

# Quy tắc, điều khoản

## FWD Bảo hiểm sức khỏe trực tuyến

(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 và theo Quyết định số FWDVN.CEO.112024-02 ngày 22/11/2024 của Tổng Giám đốc FWD)



Quy tắc, điều khoản này được đính kèm và là một phần của Hợp đồng bảo hiểm khi Bên mua bảo hiểm lựa chọn tham gia sản phẩm bảo hiểm FWD Bảo hiểm sức khỏe trực tuyến (sau đây được gọi tắt là “Sản phẩm này”).

Các thuật ngữ và Quy tắc, điều khoản được đề cập trong Phần 1 – Những điều khoản chung của Hợp đồng bảo hiểm sẽ được áp dụng cho Sản phẩm này, trừ khi được định nghĩa hoặc quy định cụ thể khác đi trong Quy tắc, điều khoản Sản phẩm này. Trong trường hợp có sự khác nhau, Quy tắc, điều khoản 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

## 🔧 Phần 1: Những điều khoản chung của Hợp đồng bảo hiểm

🗨️	<b>1. Hợp đồng bảo hiểm</b>	<b>5</b>
🖱️	<b>2. Tham gia Hợp đồng bảo hiểm</b>	<b>8</b>
	2.1 Quyền lợi có thể được bảo hiểm	8
	2.2 Nghĩa vụ kê khai trung thực	9
	2.3 Miễn truy xét	10
	2.4 Nghĩa vụ cung cấp thông tin của FWD	10
✅	<b>3. Thực hiện Hợp đồng bảo hiểm</b>	<b>11</b>
	3.1 Quyền lợi bảo hiểm tạm thời	11
	3.2 Bảo mật thông tin	12
	3.3 Chỉ định hoặc thay đổi Người thụ hưởng	12
	3.4 Chuyển giao Hợp đồng	12
	3.5 Kế thừa thực hiện hợp đồng	13
	3.6 Cập nhật thông tin cá nhân	14
📄	<b>4. Quyền lợi bảo hiểm và yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm</b>	<b>15</b>
	4.1 Quyền lợi bảo hiểm	15
	4.2 Yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm	15
	4.3 Thứ tự ưu tiên nhận quyền lợi bảo hiểm	16
⚠️	<b>5. Giải quyết tranh chấp</b>	<b>17</b>

# ≡ Mục lục

## Phần 2: Quy tắc, điều khoản FWD Bảo hiểm sức khỏe trực tuyến

### 1. Lựa chọn quyền lợi bảo hiểm 19

### 2. Quyền lợi bảo hiểm 20

- 2.1 Nhóm Quyền lợi mặc định 24
- 2.2 Quyền lợi tùy chọn 29
- 2.3 Các trường hợp loại trừ bảo hiểm 30

### 3. Yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm 31

- 3.1 Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm 31
- 3.2 Thứ tự ưu tiên nhận quyền lợi bảo hiểm 32

### 4. Thời hạn bảo hiểm và tái tục Sản phẩm này 33

### 5. Phí bảo hiểm 34

- 5.1 Phí bảo hiểm 34
- 5.2 Thời gian gia hạn đóng phí bảo hiểm 34

### 6. Điều chỉnh Hợp đồng bảo hiểm 35

- 6.1 Thay đổi kế hoạch bảo hiểm 35
- 6.2 Bổ sung, chấm dứt quyền lợi bảo hiểm thuộc Quyền lợi tùy chọn 35
- 6.3 Cập nhật thông tin cá nhân 35
- 6.4 Nhầm lẫn kê khai tuổi, giới tính 37

### 7. Chấm dứt hiệu lực Sản phẩm này 38

### Phụ lục quy định chi tiết về quyền lợi Điều trị ngoại trú 39

## **Phần 1:**

---

### **Những điều khoản chung của Hợp đồng bảo hiểm**

Trong Hợp đồng bảo hiểm, trừ khi được quy định cụ thể khác đi tại Quy tắc, điều khoản của từng sản phẩm, các quy định theo Điều khoản chung của Hợp đồng bảo hiểm tại Phần 1 này sẽ áp dụng cho (các) sản phẩm được tham gia theo Hợp đồng bảo hiểm này.

# 1. Hợp đồng bảo hiểm

Hợp đồng bảo hiểm (sau đây gọi tắt là “**Hợp đồng**”) là thỏa thuận giữa Bên mua bảo hiểm và FWD gồm các tài liệu sau:

- (i). Chứng nhận bảo hiểm;
- (ii). Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm;
- (iii). Bảng minh họa quyền lợi bảo hiểm;
- (iv). Tóm tắt Quy tắc, điều khoản sản phẩm;
- (v). Quy tắc, điều khoản của sản phẩm mà Bên mua bảo hiểm chọn tham gia trong Hợp đồng này. Một Hợp đồng sẽ bao gồm một hoặc nhiều sản phẩm;
- (vi). Các sửa đổi, bổ sung được ký kết giữa hai bên trong quá trình thực hiện Hợp đồng, nếu có.



Khi FWD chấp thuận bảo hiểm trên cơ sở Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm của Bên mua bảo hiểm, FWD sẽ phát hành Hợp đồng bảo hiểm. Hợp đồng bảo hiểm có thể được phát hành dưới hình thức Hợp đồng bản giấy và/hoặc dưới hình thức hợp đồng điện tử có chữ ký số của FWD (Hợp đồng dưới hình thức hợp đồng điện tử tuân thủ quy định của pháp luật về giao dịch điện tử).

Trường hợp FWD phát hành Hợp đồng bảo hiểm dưới hình thức hợp đồng điện tử, FWD sẽ gửi kèm theo hướng dẫn cách thức nhận hợp đồng điện tử đến Bên mua bảo hiểm. Hợp đồng bảo hiểm dưới hình thức hợp đồng điện tử có giá trị như bản giấy.

Trong Hợp đồng này, các thuật ngữ được sử dụng sẽ được định nghĩa như dưới đây, trừ khi được định nghĩa cụ thể khác đi trong Quy tắc, điều khoản của từng sản phẩm trong Hợp đồng.

