điều dưỡng tại nhà (Trong vòng 60 ngày sau khi xuất viện)	3.000.000 /Năm hợp đồng	6.000.000 /Năm hợp đồng	10.000.000 /Năm hợp đồng	Trả toàn bộ	Trả toàn bộ	Trả toàn bộ	Trả toàn bộ	Trả toàn bộ
7. Dịch vụ xe cấp cứu (Tối đa 5 lần/Năm hợp đồng)	5.000.000 /Năm hợp đồng	10.000.000 /Năm hợp đồng	15.000.000 /Năm hợp đồng	Trả toàn bộ	Trả toàn bộ	Trả toàn bộ	Trả toàn bộ	Trả toàn bộ

(*) Bảo vệ toàn cầu, ngoại trừ Mỹ, Canada, Hồng Kông, Singapore, Nhật Bản, Thụy Sĩ

(**) Áp dụng mức 8.000.000/ngày (CE1) và 9.000.000/ngày (CE2) cho Người được Bảo hiểm chọn Phạm vi bảo hiểm Đông Nam Á (ngoại trừ Singapore).



2.3.1. Quyền lợi Nội trú

CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM	CARE FIRST			CARE CROSS			CARE ELITE	
	CF1	CF2	CF3	CC1	CC2	CC3	CE1	CE2
<p>8. Các chi phí khác trong điều trị nội trú: Các chi phí xét nghiệm chẩn đoán, chẩn đoán hình ảnh theo chỉ định của Bác sĩ, thuốc được kê đơn, phí Bác sĩ, máu, huyết tương, thuê xe lăn sử dụng trong bệnh viện, vật tư y tế, dụng cụ và trang thiết bị phẫu thuật, thiết bị y khoa được đặt/gắn bên trong cơ thể, ...</p>	6.000.000 /Năm hợp đồng	15.000.000 /Năm hợp đồng	30.000.000 /Năm hợp đồng	Trả toàn bộ	Trả toàn bộ	Trả toàn bộ	Trả toàn bộ	Trả toàn bộ
<p>9. Chi phí phẫu thuật nội trú: Chi phí Bác sĩ phẫu thuật, chi phí phòng phẫu thuật, chi phí gây mê/gây tê, chi phí đánh giá tiền phẫu thuật và chăm sóc hậu phẫu thuật thông thường</p>	50.000.000 /Năm hợp đồng	125.000.000 /Năm hợp đồng	250.000.000 /Năm hợp đồng	Trả toàn bộ	Trả toàn bộ	Trả toàn bộ	Trả toàn bộ	Trả toàn bộ
<p>10. Điều trị ung thư (Tối đa 5 lần/Năm hợp đồng) Là chi phí xạ trị, hóa trị, liệu pháp trúng đích (ngoại trừ phương pháp Phẫu thuật) theo chỉ định của Bác sĩ, không bao gồm thuốc được cấp mang về</p>	50.000.000 /Năm hợp đồng	125.000.000 /Năm hợp đồng	250.000.000 /Năm hợp đồng	Trả toàn bộ	Trả toàn bộ	Trả toàn bộ	Trả toàn bộ	Trả toàn bộ
<p>11. Ghép tạng: (Tối đa 1 tạng/cả đời) Các chi phí cho việc ghép thận, tim, phổi, gan, tụy xương cho người nhận là Người được Bảo hiểm (Tối đa 50% cho người hiến tạng và số phần trăm còn lại cho người nhận, tùy theo sự lựa chọn của Người được Bảo hiểm). Công ty không thanh toán cho các chi phí để có được tạng; Quyền lợi này là tổng cộng tối đa cho mỗi tạng trong suốt cuộc đời và Công ty sẽ không thanh toán bất kỳ quyền lợi nào khác trong hợp đồng bảo hiểm liên quan đến việc ghép tạng của Người được Bảo hiểm</p>	50.000.000 /Năm hợp đồng	125.000.000 /Năm hợp đồng	250.000.000 /Năm hợp đồng	Trả toàn bộ	Trả toàn bộ	Trả toàn bộ	Trả toàn bộ	Trả toàn bộ



2.3.1. Quyền lợi Nội trú

CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM	CARE FIRST			CARE CROSS			CARE ELITE	
	CF1	CF2	CF3	CC1	CC2	CC3	CE1	CE2
<p>12. Giường cho người nhà: (Tối đa 30 ngày/Năm hợp đồng) Là giường thêm dành cho bố/mẹ hay người giám hộ hợp pháp lưu lại qua đêm trong cùng một phòng với Người được Bảo hiểm dưới 18 tuổi</p>	500.000 /ngày	800.000 /ngày	1.000.000 /ngày	1.500.000 /ngày	2.000.000 /ngày	2.500.000 /ngày	3.000.000 /ngày	3.500.000 /ngày
<p>13. Chạy thận nhân tạo định kỳ (Tối đa 30 lần/Năm hợp đồng)</p>	25.000.000 /Năm hợp đồng	50.000.000 /Năm hợp đồng	75.000.000 /Năm hợp đồng	150.000.000 /Năm hợp đồng	250.000.000 /Năm hợp đồng	350.000.000 /Năm hợp đồng	400.000.000 /Năm hợp đồng	500.000.000 /Năm hợp đồng
<p>14. Phẫu thuật trong ngày (Tối đa 1 lần/Năm hợp đồng)</p>	5.000.000 /Năm hợp đồng	10.000.000 /Năm hợp đồng	15.000.000 /Năm hợp đồng	30.000.000 /Năm hợp đồng	50.000.000 /Năm hợp đồng	70.000.000 /Năm hợp đồng	80.000.000 /Năm hợp đồng	100.000.000 /Năm hợp đồng
<p>15. Chi phí cấp cứu (Tối đa 5 lần/Năm hợp đồng)</p>	1.700.000 /lần khám	3.500.000 /lần khám	4.000.000 /lần khám	6.000.000 /lần khám	8.000.000 /lần khám	10.000.000 /lần khám	15.000.000 /Năm hợp đồng	20.000.000 /Năm hợp đồng
<p>16. Trợ cấp nằm viện: Tối đa 30 ngày/Năm hợp đồng) Lưu ý: Tổng số tiền chi trả cho quyền lợi Trợ cấp nằm viện, quyền lợi Giường cho người nhà, quyền lợi Chi phí phòng và giường trong Điều trị nội trú không được vượt quá số tiền tối đa của quyền lợi Chi phí phòng và giường trong Điều trị nội trú.</p>	100.000 /ngày	300.000 /ngày	500.000 /ngày	1.000.000 /ngày	1.500.000 /ngày	1.700.000 /ngày	2.000.000 /ngày	2.300.000 /ngày
<p>17. Hỗ trợ tài chính trong trường hợp Người được Bảo hiểm được chẩn đoán bệnh ung thư</p>	Không áp dụng	Không áp dụng	Không áp dụng	5.000.000 /tháng	7.000.000 /tháng	10.000.000 /tháng	15.000.000 /tháng	20.000.000 /tháng



