

Quy tắc, điều khoản FWD Care Bảo hiểm sức khỏe 3.0

(Sản phẩm bảo hiểm sức khỏe Hỗ trợ chi phí y tế thực tế 2023)

(Được phê chuẩn theo Công văn số 6436/BTC-QLBH, ngày 21/06/2024 của Bộ Tài chính, Quyết định số FWDVN.CEO.062024-01 ngày 27/06/2024 của Tổng Giám đốc).



Quy tắc, điều khoản này được đính kèm và là một phần của Hợp đồng bảo hiểm khi Bên mua bảo hiểm lựa chọn mua Sản phẩm bảo hiểm sức khỏe Hỗ trợ chi phí y tế thực tế 2023 (sau đây được gọi tắt là “Sản phẩm”) cho Hợp đồng bảo hiểm của mình.

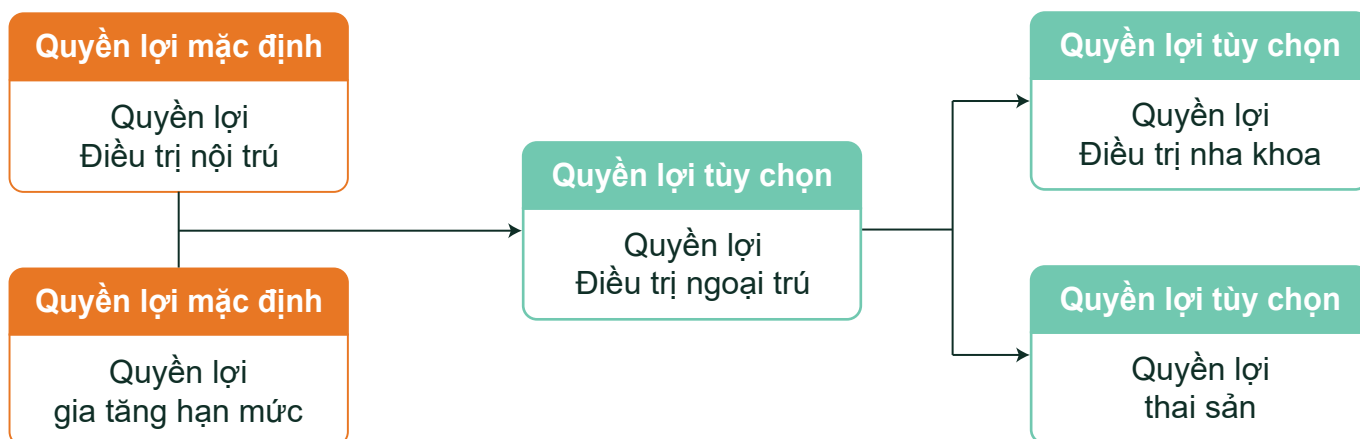
Các thuật ngữ và Quy tắc, điều khoản được đề cập trong Phần 1 – Những điều khoản chung của Hợp đồng bảo hiểm mà Sản phẩm này được đính kèm sẽ được áp dụng cho Sản phẩm này, trừ khi được định nghĩa hoặc quy định cụ thể khác đi trong Sản phẩm này. Trong trường hợp có sự khác nhau, Quy tắc, điều khoản của Sản phẩm này sẽ được áp dụng để giải thích các quyền, nghĩa vụ của FWD và Bên mua bảo hiểm và quyền lợi bảo hiểm được cung cấp theo Sản phẩm này.

Mục lục

	1. Lựa chọn quyền lợi bảo hiểm	4
	2. Quyền lợi bảo hiểm	5
	2.1 Nhóm Quyền lợi mặc định	9
	2.2 Nhóm Quyền lợi tùy chọn	14
	2.3 Các trường hợp loại trừ bảo hiểm	15
	3. Yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm	16
	3.1 Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm	16
	3.2 Thứ tự ưu tiên nhận quyền lợi bảo hiểm	17
	4. Thời hạn bảo hiểm và tái tục Sản phẩm này	18
	5. Phí bảo hiểm	19
	5.1 Phí bảo hiểm	19
	5.2 Thời gian gia hạn đóng phí bảo hiểm	19
	6. Điều chỉnh Hợp đồng bảo hiểm	20
	6.1 Thay đổi kế hoạch bảo hiểm	20
	6.2 Bổ sung, chấm dứt quyền lợi bảo hiểm thuộc nhóm Quyền lợi tùy chọn	20
	6.3 Khôi phục hiệu lực Sản phẩm này	21
	6.4 Cập nhật thông tin cá nhân	21
	6.5 Nhầm lẫn kê khai tuổi, giới tính	22
	7. Chấm dứt hiệu lực Sản phẩm này	23
	Phụ lục quy định chi tiết về quyền lợi Điều trị ngoại trú	24
	Phụ lục quy định chi tiết về quyền lợi Điều trị nha khoa	27
	Phụ lục quy định chi tiết về quyền lợi thai sản	29

1. Lựa chọn quyền lợi bảo hiểm

Sản phẩm bảo hiểm này cung cấp các lựa chọn quyền lợi bảo hiểm thuộc nhóm Quyền lợi mặc định và Quyền lợi tùy chọn. Tại thời điểm có yêu cầu tham gia bảo hiểm, ngoài Quyền lợi mặc định của Sản phẩm, Bên mua bảo hiểm có thể lựa chọn Quyền lợi tùy chọn cho mỗi Người được bảo hiểm trong Hợp đồng bảo hiểm và được thể hiện cụ thể trong Hợp đồng bảo hiểm sau khi được FWD chấp thuận bảo hiểm:



Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu tham gia một hoặc nhiều quyền lợi bảo hiểm thuộc nhóm Quyền lợi tùy chọn tại thời điểm tham gia bảo hiểm hoặc vào các Ngày tái tục hàng năm của Sản phẩm này. Yêu cầu này của Bên mua bảo hiểm phải được FWD chấp thuận cụ thể bằng văn bản, với điều kiện FWD có đang triển khai quyền lợi bảo hiểm đó.

Bên mua bảo hiểm có thể đăng ký chỉ tham gia thêm quyền lợi Điều trị ngoại trú. Tuy nhiên, để có thể tham gia thêm quyền lợi Điều trị nha khoa và/hoặc quyền lợi thai sản, việc tham gia quyền lợi Điều trị ngoại trú là bắt buộc.

Người được bảo hiểm là cá nhân có sức khỏe được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm, đang cư trú tại Việt Nam, có tuổi từ 30 ngày tuổi đến 70 tuổi tính theo lần sinh nhật vừa qua tại thời điểm tham gia các quyền lợi bảo hiểm của Sản phẩm này. Tuổi tối đa khi kết thúc Sản phẩm này là 75 tuổi.

Đối với quyền lợi thai sản, Người được bảo hiểm là nữ có tuổi từ 18 tuổi đến 48 tuổi tính theo lần sinh nhật vừa qua tại thời điểm tham gia quyền lợi thai sản này. Tuổi tối đa của Người được bảo hiểm khi kết thúc quyền lợi thai sản này là 50 tuổi.

Ngày tái tục hàng năm của Sản phẩm này là ngày lặp lại hàng năm của Ngày hiệu lực của Sản phẩm này. Nếu tháng không có ngày này, ngày cuối cùng của tháng đó sẽ là Ngày tái tục hàng năm của Sản phẩm này.

2. Quyền lợi bảo hiểm

Nội dung quyền lợi bảo hiểm được trình bày tại Điều 2 này tương ứng với kế hoạch bảo hiểm Care 1000 mà Bên mua bảo hiểm đã lựa chọn khi tham gia Sản phẩm này.

FWD sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế tương ứng với kế hoạch bảo hiểm và quyền lợi bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm đã lựa chọn khi Người được bảo hiểm phải điều trị y tế cho Bệnh hoặc Tổn thương thỏa mãn đồng thời tất cả các điều kiện sau:

- (i). Bệnh hoặc Tổn thương không thuộc Tình trạng tồn tại trước; và
- (ii). Các Chi phí y tế thực tế phát sinh trong thời gian Sản phẩm này đang còn hiệu lực; và
- (iii). Việc khám và/hoặc điều trị được thực hiện sau Thời gian chờ; và
- (iv). Các Chi phí y tế thực tế phát sinh từ các Điều trị hợp lý và cần thiết về mặt y tế cho Người được bảo hiểm và không thuộc Các trường hợp loại trừ bảo hiểm tại Mục 2.3 của Quy tắc, điều khoản của Sản phẩm này; và
- (v). FWD sẽ chi trả không vượt quá hạn mức tối đa, số ngày tối đa được quy định cho từng quyền lợi và Số tiền bảo hiểm tối đa mỗi Năm hợp đồng tương ứng với từng quyền lợi.

Tình trạng tồn tại trước là:

- Triệu chứng, dấu hiệu bất thường và là nguyên nhân dẫn đến việc khám và/hoặc điều trị của Người được bảo hiểm khởi phát trong vòng 12 tháng mà nếu biết được FWD đã không chấp thuận bảo hiểm theo Sản phẩm này hoặc không chấp thuận yêu cầu tham gia thêm (các) Quyền lợi tùy chọn hoặc chấp thuận bảo hiểm có điều kiện hoặc không chấp thuận khôi phục hiệu lực Sản phẩm, hoặc chấp thuận khôi phục hiệu lực Sản phẩm có điều kiện.

Thời hạn 12 tháng ở trên được tính kể từ 1 trong 3 ngày được liệt kê dưới đây, lấy ngày nào đến sau:

- (i). Ngày hiệu lực của Sản phẩm này; hoặc
 - (ii). Ngày hiệu lực của (các) quyền lợi bảo hiểm thuộc nhóm Quyền lợi tùy chọn (áp dụng cho các trường hợp tham gia thêm Quyền lợi tùy chọn); hoặc
 - (iii). Ngày khôi phục hiệu lực gần nhất của Sản phẩm này (đối với những Hợp đồng có khôi phục hiệu lực).
- Tình trạng Bệnh hoặc Tổn thương của Người được bảo hiểm đã được khám, xét nghiệm, chẩn đoán, điều trị, Phẫu thuật trước Ngày hiệu lực của Sản phẩm này hoặc Ngày hiệu lực của (các) quyền lợi bảo hiểm thuộc nhóm Quyền lợi tùy chọn trong trường hợp tham gia thêm hoặc Ngày khôi phục hiệu lực gần nhất của Sản phẩm này đối với những Hợp đồng có khôi phục hiệu lực.