- 1.1 FWD** là Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ FWD Việt Nam được thành lập và hoạt động theo pháp luật của Việt Nam.
- 1.2 Bên mua bảo hiểm** là bên có nhu cầu tham gia bảo hiểm, có quyền lợi có thể được bảo hiểm theo quy định pháp luật, đồng ý giao kết Hợp đồng bảo hiểm, đóng phí bảo hiểm cho Hợp đồng và thực hiện các quyền và nghĩa vụ được quy định trong Hợp đồng.

Theo Hợp đồng này, Bên mua bảo hiểm là:

- (i). Tổ chức được thành lập và hoạt động hợp pháp tại Việt Nam; hoặc
  - (ii). Cá nhân từ đủ 18 tuổi trở lên hiện đang cư trú tại Việt Nam, có năng lực hành vi dân sự đầy đủ.
- 1.3 Người được bảo hiểm** là bất kỳ cá nhân có sức khỏe được bảo hiểm theo (các) sản phẩm trong Hợp đồng bảo hiểm, hiện đang cư trú tại Việt Nam và được FWD chấp thuận bảo hiểm theo Hợp đồng này.

Nếu Người được bảo hiểm đủ 18 tuổi, Người được bảo hiểm phải tự xác nhận đồng ý tham gia bảo hiểm và xác nhận các thông tin được kê khai trong Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và các thông tin về sức khỏe mà FWD yêu cầu bổ sung.

Nếu Người được bảo hiểm chưa đủ 18 tuổi, việc xác nhận đồng ý tham gia bảo hiểm, xác nhận các thông tin được kê khai trong Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và các thông tin về sức khỏe mà FWD yêu cầu bổ sung được thực hiện bởi bố hoặc mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của Người được bảo hiểm.

- 1.4 Người thụ hưởng** là bất kỳ tổ chức hoặc cá nhân nào được Bên mua bảo hiểm chỉ định với sự đồng ý của Người được bảo hiểm trong Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm hoặc yêu cầu điều chỉnh hoặc bổ sung Người thụ hưởng được FWD chấp thuận, hoặc được xác định theo Quy tắc, điều khoản của sản phẩm, để nhận quyền lợi bảo hiểm theo Hợp đồng này.
- 1.5 Tuổi bảo hiểm** là tuổi của Người được bảo hiểm tính theo lần sinh nhật vừa qua tại Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc ngày có hiệu lực của từng sản phẩm trong Hợp đồng.
- 1.6 Số tiền bảo hiểm** là số tiền Bên mua bảo hiểm yêu cầu bảo hiểm và được FWD làm cơ sở để chi trả trong trường hợp rủi ro xảy ra theo Hợp đồng. Số tiền bảo hiểm được ghi trên Chứng nhận bảo hiểm hoặc Thư xác nhận điều chỉnh hợp đồng gần nhất, nếu có.
- 1.7 Ngày hiệu lực hợp đồng** là ngày Bên mua bảo hiểm hoàn tất Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và đóng đầy đủ phí bảo hiểm (tạm tính) của Hợp đồng, với điều kiện Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm còn sống tại thời điểm FWD chấp thuận bảo hiểm cho Người được bảo hiểm. Ngày hiệu lực hợp đồng được ghi trên Chứng nhận bảo hiểm.
- 1.8 Ngày kỷ niệm năm** là ngày lặp lại hàng năm của Ngày hiệu lực hợp đồng. Nếu năm không có ngày này thì ngày cuối cùng của tháng đó sẽ là Ngày kỷ niệm năm.
- 1.9 Năm hợp đồng** là khoảng thời gian 1 năm dương lịch kể từ Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc từ Ngày kỷ niệm năm.
- 1.10 Thời hạn bảo hiểm** là khoảng thời gian được tính từ thời điểm FWD bắt đầu nhận bảo hiểm đến khi kết thúc bảo hiểm.
- 1.11 Thời hạn đóng phí** là thời gian Bên mua bảo hiểm cần đóng phí bảo hiểm với phương thức đóng phí được các bên thỏa thuận tại Hợp đồng và theo quy định của từng sản phẩm.
- 1.12 Ngày kết thúc thời hạn bảo hiểm** là ngày cuối cùng của Thời hạn bảo hiểm được ghi trong Chứng nhận bảo hiểm và được xác định theo Quy tắc, điều khoản của từng sản phẩm trong Hợp đồng này.
- 1.13 Ngày tái tục hàng năm** là ngày lặp lại hàng năm của Ngày hiệu lực hợp đồng. Nếu tháng không có ngày này, ngày cuối cùng của tháng đó sẽ là Ngày tái tục hàng năm của Hợp đồng.
- 1.14 Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm** là hồ sơ theo mẫu được Bên mua bảo hiểm kê khai và chuyển tới FWD để yêu cầu tham gia bảo hiểm.
- 1.15 Chứng nhận bảo hiểm** là văn bản do FWD phát hành thể hiện thông tin cơ bản của Hợp đồng và (các) sản phẩm tham gia theo Hợp đồng.
- 1.16 Ngày đến hạn đóng phí** là ngày Bên mua bảo hiểm cần đóng phí bảo hiểm theo định kỳ lựa chọn trong Hợp đồng.
- 1.17 Khoản nợ** là bất cứ khoản tiền nào mà Bên mua bảo hiểm còn nợ FWD. FWD sẽ khấu trừ (các) Khoản nợ trước khi chi trả bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào của Hợp đồng này.
- 1.18 Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn (TTTBVV)** nghĩa là khi
  - a) Người được bảo hiểm bị mất, liệt hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của:
    - (i). Hai tay; hoặc
    - (ii). Hai chân; hoặc

- (iii). Một tay và một chân; hoặc
- (iv). Hai mắt; hoặc
- (v). Một tay và một mắt; hoặc
- (vi). Một chân và một mắt.

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

Hoặc

- b) Người được bảo hiểm bị tổn thương cơ thể từ 81% trở lên theo xác nhận của cơ quan y tế hoặc Hội đồng giám định Y khoa cấp tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương hoặc tổ chức giám định y tế hợp pháp được FWD chấp thuận.

Việc chứng nhận Người được bảo hiểm bị mất hoàn toàn bộ phận cơ thể (tay, chân hoặc mắt) có thể được thực hiện ngay sau khi sự kiện bảo hiểm xảy ra hoặc sau khi kết thúc việc điều trị.