2.3.1. Quyền lợi Nội trú

CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM	CARE FIRST			CARE CROSS			CARE ELITE	
	CF1	CF2	CF3	CC1	CC2	CC3	CE1	CE2
Người được Bảo hiểm sẽ được chi trả quyền lợi này trong trường hợp được chẩn đoán bệnh ung thư tuyến giáp. Số tiền chi trả sẽ được căn cứ vào số tiền bảo hiểm và số tháng còn lại của Năm hợp đồng. Quyền lợi này sẽ không được áp dụng trong năm tái tục tiếp theo nếu quyền lợi này đã được chi trả								
18. Dịch vụ trợ giúp khẩn cấp 24 giờ và Dịch vụ sơ tán y tế khẩn cấp	Bao gồm	Bao gồm	Bao gồm	Bao gồm	Bao gồm	Bao gồm	Bao gồm	Bao gồm
19. Chi phí đi lại bổ sung: (Sau khi sơ tán khẩn cấp) Một vé máy bay hạng phổ thông để đưa Người được Bảo hiểm trở về nước cư trú.	Không áp dụng	Không áp dụng	Không áp dụng	5.000.000 /Năm hợp đồng	5.000.000 /Năm hợp đồng	5.000.000 /Năm hợp đồng	5.000.000 /Năm hợp đồng	5.000.000 /Năm hợp đồng
20. Chuyển thi hài về quê hương hoặc nước cư trú	Không áp dụng	Không áp dụng	Không áp dụng	Trả toàn bộ	Trả toàn bộ	Trả toàn bộ	Trả toàn bộ	Trả toàn bộ
21. Tổn thương răng do tai nạn: Điều trị khẩn cấp trong vòng tối đa 7 ngày kể từ khi tai nạn gây ra mất mát hoặc tổn thương cho răng lành mạnh tự nhiên	Không áp dụng	Không áp dụng	Không áp dụng	Trả toàn bộ	Trả toàn bộ	Trả toàn bộ	Trả toàn bộ	Trả toàn bộ

(* Bảo vệ toàn cầu, ngoại trừ Mỹ, Canada, Hồng Kông, Singapore, Nhật Bản, Thụy Sĩ.

Lưu ý: Tổng số tiền thuộc phạm vi bảo hiểm chi trong thời hạn hợp đồng không vượt quá số tiền bảo hiểm (giới hạn số tiền chi cho Điều trị nội trú trong Năm hợp đồng).



2.3.2. Quyền lợi Ngoại trú

Bảng sau liệt kê các quyền lợi và hạn mức phụ của quyền lợi này (Đơn vị: đồng).

Công ty sẽ áp dụng tỉ lệ đồng chi trả đối với Người được Bảo hiểm từ 0 (không) đến 3 (ba) tuổi. Người được Bảo hiểm sẽ chi trả 40% (bốn mươi phần trăm), Công ty bảo hiểm sẽ chi trả 60% (sáu mươi phần trăm) chi phí điều trị.

CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM	CARE FIRST			CARE CROSS			CARE ELITE	
	CF1	CF2	CF3	CC1	CC2	CC3	CE1	CE2
Mức quyền lợi tối đa/Năm hợp đồng	10 triệu	25 triệu	50 triệu	100 triệu	200 triệu	500 triệu	1 tỷ	2 tỷ
Phạm vi bảo hiểm	Việt Nam			Toàn cầu (*)				
22. Điều trị ngoại trú (không Phẫu thuật): Chi phí Bác sĩ, xét nghiệm chẩn đoán, chẩn đoán hình ảnh theo chỉ định của Bác sĩ, Thuốc kê theo Đơn của Bác sĩ, Vật tư y tế, và các chi phí có liên quan khác	1.000.000 /lần khám	2.000.000 /lần khám	5.000.000 /lần khám	7.000.000 /lần khám	15.000.000 /lần khám	40.000.000 /lần khám	50.000.000 /lần khám	60.000.000 /lần khám
23. Điều trị ngoại trú (có phẫu thuật): Chi phí Bác sĩ phẫu thuật, chi phí phòng phẫu thuật, chi phí gây mê/gây tê, chi phí xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, chi phí vật tư y tế, dụng cụ và trang thiết bị phẫu thuật, thuốc được kê đơn, và các chi phí có liên quan khác	2.000.000 /lần khám	5.000.000 /lần khám	7.500.000 /lần khám	10.000.000 /lần khám	20.000.000 /lần khám	50.000.000 /lần khám	60.000.000 /lần khám	70.000.000 /lần khám
24. Chi phí vật lý trị liệu, trị liệu thần kinh cột sống trong điều trị ngoại trú (Tối đa 30 ngày/Năm hợp đồng)	100.000 /ngày	200.000 /ngày	300.000 /ngày	500.000 /ngày	1.000.000 /ngày	2.000.000 /ngày	5.000.000 /ngày	10.000.000 /ngày
25. Khám sức khỏe miễn phí (Tối đa 1 lần khám/Năm hợp đồng) Chi phí được trả trong trường hợp không xảy ra sự kiện bảo hiểm được bồi thường nào trong Năm hợp đồng liền trước đó	Không áp dụng	Không áp dụng	Không áp dụng	2.000.000	2.000.000	5.000.000	5.000.000	5.000.000
26. Miễn phí gói xét nghiệm sức khỏe cơ bản (Tối đa 1 lần/Năm hợp đồng)	500.000	750.000	1.000.000	Không áp dụng	Không áp dụng	Không áp dụng	Không áp dụng	Không áp dụng



2.3.2. Quyền lợi Ngoại trú

CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM	CARE FIRST			CARE CROSS			CARE ELITE	
	CF1	CF2	CF3	CC1	CC2	CC3	CE1	CE2
Chi phí được trả trong trường hợp không xảy ra sự kiện bảo hiểm được bồi thường nào trong Năm hợp đồng liền trước đó. Người được Bảo hiểm được chi trả gói xét nghiệm cơ bản bao gồm gói xét nghiệm Siêu âm bụng tổng quát, Tổng phân tích nước tiểu, xét nghiệm Siêu âm bụng tổng quát, Tổng phân tích nước tiểu, xét nghiệm công thức máu, xét nghiệm mỡ máu, Điện tâm đồ, Xét nghiệm men gan, X-quang phổi.								
27. Tiêm chủng Vắc-xin (Tối đa 1 lần/Năm hợp đồng) Công ty chi trả 60% chi phí	500.000	750.000	1.000.000	1.500.000	2.000.000	3.000.000	4.000.000	5.000.000
28. Gói tầm soát ung thư (Tối đa 1 lần/Năm hợp đồng) Công ty chi trả 60% chi phí	500.000	750.000	1.000.000	1.500.000	2.000.000	3.000.000	3.000.000	3.000.000

(*) Bảo vệ toàn cầu, ngoại trừ Mỹ, Canada, Hồng Kông, Singapore, Nhật Bản, Thụy Sĩ.