Việc xác định Tình trạng tồn tại trước sẽ căn cứ vào hồ sơ y tế được lưu trữ tại Bệnh viện hoặc cơ sở y tế được thành lập hợp pháp, các tài liệu y khoa được Bộ Y tế và các cơ quan có thẩm quyền ban hành hoặc các thông tin do Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm tự kê khai trên Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm hoặc các phiếu kê khai thông tin hoặc bảng kê khai sức khỏe.

Ngày hiệu lực của Sản phẩm này là ngày Bên mua bảo hiểm hoàn tất Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm hoặc Phiếu yêu cầu điều chỉnh hợp đồng, với điều kiện Bên mua bảo hiểm đóng đầy đủ phí bảo hiểm đầu tiên cho Sản phẩm này.

Ngày hiệu lực của Sản phẩm này được ghi trong Chứng nhận bảo hiểm hoặc Thư xác nhận điều chỉnh thông tin Hợp đồng gần nhất.

Ngày hiệu lực của (các) quyền lợi bảo hiểm thuộc nhóm Quyền lợi tùy chọn là ngày Bên mua bảo hiểm hoàn tất Phiếu yêu cầu điều chỉnh hợp đồng và đóng đầy đủ phí bảo hiểm tương ứng với các quyền lợi tham gia thêm.

Ngày hiệu lực của (các) quyền lợi bảo hiểm thuộc nhóm Quyền lợi tùy chọn này được ghi trong Thư xác nhận điều chỉnh thông tin Hợp đồng gần nhất.

Trường hợp Bên mua bảo hiểm tham gia (các) quyền lợi bảo hiểm thuộc nhóm Quyền lợi tùy chọn cùng thời điểm với các Quyền lợi mặc định thì Ngày hiệu lực của (các) quyền lợi bảo hiểm thuộc nhóm Quyền lợi tùy chọn sẽ trùng với Ngày hiệu lực của Sản phẩm này.

Ngày khôi phục hiệu lực của Sản phẩm này là ngày mà FWD chấp thuận Hồ sơ yêu cầu khôi phục hiệu lực của Bên mua bảo hiểm để khôi phục hiệu lực của Sản phẩm này. Ngày khôi phục hiệu lực của Sản phẩm này sẽ được ghi trong Thư xác nhận khôi phục hiệu lực.

Điều trị hợp lý và cần thiết về mặt y tế là điều trị y tế

- Phù hợp với chẩn đoán và điều trị y tế thông thường đối với Bệnh hoặc Tổn thương được bảo hiểm;
- Phù hợp với các tiêu chuẩn theo đúng thông lệ y tế, phù hợp với các tiêu chuẩn hiện hành về chăm sóc y tế chuyên nghiệp, và các phúc lợi y tế đã được chứng minh;
- Không vì lợi ích hay mong muốn cá nhân của Người được bảo hiểm hoặc Bác sĩ;
- Không có tính chất thử nghiệm, tầm soát hoặc nghiên cứu, hoặc phòng ngừa, hoặc liên quan đến các biện pháp y tế chưa được chứng minh và chưa được sự chấp thuận, phê duyệt của cơ quan có thẩm quyền tại quốc gia nơi Người được bảo hiểm điều trị;
- Chi phí y tế hợp lý, không vượt quá mức chi phí chung do các cơ sở y tế, đơn vị cung cấp dịch vụ khác có cùng tiêu chuẩn tại địa phương khi cung cấp việc điều trị, dịch vụ tương đương.

Ví dụ minh họa một số trường hợp không thuộc Điều trị hợp lý và cần thiết về mặt y tế:

- Kiểm tra sức khỏe định kỳ, khám sức khỏe hoặc thực hiện các xét nghiệm để kiểm tra tổng quát không nhằm mục đích điều trị hoặc các trường hợp điều trị không cần thiết về mặt y tế;
- Phẫu thuật thẩm mỹ, Phẫu thuật theo yêu cầu của Người được bảo hiểm (ngoại trừ do Tai nạn), Phẫu thuật chuyển đổi giới tính, điều chỉnh tật khúc xạ, hoặc bất kỳ điều trị y tế nào không có nguyên nhân do Bệnh hoặc Tổn thương hoặc triệu chứng y tế;
- Các thiết bị hỗ trợ như máy trợ thính, kính đeo mắt, kính áp tròng, xe lăn, thiết bị chỉnh hình, chân tay giả;
- Sử dụng thực phẩm chức năng, bổ sung vitamin, thuốc điều trị nhằm mục đích làm đẹp;
- Điều trị tăng cân, giảm cân hoặc tham gia các chương trình kiểm soát cân nặng.

Ví dụ minh họa nêu trên chỉ mang tính chất tham khảo và không phải là toàn bộ các trường hợp không thuộc Điều trị hợp lý và cần thiết về mặt y tế theo định nghĩa này.

Bác sĩ là người có bằng cấp chuyên môn y khoa và/hoặc nha khoa, được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc thừa nhận được thực hành nghề y và/hoặc Phẫu thuật và/hoặc nha khoa hợp pháp trong phạm vi giấy phép theo pháp luật của nước sở tại nơi Người được bảo hiểm tiến hành việc khám và/hoặc điều trị. Bác sĩ không được đồng thời là Bên mua bảo hiểm, hoặc Người được bảo hiểm, hoặc Người thụ hưởng trừ trường hợp những người này làm nhiệm vụ theo sự phân công của cấp có thẩm quyền.

Tổn thương là những thương tật, thương tích của cơ thể do nguyên nhân trực tiếp, duy nhất do Tai nạn gây ra cho Người được bảo hiểm xảy ra trong thời gian Sản phẩm này có hiệu lực.

Tai nạn là một hoặc một chuỗi sự kiện khách quan xảy ra do tác động của một lực, một vật bất ngờ từ bên ngoài lên cơ thể Người được bảo hiểm.

Tai nạn phải là nguyên nhân trực tiếp, duy nhất và không liên quan đến bất kỳ nguyên nhân nào khác gây ra Tổn thương của Người được bảo hiểm trong vòng 180 ngày kể từ ngày xảy ra Tai nạn.

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

Thời gian chờ là khoảng thời gian mà nếu việc khám và/hoặc bắt đầu điều trị phát sinh trong khoảng thời gian này, FWD sẽ không chi trả các quyền lợi bảo hiểm được liệt kê trong Quy tắc, điều khoản của Sản phẩm này.

Thời gian chờ được tính kể từ 1 trong 4 ngày được liệt kê dưới đây, tùy ngày nào đến sau:

- Ngày hiệu lực của Sản phẩm này trong Hợp đồng bảo hiểm; hoặc
- Ngày khôi phục hiệu lực gần nhất của Sản phẩm này trong Hợp đồng bảo hiểm; hoặc
- Ngày kế hoạch bảo hiểm mới có hiệu lực (chỉ áp dụng cho phần tăng thêm trong trường hợp tăng kế hoạch bảo hiểm); hoặc
- Ngày quyền lợi bảo hiểm thuộc nhóm Quyền lợi tùy chọn được Bên mua bảo hiểm tham gia thêm có hiệu lực (áp dụng cho quyền lợi chọn thêm).

Thời gian chờ được quy định như sau:

- Đối với ung thư và Cấy ghép nội tạng: 90 ngày.
- Đối với Bệnh đặc biệt: 90 ngày.
- Đối với quyền lợi điều trị Sức khỏe tinh thần: 90 ngày.
- Đối với quyền lợi Điều trị nha khoa: 30 ngày.
- Đối với quyền lợi thai sản: 270 ngày.
- Đối với các Bệnh khác: 30 ngày.
- Đối với Tai nạn: không áp dụng Thời gian chờ.

Bệnh đặc biệt bao gồm:

- Tất cả các loại thoát vị;
- Tất cả các loại khối u lành tính hoặc khối u hoặc u nang hoặc polyp;
- Bệnh lao; bệnh hen suyễn;

- Bệnh trĩ;
- Bệnh về amidan hoặc VA;
- Tình trạng bất thường của khoang mũi, vách ngăn mũi hoặc cuốn mũi, bao gồm cả xoang;
- Bệnh tuyến giáp;
- Tăng huyết áp;
- Bệnh tim mạch;
- Rò, nứt hậu môn;
- Sỏi trong hệ thống ống mật bao gồm túi mật;
- Sỏi thận, đường tiết niệu hoặc bàng quang;
- Đục thủy tinh thể, bệnh tăng nhãn áp, mộng thịt;
- Loét dạ dày hoặc tá tràng;
- Phì đại tuyến tiền liệt, u xơ tử cung, lạc nội mạc tử cung, u nang buồng trứng;
- Phình, lồi đĩa đệm hoặc thoát vị đĩa đệm (HNP);
- Đái tháo đường;
- Thoái hóa cột sống, bệnh gút, bệnh thoái hóa khớp.

Chi phí y tế thực tế bao gồm các chi phí Điều trị hợp lý và cần thiết về mặt y tế theo chỉ định của Bác sĩ điều trị và phát sinh khi Người được bảo hiểm cần điều trị Bệnh hoặc Tổn thương hoặc thai sản tại Bệnh viện hoặc Phòng khám (không bao gồm các chi phí được bảo hiểm y tế của Nhà nước hoặc các chương trình bảo hiểm khác chi trả).