Việc chứng nhận bị liệt hoàn toàn và không thể phục hồi chức năng của các bộ phận cơ thể hoặc mù hoàn toàn hoặc tổn thương cơ thể từ 81% trở lên phải được thực hiện không sớm hơn 180 ngày kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm hoặc từ ngày bệnh lý được chẩn đoán.

**1.19 Bác sĩ** là người có bằng cấp chuyên môn y khoa, được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc thừa nhận được thực hành nghề y và/hoặc Phẫu thuật hợp pháp trong phạm vi giấy phép theo pháp luật của nước sở tại nơi Người được bảo hiểm tiến hành việc khám và 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.

**1.20 Hành vi cố ý vi phạm pháp luật** là hành vi của một cá nhân bao gồm:

- (i). Việc tham gia hoặc thực hiện hành vi trái pháp luật mà luật hình sự quy định là tội phạm, hoặc
- (ii). Điều khiển phương tiện giao thông mà trong máu hoặc hơi thở có nồng độ cồn theo quy định của pháp luật, hoặc
- (iii). Việc sử dụng chất ma túy, chất gây nghiện khác, chất kích thích, trừ trường hợp có sự chỉ định của Bác sĩ.

## 2. Tham gia Hợp đồng bảo hiểm

Để tham gia bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm cần hoàn tất Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và gửi về FWD, cùng với khoản phí bảo hiểm đầu tiên.

### 2.1 Quyền lợi có thể được bảo hiểm

#### 2.1.1 Quyền lợi có thể được bảo hiểm giữa Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm:

Để được FWD chấp thuận bảo hiểm, tại thời điểm giao kết Hợp đồng bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm phải có quyền lợi có thể được bảo hiểm với Người được bảo hiểm, bao gồm các trường hợp dưới đây:



Bên mua bảo hiểm tự tham gia bảo hiểm cho bản thân mình;



Người được bảo hiểm là vợ, chồng, con, cha, mẹ hợp pháp (cha đẻ, mẹ đẻ, cha nuôi, mẹ nuôi), con nuôi của Bên mua bảo hiểm;



Người được bảo hiểm là anh chị em ruột, người có quan hệ nuôi dưỡng, cấp dưỡng hoặc người được giám hộ hợp pháp bởi Bên mua bảo hiểm;



Người được bảo hiểm là người có quyền lợi về tài chính hoặc quan hệ lao động với Bên mua bảo hiểm;



Người được bảo hiểm đồng ý bằng văn bản cho Bên mua bảo hiểm mua bảo hiểm sức khỏe cho mình.



## 2.1.2 Quyền lợi có thể được bảo hiểm giữa Người thụ hưởng và Người được bảo hiểm:

Tại thời điểm chỉ định Người thụ hưởng và được FWD chấp thuận, Người thụ hưởng phải có quyền lợi có thể được bảo hiểm với Người được bảo hiểm, bao gồm các trường hợp dưới đây:



Người thụ hưởng là Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm;



Người thụ hưởng là vợ, chồng, con, cha, mẹ hợp pháp (cha đẻ, mẹ đẻ, cha nuôi, mẹ nuôi), con nuôi của Người được bảo hiểm;



Người thụ hưởng là anh chị em ruột, người có quan hệ nuôi dưỡng, cấp dưỡng, người giám hộ hợp pháp hoặc người được giám hộ hợp pháp bởi Người được bảo hiểm;



Người thụ hưởng là người có quyền lợi về tài chính hoặc quan hệ lao động với Người được bảo hiểm.

## 2.2 Nghĩa vụ kê khai trung thực

Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm có nghĩa vụ kê khai đầy đủ, trung thực và chính xác các thông tin được yêu cầu trong Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, các mẫu kê khai bổ sung cho Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, yêu cầu tăng Số tiền bảo hiểm hoặc yêu cầu bổ sung sản phẩm.

Việc FWD thực hiện kiểm tra sức khỏe, nếu có, không thay thế cho nghĩa vụ kê khai đầy đủ, trung thực và chính xác thông tin của Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm.

Tại thời điểm tham gia Hợp đồng hoặc yêu cầu bổ sung sản phẩm/quyền lợi, trên cơ sở thông tin được Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm kê khai, FWD sẽ quyết định:

- (i). Chấp thuận bảo hiểm hoặc chấp thuận bảo hiểm có điều kiện hoặc nâng phí bảo hiểm hoặc điều chỉnh giảm Số tiền bảo hiểm tương ứng. Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm không đồng ý với quyết định của FWD, FWD sẽ từ chối một hoặc một số sản phẩm trong Hợp đồng và hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm phí bảo hiểm đã đóng tương ứng của (các) sản phẩm khi nộp Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm hoặc yêu cầu bổ sung sản phẩm/quyền lợi, không có lãi, sau khi FWD đã khấu trừ các chi phí kiểm tra sức khỏe, nếu có; hoặc
- (ii). Không chấp thuận bảo hiểm, FWD sẽ hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm khoản phí bảo hiểm đã đóng tương ứng với yêu cầu bảo hiểm mà FWD không chấp thuận bảo hiểm, không có lãi.

Trong suốt Thời hạn bảo hiểm, trường hợp FWD ghi nhận được việc Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm cố ý vi phạm nghĩa vụ kê khai trung thực này hoặc không kê khai các Thông tin quan trọng nhằm giao kết Hợp đồng bảo hiểm, tại bất kỳ thời điểm nào FWD có thể:

- (i). Chấm dứt một hoặc một số sản phẩm trong Hợp đồng, từ chối chi trả quyền lợi bảo hiểm của (các) sản phẩm đó. FWD sẽ hoàn trả tổng phí bảo hiểm của (các) sản phẩm bị chấm dứt đã đóng kể từ Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc Ngày tái tục hàng năm gần nhất, tùy ngày nào xảy ra sau, cho Bên mua bảo hiểm không có lãi, sau khi trừ đi các khoản sau đây:
- Bất kỳ quyền lợi nào đã được chi trả theo (các) sản phẩm bị chấm dứt, nếu có, kể từ Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc Ngày tái tục hàng năm gần nhất, tùy ngày nào xảy ra sau; và
  - Chi phí kiểm tra sức khỏe, nếu có; và
  - Khoản nợ, nếu có.