2.3.3. Quyền lợi Thai sản

Bảng sau liệt kê các quyền lợi và hạn mức phụ của quyền lợi này (Đơn vị: đồng).

CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM	CARE FIRST			CARE CROSS			CARE ELITE	
	CF1	CF2	CF3	CC1	CC2	CC3	CE1	CE2
Mức quyền lợi tối đa/năm hợp đồng	10 triệu	15 triệu	20 triệu	30 triệu	50 triệu	60 triệu	80 triệu	100 triệu
Phạm vi bảo hiểm	Việt Nam			Toàn cầu (*)				
29. Quyền lợi thai sản: Chi phí khám thai; sinh thường hoặc sinh mổ do Sự cần thiết về mặt y tế; điều trị cho trẻ sơ sinh liên quan đến bệnh lý xuất hiện trong vòng 30 ngày sau khi sinh, với điều kiện người mẹ vẫn nằm viện	Trả toàn bộ	Trả toàn bộ	Trả toàn bộ	Trả toàn bộ	Trả toàn bộ	Trả toàn bộ	Trả toàn bộ	Trả toàn bộ
30. Chăm sóc trẻ sơ sinh: (Trong vòng 30 ngày kể từ ngày sinh hoặc trong Năm hợp đồng đã hết hạn). Khám sức khỏe định kỳ, tiêm chủng, dụng cụ, vitamin	2.500.000	3.750.000	5.000.000	7.500.000	12.500.000	15.000.000	20.000.000	25.000.000
31. Chăm sóc mẹ: (Trong vòng 30 ngày kể từ ngày sinh con hoặc Năm hợp đồng đã hết hạn, tối đa 2 lần khám/năm) Tải khám sau sinh	Không áp dụng	Không áp dụng	Không áp dụng	1.000.000 /lần khám	1.500.000 /lần khám	2.000.000 /lần khám	2.500.000 /lần khám	3.000.000 /lần khám
32. Hỗ trợ tài chính: (Tối đa 5 ngày/lần sinh) Công ty hỗ trợ tài chính trong khoảng thời gian Người được Bảo hiểm sinh con tại Cơ sở y tế	Không áp dụng	Không áp dụng	Không áp dụng	500.000 /ngày	750.000 /ngày	1.000.000 /ngày	1.500.000 /ngày	2.000.000 /ngày
33. Quà tặng sinh nở: (Mỗi lần sinh) Áp dụng khi Người được Bảo hiểm sinh con tại các Bệnh viện công lập ở Việt Nam nhưng không thuộc khoa dịch vụ	500.000	1.000.000	1.500.000	2.000.000	3.000.000	5.000.000	6.000.000	7.000.000

(*) Bảo vệ toàn cầu, ngoại trừ Mỹ, Canada, Hồng Kông, Singapore, Nhật Bản, Thụy Sĩ.



2.3.4. Quyền lợi Nha khoa

Bảng sau liệt kê các quyền lợi và hạn mức phụ của quyền lợi này (Đơn vị: đồng).

Quyền lợi Nha khoa sẽ được áp dụng Đồng thanh toán. Người được bảo hiểm sẽ chi trả 20% (hai mươi phần trăm), Công ty sẽ chi trả 80% (Tám mươi phần trăm) chi phí điều trị.

CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM	CARE FIRST		CARE CROSS			CARE ELITE	
	CF2	CF3	CC1	CC2	CC3	CE1	CE2
Mức quyền lợi tối đa/Năm hợp đồng	3 triệu	5 triệu	7,5 triệu	10 triệu	20 triệu	30 triệu	40 triệu
Phạm vi bảo hiểm	Việt Nam			Toàn cầu (*)			
34. Điều trị răng: Khám, chụp X quang răng bệnh lý, Điều trị viêm nướu, nha chu, Cắt chóp răng, lấy u vôi răng (lấy vôi răng sâu dưới nướu), Trám răng bệnh lý, Điều trị tủy răng, Nhổ răng bệnh lý (bao gồm cả phẫu thuật)	Trả toàn bộ	Trả toàn bộ	Trả toàn bộ	Trả toàn bộ	Trả toàn bộ	Trả toàn bộ	Trả toàn bộ
35. Vệ sinh răng (Tối đa 2 lần/Năm hợp đồng) Công ty trả 100%	500.000 /lần khám	500.000 /lần khám	1.000.000 /lần khám	2.000.000 /lần khám	3.000.000 /lần khám	4.000.000 /lần khám	5.000.000 /lần khám

(*) Bảo vệ toàn cầu, ngoại trừ Mỹ, Canada, Hồng Kông, Singapore, Nhật Bản, Thụy Sĩ.



2.3.5. Quyền lợi Tai nạn cá nhân

Số tiền bảo hiểm: Từ 20.000.000 đồng đến 10.000.000.000 đồng.

Trẻ em từ 0 (không) đến 18 (mười tám) tuổi chỉ được mua sản phẩm này với điều kiện mua cùng với bố và/hoặc mẹ. Số tiền bảo hiểm của Quyền lợi Tai nạn cá nhân của trẻ em được giới hạn tối đa 20% (hai mươi phần trăm) số tiền bảo hiểm Quyền lợi Tai nạn cá nhân của bố và/hoặc mẹ. Nếu bố, mẹ có mệnh giá bảo hiểm khác nhau, bảo hiểm của trẻ sẽ dựa trên phụ huynh có số tiền bảo hiểm cao hơn.