2.1 Nhóm Quyền lợi mặc định

2.1.1 Quyền lợi Điều trị nội trú

Quyền lợi Điều trị nội trú là Quyền lợi mặc định của Sản phẩm này. FWD sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế trong trường hợp Điều trị nội trú theo các hạng mục được nêu tại bảng sau:

Đơn vị tính: đồng

Kế hoạch bảo hiểm		Care 1000
Phạm vi địa lý được bảo hiểm		Toàn cầu (trừ Mỹ)
Tỷ lệ Đồng chi trả		Không áp dụng
Số tiền bảo hiểm tối đa mỗi Năm hợp đồng		1 tỷ
Chi tiết quyền lợi bảo hiểm		
1. Điều trị nội trú	Hạn mức tối đa mỗi Đợt điều trị trường hợp không có Phẫu thuật	250 triệu
	Hạn mức tối đa mỗi Đợt điều trị trường hợp có Phẫu thuật	500 triệu
a. Chi phí Phòng và giường	Hạn mức tối đa mỗi Ngày nằm viện	5 triệu
	Số ngày tối đa mỗi Năm hợp đồng	90 ngày
b. Điều trị tại Phòng chăm sóc đặc biệt (ICU)	Hạn mức tối đa mỗi Ngày nằm viện	10 triệu
	Số ngày tối đa mỗi Năm hợp đồng	45 ngày
c. Chi phí điều trị trước khi nhập viện (trong vòng 30 ngày trước khi nhập viện)	Hạn mức tối đa mỗi Đợt điều trị	Theo Chi phí y tế thực tế
d. Chi phí Phẫu thuật	Hạn mức tối đa mỗi Đợt điều trị	Theo Chi phí y tế thực tế
e. Chi phí điều trị sau khi xuất viện (trong vòng 60 ngày sau khi xuất viện)	Hạn mức tối đa mỗi Đợt điều trị	Theo Chi phí y tế thực tế
f. Dịch vụ chăm sóc y tế tại nhà sau khi xuất viện (trong vòng 60 ngày sau khi xuất viện)	Hạn mức tối đa mỗi Đợt điều trị	Theo Chi phí y tế thực tế
	Số ngày tối đa mỗi Năm hợp đồng	30 ngày
g. Chi phí Phòng và giường cho 1 người thân (áp dụng đối với Người được bảo hiểm từ 18 tuổi trở xuống)	Hạn mức tối đa mỗi Ngày nằm viện	1,5 triệu
	Số ngày tối đa mỗi Năm hợp đồng	10 ngày
h. Chi phí Điều trị nội trú khác	Hạn mức tối đa mỗi Đợt điều trị	50 triệu

Kế hoạch bảo hiểm		Care 1000
2. Phẫu thuật trong ngày		Theo Chi phí y tế thực tế
3. Điều trị bệnh hiểm nghèo		
a. Điều trị ung thư	Hạn mức tối đa mỗi Năm hợp đồng	Theo Chi phí y tế thực tế
b. Cấy ghép nội tạng (áp dụng đối với người nhận tạng)	Hạn mức tối đa mỗi Năm hợp đồng	Theo Chi phí y tế thực tế
c. Cấy ghép nội tạng (áp dụng đối với người hiến tạng)	Hạn mức tối đa mỗi Năm hợp đồng	50% chi phí Phẫu thuật của người hiến tạng
d. Chạy thận nhân tạo	Hạn mức tối đa mỗi Năm hợp đồng	100 triệu
4. Điều trị nội trú cho Sức khỏe tinh thần	Hạn mức tối đa mỗi Đợt điều trị	50 triệu
a. Chi phí Phòng và giường	Hạn mức tối đa mỗi Đợt điều trị	Theo Chi phí y tế thực tế
b. Chi phí điều trị trước khi nhập viện và Chi phí điều trị sau khi xuất viện (trong vòng 30 ngày trước khi nhập viện và 60 ngày sau khi xuất viện)	Hạn mức tối đa mỗi Đợt điều trị	12 triệu
c. Chi phí Điều trị nội trú	Hạn mức tối đa mỗi Đợt điều trị	Theo Chi phí y tế thực tế

Trong mỗi Năm hợp đồng, tương ứng với kế hoạch bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm đã chọn, FWD sẽ chi trả quyền lợi này không vượt quá:



- (i). Hạn mức tối đa và số ngày tối đa được quy định cho từng hạng mục được trình bày theo bảng bên trên; và
- (ii). Số tiền bảo hiểm tối đa mỗi Năm hợp đồng của quyền lợi Điều trị nội trú.

Số tiền bảo hiểm của quyền lợi Điều trị nội trú chưa được sử dụng hết trong Năm hợp đồng sẽ không được chuyển sang Năm hợp đồng tiếp theo.

Điều trị nội trú là việc Người được bảo hiểm được điều trị y tế tại Bệnh viện, có làm thủ tục nhập viện và nằm viện qua 12 giờ đêm.

Thuốc kê toa là thuốc được Bác sĩ kê toa và là Điều trị hợp lý và cần thiết về mặt y tế. Thuốc phải có trong danh mục đăng ký với Bộ Y tế và không bao gồm thực phẩm chức năng, thuốc làm đẹp, mỹ phẩm, vitamin, trừ trường hợp vitamin cần thiết cho việc điều trị và được Bác sĩ kê toa và có giá thành thấp hơn giá của thuốc điều trị chính.

Chi phí Điều trị nội trú khác là những chi phí chăm sóc sức khỏe phát sinh trong quá trình xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, chi phí thuốc, dịch, máu, huyết tương, tiêm tĩnh mạch, phí thăm khám Bác sĩ, chi phí thuê xe lăn, chi phí hành chính, Vật tư tiêu hao và Chi phí xe cứu thương.

Vật tư tiêu hao là những vật liệu được sử dụng với mục đích hỗ trợ điều trị và không được gắn cố định vào cơ thể người, ngoại trừ những vật liệu (i) có thể tự hấp thụ vào cơ thể hoặc (ii) có thể loại bỏ ra khỏi cơ thể mà không ảnh hưởng đến chức năng hoạt động của cơ thể (ví dụ: chỉ thép, dụng cụ tạo hình dùng trong quá trình cấy ghép, có thể tái tạo).

Chi phí xe cứu thương là chi phí vận chuyển bằng xe cứu thương và chăm sóc trong quá trình vận chuyển Người được bảo hiểm trong tình huống cấp cứu đến Bệnh viện hoặc Phòng khám. FWD không chi trả chi phí này cho các trường hợp thai sản ngoại trừ trường hợp cấp cứu Tai nạn thai sản.

Đợt điều trị là khoảng thời gian từ khi Người được bảo hiểm nhập viện đến khi xuất viện để điều trị tại Bệnh viện. Giấy ra viện là bằng chứng chứng minh kết thúc một Đợt điều trị.

Phẫu thuật là một phương pháp điều trị y tế bao gồm việc Phẫu thuật, thủ thuật trên cơ thể Người được bảo hiểm để điều trị Bệnh hoặc Tổn thương. Phẫu thuật cần được thực hiện bởi Bác sĩ và trong phòng Phẫu thuật của Bệnh viện.

Giấy chứng nhận Phẫu thuật là bằng chứng chứng minh cho việc Phẫu thuật.

Phẫu thuật trong ngày là việc Người được bảo hiểm được điều trị y tế có thực hiện Phẫu thuật tại Bệnh viện và có làm thủ tục nhập viện nhưng không nằm viện qua 12 giờ đêm.

Phòng và giường là giường tiêu chuẩn và phòng đơn hoặc phòng chung của Bệnh viện và bao gồm các bữa ăn tiêu chuẩn cho bệnh nhân nội trú. Trong trường hợp Người được bảo hiểm được điều trị tại Bệnh viện tư nhân hoặc Bệnh viện quốc tế, FWD chỉ thanh toán tối đa chi phí thấp nhất của phòng tiêu chuẩn, không bao gồm phòng VIP hoặc các phòng tương tự.

Phòng chăm sóc đặc biệt (ICU) là một phòng/khoa/bộ phận của Bệnh viện, không phải là phòng hồi sức sau Phẫu thuật và/hoặc phòng cấp cứu và:

- Được Bệnh viện thành lập nhằm mục đích cung cấp chương trình chăm sóc đặc biệt và điều trị tích cực 24/24 giờ; và
- Được dành riêng cho những bệnh nhân bị Bệnh nặng đòi hỏi sự theo dõi giám sát liên tục theo chỉ định của Bác sĩ; và
- Được trang bị tất cả các thiết bị hỗ trợ chức năng sống, thuốc và các phương tiện cấp cứu cần thiết tại chỗ để có thể can thiệp ngay.

Chi phí Phòng và giường cho người thân là chi phí cho Phòng và giường dành cho một người thân của bệnh nhân nội trú tại Bệnh viện, ở cùng với Người được bảo hiểm trong thời gian Điều trị nội trú. Quyền lợi này áp dụng cho Người được bảo hiểm từ 18 tuổi trở xuống và cho mỗi đêm Điều trị nội trú.

Chi phí điều trị trước khi nhập viện bao gồm các chi phí y tế cho việc tư vấn y tế, khám, kiểm tra, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, Thuốc kê toa hoặc các chi phí y tế khác liên quan trực tiếp đến Bệnh hoặc Tổn thương mà Người được bảo hiểm cần phải nhập viện để điều trị theo chỉ định của Bác sĩ.

Điều trị trước khi nhập viện phải được thực hiện trong vòng 30 ngày trước ngày nhập viện của Đợt điều trị đó.

Chi phí điều trị sau khi xuất viện bao gồm các chi phí y tế cho việc khám, kiểm tra, xét nghiệm, chẩn đoán, Thuốc kê toa hoặc các chi phí y tế khác liên quan trực tiếp đến Bệnh hoặc Tổn thương mà Người được bảo hiểm đã được điều trị trong lần nằm viện gần nhất theo chỉ định của Bác sĩ.

Điều trị sau khi xuất viện phải được thực hiện trong vòng 60 ngày kể từ ngày xuất viện của Đợt điều trị đó.

Điều trị ung thư bao gồm Điều trị nội trú và Điều trị ngoại trú bằng hóa trị và/hoặc xạ trị và/hoặc liệu pháp nhắm trúng đích nhằm mục đích điều trị cần thiết về mặt y tế cho ung thư.

Cấy ghép nội tạng là việc Phẫu thuật cấy ghép một trong các cơ quan nội tạng bao gồm tim, phổi, gan, tụy, thận, tủy xương cho Người được bảo hiểm được thực hiện bởi Bác sĩ tại Bệnh viện.

Chi phí Cấy ghép nội tạng là Chi phí y tế thực tế mà người nhận tạng (là Người được bảo hiểm) phải chi trả và 50% chi phí Phẫu thuật thực hiện trên người hiến tạng (không phải Người được bảo hiểm) đối với việc Cấy ghép nội tạng. Chi phí Cấy ghép nội tạng không bao gồm bất kỳ chi phí nào cho các dịch vụ phát sinh liên quan đến việc xác định và mua nội tạng để thay thế, cũng như mọi chi phí hành chính và chi phí vận chuyển phát sinh liên quan đến Cấy ghép nội tạng.

Chạy thận nhân tạo là phương pháp điều trị cho Người được bảo hiểm cần có máy móc hoặc thiết bị để lọc thận tại Bệnh viện hoặc Phòng khám lọc thận được đăng ký hợp pháp, bao gồm việc Điều trị nội trú và Điều trị ngoại trú.