Đồng thời, Bên mua bảo hiểm phải bồi thường thiệt hại phát sinh cho FWD (nếu có).

Hoặc

- (ii). Chấp thuận bảo hiểm với điều kiện bổ sung. Trong trường hợp này, FWD vẫn tiếp tục duy trì hiệu lực Hợp đồng và xem xét chi trả quyền lợi bảo hiểm nếu có sự kiện bảo hiểm xảy ra theo Hợp đồng.

**Thông tin quan trọng** là các thông tin bao gồm nhưng không giới hạn về tình trạng sức khỏe, nghề nghiệp, thu nhập mà nếu FWD biết được, FWD chỉ chấp thuận bảo hiểm có điều kiện hoặc chấp thuận bảo hiểm với mức phí bảo hiểm cao hơn hoặc không chấp thuận bảo hiểm.

---

### 2.3 Miễn truy xét

Ngoại trừ các **Thông tin quan trọng**, FWD sẽ không xem xét các nội dung kê khai không chính xác hoặc bỏ sót sau 2 năm kể từ Ngày hiệu lực hợp đồng.

---

### 2.4 Nghĩa vụ cung cấp thông tin của FWD

FWD có nghĩa vụ cung cấp đầy đủ, chính xác thông tin liên quan đến Hợp đồng, giải thích các điều kiện, điều khoản bảo hiểm của Hợp đồng, sản phẩm bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm.

Nếu FWD cố ý cung cấp thông tin sai sự thật nhằm giao kết hợp đồng thì Bên mua bảo hiểm có quyền yêu cầu hủy bỏ Hợp đồng và nhận lại toàn bộ phí bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm đã đóng. FWD phải bồi thường thiệt hại phát sinh cho Bên mua bảo hiểm (nếu có) do việc cố ý cung cấp thông tin sai sự thật.

## 3. Thực hiện Hợp đồng bảo hiểm

### 3.1 Quyền lợi bảo hiểm tạm thời

Quyền lợi bảo hiểm tạm thời chỉ áp dụng cho các sản phẩm có quyền lợi bảo hiểm tử vong.

#### - Thời hạn bảo hiểm tạm thời

Bắt đầu từ khi Bên mua bảo hiểm hoàn tất Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và đóng đủ phí bảo hiểm tạm tính và kết thúc trong các trường hợp dưới đây, tùy trường hợp nào xảy ra trước:

- (i). Ngày FWD cấp Giấy chứng nhận bảo hiểm; hoặc
- (ii). Ngày FWD từ chối Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm; hoặc
- (iii). Ngày FWD thông báo tạm hoãn Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm; hoặc
- (iv). Ngày FWD nhận được văn bản yêu cầu hủy bỏ Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm của Bên mua bảo hiểm.

#### - Quyền lợi bảo hiểm tạm thời

Trường hợp Người được bảo hiểm tử vong do Tai nạn trong thời hạn bảo hiểm tạm thời, FWD sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm tạm thời là giá trị nào lớn hơn của:

- (i). (Tổng) Số tiền bảo hiểm của tất cả các Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm có quyền lợi bảo hiểm tử vong do Tai nạn đang được xem xét của cùng Người được bảo hiểm nhưng không vượt quá 200.000.000 đồng. Trường hợp có nhiều Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, quyền lợi này sẽ được chi trả theo tỷ trọng đóng góp của Số tiền bảo hiểm tương ứng của từng Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm; và
- (ii). Tổng số phí bảo hiểm đầu tiên đã đóng của các Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm nêu tại mục (i) trên, không có lãi.

Quyền lợi bảo hiểm tạm thời được chi trả theo thứ tự ưu tiên nhận quyền lợi bảo hiểm được quy định tại Quy tắc, điều khoản của từng sản phẩm.

**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 xảy ra trong thời hạn bảo hiểm tạm thời của Hợp đồng và là nguyên nhân trực tiếp, duy nhất và không liên quan đến bất kỳ nguyên nhân nào khác, dẫn đến sự kiện tử vong của Người được bảo hiểm trong thời hạn bảo hiểm tạm thời.

### 3.2 Bảo mật thông tin

FWD không chuyển giao thông tin cá nhân do Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm cung cấp tại Hợp đồng cho bất kỳ bên thứ ba nào khác, trừ các trường hợp sau đây:

- (i). Theo yêu cầu của cơ quan nhà nước có thẩm quyền; hoặc
- (ii). Cho mục đích thẩm định, phát hành Hợp đồng, tái bảo hiểm, tính toán phí bảo hiểm, thu phí bảo hiểm, trích lập dự phòng nghiệp vụ, giải quyết quyền lợi bảo hiểm, xử lý và quản trị cơ sở dữ liệu; hoặc
- (iii). Nghiên cứu thiết kế sản phẩm, đánh giá chất lượng dịch vụ của FWD; hoặc
- (iv). Phòng chống trục lợi bảo hiểm; hoặc
- (v). Nghiên cứu, đánh giá tình hình tài chính, khả năng thanh toán, mức độ đầy đủ vốn, yêu cầu vốn của FWD; hoặc
- (vi). Được Bên mua bảo hiểm đồng ý bằng văn bản, với điều kiện Bên mua bảo hiểm được thông báo về mục đích chuyển giao thông tin và được quyền lựa chọn giữa đồng ý hoặc không đồng ý với việc chuyển giao đó. Việc Bên mua bảo hiểm từ chối cho Công ty chuyển giao thông tin cho bên thứ ba theo điểm này không được coi là lý do để FWD từ chối giao kết Hợp đồng.

---

### 3.3 Chỉ định hoặc thay đổi Người thụ hưởng

Người thụ hưởng được chỉ định trong Hợp đồng phải có quyền lợi có thể được bảo hiểm đối với Người được bảo hiểm.

Trong thời gian Hợp đồng còn hiệu lực và Người được bảo hiểm còn sống, Bên mua bảo hiểm có thể chỉ định, bổ sung hoặc thay đổi Người thụ hưởng với sự đồng ý của Người được bảo hiểm và phải thông báo bằng văn bản cho FWD hoặc qua các hình thức điện tử được cung cấp bởi FWD. Việc chỉ định, bổ sung, thay đổi Người thụ hưởng chỉ có hiệu lực khi được FWD chấp thuận bằng văn bản.

