

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN BẢO HIỂM BỔ SUNG BẢO HIỂM HỖ TRỢ VIỆN PHÍ

(Được phê chuẩn theo công văn số 8096/BTC-QLBH ngày 03/07/2020 của Bộ Tài chính)

MỤC LỤC

Điều 1: CÁC ĐỊNH NGHĨA.....	2
Điều 2: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM.....	6
Điều 3: CÁC QUY ĐỊNH LOẠI TRỪ TRÁCH NHIỆM BẢO HIỂM.....	7
Điều 4: PHÍ BẢO HIỂM VÀ CÁC KHOẢN PHÍ CÓ THỂ KHẤU TRỪ.....	9
Điều 5: CHẤM DỨT HIỆU LỰC SẢN PHẨM.....	9
Điều 6: THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM.....	10

Gắn bó dài lâu.

Quy tắc và Điều khoản này là một phần không thể tách rời của Hợp đồng bảo hiểm nếu Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc (các) thỏa thuận sửa đổi, bổ sung bằng văn bản của Hợp đồng bảo hiểm giữa Dai-ichi Life Việt Nam và Bên mua bảo hiểm có kèm theo Quyền lợi bảo hiểm bổ sung “Bảo hiểm Hỗ trợ viện phí”.

Quy tắc và Điều khoản này bao gồm những thỏa thuận bổ sung giữa Dai-ichi Life Việt Nam và Bên mua bảo hiểm khi Bên mua bảo hiểm yêu cầu được bảo hiểm bổ sung các quyền lợi bảo hiểm cụ thể vào Hợp đồng bảo hiểm.

Sản phẩm bảo hiểm bổ sung này sẽ được áp dụng theo Quy tắc và Điều khoản này. Nếu có những khác biệt giữa Quy tắc và Điều khoản sản phẩm bảo hiểm bổ sung này với Quy tắc và Điều khoản sản phẩm bảo hiểm chính thì quy định tại Quy tắc và Điều khoản sản phẩm bảo hiểm bổ sung này sẽ được ưu tiên áp dụng. Bất kỳ nội dung nào không được đề cập, quy định trong Quy tắc và Điều khoản này sẽ được áp dụng theo Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm bảo hiểm chính.

Điều 1: CÁC ĐỊNH NGHĨA

Trong Quy tắc và Điều khoản này, các thuật ngữ dưới đây sẽ có nghĩa như sau:

- 1.1 Người được bảo hiểm:** là người được bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này, được ghi tên trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các thỏa thuận sửa đổi bổ sung khác (nếu có). Người được bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này là Người được bảo hiểm của sản phẩm chính hoặc có thể là người khác nếu có quyền lợi có thể được bảo hiểm với Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm và theo quy định của Dai-ichi Life Việt Nam tại từng thời điểm.
- 1.2 Độ tuổi tham gia bảo hiểm:** độ tuổi có thể tham gia bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này là từ 0 (không) đến 65 (sáu mươi lăm) tuổi tính theo sinh nhật vừa qua của Người được bảo hiểm xét vào ngày bắt đầu hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này. Tuổi tối đa khi kết thúc sản phẩm bảo hiểm bổ sung này là 75 (bảy mươi lăm) tuổi.
- 1.3 Thời hạn bảo hiểm:** là 1 (một) năm kể từ ngày sản phẩm bảo hiểm bổ sung bắt đầu hiệu lực và được gia hạn hàng năm nếu không có bên nào thông báo về việc chấm dứt hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này trước thời điểm gia hạn; với điều kiện Bên mua bảo hiểm nộp đủ và đúng hạn các khoản phí bảo hiểm đến hạn và chấp nhận các điều khoản và điều kiện của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này.
- 1.4 Ngày gia hạn năm hợp đồng:** là ngày lặp lại hàng năm của ngày sản phẩm bảo hiểm bổ sung bắt đầu hiệu lực nếu sản phẩm bảo hiểm bổ sung này được gia hạn. Nếu năm không có ngày này, ngày cuối tháng tương ứng sẽ là Ngày gia hạn năm hợp đồng.
- 1.5 Số tiền bảo hiểm:** là số tiền mà Dai-ichi Life Việt Nam chấp thuận bảo hiểm cho sản phẩm bảo hiểm bổ sung này và được quy định trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc (các) thỏa thuận sửa đổi, bổ sung có liên quan khác (nếu có).
- 1.6 Phí bảo hiểm:** là số tiền Bên mua bảo hiểm thanh toán cho Dai-ichi Life Việt Nam vào ngày đến hạn nộp phí. Phí bảo hiểm được tính toán dựa trên Số tiền bảo hiểm, tuổi đạt được của Người được bảo hiểm và quyết định thẩm định của Dai-ichi Life Việt Nam tại thời điểm tham gia sản phẩm bảo hiểm bổ sung này hoặc vào (các) Ngày gia hạn năm hợp đồng.
- 1.7 Mức phí bảo hiểm:** là biểu phí của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này theo tuổi đạt được đã được Bộ Tài chính phê duyệt.