Sức khỏe tinh thần là những vấn đề liên quan đến bệnh tâm thần, bao gồm rối loạn tâm thần, rối loạn hành vi hoặc rối loạn cảm xúc có thể được chẩn đoán trong thời gian đủ để đáp ứng các tiêu chí theo DSM-5 mới nhất.

Quyền lợi Điều trị nội trú cho Sức khỏe tinh thần thỏa điều kiện chi trả khi các triệu chứng đầu tiên phải xuất hiện và tình trạng Bệnh phải xảy ra và việc chẩn đoán hoặc Phẫu thuật liên quan đến bệnh tâm thần đó phải diễn ra sau Thời gian chờ.

Việc chẩn đoán bệnh tâm thần theo Sản phẩm này phải dựa trên các tiêu chí theo DSM-5. Người được bảo hiểm phải nhập viện vào khoa tâm thần của Bệnh viện, viện tâm thần, trung tâm điều trị bệnh tâm thần, Bệnh viện tâm thần với tư cách là bệnh nhân Điều trị nội trú theo chỉ định của Bác sĩ tâm thần hoặc Bác sĩ tâm lý, dựa trên việc cân nhắc về việc Điều trị hợp lý và cần thiết về mặt y tế.

Nếu Người được bảo hiểm và Bác sĩ tâm thần hoặc Bác sĩ tâm lý không thống nhất về các dấu hiệu, triệu chứng hoặc biểu hiện của bệnh tâm thần, FWD sẽ sử dụng ý kiến chuyên môn của Bác sĩ tâm thần hoặc Bác sĩ tâm lý để làm cơ sở xác định việc thỏa định nghĩa Sức khỏe tinh thần này.

Các chi phí liên quan đến Sức khỏe tinh thần không được chi trả theo bất kỳ quyền lợi nào khác của Sản phẩm này, ngoại trừ quyền lợi cụ thể liên quan đến Sức khỏe tinh thần và trong giới hạn theo quy định của quyền lợi đó.

Bệnh viện là một cơ sở y tế được thành lập và hoạt động hợp pháp theo luật pháp của nước sở tại tại nơi Bệnh viện này đặt cơ sở, chủ yếu để chăm sóc và điều trị những người bị Bệnh và/hoặc có Tồn thương và cung cấp dịch vụ y tế 24/7 bởi các Bác sĩ và y tá/điều dưỡng có chứng chỉ hành nghề hợp pháp.

Trong phạm vi lãnh thổ Việt Nam, Bệnh viện là một cơ sở y tế được thành lập và cấp phép hoạt động hợp pháp tại Việt Nam. Tư cách pháp lý của Bệnh viện phải được thể hiện bằng chữ “Bệnh viện” trên con dấu chính thức hoặc được Bộ Y tế công nhận hạng Bệnh viện từ hạng 3 trở lên.

Theo Quy tắc, điều khoản của Sản phẩm này, Bệnh viện không bao gồm các cơ sở, viện, khoa, phòng, trung tâm dưới đây cho dù hoạt động độc lập hay trực thuộc một Bệnh viện:

- Bệnh viện tâm thần, khoa tâm thần, viện tâm thần, phòng tâm thần, trung tâm tâm thần (ngoại trừ khi áp dụng cho các quyền lợi điều trị liên quan đến Sức khỏe tinh thần); hoặc
- Nhà an dưỡng hay nhà dưỡng lão hay viện điều dưỡng; hoặc
- Nơi chữa trị cho người nghiện rượu hoặc nghiện ma túy.

Phòng khám là một cơ sở y tế được thành lập và hoạt động hợp pháp theo luật pháp của nước sở tại tại nơi Phòng khám này đặt cơ sở, hoạt động với mục đích chủ yếu là khám và điều trị y tế mà không có chức năng lưu Bệnh qua đêm.

Trong phạm vi lãnh thổ Việt Nam, tư cách pháp lý của Phòng khám phải được thể hiện bằng chữ “Phòng khám” trên con dấu chính thức.

Cho mục đích của Sản phẩm này, Phòng khám không bao gồm phòng mạch Bác sĩ tư.

2.1.2 Quyền lợi gia tăng hạn mức

Quyền lợi gia tăng hạn mức sẽ giúp tăng thêm Số tiền bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm đã sử dụng hết Số tiền bảo hiểm tối đa mỗi Năm hợp đồng của quyền lợi Điều trị nội trú theo Mục 2.1.1 trong Năm hợp đồng đó.

Đơn vị tính: đồng

Kế hoạch bảo hiểm	Care 1000
Phạm vi địa lý được bảo hiểm	Toàn cầu (trừ Mỹ)
Tỷ lệ Đồng chi trả	Không áp dụng
Số tiền bảo hiểm tối đa mỗi Năm hợp đồng	500 triệu

Quyền lợi này được áp dụng trong trường hợp Người được bảo hiểm đã sử dụng hết Số tiền bảo hiểm tối đa mỗi Năm hợp đồng của quyền lợi Điều trị nội trú theo Mục 2.1.1 trong Năm hợp đồng đó.

Quyền lợi này được chi trả với điều kiện như sau:

- FWD sẽ chi trả quyền lợi này nếu trong cùng Năm hợp đồng, Người được bảo hiểm trải qua việc Điều trị nội trú cho các Bệnh hoặc Tổn thương không liên quan đến hoặc các biến chứng không phát sinh từ bất kỳ nguyên nhân nhập viện nào trước đó đã được chi trả theo quyền lợi Điều trị nội trú tại Mục 2.1.1.
- Tất cả hạng mục bao gồm quy định hạn mức tối đa của từng hạng mục và số ngày tối đa của từng hạng mục sẽ được áp dụng theo quyền lợi Điều trị nội trú được nêu tại Mục 2.1.1.



Quyền lợi này chỉ được áp dụng một lần trong mỗi Năm hợp đồng. Số tiền bảo hiểm của quyền lợi gia tăng hạn mức chưa được sử dụng hết trong Năm hợp đồng sẽ không được chuyển sang Năm hợp đồng tiếp theo.

2.2 Nhóm Quyền lợi tùy chọn

Bên cạnh các Quyền lợi mặc định của Sản phẩm này, Bên mua bảo hiểm có thể chọn tham gia thêm các quyền lợi bảo hiểm thuộc nhóm Quyền lợi tùy chọn để gia tăng bảo vệ bao gồm quyền lợi Điều trị ngoại trú, quyền lợi Điều trị nha khoa và quyền lợi thai sản.

Các chi phí y tế liên quan đến các Lần khám ngoại trú sẽ không được chi trả theo bất kỳ quyền lợi nào khác của Sản phẩm này, ngoại trừ Bên mua bảo hiểm có lựa chọn tham gia quyền lợi Điều trị ngoại trú.

Các chi phí y tế liên quan đến nha khoa (ngoại trừ trường hợp Điều trị nha khoa cần thiết do Tai nạn) sẽ không được chi trả theo bất kỳ quyền lợi nào khác của Sản phẩm này, ngoại trừ Bên mua bảo hiểm có lựa chọn tham gia quyền lợi Điều trị nha khoa.

Các chi phí y tế liên quan đến thai sản sẽ không được chi trả theo bất kỳ quyền lợi nào khác của Sản phẩm này, ngoại trừ Bên mua bảo hiểm có lựa chọn tham gia quyền lợi thai sản.

Quyền lợi bảo hiểm được Bên mua bảo hiểm lựa chọn sẽ được ghi cụ thể trong Chứng nhận bảo hiểm và/hoặc Thư xác nhận điều chỉnh thông tin Hợp đồng.

Chi tiết từng quyền lợi bảo hiểm thuộc nhóm Quyền lợi tùy chọn được thể hiện trong các Phụ lục đính kèm Quy tắc, điều khoản của Sản phẩm này.

2.3 Các trường hợp loại trừ bảo hiểm

FWD sẽ không chi trả bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào của Sản phẩm này nếu việc khám và/hoặc điều trị xảy ra thuộc một trong các trường hợp sau đây:

- (i). Người được bảo hiểm bị nhiễm HIV, hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS) và các Bệnh lây qua đường tình dục theo danh mục của Bộ Y tế;
- (ii). Tự tử hay tự gây thương tích cho bản thân của Người được bảo hiểm dù trong tình trạng tỉnh táo hay không tỉnh táo, trong thời hạn 24 tháng tính từ Ngày hiệu lực của Sản phẩm này trong Hợp đồng bảo hiểm hoặc Ngày khôi phục hiệu lực gần nhất của Sản phẩm này trong Hợp đồng bảo hiểm, tùy trường hợp nào xảy ra sau. Thời hạn 24 tháng sẽ được áp dụng lại trong trường hợp Bên mua bảo hiểm tham gia thêm quyền lợi bảo hiểm thuộc nhóm Quyền lợi tùy chọn (áp dụng cho quyền lợi chọn thêm) và/hoặc yêu cầu tăng kế hoạch bảo hiểm (áp dụng cho phần tăng thêm);
- (iii). Bất kỳ điều trị hay Phẫu thuật nào đối với các bệnh lý bẩm sinh, bất thường hoặc Di tật bẩm sinh (bao gồm các trường hợp di truyền) được chẩn đoán trước khi Người được bảo hiểm tròn 1 tuổi;
- (iv). Các chi phí khám và điều trị liên quan đến thai sản, ngoại trừ có tham gia quyền lợi thai sản;
- (v). Các chi phí khám và điều trị Bệnh liên quan đến sức khỏe sinh sản như hiếm muộn, vô sinh, ngừa thai, phá thai (trừ trường hợp theo chỉ định của Bác sĩ), triệt sản;
- (vi). Người được bảo hiểm có Hành vi cố ý vi phạm pháp luật hoặc Bên mua bảo hiểm, Người thụ hưởng hoặc bất kỳ người nào sẽ nhận quyền lợi bảo hiểm có Hành vi cố ý vi phạm pháp luật đối với Người được bảo hiểm.

Trong trường hợp Hợp đồng có nhiều hơn 1 Người thụ hưởng và Người thụ hưởng gây ra Hành vi cố ý vi phạm pháp luật đối với Người được bảo hiểm, FWD vẫn chi trả quyền lợi bảo hiểm cho những Người thụ hưởng còn lại. Tỷ lệ chi trả sẽ tương ứng với tỷ lệ mà những Người thụ hưởng đó được hưởng trong Hợp đồng.