---

### 3.4 Chuyển giao Hợp đồng

Bên mua bảo hiểm có thể chuyển giao toàn bộ Hợp đồng cho người khác khi có sự đồng ý bằng văn bản của Người được bảo hiểm hoặc người đại diện theo pháp luật của Người được bảo hiểm. Khi đó bên nhận chuyển giao sẽ được kế thừa toàn bộ quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm đối với Hợp đồng. Tuy nhiên, Người được bảo hiểm của Hợp đồng sẽ không thay đổi.

Các điều kiện để Bên mua bảo hiểm thực hiện yêu cầu chuyển giao Hợp đồng:

- (i). Tại thời điểm chuyển giao và FWD chấp thuận bằng văn bản, Người được bảo hiểm còn sống; và
- (ii). Việc chuyển giao phù hợp với quy định của pháp luật; và
- (iii). Tại thời điểm chuyển giao Hợp đồng và FWD chấp thuận bằng văn bản, bên nhận chuyển giao Hợp đồng phải có quyền lợi có thể được bảo hiểm với Người được bảo hiểm. Bên nhận chuyển giao đáp ứng các quy định của pháp luật liên quan tại thời điểm chuyển giao và các điều kiện để trở thành Bên mua bảo hiểm.

FWD không chịu trách nhiệm về tính hợp pháp, cũng như sự đầy đủ của việc chuyển giao. Việc chuyển giao Hợp đồng phải được thông báo cho FWD bằng văn bản hoặc qua các hình thức điện tử được cung cấp bởi FWD và chỉ có hiệu lực khi được FWD chấp thuận bằng văn bản.

Sau khi FWD chấp thuận bằng văn bản về việc chuyển giao, bên nhận chuyển giao sẽ trở thành Bên mua bảo hiểm mới và có trách nhiệm thực hiện tất cả các quyền, nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm theo Hợp đồng này, bao gồm cả các quyền, nghĩa vụ tồn đọng đã phát sinh trước ngày chuyển giao có hiệu lực nhưng chưa được Bên mua bảo hiểm hoặc FWD hoàn tất giải quyết. FWD có trách nhiệm thực hiện các nghĩa vụ đối với Bên mua bảo hiểm mới theo quy định tại Quy tắc, điều khoản của sản phẩm.

---

### 3.5 Kế thừa thực hiện hợp đồng

Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm không phải là Người được bảo hiểm của sản phẩm chính, khi Bên mua bảo hiểm tử vong thì:

- Nếu Người được bảo hiểm của sản phẩm chính chưa đủ 18 tuổi: người đại diện theo pháp luật hoặc người giám hộ hợp pháp của Người được bảo hiểm của sản phẩm chính sẽ trở thành Bên mua bảo hiểm của Hợp đồng cho đến khi Người được bảo hiểm của sản phẩm chính đủ 18 tuổi, khi đó Người được bảo hiểm của sản phẩm chính sẽ trở thành Bên mua bảo hiểm của Hợp đồng.
- Nếu Người được bảo hiểm của sản phẩm chính đủ 18 tuổi hoặc đã đủ 18 tuổi tại thời điểm Bên mua bảo hiểm tử vong và có đầy đủ năng lực hành vi dân sự theo quy định pháp luật: Người được bảo hiểm của sản phẩm chính sẽ trở thành Bên mua bảo hiểm của Hợp đồng.
- Nếu Người được bảo hiểm của sản phẩm chính từ đủ 18 tuổi trở lên tại thời điểm Bên mua bảo hiểm tử vong nhưng không có đầy đủ năng lực hành vi dân sự theo quy định pháp luật: người đại diện theo pháp luật hoặc người giám hộ hợp pháp của Người được bảo hiểm của sản phẩm chính sẽ trở thành Bên mua bảo hiểm của Hợp đồng cho đến khi Người được bảo hiểm sản phẩm chính đáp ứng điều kiện của Bên mua bảo hiểm, khi đó Người được bảo hiểm của sản phẩm chính sẽ trở thành Bên mua bảo hiểm của Hợp đồng.

Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm là tổ chức:

- (i). Khi Bên mua bảo hiểm bị chia, sáp nhập, hợp nhất thì bên kế thừa quyền, nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm theo quy định pháp luật sẽ trở thành Bên mua bảo hiểm mới.
- (ii). Nếu Bên mua bảo hiểm bị phá sản, giải thể, chấm dứt hoạt động hoặc sau khi bị chia, sáp nhập, hợp nhất mà bên kế thừa quyền, nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm theo quy định pháp luật không đáp ứng các điều kiện để trở thành Bên mua bảo hiểm mới theo quy định của Hợp đồng: Người được bảo hiểm của sản phẩm chính trong Hợp đồng sẽ trở thành Bên mua bảo hiểm của Hợp đồng.

Việc kế thừa thực hiện Hợp đồng phải được thông báo cho FWD bằng văn bản hoặc qua các hình thức điện tử được cung cấp bởi FWD kèm theo các tài liệu liên quan, và chỉ có hiệu lực khi được FWD chấp thuận bằng văn bản.

Sau khi FWD chấp thuận bằng văn bản về việc kế thừa này, bên nhận kế thừa thực hiện Hợp đồng sẽ trở thành Bên mua bảo hiểm mới và có trách nhiệm thực hiện tất cả các quyền, nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm theo Hợp đồng này, bao gồm cả các quyền, nghĩa vụ tồn đọng đã phát sinh trước ngày kế thừa có hiệu lực nhưng chưa được Bên mua bảo hiểm hoặc FWD hoàn tất giải quyết. FWD có trách nhiệm thực hiện các nghĩa vụ với Bên mua bảo hiểm mới theo quy định tại Quy tắc, điều khoản sản phẩm.

### 3.6 Cập nhật thông tin cá nhân

Bên mua bảo hiểm cần thông báo cho FWD ngay khi có bất kỳ thay đổi nào dưới đây:

- (i). Trong trường hợp Người được bảo hiểm thay đổi nghề nghiệp 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 sẽ xem xét, đánh giá và đưa ra các quyết định căn cứ theo quy định chi tiết tại Quy tắc, điều khoản từng sản phẩm trong Hợp đồng. FWD sẽ gửi thông báo bằng văn bản cho Bên mua bảo hiểm về quyết định của mình.