Sự kiện bảo hiểm	Quyền lợi bảo hiểm
Tử vong do Tai nạn	100% Số tiền bảo hiểm
Mất hoàn toàn khả năng sử dụng và không thể chữa được của một mắt hoặc một chi	50% Số tiền bảo hiểm
Mất hoàn toàn khả năng sử dụng và không thể chữa được của hai mắt hoặc hơn hai chi	100% Số tiền bảo hiểm
Mất hoàn toàn khả năng sử dụng và không thể chữa được của một mắt và một chi	100% Số tiền bảo hiểm
Thương tật toàn bộ vĩnh viễn	100% Số tiền bảo hiểm
Chôn cất và mai táng	5.000.000 đồng

ĐIỀU 3

THỜI GIAN CHỜ





Công ty không có trách nhiệm chi trả bất kỳ Quyền lợi bảo hiểm nào cho những sự kiện bảo hiểm xảy ra trong những thời gian quy định dưới đây, bao gồm cả trường hợp mà ngày nhập viện nằm trong những thời gian này nhưng ngày xuất viện nằm ngoài những thời gian này (gọi chung là Thời gian chờ):

a) Trường hợp Tai nạn: không áp dụng Thời gian chờ;

b) Đối với việc điều trị các Bệnh đặc biệt và các biến chứng của chúng; Biến chứng thai sản: 90 (chín mươi) ngày kể từ Ngày hiệu lực Hợp đồng Bảo hiểm;

c) Đối với việc điều trị các Bệnh khác: 30 (ba mươi) ngày kể từ Ngày hiệu lực Hợp đồng Bảo hiểm;

d) Đối với các tổn thương của dây chằng và sụn chêm: 90 (chín mươi) ngày kể từ Ngày hiệu lực Hợp đồng Bảo hiểm. Việc điều trị xảy ra sau thời gian 90 (chín mươi) ngày nói trên sẽ được Công ty bảo hiểm trên cơ sở Đồng thanh toán 30:70 (Người được Bảo hiểm tự chi trả 30% (ba mươi phần trăm) Chi phí hợp lý theo thông lệ);

e) Đối với quyền lợi Thai sản: 270 (hai trăm bảy mươi) ngày kể từ Ngày hiệu lực Hợp đồng Bảo hiểm;

f) Đối với quyền lợi Nha khoa: 90 (chín mươi) ngày kể từ Ngày hiệu lực Hợp đồng Bảo hiểm;

g) Đối với trường hợp Công ty bảo hiểm chấp thuận bảo hiểm cho các Bệnh có sẵn: Thời gian chờ tối đa là 1 (một) năm.

Công ty có thể xem xét việc bỏ các Thời gian chờ cho Người được Bảo hiểm đối với một số trường hợp cụ thể, được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.



ĐIỀU 4

CÁC LOẠI TRỪ TRÁCH NHIỆM BẢO HIỂM





4.1. Các loại trừ trách nhiệm bảo hiểm đối với Quyền lợi bảo hiểm chính và Quyền lợi bảo hiểm lựa chọn

Công ty không có trách nhiệm chi trả Quyền lợi bảo hiểm chính và Quyền lợi bảo hiểm lựa chọn nào trong các trường hợp sau và/hoặc phát sinh do các nguyên nhân sau:

a) Người được Bảo hiểm có hành vi tự tử, tự gây thương tích, cho dù đang ở trong bất kỳ trạng thái tinh thần nào hoặc cố ý không thực hiện những hành động cần thiết nhằm tránh sự kiện rủi ro xảy ra;
b) Các bệnh lây truyền qua đường tình dục và các biến chứng, di chứng của chúng; Xét nghiệm HIV và điều trị các Bệnh 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 chúng;
c) Các Bệnh có sẵn, Thương tật có sẵn, Bệnh bẩm sinh, Bệnh di truyền trừ trường hợp Công ty đã biết và chấp nhận bảo hiểm;
d) Tình trạng, bệnh gây ra do hoặc điều trị liên quan đến chứng nghiện hoặc lạm dụng thuốc, thuốc lá, rượu hoặc bất kỳ chất gây nghiện, chất kích thích thần kinh nào;
e) Các biện pháp tránh thai, triệt sản, sảy thai, phá thai và điều trị trước, sau khi sinh đẻ (trừ trường hợp phá thai thuộc phạm vi bảo hiểm tại quyền lợi Biến chứng thai sản), điều trị vô sinh, hiếm muộn, thụ tinh nhân tạo;
f) Phẫu thuật thẩm mỹ, điều trị liên quan đến việc thẩm mỹ, làm đẹp, các biến chứng của việc phẫu thuật và điều trị này; các điều trị liên quan đến da như viêm nang lông (trứng cá), nám da, tàn nhang, mụn thịt, nốt ruồi, tăng/giảm/rối loạn sắc tố da; các phẫu thuật tự chọn khác;
g) Kiểm tra sức khỏe định kỳ, khám giám định y khoa, tiêm chủng Vắc-xin và tiêm các chế phẩm miễn dịch, thực hiện các xét nghiệm tầm soát (trừ trường hợp được bảo hiểm theo quyền lợi bảo hiểm);
h) Điều trị các tật khúc xạ mắt, kiểm tra thị lực, điều trị bệnh lý liên quan đến việc sử dụng kính áp tròng, điều trị lác mắt bằng bất kỳ phương pháp nào; trợ thính, phục hồi thính lực;
i) Các công nghệ, quy trình, liệu pháp điều trị y tế thử nghiệm, điều trị y tế không chính thống; các thuốc điều trị, dược phẩm, liệu pháp tế bào gốc mới chưa được phê chuẩn bởi các cơ quan có thẩm quyền;
j) Điều trị, phẫu thuật các bệnh hoặc các nhóm bệnh: tâm thần, rối loạn tâm lý, rối loạn nhân cách, các rối loạn liên quan đến giấc ngủ, trầm cảm, động kinh, tự kỷ, tăng động giảm chú ý, các rối loạn phát triển tâm thần và thể chất, rối loạn giao tiếp, rối loạn hành vi, mất trí, Alzheimer, suy nhược cơ thể, suy nhược thần kinh, thoái hóa cột sống, thoái hóa đĩa đệm, thoái hóa khớp;
k) Điều dưỡng, an dưỡng, phục hồi chức năng, Vật lý trị liệu (trừ Vật lý trị liệu thuộc quyền lợi Điều trị Ngoại trú, nếu có tham gia);