- (vii). Các sự kiện gây tổn thất lớn bao gồm chiến tranh (dù có tuyên bố hay không tuyên bố), xâm lược, các hoạt động khủng bố, nổi loạn, bạo loạn, bạo động, cách mạng, nội chiến hoặc bất kỳ hành động hiếu chiến nào; năng lượng hạt nhân; phóng xạ hoặc nhiễm phóng xạ.

3. Yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

3.1 Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

- (i). Phiếu yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm đã được điền đầy đủ thông tin theo mẫu của FWD:



Tải Phiếu yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm trên trang thông tin điện tử của FWD tại địa chỉ: <https://www.fwd.com.vn/>

- (ii). Các giấy tờ chứng minh việc khám và/hoặc điều trị:

Các chứng từ liên quan đến việc điều trị	▪ Giấy ra viện (ngoại trừ trường hợp Điều trị ngoại trú và nha khoa); ▪ Giấy chứng nhận Phẫu thuật (trong trường hợp có Phẫu thuật); ▪ Sổ khám Bệnh; ▪ Đơn thuốc; ▪ Tóm tắt hồ sơ bệnh án (ngoại trừ trường hợp Điều trị ngoại trú và nha khoa); ▪ Chỉ định và kết quả xét nghiệm; ▪ Các chứng từ y tế liên quan đến việc khám, chẩn đoán và điều trị.
Các chứng từ liên quan đến việc thanh toán	▪ Hóa đơn thu tiền viện phí; ▪ Hóa đơn thuốc; ▪ Bảng kê chi tiết chi phí điều trị.

- (iii). Các chứng từ khác, bao gồm:

- Trường hợp Tai nạn được cơ quan có thẩm quyền xác minh, điều tra: Biên bản Tai nạn, biên bản khám nghiệm hiện trường, báo cáo kết luận điều tra, biên bản giám định pháp y được cơ quan có thẩm quyền cấp;
- Trường hợp Tai nạn sinh hoạt hoặc vụ Tai nạn không được cơ quan có thẩm quyền xác minh, điều tra: Bản tường trình chi tiết tình huống Tai nạn có xác nhận của chính quyền địa phương nơi xảy ra sự kiện bảo hiểm;
- Các xét nghiệm y khoa hỗ trợ cho việc chẩn đoán và điều trị;
- Giấy xác nhận nghỉ Bệnh của cơ quan.

- (iv). Bằng chứng hợp pháp xác nhận người nhận quyền lợi bảo hiểm được phép nhận quyền lợi bảo hiểm: chứng minh nhân dân/thẻ căn cước/căn cước công dân/giấy khai sinh/giấy chứng nhận đăng ký kết hôn và giấy ủy quyền, di chúc hoặc văn bản khai nhận và phân chia di sản thừa kế hoặc các bằng chứng hợp pháp khác, nếu người nhận quyền lợi bảo hiểm không phải Người thụ hưởng.
- (v). Trong mọi trường hợp, FWD có quyền yêu cầu Người được bảo hiểm tiến hành xét nghiệm y khoa, giám định lại tình trạng thương tật/ Tổn thương tại một cơ sở y tế độc lập theo sự thỏa thuận giữa FWD và Bên mua bảo hiểm. FWD và Bên mua bảo hiểm phải tuân theo kết quả cuối cùng này. Tất cả chi phí khám y khoa do FWD yêu cầu trong trường hợp này sẽ do FWD chịu.
- (vi). Đối với chi phí y tế phát sinh tại quốc gia, vùng lãnh thổ nằm trong danh sách do Lực lượng đặc nhiệm tài chính công bố nhằm chống rửa tiền hoặc Danh sách cảnh báo theo quy định của Luật phòng, chống rửa tiền, FWD sẽ áp dụng các biện pháp tăng cường để kiểm tra thông tin; trường hợp có nghi ngờ, FWD sẽ xem xét, đánh giá và có thể từ chối chi trả bồi thường theo quy định của Luật phòng, chống rửa tiền.

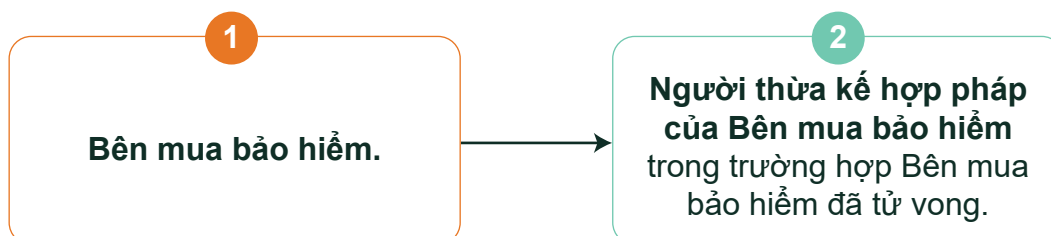


FWD có thể yêu cầu các giấy tờ bản gốc chứng minh sự kiện bảo hiểm. Trường hợp bản gốc của các giấy tờ được yêu cầu bị mất, giấy tờ thay thế phải có giá trị tương đương và theo hướng dẫn của FWD tùy từng trường hợp cụ thể.

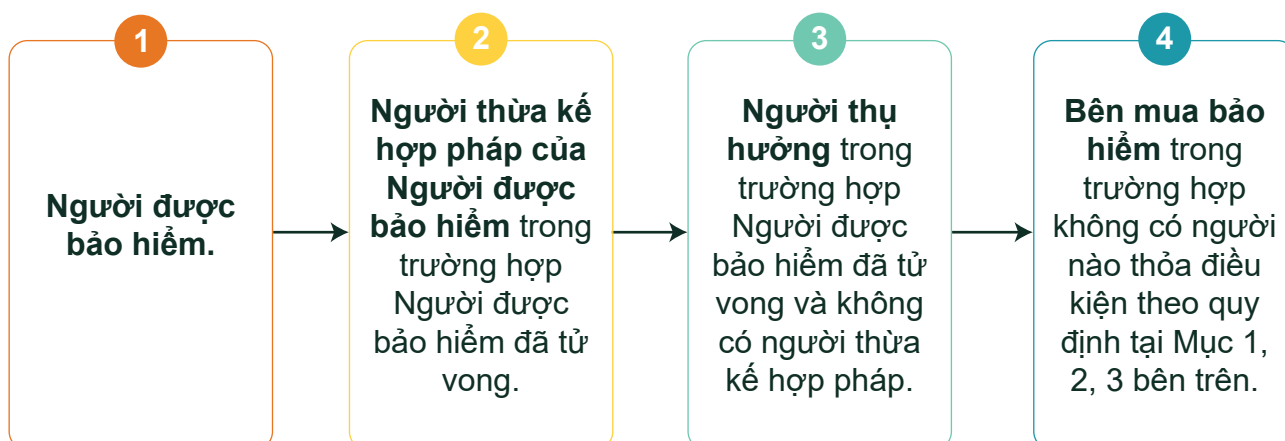
3.2 Thứ tự ưu tiên nhận quyền lợi bảo hiểm

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

Trường hợp Bên mua bảo hiểm là cá nhân:



Trường hợp Bên mua bảo hiểm là tổ chức:



4. Thời hạn bảo hiểm và tái tục Sản phẩm này

Thời hạn bảo hiểm của Sản phẩm này là 1 năm và được tái tục hàng năm theo quy định sau:

- Đối với quyền lợi Điều trị nội trú, quyền lợi gia tăng hạn mức, quyền lợi Điều trị ngoại trú và quyền lợi Điều trị nha khoa: tái tục hàng năm cho đến hết Năm hợp đồng khi Người được bảo hiểm đạt 75 tuổi.
- Đối với quyền lợi thai sản: tái tục hàng năm cho đến Năm hợp đồng khi Người được bảo hiểm đạt 50 tuổi.

Trong mọi trường hợp, Thời hạn bảo hiểm của Sản phẩm này sẽ không vượt quá Thời hạn bảo hiểm của Hợp đồng.

Sản phẩm này và/hoặc từng quyền lợi bảo hiểm thuộc nhóm Quyền lợi tùy chọn của Sản phẩm sẽ được FWD xem xét tái tục tại mỗi Ngày tái tục hàng năm của Sản phẩm này với điều kiện:

- (i). Người được bảo hiểm còn đáp ứng các điều kiện được bảo hiểm theo quy định của Sản phẩm này; và
- (ii). Không có bên nào thông báo về việc chấm dứt hiệu lực Sản phẩm này và/hoặc quyền lợi bảo hiểm thuộc nhóm Quyền lợi tùy chọn; và
- (iii). FWD còn cung cấp Sản phẩm này; và
- (iv). FWD còn triển khai quyền lợi bảo hiểm thuộc nhóm Quyền lợi tùy chọn; và
- (v). Hợp đồng bảo hiểm đang còn hiệu lực; và
- (vi). Phí bảo hiểm tái tục của Sản phẩm này được đóng đủ khi đến hạn hoặc trong Thời gian gia hạn đóng phí.

Trường hợp FWD từ chối tái tục Sản phẩm này và/hoặc từng quyền lợi bảo hiểm thuộc nhóm Quyền lợi tùy chọn của Sản phẩm này, FWD sẽ thông báo bằng văn bản cho Bên mua bảo hiểm. Trường hợp FWD dừng cung cấp Sản phẩm hoặc bất kỳ quyền lợi bảo hiểm thuộc nhóm Quyền lợi tùy chọn của Sản phẩm này, FWD sẽ thông báo trước 30 ngày bằng văn bản cho Bên mua bảo hiểm, khi đó, Sản phẩm này hoặc quyền lợi bảo hiểm mà FWD dừng cung cấp sẽ chấm dứt kể từ ngày kết thúc Năm hợp đồng hiện tại.

Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu chấm dứt hiệu lực của Sản phẩm này và/hoặc từng quyền lợi bảo hiểm thuộc nhóm Quyền lợi tùy chọn của Sản phẩm này tại bất kỳ thời điểm nào, tuy nhiên FWD sẽ không có trách nhiệm hoàn lại khoản phí bảo hiểm đã đóng cho thời gian còn lại của Sản phẩm này và/hoặc từng quyền lợi bảo hiểm thuộc nhóm Quyền lợi tùy chọn đó.

Thời hạn bảo hiểm của Sản phẩm này là thời gian có hiệu lực của Sản phẩm này.