- (ii). 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 một, một số sản phẩm trong Hợp đồng này hoặc chấm dứt Hợp đồng 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.
- (iii). 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.

## 4. Quyền lợi bảo hiểm và yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

### 4.1 Quyền lợi bảo hiểm

Mỗi sản phẩm bảo hiểm được chọn để tham gia theo Hợp đồng này sẽ cung cấp những quyền lợi bảo hiểm khác nhau cho mỗi Người được bảo hiểm tương ứng.

Mọi quyền lợi bảo hiểm được chi trả đã bao gồm các khoản thuế theo quy định mà người nhận quyền lợi bảo hiểm phải chịu, nếu có.

### 4.2 Yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm cần thông báo cho FWD về sự kiện bảo hiểm ngay khi có thể.



Để được hướng dẫn cụ thể, vui lòng gọi số 1800 96 96 90 hoặc Truy cập thông tin tại trang điện tử của FWD theo địa chỉ <https://www.fwd.com.vn/> và làm theo hướng dẫn.

Tùy thuộc vào mỗi quyền lợi khác nhau mà hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm sẽ có sự khác nhau. Nội dung chi tiết tham khảo tại mục Yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm của từng sản phẩm.

#### 4.2.1 Thời hạn nộp yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải được gửi cho FWD trong vòng 12 tháng kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm, trừ những trường hợp bất khả kháng hoặc có lý do chính đáng được FWD chấp thuận.

#### 4.2.2 Thời hạn giải quyết quyền lợi bảo hiểm

FWD sẽ giải quyết các quyền lợi bảo hiểm trong thời hạn 30 ngày kể từ ngày nhận được hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm đầy đủ và hợp lệ.

Nếu FWD giải quyết quyền lợi bảo hiểm chậm trễ hơn thời hạn nêu trên, FWD sẽ trả lãi cho phần quyền lợi chậm trả tương ứng với thời gian chậm trả theo mức lãi suất tạm ứng từ Giá trị hoàn lại của Hợp đồng bảo hiểm mà FWD đang áp dụng cho các khách hàng tại thời điểm chi trả.

Việc chi trả quyền lợi sẽ được thực hiện bằng tiền mặt, chuyển khoản hoặc theo thỏa thuận giữa FWD và người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm.



Vui lòng tham khảo mức lãi suất tạm ứng trên trang điện tử của FWD theo địa chỉ <https://www.fwd.com.vn/> hoặc gọi số 1800 96 96 90 để được hướng dẫn cụ thể.

### **4.3 Thứ tự ưu tiên nhận quyền lợi bảo hiểm**

FWD chi trả các quyền lợi bảo hiểm theo thứ tự ưu tiên tương ứng với từng trường hợp và được quy định cụ thể theo Quy tắc, điều khoản của từng sản phẩm trong Hợp đồng.



## 5. Giải quyết tranh chấp

---

Mọi tranh chấp phát sinh từ hoặc liên quan tới Hợp đồng này trước hết sẽ được giải quyết bằng thương lượng hoặc hòa giải. Nếu các bên không giải quyết được bằng thương lượng, hòa giải, một bên có quyền đưa tranh chấp đó ra Tòa án có thẩm quyền của Việt Nam để giải quyết.

Thời hiệu khởi kiện để yêu cầu Tòa án giải quyết tranh chấp là 3 năm kể từ ngày người có quyền yêu cầu biết hoặc phải biết quyền và lợi ích hợp pháp của mình bị xâm phạm.

## **Phần 2:**

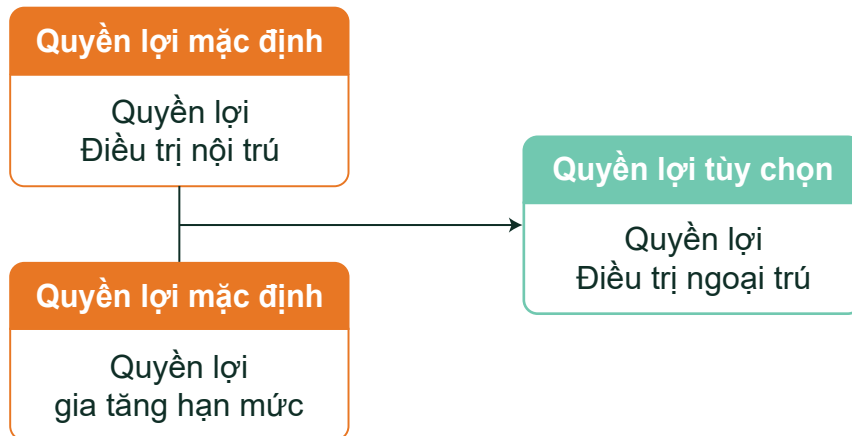
---

# **Quy tắc, điều khoản FWD Bảo hiểm sức khỏe trực tuyến**

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

## 1. Lựa chọn quyền lợi bảo hiểm

Sản phẩm 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 yêu cầu tham gia Quyền lợi tùy chọn và được thể hiện cụ thể trong Hợp đồng sau khi được FWD chấp thuận bảo hiểm:



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

**Người được bảo hiểm** là cá nhân có sức khỏe được bảo hiểm theo Hợp đồng, đang cư trú tại Việt Nam, có tuổi từ 18 tuổi đến 50 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.

## 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 100 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 trước ngày được nêu dưới đây, mà nếu biết được FWD đã không chấp thuận bảo hiểm theo Sản phẩm này hoặc không chấp thuận yêu cầu tham gia thêm Quyền lợi tùy chọn hoặc chấp thuận bảo hiểm có điều kiện.

Thời hạn 12 tháng ở trên được tính từ 1 trong 2 ngày được liệt kê dưới đây trở về trước, lấy ngày nào đến sau:

- (i). Ngày hiệu lực của Sản phẩm này; hoặc
  - (ii). Ngày hiệu lực của quyền lợi bảo hiểm thuộc Quyền lợi tùy chọn (áp dụng cho các trường hợp tham gia thêm Quyền lợi tùy chọn).
- 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 quyền lợi bảo hiểm thuộc Quyền lợi tùy chọn trong trường hợp tham gia thêm.