4.1. Các loại trừ trách nhiệm bảo hiểm đối với Quyền lợi bảo hiểm chính và Quyền lợi bảo hiểm lựa chọn

l) Các phương pháp điều trị không phải Tây y như điều trị bằng phương pháp y học dân tộc, y học cổ truyền, châm cứu, trung tâm chăm sóc sức khỏe bằng hơi nước, spa, phòng khám trị liệu bằng phương pháp tự nhiên, trung tâm thể dục thể thao, thậm chí ngay cả khi các cơ sở này được đăng ký để hoạt động như một Cơ sở y tế;

m) Bất cứ điều trị nào theo yêu cầu của Người được Bảo hiểm mà không phải là Sự cần thiết về mặt y tế theo chỉ định của Bác sĩ; điều trị không đáp ứng định nghĩa tại Quy tắc và Điều khoản này; khám, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh không có kết luận chẩn đoán bệnh hoặc kết luận không có bệnh cần điều trị của Bác sĩ;

n) Điều trị liên quan đến giảm cân, tăng cân, các chương trình kiểm soát cân nặng hoặc phẫu thuật giảm béo;

o) Điều trị hoặc phòng ngừa để giảm nhẹ các triệu chứng phổ biến liên quan đến quá trình lão hóa, mãn kinh, tiền mãn kinh hoặc dậy thì sớm; điều trị rối loạn chức năng tình dục; điều trị liên quan đến chuyển đổi giới tính bao gồm phẫu thuật, điều trị thuốc, tâm lý trị liệu và các dịch vụ tương tự;

p) Các chi phí thuê, mua, bảo dưỡng, sửa chữa, thay thế thiết bị, dụng cụ chỉnh hình, phục hồi chức năng, thiết bị giả, bộ phận giả (như răng giả, chân tay giả, thủy tinh thể nhân tạo...), vật liệu thay thế, vật liệu cấy ghép nhân tạo (như van tim nhân tạo, mạch máu nhân tạo, giá đỡ (stent), xương sụn khớp gân nhân tạo, miếng vá, mảnh ghép, bóng nong, đĩa đệm, máy tạo nhịp tim...), các loại dao phẫu thuật, thiết bị hỗ trợ bên ngoài cơ thể (như nạng, xe lăn, thiết bị trợ thính hoặc thị lực, kính thuốc, máy hỗ trợ tim...), dụng cụ chỉnh hình thẩm mỹ và các thiết bị hỗ trợ điều trị y tế tương tự khác;

q) Chi phí cho các sản phẩm mỹ phẩm, thực phẩm chức năng, thuốc bổ, vitamin, khoáng chất, các chất bổ sung cho chế độ dinh dưỡng hoặc phục vụ cho chế độ ăn kiêng;

r) Thương tích do chiến tranh (cho dù tuyên bố hay không tuyên bố), nội chiến, khủng bố, bạo động, nổi loạn và các sự kiện mang tính chất chiến tranh khác; đình công, biểu tình;

s) Người được Bảo hiểm tham gia các hoạt động thể thao, giải trí nguy hiểm như: nhảy dù, nhào lộn trên không, leo núi, đua xe ô tô, mô tô, xe đạp, đua ngựa, săn bắn, đấm bốc, lặn, nhảy bungee và các hoạt động thể thao, giải trí nguy hiểm tương tự khác;

t) Người được Bảo hiểm bị cơ quan Nhà nước có thẩm quyền kết luận thực hiện hoặc tham gia thực hiện các hành vi phạm tội hoặc các hành vi vi phạm pháp luật khác, ngoại trừ các hành vi vi phạm pháp luật do vô ý.



4.2. Các loại trừ trách nhiệm bảo hiểm đối với quyền lợi Tai nạn cá nhân

Công ty không có trách nhiệm chi trả quyền lợi Tai nạn cá nhân cho bất kỳ tổn thất nào của Người được Bảo hiểm trong các trường hợp sau và/hoặc phát sinh do các nguyên nhân sau:

a) Tự gây thương tích, tự tử, cố gắng tự tử cho dù đang trong bất kỳ tình trạng nào;
b) Sử dụng đồ uống có cồn, ma túy, chất gây nghiện, chất kích thích, dung môi hoặc thuốc trừ khi được thực hiện theo chỉ định của Bác sĩ điều trị;
c) Tất cả các loại ngộ độc, trúng độc, nhiễm độc;
d) Thai nghén, sinh đẻ, phá thai, hậu sản;
e) Virus gây suy giảm miễn dịch ở người (“HIV”) và/hoặc các Bệnh 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;
f) Nhiễm phóng xạ, nhiễm hóa chất;
g) Thương tích phát sinh từ hoặc được góp phần bởi bất kỳ sự khiếm khuyết hoặc sự suy nhược nào về thể chất hoặc tinh thần của Người được Bảo hiểm mà không được khai báo trước đó hoặc bị Công ty loại trừ bảo hiểm;
h) Tập luyện hoặc tham gia thể thao chuyên nghiệp, bất kỳ cuộc đua nào (ngoại trừ đi bộ, chạy bộ, bơi lội), các môn thể thao hoặc các hoạt động nguy hiểm bao gồm săn bắn, cưỡi ngựa, các hình thức thử nghiệm xe có động cơ, trượt patin, trượt băng, trượt tuyết, trượt ván trên tuyết, trượt ván, nhảy dù, dù kéo, dù lượn, điều lượn, bay lượn hoặc đi trên bất kỳ phương tiện hoặc thiết bị nào di chuyển trên không (không phải như là hành khách có mua vé đi trên một máy bay thương mại của một hãng hàng không bay theo lịch được cấp giấy phép hợp lệ), đi lên xuống hoặc di chuyển trên một khí cầu, 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 bình dưỡng khí hoặc lặn có sử dụng không khí nén, quyền anh, võ thuật, vật, bóng bầu dục, polo/mã cầu;
i) Thương tích phát sinh trong khi đang phục vụ như là nhân viên của thủy thủ đoàn hay phi hành đoàn hoặc nhân viên hãng hàng không, hoặc trong khi đang phục vụ trong quân đội, công an, lực lượng vũ trang;
j) Thương tích phát sinh do khủng bố, chiến tranh có tuyên chiến hay không có tuyên chiến, sự xâm lược, hành động của kẻ thù nước ngoài, chiến sự, nội chiến, nổi dậy quân sự, khởi nghĩa, phiến loạn, cách mạng, các hành động quân sự hoặc cướp chính quyền, nổi loạn, bạo động dân sự;



4.2. Các loại trừ trách nhiệm bảo hiểm đối với quyền lợi Tai nạn cá nhân

k) Tham gia ẩu đả, tham gia vào bất kỳ hoạt động bất hợp pháp nào hoặc vi phạm pháp luật, chống lại việc bắt giữ của cơ quan có thẩm quyền;

l) Người được Bảo hiểm bị cơ quan Nhà nước có thẩm quyền kết luận thực hiện hoặc tham gia thực hiện các hành vi phạm tội hoặc các hành vi vi phạm pháp luật khác, ngoại trừ các hành vi vi phạm pháp luật do vô ý.