Thời hạn đóng phí của Sản phẩm này là thời gian Bên mua bảo hiểm cần đóng đầy đủ và đúng hạn phí bảo hiểm của Sản phẩm này.

Thời hạn đóng phí và Thời hạn bảo hiểm được ghi trong Chứng nhận bảo hiểm hoặc Thư xác nhận điều chỉnh thông tin Hợp đồng gần nhất.

5. Phí bảo hiểm

5.1 Phí bảo hiểm

Phí bảo hiểm của Sản phẩm này được tính theo:

Trong Năm hợp đồng đầu tiên	Phí bảo hiểm được tính theo kế hoạch bảo hiểm, (các) quyền lợi bảo hiểm, tuổi, tình trạng sức khỏe, giới tính của Người được bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm lựa chọn tại thời điểm tham gia Sản phẩm này.
Kể từ Năm hợp đồng thứ 2 trở đi	Phí bảo hiểm của các Năm hợp đồng tiếp theo sẽ thay đổi theo kế hoạch bảo hiểm, (các) quyền lợi bảo hiểm đang còn hiệu lực và (các) quyền lợi bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm lựa chọn tham gia thêm, nếu có, tuổi, và tình trạng sức khỏe thực tế của Người được bảo hiểm tại Ngày tái tục hàng năm của Sản phẩm này.

Bên mua bảo hiểm cần đóng đủ phí bảo hiểm cho Sản phẩm này vào hoặc trước các Ngày đến hạn đóng phí, để duy trì hiệu lực của Sản phẩm này.

Ngày đến hạn đóng phí được xác định dựa trên định kỳ đóng phí bảo hiểm tính từ Ngày hiệu lực của Sản phẩm này.

Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu thay đổi định kỳ đóng phí, tuy nhiên, trong mọi trường hợp, Sản phẩm này sẽ có cùng định kỳ đóng phí với Hợp đồng.

FWD có thể thay đổi mức phí bảo hiểm trong thời gian Sản phẩm này đang có hiệu lực. Mức phí bảo hiểm mới chỉ được áp dụng vào Ngày đến hạn đóng phí tiếp theo. FWD sẽ thông báo bằng văn bản cho Bên mua bảo hiểm 60 ngày trước ngày áp dụng phí bảo hiểm mới.

Trường hợp Sản phẩm này được khôi phục, mức phí bảo hiểm tại thời điểm khôi phục hiệu lực sẽ được FWD áp dụng.

5.2 Thời gian gia hạn đóng phí bảo hiểm

FWD sẽ áp dụng một khoảng thời gian gia hạn đóng phí 60 ngày kể từ Ngày đến hạn đóng phí của Sản phẩm này.

Trong thời gian gia hạn đóng phí, Sản phẩm này vẫn được duy trì hiệu lực. Trường hợp có yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm cho các sự kiện bảo hiểm phát sinh trong thời gian gia hạn đóng phí, FWD sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm sau khi trừ đi phí bảo hiểm đã đến hạn chưa thanh toán.

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

FWD sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm của Sản phẩm này nếu sự kiện bảo hiểm xảy ra trong thời gian Sản phẩm này bị mất hiệu lực.

Bên mua bảo hiểm có thể khôi phục hiệu lực Sản phẩm này theo Mục 6.3 của Quy tắc, điều khoản của Sản phẩm này.

6. Điều chỉnh Hợp đồng bảo hiểm

6.1 Thay đổi kế hoạch bảo hiểm

Trong thời gian Sản phẩm này có hiệu lực, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu điều chỉnh kế hoạch bảo hiểm vào các Ngày tái tục hàng năm của Sản phẩm này với điều kiện FWD phải đang triển khai kế hoạch bảo hiểm đó.

Nếu Bên mua bảo hiểm yêu cầu thay đổi kế hoạch bảo hiểm với phạm vi bảo hiểm tối đa mỗi năm từ thấp lên cao hơn, Người được bảo hiểm cần đáp ứng các điều kiện về thẩm định của FWD. FWD có thể chấp thuận, chấp thuận có điều kiện hoặc từ chối yêu cầu thay đổi kế hoạch bảo hiểm.

Ngày hiệu lực của kế hoạch bảo hiểm mới sẽ được FWD xác nhận bằng văn bản.

Sau khi kế hoạch bảo hiểm mới có hiệu lực, các quyền lợi bảo hiểm và phí bảo hiểm sẽ được điều chỉnh tương ứng.

6.2 Bổ sung, chấm dứt quyền lợi bảo hiểm thuộc nhóm Quyền lợi tùy chọn

Trong thời gian Sản phẩm này có hiệu lực, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu tham gia thêm các quyền lợi bảo hiểm thuộc nhóm Quyền lợi tùy chọn bao gồm quyền lợi Điều trị ngoại trú, quyền lợi Điều trị nha khoa, quyền lợi thai sản vào các Ngày tái tục hàng năm của Sản phẩm này, với điều kiện FWD có đang triển khai quyền lợi đó.

Bên mua bảo hiểm có thể đăng ký chỉ tham gia thêm quyền lợi Điều trị ngoại trú. Tuy nhiên, để có thể tham gia thêm quyền lợi Điều trị nha khoa và/hoặc quyền lợi thai sản, việc tham gia quyền lợi Điều trị ngoại trú là bắt buộc.

Trong thời gian Sản phẩm này có hiệu lực, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu chấm dứt hiệu lực của bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào thuộc nhóm Quyền lợi tùy chọn với các quy định sau:

- Khoản phí bảo hiểm đã đóng cho thời gian còn lại của các quyền lợi này sẽ không được hoàn trả.
- Bên mua bảo hiểm có thể chấm dứt hiệu lực của quyền lợi Điều trị nha khoa và/hoặc quyền lợi thai sản mà không ảnh hưởng đến hiệu lực của các quyền lợi còn lại của Sản phẩm này.
- Trường hợp Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt hiệu lực của quyền lợi Điều trị ngoại trú, quyền lợi Điều trị nha khoa và/hoặc quyền lợi thai sản, nếu có, sẽ tự động chấm dứt hiệu lực.

6.3 Khôi phục hiệu lực Sản phẩm này

Trong vòng 24 tháng kể từ ngày Sản phẩm này mất hiệu lực, Bên mua bảo hiểm có thể khôi phục hiệu lực của Sản phẩm này.

Điều kiện khôi phục:

- Hợp đồng có Sản phẩm này đính kèm đang còn hiệu lực; và
- Bên mua bảo hiểm đóng các khoản phí bảo hiểm còn thiếu để khôi phục hiệu lực Sản phẩm này; và
- FWD vẫn đang cung cấp Sản phẩm này và/hoặc các quyền lợi bảo hiểm thuộc nhóm Quyền lợi tùy chọn; và
- Người được bảo hiểm đáp ứng các điều kiện về:
 - (i). Quyền lợi có thể được bảo hiểm;
 - (ii). Dưới 75 tuổi (trường hợp không tham gia quyền lợi thai sản) hoặc dưới 49 tuổi (trường hợp có tham gia quyền lợi thai sản) tại thời điểm khôi phục Sản phẩm này;
 - (iii). Tình trạng sức khỏe đáp ứng điều kiện có thể được bảo hiểm theo quy định của FWD.

FWD sẽ thông báo cho Bên mua bảo hiểm về các khoản phí bảo hiểm cần đóng để khôi phục hiệu lực của Sản phẩm này.

Ngày khôi phục hiệu lực của Sản phẩm này sẽ được ghi trong Thư xác nhận khôi phục hiệu lực.

6.4 Cập nhật thông tin cá nhân

Bên mua bảo hiểm phải thông báo cho FWD bằng văn bản ngay khi có bất kỳ thay đổi nào dưới đây:

- Trong trường hợp Người được bảo hiểm thay đổi nghề nghiệp có rủi ro cao hơn hoặc cư trú ngoài lãnh thổ Việt Nam hơn 180 ngày (liên tục hay không liên tục) trong một năm dương lịch.

Khi nhận được thông báo thay đổi của Bên mua bảo hiểm, FWD có thể thực hiện một trong những quyết định sau:

- (i). Duy trì Sản phẩm này với mức phí bảo hiểm không đổi; hoặc
- (ii). Duy trì Sản phẩm này và tăng phí bảo hiểm; hoặc
- (iii). Từ chối duy trì một hoặc các quyền lợi bảo hiểm thuộc nhóm Quyền lợi tùy chọn và hoàn trả phần phí bảo hiểm đã đóng tương ứng với thời gian chưa được bảo hiểm; hoặc
- (iv). Từ chối duy trì Sản phẩm này và hoàn trả phần phí bảo hiểm đã đóng tương ứng với thời gian chưa được bảo hiểm.

FWD sẽ gửi thông báo bằng văn bản cho Bên mua bảo hiểm về quyết định của mình.

- Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm cập nhật hoặc thay đổi quốc tịch sang quốc gia, vùng lãnh thổ nằm trong danh sách do Lực lượng đặc nhiệm tài chính công bố nhằm chống rửa tiền hoặc Danh sách cảnh báo theo quy định của Luật phòng, chống rửa tiền, FWD sẽ áp dụng các biện pháp tăng cường để kiểm tra thông tin; trường hợp có nghi ngờ, FWD sẽ xem xét, đánh giá và có thể từ chối duy trì Sản phẩm này theo quy định của Luật phòng, chống rửa tiền và hoàn trả phần phí bảo hiểm đã đóng tương ứng với thời gian chưa được bảo hiểm.
- Trường hợp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm có thay đổi thông tin cá nhân (thẻ căn cước/căn cước công dân/chứng minh nhân dân, hộ chiếu, địa chỉ liên lạc tại Việt Nam): cung cấp cho FWD một bản sao của thẻ căn cước/căn cước công dân/chứng minh nhân dân, hộ chiếu hoặc giấy tờ có giá trị tương đương.

6.5 Nhầm lẫn kê khai tuổi, giới tính

Nếu phí bảo hiểm đã đóng thấp hơn phí bảo hiểm tính theo tuổi và/hoặc giới tính đúng của Người được bảo hiểm.

- Bên mua bảo hiểm đóng thêm phần phí bảo hiểm chênh lệch giữa phí bảo hiểm đã đóng và phí bảo hiểm tính theo tuổi và/hoặc giới tính đúng của Người được bảo hiểm; và
- Phí bảo hiểm sẽ được điều chỉnh theo tuổi và/hoặc giới tính đúng của Người được bảo hiểm kể từ Ngày đóng phí tiếp theo sau ngày FWD chấp thuận bảo hiểm theo tuổi và/hoặc giới tính đúng của Người được bảo hiểm.