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 và đóng đầy đủ phí bảo hiểm (tạm tính) cho Sản phẩm này, với điều kiện Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm còn sống tại thời điểm FWD chấp thuận bảo hiểm cho Người được bảo hiểm.

Ngày hiệu lực của Sản phẩm này được ghi trong Chứng nhận bảo hiểm.

**Ngày hiệu lực của quyền lợi bảo hiểm thuộc 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 quyền lợi bảo hiểm thuộc 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 quyền lợi bảo hiểm thuộc Quyền lợi tùy chọn cùng thời điểm với các Quyền lợi mặc định thì Ngày hiệu lực của quyền lợi bảo hiểm thuộc Quyền lợi tùy chọn sẽ trùng với Ngày hiệu lực của Sản phẩm này.

**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 Sản phẩm này.

Thời gian chờ được tính kể từ 1 trong 3 ngày được liệt kê dưới đây, tùy ngày nào đến sau:

- Ngày hiệu lực của Sản phẩm này; hoặc
- Ngày kế hoạch bảo hiểm mới có hiệu lực (chỉ áp dụng cho phân tăng thêm trong trường hợp tăng kế hoạch bảo hiểm); hoặc
- Ngày quyền lợi bảo hiểm thuộc Quyền lợi tùy chọn được Bên mua bảo hiểm tham gia thêm có hiệu lực (áp dụng cho quyền lợi tùy chọn được 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 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 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 100
Phạm vi địa lý được bảo hiểm		Việt Nam
Tỷ lệ Đồng chi trả		Không áp dụng
Số tiền bảo hiểm tối đa mỗi Năm hợp đồng		100 triệu
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	20 triệu
	Hạn mức tối đa mỗi Đợt điều trị trường hợp có Phẫu thuật	40 triệu
a. Chi phí Phòng và giường	Hạn mức tối đa mỗi Ngày nằm viện	700 nghìn
	Số ngày tối đa mỗi Năm hợp đồng	60 ngày
b. Điều trị tại Phòng chăm sóc đặc biệt (ICU)	Hạn mức tối đa mỗi Ngày nằm viện	1,4 triệu
	Số ngày tối đa mỗi Năm hợp đồng	30 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)	Quyền lợi này không áp dụng đối với kế hoạch bảo hiểm Care 100	
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	250 nghìn
	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	5 triệu



Kế hoạch bảo hiểm		Care 100
<b>2. Phẫu thuật trong ngày</b>		Theo Chi phí y tế thực tế
<b>3. Điều trị bệnh hiểm nghèo</b>		
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	10 triệu
<b>4. Điều trị nội trú cho Sức khỏe tinh thần</b>	Hạn mức tối đa mỗi Đợt điều trị	5 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	1,4 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 100
Phạm vi địa lý được bảo hiểm	Việt Nam
Tỷ lệ Đồng chi trả	Không áp dụng
Số tiền bảo hiểm tối đa mỗi Năm hợp đồng	40 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 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 quyền lợi Điều trị ngoại trú thuộc Quyền lợi tùy chọn để gia tăng bảo vệ.

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 sẽ không được chi trả theo bất kỳ quyền lợi nào của Sản phẩm này, ngoại trừ trường hợp Điều trị nha khoa cần thiết do Tai nạn.

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.

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 quyền lợi bảo hiểm thuộc 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 (nếu được áp dụng), 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 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 Dị 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 (nếu FWD có cung cấp quyền lợi này);
- (v). Các chi phí khám và điều trị Bệnh liên quan đến sức khỏe sinh sản như hiếm muộn, vô sinh, ngừng 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);
- 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);
- 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.

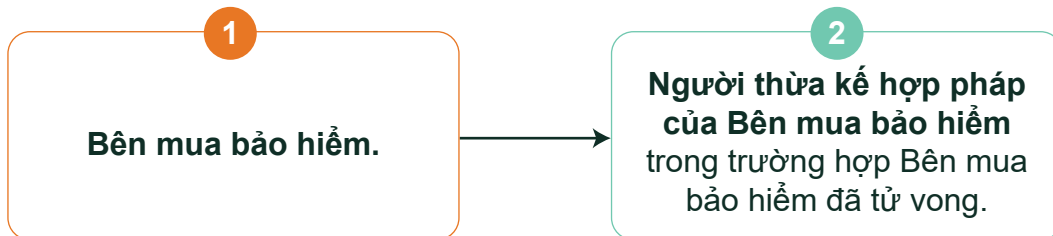
- (iv). Bằng chứng hợp pháp xác nhận người nhận quyền lợi bảo hiểm được phép nhận quyền lợi bảo hiểm: chứng minh nhân dân/thẻ căn cước/căn cước công dân/giấy khai sinh/giấy chứng nhận đăng ký kết hôn và giấy ủy quyền, di chúc hoặc văn bản khai nhận và phân chia di sản thừa kế hoặc các bằng chứng hợp 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.

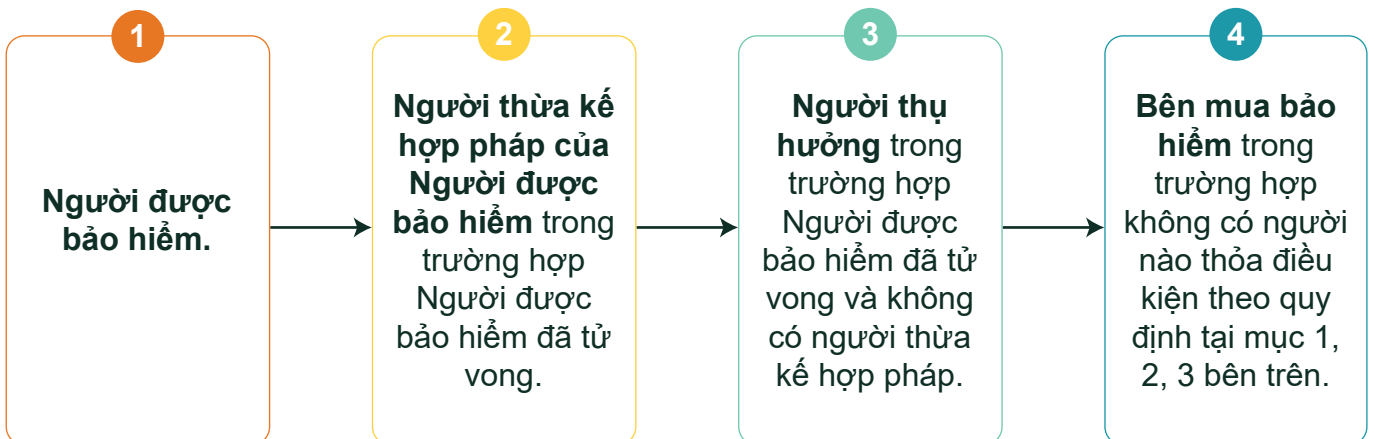
### 3.2 Thứ tự ưu tiên nhận quyền lợi bảo hiểm