ĐIỀU 5

CÁC QUY ĐỊNH KHÁC





5.1. Phạm vi bảo hiểm

Người được Bảo hiểm được bảo hiểm trong Phạm vi bảo hiểm được quy định trong Hợp đồng Bảo hiểm/Giấy Chứng nhận Bảo hiểm

5.2. Phí bảo hiểm

5.2.1. Phí bảo hiểm đầu tiên của Người được Bảo hiểm được tính dựa trên các Chương trình bảo hiểm của Người được Bảo hiểm, tuổi của Người được Bảo hiểm vào Ngày hiệu lực Hợp đồng Bảo hiểm, Thời hạn bảo hiểm, thông tin của Người được Bảo hiểm được kê khai trên Giấy Yêu cầu Bảo hiểm, Bảng phí bảo hiểm được áp dụng và mức chiết khấu được áp dụng (nếu có).

5.2.2. Phí bảo hiểm tái tục của Người được Bảo hiểm có thể thay đổi và được tính dựa trên các Chương trình bảo hiểm của Người được Bảo hiểm, tuổi của Người được Bảo hiểm vào Ngày tái tục Hợp đồng Bảo hiểm, lịch sử bồi thường của Người được Bảo hiểm, Bảng phí bảo hiểm được áp dụng và mức chiết khấu được áp dụng (nếu có).

5.2.3. “Mức phí bảo hiểm ngắn hạn” là mức phí bảo hiểm được tính theo công thức dưới đây cho Thời hạn bảo hiểm hoặc khoảng thời gian đã bảo hiểm cho Người được Bảo hiểm dưới 12 (mười hai) tháng trong Năm hợp đồng.

Thời hạn bảo hiểm hoặc khoảng thời gian đã bảo hiểm cho Người được Bảo hiểm trong Năm hợp đồng	Mức phí bảo hiểm ngắn hạn
0 (không) tháng hoặc dưới 1 (một) tháng	25% phí bảo hiểm năm
1 (một) tháng hoặc dưới 2 (hai) tháng	40% phí bảo hiểm năm
2 (hai) tháng hoặc dưới 3 (ba) tháng	50% phí bảo hiểm năm
3 (ba) tháng hoặc dưới 4 (bốn) tháng	65% phí bảo hiểm năm
4 (bốn) tháng hoặc dưới 5 (năm) tháng	75% phí bảo hiểm năm
5 (năm) tháng hoặc dưới 6 (sáu) tháng	80% phí bảo hiểm năm
6 (sáu) tháng hoặc dưới 7 (bảy) tháng	85% phí bảo hiểm năm
7 (bảy) tháng hoặc dưới 8 (tám) tháng	90% phí bảo hiểm năm
Từ 8 (tám) tháng trở lên	100% phí bảo hiểm năm



5.3. Quyền và nghĩa vụ của Bên mua Bảo hiểm và Người được Bảo hiểm

5.3.1. Quyền của Bên mua Bảo hiểm, Người được Bảo hiểm:

- a) Yêu cầu Công ty giải thích các điều kiện, điều khoản bảo hiểm; cấp Hợp đồng Bảo hiểm/Giấy Chứng nhận Bảo hiểm.
- b) Yêu cầu Công ty trả tiền bảo hiểm cho Người thụ hưởng hoặc Người được Bảo hiểm theo thoả thuận trong Hợp đồng Bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm.
- c) Trong trường hợp Công ty cố ý cung cấp thông tin sai sự thật nhằm giao kết Hợp đồng Bảo hiểm thì Bên mua Bảo hiểm có quyền đơn phương chấm dứt thực hiện Hợp đồng Bảo hiểm; Công ty phải bồi thường thiệt hại phát sinh cho Bên mua Bảo hiểm do việc cung cấp thông tin sai sự thật.
- d) Các quyền khác theo quy định của pháp luật.

5.3.2. Nghĩa vụ của Bên mua Bảo hiểm, Người được Bảo hiểm:

- a) Đóng phí bảo hiểm đầy đủ, theo thời hạn và phương thức đã thoả thuận trong Hợp đồng Bảo hiểm và phù hợp với quy định pháp luật.
- b) Kê khai đầy đủ, trung thực mọi chi tiết có liên quan đến Hợp đồng Bảo hiểm theo yêu cầu của Công ty, bao gồm nhưng không giới hạn các nội dung trong Giấy Yêu cầu Bảo hiểm hoặc bất kỳ mẫu đơn, văn bản nào khác do Công ty cung cấp.
- c) Thông báo ngay cho Công ty biết khi có sự thay đổi về địa chỉ liên lạc, địa chỉ email, số điện thoại của Bên mua Bảo hiểm. Công ty sẽ không chịu trách nhiệm về bất kỳ sự không liên lạc được nào do việc thay đổi địa chỉ liên lạc, địa chỉ email, số điện thoại của Bên mua bảo hiểm mà Công ty không được thông báo.
- d) Thông báo những trường hợp có thể làm tăng rủi ro hoặc làm phát sinh thêm trách nhiệm của Công ty trong quá trình thực hiện Hợp đồng Bảo hiểm. Thông báo ngay cho Công ty biết khi có sự thay đổi về nghề nghiệp của Người được Bảo hiểm. Công ty có quyền không chi trả quyền lợi cho bất kỳ chi phí và/hoặc tổn thất nào phát sinh do hoặc có liên quan đến nghề nghiệp của Người được Bảo hiểm đã thay đổi mà không có sự chấp nhận bằng văn bản của Công ty.
- e) Thông báo cho Công ty về việc xảy ra sự kiện bảo hiểm theo thoả thuận trong Hợp đồng Bảo hiểm; cung cấp đầy đủ, trung thực hồ sơ yêu cầu bồi thường.
- g) Các nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật.

5.4. Quyền và Nghĩa vụ của Công ty

5.4.1. Quyền của Công ty

- a) Thu Phí bảo hiểm theo thoả thuận trong Hợp đồng Bảo hiểm;



- b) Yêu cầu Bên mua Bảo hiểm cung cấp đầy đủ, trung thực mọi thông tin liên quan đến việc giao kết và thực hiện Hợp đồng Bảo hiểm;
- c) Hủy bỏ Hợp đồng Bảo hiểm hoặc đơn phương chấm dứt thực hiện Hợp đồng Bảo hiểm;
- d) Từ chối trả tiền bảo hiểm cho Người thụ hưởng hoặc cho Người được Bảo hiểm trong trường hợp không thuộc phạm vi trách nhiệm bảo hiểm hoặc trường hợp loại trừ trách nhiệm bảo hiểm theo quy định tại Quy tắc và Điều khoản này;
- e) Các quyền khác theo quy định của pháp luật.