Trường hợp Bên mua bảo hiểm không thực hiện việc đóng thêm phí bảo hiểm chênh lệch và/hoặc không đồng ý với phí bảo hiểm mới, FWD sẽ chấm dứt hiệu lực của Sản phẩm này và hoàn trả lại phần phí bảo hiểm trong thời gian còn lại chưa được bảo vệ.

Nếu phí bảo hiểm đã đóng cao hơn phí bảo hiểm tính theo tuổi và/hoặc giới tính đúng của Người được bảo hiểm.

- FWD sẽ hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm phần phí bảo hiểm chênh lệch giữa phí bảo hiểm đã đóng và phí bảo hiểm tính theo tuổi và/hoặc giới tính đúng của Người được bảo hiểm; và
- Phí bảo hiểm sẽ được điều chỉnh theo tuổi và/hoặc giới tính đúng của Người được bảo hiểm kể từ Ngày đóng phí tiếp theo sau ngày FWD chấp thuận bảo hiểm theo tuổi và/hoặc giới tính đúng của Người được bảo hiểm.

Nếu theo tuổi và/hoặc giới tính đúng, Người được bảo hiểm không được FWD chấp thuận bảo hiểm.

- (i). FWD sẽ chấm dứt hiệu lực của
 - Sản phẩm này; hoặc
 - Một hoặc các quyền lợi bảo hiểm thuộc nhóm Quyền lợi tùy chọn.
 và
- (ii). FWD sẽ hoàn phí bảo hiểm đã đóng của Sản phẩm này và/hoặc của (các) quyền lợi bảo hiểm thuộc nhóm Quyền lợi tùy chọn sau khi trừ đi chi phí kiểm tra sức khỏe và các quyền lợi đã chi trả trước đó, nếu có.

7. Chấm dứt hiệu lực Sản phẩm này

Ngoài các trường hợp chấm dứt hiệu lực Sản phẩm được quy định tại Phần 1 – Những điều khoản chung của Hợp đồng, Sản phẩm này sẽ chấm dứt hiệu lực ngay khi có bất kỳ sự kiện nào dưới đây xảy ra:

- (i). Sản phẩm này mất hiệu lực theo Mục 6.3 của Quy tắc, điều khoản của Sản phẩm này quá 24 tháng; hoặc
- (ii). FWD hoặc Bên mua bảo hiểm từ chối tái tục Sản phẩm này theo quy định tại Mục 4 của Quy tắc, điều khoản của Sản phẩm này; hoặc
- (iii). FWD từ chối duy trì Sản phẩm này theo Mục 6.4 của Quy tắc, điều khoản của Sản phẩm này; hoặc
- (iv). Bên mua bảo hiểm yêu cầu hủy bỏ Sản phẩm này; hoặc
- (v). Người được bảo hiểm của Sản phẩm này tử vong; hoặc
- (vi). Vào Ngày kỷ niệm năm của Sản phẩm này ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt 75 tuổi; hoặc
- (vii). Hợp đồng chấm dứt hiệu lực.

Phụ lục quy định chi tiết về quyền lợi Điều trị ngoại trú

Quyền lợi Điều trị ngoại trú là Quyền lợi tùy chọn của Sản phẩm này. FWD sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế trong trường hợp Điều trị ngoại trú theo các hạng mục được nêu tại bảng sau:

Đơn vị tính: đồng

Kế hoạch bảo hiểm		Care 1000
Phạm vi địa lý được bảo hiểm		Toàn cầu (trừ Mỹ)
Tỷ lệ Đồng chi trả		Không áp dụng
Số tiền bảo hiểm tối đa mỗi Năm hợp đồng		40 triệu
Chi tiết quyền lợi bảo hiểm		
Hạn mức tối đa mỗi Lần khám		4 triệu
1. Thuốc kê toa của Bác sĩ		Theo Chi phí y tế thực tế
2. Chi phí chẩn đoán và chi phí xét nghiệm		Theo Chi phí y tế thực tế
3. Vật lý trị liệu		Theo Chi phí y tế thực tế
4. Tư vấn tâm lý cho Sức khỏe tinh thần	Tối đa 8 lần cho mỗi Năm hợp đồng	800 nghìn
5. Y học thay thế		

Trong mỗi Năm hợp đồng, tương ứng với kế hoạch bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm đã chọn và sau khi áp dụng mức Đồng chi trả, FWD sẽ chi trả cho quyền lợi này không vượt quá:



- (i). Hạn mức tối đa được quy định cho từng hạng mục được trình bày theo bảng bên trên; và
- (ii). Số tiền bảo hiểm tối đa mỗi Năm hợp đồng của quyền lợi Điều trị ngoại trú.

Số tiền bảo hiểm của quyền lợi Điều trị ngoại trú chưa được sử dụng hết trong Năm hợp đồng sẽ không được chuyển sang Năm hợp đồng tiếp theo.

Điều trị ngoại trú là việc Người được bảo hiểm được khám, điều trị y tế tại Bệnh viện hoặc Phòng khám, nhưng không nhập viện và không nằm viện qua đêm tại Bệnh viện/Phòng khám.

Chi phí Điều trị ngoại trú là những Chi phí y tế thực tế phát sinh trong 1 lần Điều trị ngoại trú, bao gồm chi phí khám Bệnh, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, chi phí Thuốc kê toa, chi phí Vật lý trị liệu, chi phí Y học thay thế và chi phí Tư vấn tâm lý cho Sức khỏe tinh thần.

Lần khám là một lần Người được bảo hiểm đến Bệnh viện/Phòng khám để được chẩn đoán hoặc Điều trị ngoại trú do Bệnh hoặc Tổn thương.

Vật lý trị liệu là phương pháp điều trị sử dụng các biện pháp vật lý để giảm đau, phục hồi chức năng của cơ bắp hay các hoạt động bình thường hàng ngày của Người được bảo hiểm theo chỉ định của Bác sĩ (không phải phương pháp xoa bóp, spa hoặc rèn luyện sức khỏe) và việc điều trị này phải được thực hiện tại Bệnh viện hoặc Phòng khám.

Y học thay thế là phương pháp điều trị y tế không phải là tây y, như y học dân tộc, y học cổ truyền và những phương pháp tương tự được thực hiện bởi Bác sĩ tại Bệnh viện hoặc Phòng khám.

Tư vấn tâm lý cho Sức khỏe tinh thần là cuộc tư vấn tâm thần ngoại trú được thực hiện bởi Bác sĩ tâm thần hoặc Bác sĩ tâm lý có bằng cấp chuyên môn. Cuộc tư vấn tâm lý phải được thực hiện tại Phòng khám của Bác sĩ tâm thần hoặc Bác sĩ tâm lý hoặc tại khoa khám Bệnh ngoại trú hay Phòng khám ngoại trú của Bệnh viện.

6 tình trạng cụ thể sau đây được chi trả theo quyền lợi Tư vấn tâm lý cho Sức khỏe tinh thần, bao gồm Thuốc kê toa:

- (i). Rối loạn lo âu là một nhóm rối loạn tâm thần được đặc trưng bởi cảm giác lo lắng và sợ hãi thái quá. Rối loạn lo âu phải được chẩn đoán bởi Bác sĩ tâm thần hoặc Bác sĩ tâm lý có bằng cấp chuyên môn dựa trên tiêu chí theo DSM-5.
- (ii). Rối loạn lưỡng cực là một rối loạn tâm thần được đặc trưng bởi các giai đoạn hưng cảm, hưng cảm nhẹ và Trầm cảm nặng. Chẩn đoán Rối loạn lưỡng cực phải được xác nhận bởi Bác sĩ tâm thần hoặc Bác sĩ tâm lý có bằng cấp chuyên môn dựa trên tiêu chí theo DSM-5.
- (iii). Trầm cảm là một nhóm rối loạn tâm thần đặc trưng bởi cảm giác buồn bã và mất hứng thú dai dẳng, kèm theo đau khổ hoặc suy giảm đáng kể về mặt lâm sàng trong hoạt động xã hội, nghề nghiệp hoặc các chức năng quan trọng khác. Chẩn đoán Trầm cảm phải đáp ứng các tiêu chí sau:
 - Việc chẩn đoán Trầm cảm phải được xác nhận bởi Bác sĩ tâm thần hoặc Bác sĩ tâm lý có bằng cấp chuyên môn dựa trên tiêu chí theo DSM-5 (Rối loạn Trầm cảm).
 - Với chẩn đoán Trầm cảm sau sinh, tức là Trầm cảm khi mang thai hoặc trong mười hai tháng (12 tháng) đầu sau khi sinh, chẩn đoán xác định lần đầu được thực hiện phải ít nhất hai năm sau Ngày hiệu lực của Sản phẩm này hoặc Ngày khôi phục hiệu lực gần nhất của Sản phẩm này, tùy ngày nào đến sau.
- (iv). Rối loạn ám ảnh cưỡng chế (OCD) là một rối loạn mạn tính và kéo dài, đặc trưng bởi cả sự ám ảnh và cưỡng chế, dẫn đến suy giảm đáng kể hoạt động xã hội hoặc nghề nghiệp. Chẩn đoán OCD phải được xác nhận bởi Bác sĩ tâm thần hoặc Bác sĩ tâm lý có bằng cấp chuyên môn dựa trên tiêu chí theo DSM-5.

- (v). Rối loạn căng thẳng sau sang chấn (PTSD) là một rối loạn tâm lý mạn tính, gây tàn phế, có thể xảy ra ở những người đã trải qua hoặc chứng kiến một sự kiện đau thương và cuối cùng dẫn đến rối loạn hoạt động xã hội, nghề nghiệp và cá nhân đáng kể. Việc chẩn đoán PTSD phải được xác nhận bởi Bác sĩ tâm thần hoặc Bác sĩ tâm lý có bằng cấp chuyên môn dựa trên tiêu chí theo DSM-5.
- (vi). Tâm thần phân liệt là một rối loạn tâm thần được đặc trưng bởi những rối loạn lớn trong hoạt động nhận thức, cảm xúc và hành vi. Chẩn đoán Tâm thần phân liệt phải được xác nhận bởi Bác sĩ tâm thần hoặc Bác sĩ tâm lý có bằng cấp chuyên môn dựa trên tiêu chí theo DSM-5.