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 cho đến hết Năm hợp đồng khi Người được bảo hiểm đạt 75 tuổi.

Sản phẩm này và/hoặc quyền lợi bảo hiểm thuộc Quyền lợi tùy chọn 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 Quyền lợi tùy chọn; và
- (iii). FWD còn cung cấp Sản phẩm này; và
- (iv). FWD còn triển khai quyền lợi bảo hiểm thuộc Quyền lợi tùy chọn; và
- (v). Phí bảo hiểm tái tục của Sản phẩm này bao gồm phí của Quyền lợi mặc định và Quyền lợi tùy chọn, nếu có, 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 quyền lợi bảo hiểm thuộc 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 quyền lợi bảo hiểm thuộc 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 quyền lợi bảo hiểm thuộc 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 quyền lợi bảo hiểm thuộc 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:

<b>Trong Năm hợp đồng đầu tiên</b>	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.
<b>Kể từ Năm hợp đồng thứ 2 trở đi</b>	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 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.

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.

### 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 chấm dứt hiệu lực.

## 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.

Trường hợp FWD chấp thuận hoặc chấp thuận có điều kiện, 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 Quyền lợi tùy chọn

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

Trong thời gian Sản phẩm này có hiệu lực, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu chấm dứt hiệu lực của quyền lợi Điều trị ngoại trú thuộc Quyền lợi tùy chọn bất cứ lúc nào và khoản phí bảo hiểm đã đóng cho thời gian còn lại của quyền lợi này sẽ không được hoàn trả.

### 6.3 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 ghi nhận được thông tin 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. Trường hợp Bên mua bảo hiểm không đồng ý với quyết định của FWD và/hoặc không phản hồi về quyết định của FWD trong thời gian được thông báo, FWD sẽ chấm dứt hiệu lực Sản phẩm này và hoàn trả lại phần phí bảo hiểm đã đóng tương ứng với thời gian chưa được bảo hiểm; hoặc
- (iii). Từ chối duy trì quyền lợi bảo hiểm thuộc 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 chấm dứt hiệu lực 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.

## 6.4 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 và/hoặc không phản hồi về quyết định của mình trong thời gian được thông báo, 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
  - Quyền lợi bảo hiểm thuộc Quyền lợi tùy chọn.
- và
- (ii). FWD sẽ hoàn lại toàn bộ phí bảo hiểm đã đóng của Sản phẩm này và/hoặc của quyền lợi bảo hiểm thuộc 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

---

Sản phẩm này sẽ chấm dứt hiệu lực ngay khi có bất kỳ sự kiện nào dưới đây xảy ra:

- (i). Bên mua bảo hiểm yêu cầu hủy bỏ Sản phẩm này; hoặc
- (ii). FWD hoặc Bên mua bảo hiểm từ chối tái tục Sản phẩm này theo quy định tại mục 4 trong Quy tắc, điều khoản của Sản phẩm này; hoặc
- (iii). Phí bảo hiểm tái tục của Sản phẩm này chưa được đóng đủ sau thời gian gia hạn đóng phí; hoặc
- (iv). FWD chấm dứt Sản phẩm này trong trường hợp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm vi phạm nghĩa vụ kê khai trung thực theo quy định tại mục 2.2 trong Phần 1 – Những điều khoản chung của Hợp đồng bảo hiểm; hoặc
- (v). FWD chấm dứt Sản phẩm này trong trường hợp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm cập nhật thông tin cá nhân theo quy định tại mục 6.3 trong Quy tắc, điều khoản của Sản phẩm này; hoặc
- (vi). Người được bảo hiểm của Sản phẩm này tử vong; hoặc
- (vii). Vào Ngày kỷ niệm năm của Sản phẩm này ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt 75 tuổi; hoặc
- (viii). Trong trường hợp quốc gia, vùng lãnh thổ mà Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm đang có quốc tịch hoặc đang cư trú 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 chấm dứt Sản phẩm này và hoàn trả phần phí bảo hiểm đã đóng tương ứng với thời gian chưa được bảo hiểm.



## 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 100
Phạm vi địa lý được bảo hiểm		Việt Nam
Tỷ lệ Đồng chi trả		20%
Số tiền bảo hiểm tối đa mỗi Năm hợp đồng		6 triệu
Chi tiết quyền lợi bảo hiểm		
Hạn mức tối đa mỗi Lần khám		600 nghìn
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	200 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.

**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 100**. Khách hàng A Điều trị ngoại trú bao gồm khám và Thuốc kê toa với tổng Chi phí y tế thực tế là **1.000.000 đồng**.

### Bước 1: Áp dụng Đồng chi trả

FWD
Chi trả <b>800.000 đồng</b> (80% Chi phí Điều trị ngoại trú thực tế)

Khách hàng A
Chi trả <b>200.000 đồng</b> (20% Chi phí Điều trị ngoại trú thực tế)

### Bước 2: Áp dụng Hạn mức tối đa mỗi Lần khám

FWD
Chi trả <b>600.000 đồng</b> (Hạn mức tối đa mỗi Lần khám)

Khách hàng A
Chi trả <b>200.000 đồng</b> (Chi phí còn lại vượt quá Hạn mức tối đa mỗi Lần khám)

→ Cuối cùng, FWD chi trả **600.000 đồng**, Khách hàng A chi trả **400.000 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>