5.4.2. Nghĩa vụ của Công ty

- a) Giải thích rõ ràng, đầy đủ cho Bên mua Bảo hiểm về quyền lợi bảo hiểm, các điều kiện, điều khoản bảo hiểm; quyền, nghĩa vụ của Bên mua Bảo hiểm và Người được Bảo hiểm;
- b) Cấp cho Bên mua Bảo hiểm Hợp đồng Bảo hiểm/Giấy Chứng nhận Bảo hiểm;
- c) Trả tiền bảo hiểm cho Người thụ hưởng hoặc Người được Bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng Bảo hiểm;
- d) Giải thích bằng văn bản lý do từ chối trả tiền bảo hiểm;
- e) Lưu trữ hồ sơ Hợp đồng Bảo hiểm theo quy định của pháp luật;
- f) Bảo mật thông tin do Bên mua Bảo hiểm, Người được Bảo hiểm cung cấp, trừ trường hợp theo yêu cầu của cơ quan nhà nước có thẩm quyền hoặc được sự đồng ý của Bên mua Bảo hiểm, Người được Bảo hiểm;
- g) Các nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật.

5.5. Yêu cầu bồi thường

5.5.1. Yêu cầu bồi thường phải được nộp cho Công ty trong vòng 1 (một) năm, kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm. Thời gian xảy ra sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan khác không tính vào thời hạn này. Bên mua Bảo hiểm hoặc Người được Bảo hiểm, bằng chi phí của mình, phải nộp các giấy tờ sau cho Công ty:

- Giấy yêu cầu bồi thường theo mẫu của Công ty được điền đầy đủ thông tin;
- Các chứng từ liên quan đến việc điều trị: đơn thuốc, kết quả xét nghiệm, kết quả chẩn đoán hình ảnh, phiếu phẫu thuật (Trong trường hợp phẫu thuật), giấy xuất viện, sổ khám bệnh hoặc hồ sơ bệnh án có ghi rõ chẩn đoán và sự điều trị được áp dụng. Công ty có quyền yêu cầu cung cấp bản chính để kiểm tra;
- Các chứng từ hợp pháp liên quan đến việc thanh toán chi phí: phiếu thu bản chính, hóa đơn tài chính hợp lệ bản chính hoặc bản điện tử, bảng kê chi tiết chi phí. Các chứng từ bản chính (nếu có) này sẽ được Công ty lưu giữ để làm căn cứ để chi trả quyền lợi;



- Bản tường trình Tai nạn của Người được Bảo hiểm, giấy phép lái xe, biên bản của cảnh sát (trong trường hợp Tai nạn giao thông), xác nhận của công ty/tổ chức sử dụng Người được Bảo hiểm (trong trường hợp Tai nạn lao động);
- Bản sao hộ chiếu (passport) hoặc văn bản/dữ liệu ghi nhận thông tin xuất nhập cảnh trong trường hợp yêu cầu bồi thường chi phí y tế hoặc Tai nạn phát sinh/xảy ra ở ngoài phạm vi lãnh thổ Việt Nam. Công ty có quyền yêu cầu cung cấp bản chính để kiểm tra;
- Giấy chứng tử/trích lục khai tử, các biên bản và hồ sơ y tế có liên quan trong trường hợp tử vong do Tai nạn;
- Các biên bản và hồ sơ y tế có liên quan trong trường hợp Thương tật vĩnh viễn do tai nạn, kết quả giám định thương tật của cơ quan/hội đồng giám định y khoa được Công ty chấp nhận.

Các yêu cầu bồi thường nộp sau thời hạn nêu trên sẽ không được Công ty chấp nhận.

5.5.2. Nếu chứng từ cần phải nộp có ngôn ngữ khác với tiếng Việt hoặc tiếng Anh thì Người được Bảo hiểm và Bên mua Bảo hiểm phải tự chịu chi phí dịch thuật và chứng thực các chứng từ đó trước khi nộp cho Công ty cùng với bản chính.

5.5.3. Công ty sẽ giải quyết yêu cầu bồi thường trong vòng 15 (mười lăm) ngày làm việc kể từ ngày nhận được đầy đủ các chứng từ theo yêu cầu. Trong trường hợp cần điều tra thêm, Công ty có quyền kéo dài thời gian nhưng không vượt quá 90 (chín mươi) ngày kể từ ngày Công ty nhận được đầy đủ các chứng từ theo yêu cầu.

5.6. Sự chi trả các Quyền lợi bảo hiểm

5.6.1. Tất cả các Quyền lợi bảo hiểm sẽ được chi trả cho:

- Người được Bảo hiểm hay người được ủy quyền của Người được Bảo hiểm; hoặc
- Bố, mẹ hay người giám hộ hợp pháp của Người được Bảo hiểm nếu Người được Bảo hiểm dưới 18 (mười tám) tuổi.

5.6.2. Trong trường hợp Người được Bảo hiểm tử vong thì quyền lợi bảo hiểm sẽ được chi trả cho Người thụ hưởng.

5.6.3. Công ty không có trách nhiệm chi trả bất kỳ quyền lợi nào cho bất kỳ trường hợp nào mà ngày nhập viện là trước Ngày hiệu lực Hợp đồng Bảo hiểm nhưng ngày xuất viện là sau hoặc vào Ngày hiệu lực Hợp đồng Bảo hiểm của Người được Bảo hiểm.

5.7. Thay đổi Quyền lợi bảo hiểm của Người được Bảo hiểm

Các Quyền lợi bảo hiểm của Người được Bảo hiểm chỉ có thể được thay đổi vào lúc tái tục Hợp đồng Bảo hiểm. Các Quyền lợi bảo hiểm của Người được Bảo hiểm chỉ có thể được thay đổi vào lúc tái tục Hợp đồng Bảo hiểm. Bên mua Bảo hiểm phải gửi yêu cầu thay đổi quyền lợi bảo hiểm của Người được Bảo hiểm cho Công ty ít nhất 7 (bảy) ngày trước Ngày tái tục Hợp đồng Bảo hiểm. Công ty sẽ đánh giá rủi ro và có quyền chấp thuận hoặc từ chối yêu cầu này. Nếu Công ty chấp thuận, thì sự thay đổi đó sẽ có hiệu lực kể từ Ngày tái tục Hợp đồng Bảo hiểm, với điều kiện là Bên mua Bảo hiểm đóng đầy đủ Phí bảo hiểm tái tục mới theo yêu cầu trong Thời hạn đóng phí bảo hiểm.