Chi phí Tư vấn tâm lý cho Sức khỏe tinh thần và Thuốc kê toa không được chi trả theo bất kỳ quyền lợi nào khác của Hợp đồng ngoại trừ quyền lợi cụ thể và trong giới hạn của quyền lợi Tư vấn tâm lý cho Sức khỏe tinh thần.

Phụ lục quy định chi tiết về quyền lợi Điều trị nha khoa

Quyền lợi Điều trị nha khoa là Quyền lợi tùy chọn của Sản phẩm này. FWD sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế trong trường hợp Điều trị nha khoa theo các hạng mục được nêu tại bảng sau:

Đơn vị tính: đồng

Kế hoạch bảo hiểm	Care 1000
Phạm vi địa lý được bảo hiểm	Toàn cầu (trừ Mỹ)
Tỷ lệ Đồng chi trả	Không áp dụng
Số tiền bảo hiểm tối đa mỗi Năm hợp đồng	20 triệu
Chi tiết quyền lợi bảo hiểm	
Hạn mức tối đa mỗi Lần khám	4 triệu
1. Cạo vôi răng (Lấy cao răng) (tối đa 2 lần cho mỗi Năm hợp đồng)	Theo Chi phí y tế thực tế
2. Điều trị nha khoa	

Trong mỗi Năm hợp đồng, tương ứng với kế hoạch bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm đã chọn và sau khi áp dụng mức Đồng chi trả, FWD sẽ chi trả cho quyền lợi này không vượt quá:



(i). Hạn mức tối đa được quy định cho từng hạng mục được trình bày theo bảng bên trên; và

(ii). Số tiền bảo hiểm tối đa mỗi Năm hợp đồng của quyền lợi Điều trị nha khoa.

Số tiền bảo hiểm của quyền lợi Điều trị nha khoa chưa được sử dụng hết trong Năm hợp đồng sẽ không được chuyển sang Năm hợp đồng tiếp theo.

Điều trị nha khoa bao gồm:

- Tư vấn Bác sĩ nha khoa, khám nha, chẩn đoán Bệnh;
- Điều trị nha chu và nướu: viêm nướu, viêm nha chu;
- Thuốc kê toa;
- Trám răng (Bằng Amalgam, composite, GIC hoặc vật liệu tương đương);
- Chụp X-Quang theo chỉ định của nha sĩ;
- Điều trị tủy răng;
- Nhổ răng sâu (không Phẫu thuật);
- Cắt mô cứng của răng, chóp răng;
- Mão răng, răng giả (không bao gồm cấy ghép implant).

Phụ lục quy định chi tiết về quyền lợi thai sản

Quyền lợi thai sản là Quyền lợi tùy chọn của Sản phẩm này. FWD sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế liên quan đến thai sản theo các hạng mục được nêu tại bảng sau:

Đơn vị tính: đồng

Kế hoạch bảo hiểm		Care 1000
Phạm vi địa lý được bảo hiểm		Toàn cầu (trừ Mỹ)
Tỷ lệ Đồng chi trả	Năm hợp đồng thứ 1	20%
	Năm hợp đồng thứ 2	10%
	Năm hợp đồng thứ 3 trở về sau	0%
Số tiền bảo hiểm tối đa mỗi Năm hợp đồng		60 triệu
1. Chi phí Khám thai và xét nghiệm chẩn đoán thai kỳ	Hạn mức tối đa mỗi Lần khám	4 triệu
2. Sinh thường	Hạn mức tối đa mỗi lần mang thai	30 triệu
a. Chi phí Phòng và giường	Theo Chi phí y tế thực tế	
b. Điều trị tại Phòng chăm sóc đặc biệt (ICU)		
3. Sinh mổ	Hạn mức tối đa mỗi lần mang thai	50 triệu
a. Chi phí Phòng và giường	Theo Chi phí y tế thực tế	
b. Điều trị tại Phòng chăm sóc đặc biệt (ICU)		
4. Chăm sóc trẻ sơ sinh (trong vòng 7 ngày kể từ ngày sinh)		30 triệu
5. Biến chứng thai sản		Theo Chi phí y tế thực tế

Năm hợp đồng dùng để xác định tỷ lệ Đồng chi trả sẽ tính từ Năm hợp đồng mà quyền lợi thai sản được Bên mua bảo hiểm chọn tham gia và được FWD chấp thuận.

Trong mỗi Năm hợp đồng, tương ứng với kế hoạch bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm đã chọn và sau khi áp dụng mức Đồng chi trả, FWD sẽ chi trả cho quyền lợi này không vượt quá:



(i). Hạn mức tối đa được quy định cho từng hạng mục được trình bày theo bảng bên trên; và

(ii). Số tiền bảo hiểm tối đa mỗi Năm hợp đồng của quyền lợi thai sản.

Số tiền bảo hiểm của quyền lợi thai sản chưa được sử dụng hết trong Năm hợp đồng sẽ không được chuyển sang Năm hợp đồng tiếp theo.

Sinh thường là ca sinh tự nhiên không Phẫu thuật của Người được bảo hiểm tại Bệnh viện và được ghi rõ trên giấy ra viện.

Sinh mổ là ca sinh cần được can thiệp Phẫu thuật tại Bệnh viện và được ghi rõ trên giấy ra viện.

Chăm sóc trẻ sơ sinh là chi phí Điều trị hợp lý và cần thiết về mặt y tế phát sinh trong vòng 7 (bảy) ngày kể từ ngày sinh để điều trị Bệnh cho trẻ sơ sinh tại Bệnh viện. Chi phí Chăm sóc trẻ sơ sinh không bao gồm chi phí khám, chẩn đoán, xét nghiệm hoặc điều trị các bệnh bẩm sinh/Dị tật bẩm sinh. Quyền lợi này chỉ được bảo hiểm theo quyền lợi thai sản.

Dị tật bẩm sinh là sự bất thường về phát triển thể chất hoặc tinh thần tồn tại ngay từ khi sinh ra hoặc phát triển sau khi sinh ra, có thể do di truyền, mắc phải do ảnh hưởng của các biến cố trong tử cung hoặc sự kết hợp của các yếu tố trên, cho dù Người được bảo hiểm có biết hay không.

Khám thai và xét nghiệm chẩn đoán thai kỳ là sự tư vấn của Bác sĩ, kiểm tra trước khi sinh và theo dõi trong suốt thai kỳ. Không bao gồm các xét nghiệm sàng lọc như Xét nghiệm trước sinh không xâm lấn (NIPT).

Biến chứng thai sản là các biến chứng phát sinh từ quá trình mang thai và sinh đẻ, bao gồm các biến chứng như sau:

- Băng huyết sau sinh (chảy máu nhiều trong hoặc sau sinh, với số lượng máu chảy trên >500ml);
- Nhiễm khuẩn huyết sau sinh;
- Thuyên tắc huyết khối do thai sản (tắc mạch phổi hoặc huyết khối tĩnh mạch sâu);
- Đông máu nội mạch rải rác (DIC) do thai sản.

Đồng chi trả là việc Bên mua bảo hiểm và FWD cùng chi trả cho Chi phí y tế thực tế phát sinh. Tỷ lệ Đồng chi trả là tỷ lệ phần trăm (%) Chi phí y tế thực tế mà Bên mua bảo hiểm chi trả và FWD sẽ chi trả phần còn lại nhưng không vượt quá các giới hạn về hạn mức tối đa theo quy định của Sản phẩm.

Ví dụ, tỷ lệ Đồng chi trả 20% nghĩa là Bên mua bảo hiểm sẽ chi trả 20% Chi phí y tế thực tế và FWD chi trả 80% Chi phí y tế thực tế nhưng không vượt quá hạn mức tối đa theo kế hoạch bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm đã lựa chọn.

FWD sẽ áp dụng tỷ lệ Đồng chi trả trước, sau đó áp dụng hạn mức tối đa theo bảng quyền lợi chi tiết.

Ví dụ minh họa:



Khách hàng A đang tham gia **kế hoạch Care 1000** và tham gia quyền lợi thai sản tại thời điểm tham gia Sản phẩm này. Khách hàng A mang thai và Sinh thường vào Năm hợp đồng thứ 2 của Sản phẩm này với tổng chi phí Sinh thường là **50 triệu đồng**.

Bước 1: Áp dụng Đồng chi trả

FWD

Chi trả **45 triệu đồng**
(90% Chi phí Sinh thường)

Khách hàng A

Chi trả **5 triệu đồng**
(10% Chi phí Sinh thường)

Bước 2: Áp dụng Hạn mức tối đa mỗi lần mang thai dành cho Sinh thường

FWD

Chi trả **30 triệu đồng**
(Hạn mức tối đa mỗi lần mang thai)

Khách hàng A

Chi trả **15 triệu đồng**
(Chi phí còn lại vượt quá
Hạn mức tối đa mỗi lần mang thai)

→ Cuối cùng, FWD chi trả **30 triệu đồng**, Khách hàng A chi trả **20 triệu đồng**.

Hãy liên lạc với chúng tôi ngay hôm nay để được tư vấn.

Trụ sở chính

Tầng 11, Tòa nhà Diamond Plaza,
34 Lê Duẩn, Phường Bến Nghé, Quận 1,
TP. HCM, Việt Nam
Tel: (84-28) 6256 3688
Email: customerconnect.vn@fwd.com

Chi nhánh

Tầng 20, Tòa nhà VCCI Tower,
9 Đào Duy Anh, Phường Phương Mai,
Quận Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam
Tel: (84-24) 3938 6757



Hotline
1800 96 96 90



Quét mã QR
để truy cập website

Thông tin về FWD Việt Nam

FWD là tập đoàn bảo hiểm hoạt động rộng khắp châu Á với hơn 13 triệu khách hàng tại 10 thị trường, bao gồm một số thị trường bảo hiểm phát triển nhanh nhất trên thế giới. FWD được thành lập vào năm 2013 với tầm nhìn “thay đổi cảm nhận của mọi người về bảo hiểm”. Với phương châm lấy khách hàng làm trọng tâm, khai thác sức mạnh công nghệ kỹ thuật số, FWD mang đến khách hàng các sản phẩm bảo hiểm sáng tạo, dễ hiểu và hành trình trải nghiệm bảo hiểm đơn giản hơn.

FWD Việt Nam được thành lập năm 2016 và là thành viên của Tập đoàn FWD.

Để biết thêm thông tin, vui lòng truy cập <http://www.fwd.com.vn>