5.8. Bổ sung thêm Người được Bảo hiểm vào Hợp đồng Bảo hiểm

5.8.1. Bên mua Bảo hiểm có thể nộp Giấy Yêu cầu Bảo hiểm để yêu cầu bổ sung thêm Người được Bảo hiểm vào Hợp đồng Bảo hiểm bất kỳ lúc nào trong khi Hợp đồng Bảo hiểm đang có hiệu lực hoặc trong Thời hạn đóng phí bảo hiểm. Công ty sẽ thẩm định Giấy Yêu cầu Bảo hiểm và có quyền chấp nhận hoặc từ chối yêu cầu này. Người được yêu cầu bổ sung thêm sẽ trở thành Người được Bảo hiểm của Hợp đồng Bảo hiểm chỉ khi nào có sự xác nhận bằng văn bản của Công ty.

5.8.2. Phí bảo hiểm của người được yêu cầu bổ sung sẽ được tính theo Mức phí bảo hiểm ngắn hạn.

5.9. Tái tục Hợp đồng bảo hiểm

Hợp đồng Bảo hiểm sẽ được tự động tái tục hàng năm vào ngày tiếp theo ngày kết thúc Thời hạn bảo hiểm nếu Người được Bảo hiểm thỏa mãn điều kiện về độ tuổi được tái tục theo quy định và Bên mua Bảo hiểm đóng đầy đủ phí bảo hiểm tái tục theo yêu cầu trong Thời hạn đóng phí bảo hiểm, trừ các trường hợp sau:

- Công ty từ chối tái tục hoặc tái tục có điều kiện và thông báo đến Bên mua bảo hiểm bằng văn bản ít nhất 30 (ba mươi) ngày trước ngày kết thúc Thời hạn bảo hiểm;
- Bên mua Bảo hiểm từ chối tái tục có điều kiện theo thông báo của Công ty, và yêu cầu không tái tục Hợp đồng bảo hiểm bằng văn bản trước ngày tái tục.

Khi được tái tục, Bên mua bảo hiểm đóng phí bảo hiểm theo mức phí do Công ty áp dụng tại thời điểm tái tục.

5.10. Hủy bỏ Hợp đồng Bảo hiểm

5.10.1. Bên mua Bảo hiểm có thể yêu cầu hủy bỏ bảo hiểm của Người được Bảo hiểm hoặc hủy bỏ Hợp đồng Bảo hiểm bằng văn bản thông báo cho Công ty.

5.10.2. Công ty có quyền hủy bỏ bảo hiểm của Người được Bảo hiểm bất cứ lúc nào bằng văn bản thông báo cho Bên mua Bảo hiểm trong bất kỳ trường hợp hoặc sự việc nào sau đây:

- a) Khai sai ngày tháng năm sinh của Người được Bảo hiểm đó;
- b) Khai sai hoặc trình bày sai, cho dù do sai sót hay cố tình, về Tình trạng tồn tại trước, tình trạng thể chất hoặc tinh thần của Người được Bảo hiểm đó.
- c) Che giấu hoặc không cho biết bất kỳ thông tin quan trọng nào hoặc sự việc nào về Tình trạng tồn tại trước, tình trạng thể chất hoặc tinh thần của Người được Bảo hiểm đó;
- d) Khai sai nghề nghiệp hoặc không thông báo cho Công ty biết về sự thay đổi nghề nghiệp của Người được Bảo hiểm đó.
- e) Người được Bảo hiểm đó thay đổi nghề nghiệp mà nghề nghiệp sau khi thay đổi có mức độ rủi ro cao hơn nghề nghiệp trước khi thay đổi và Công ty không chấp nhận tiếp tục bảo hiểm, hoặc phí bảo hiểm bổ sung mà Công ty yêu cầu để tiếp tục bảo hiểm cho Người được Bảo hiểm đó sau khi thay đổi nghề nghiệp không được Bên mua Bảo hiểm nộp đầy đủ trong thời hạn yêu cầu;



f) Không trung thực trong yêu cầu bồi thường;

g) Thời gian sống ở Việt Nam của Người được Bảo hiểm đó ít hơn 183 (một trăm tám mươi ba) ngày trong một Năm hợp đồng.

5.10.3. Khi bảo hiểm của Người được Bảo hiểm bị hủy bỏ thì tất cả mọi quyền lợi của Người được Bảo hiểm đó theo Hợp đồng Bảo hiểm sẽ kết thúc vào ngày hiệu lực của việc hủy bỏ bảo hiểm đó. Công ty sẽ hoàn lại cho Bên mua Bảo hiểm số phí bảo hiểm đã đóng cho Người được Bảo hiểm đó cho Năm hợp đồng trừ đi Mức phí bảo hiểm ngắn hạn cho khoảng thời gian mà Công ty đã bảo hiểm cho Người được Bảo hiểm đó trong Năm hợp đồng trước khi bảo hiểm bị hủy bỏ. Tuy nhiên số tiền này sẽ không được hoàn lại nếu Công ty đã thanh toán hoặc phải thanh toán cho bất kỳ yêu cầu bồi thường nào của Người được Bảo hiểm đó phát sinh trong Năm hợp đồng.

5.10.4. Khi Hợp đồng Bảo hiểm bị hủy bỏ thì tất cả các bảo hiểm của tất cả những Người được Bảo hiểm theo Hợp đồng Bảo hiểm sẽ bị hủy bỏ vào ngày hiệu lực của việc hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm. Công ty sẽ áp dụng Điều 5.10.3 ở trên để tính số tiền hoàn lại cho Bên mua Bảo hiểm đối với từng Người được Bảo hiểm trong Hợp đồng Bảo hiểm.

5.11. Chấm dứt Hợp đồng Bảo hiểm

Hợp đồng Bảo hiểm sẽ tự động bị chấm dứt từ thời điểm kết thúc Thời hạn đóng phí bảo hiểm của Hợp đồng Bảo hiểm trong trường hợp Bên mua Bảo hiểm không đóng đủ phí bảo hiểm hoặc không đóng phí bảo hiểm theo thời hạn thoả thuận trong Hợp đồng Bảo hiểm, trừ trường hợp các bên có thoả thuận khác.

5.12. Giải quyết tranh chấp

Tranh chấp phát sinh từ Hợp đồng Bảo hiểm, nếu không thể giải quyết thông qua thương lượng thì sẽ được giải quyết tại Tòa án có thẩm quyền của Việt Nam và theo luật pháp Việt Nam. Thời hiệu khởi kiện là 3 (ba) năm kể từ thời điểm phát sinh tranh chấp.

PACIFIC CROSS VIỆT NAM

Lầu 6, Toà nhà VNPT, 1487 Nguyễn Văn Linh

Phường Tân Hưng, Tp. Hồ Chí Minh

Tel: (+84 28) 3821 9908

Email: inquiry@pacificcross.com.vn

Website: www.pacificcross.com.vn



**PACIFIC
CROSS**



CARE SERIES

Dẫn lối an tâm - Chạm cuộc sống xứng tầm