1.8 Thời hạn loại trừ: là thời gian mà các sự kiện bảo hiểm do Bệnh tật xảy ra nhưng không được chi trả. Thời gian loại trừ này được áp dụng như sau:

- a. 30 (ba mươi) ngày tính từ ngày Dai-ichi Life Việt Nam chấp thuận bảo hiểm của Năm hợp đồng đầu tiên và 10 (mười) ngày tính từ ngày Dai-ichi Life Việt Nam chấp thuận khôi phục hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này;

và:

- b. 90 (chín mươi) ngày tính từ ngày Dai-ichi Life Việt Nam chấp thuận bảo hiểm của Năm hợp đồng đầu tiên của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này cho những Bệnh tật sau:
- Nang, polyp, u lành tính hay ác tính, ung thư, tăng trưởng bất thường của tế bào;
 - Trĩ;
 - Tất cả các chứng thoát vị;
 - Viêm khớp, thoái hóa khớp, loãng xương, vẹo cột sống và tất cả các hình thức của bệnh thoái hóa xương;
 - Mộng, hạt kết mạc góc mắt, đục thủy tinh thể;
 - Cắt amidan hoặc nạo VA;
 - Các loại sỏi;
 - Suy giãn tĩnh mạch;
 - Lạc nội mạc tử cung;
 - Các tình trạng của tuyến tiền liệt;
 - Loét dạ dày, loét tá tràng;
 - Viêm gan các loại, xơ gan;
 - Viêm xoang;
 - Các bệnh tim, bệnh mạch vành, huyết áp cao hoặc thấp;
 - Đái tháo đường/ tăng đường huyết;
 - Tất cả các hình thức tổn thương (có yêu cầu phẫu thuật) của dây chằng hoặc sụn chêm;
 - Parkinson;
 - Lupus ban đỏ;
 - Suy thận (ngoại trừ suy thận cấp);
 - Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD);
 - Các bệnh liên quan đến hệ thống tái tạo máu (bao gồm thay máu, lọc máu, chạy thận nhân tạo, bệnh suy tủy, bạch cầu cấp, bạch cầu mãn tính);
 - Bệnh tự miễn và rối loạn chuyển hóa.

1.9 Tai nạn: là một sự kiện hoặc một chuỗi sự kiện liên tục, khách quan, xảy ra do tác động của một lực, một vật bất ngờ từ bên ngoài, không chủ động và ngoài ý muốn lên cơ thể của Người được bảo hiểm. Sự kiện hoặc chuỗi sự kiện nêu trên phải gây ra Thương tật hoặc tử vong cho Người được bảo hiểm trong vòng 180 (một trăm tám mươi) ngày tính từ ngày xảy ra sự kiện hoặc chuỗi sự kiện đó; và là nguyên nhân trực tiếp, duy nhất và không liên quan đến bất kỳ

Gắn bó dài lâu.

nguyên nhân nào khác bao gồm: Bệnh tật, đau ốm, nhiễm các loại vi rút/ vi khuẩn/ nấm/ ký sinh trùng, nhiễm trùng, biến chứng.

1.10 Thương tật: là thương tích trên thân thể của Người được bảo hiểm do Tai nạn gây ra.

1.11 Bệnh tật: là tình trạng sức khỏe kém hoặc tình trạng thể chất kém của Người được bảo hiểm so với tình trạng sức khỏe bình thường, do bệnh hoặc đau ốm gây ra được chẩn đoán bởi Bác sĩ.

1.12 Bệnh viện: là cơ sở khám chữa bệnh được thành lập và hoạt động theo luật pháp của nước sở tại; và đáp ứng được tất cả yêu cầu sau:

- Được thành lập nhằm tiếp nhận, chăm sóc, khám và điều trị y tế cho người bị ốm đau, Bệnh tật, Thương tật;
- Có đầy đủ năng lực và phương tiện để thực hiện các ca chẩn đoán, phẫu thuật y khoa;
- Có đầy đủ điều kiện cho hoạt động điều trị nội trú và theo dõi bệnh nhân bao gồm cả cơ sở phẫu thuật chuyên ngành;
- Có lưu giữ đầy đủ bệnh án và hồ sơ của bệnh nhân theo tiêu chuẩn quy định của cơ quan có thẩm quyền;
- Không phải là nhà bảo sanh, nhà điều dưỡng, dưỡng bệnh, nơi cho người già an dưỡng hay các cơ sở khác chủ yếu dành cho việc điều trị người mắc bệnh tâm thần, người mắc bệnh phong, người nghiện rượu, người nghiện chất ma túy hoặc người nghiện chất kích thích.

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

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

1.14 Điều trị tại khoa/ phòng cấp cứu: là việc điều trị khẩn cấp tại khoa/ phòng cấp cứu nhằm mục đích giúp Người được bảo hiểm không chết, hoặc không bị tổn hại trầm trọng đến sức khỏe hoặc thể chất, hoặc để duy trì dấu hiệu sinh tồn về tuần hoàn và hô hấp.

Việc Điều trị tại khoa/ phòng cấp cứu này phải có phát sinh chi phí giường bệnh và có hồ sơ, có dấu xác nhận cấp cứu của Bệnh viện.

Trường hợp điều trị tại khoa/ phòng cấp cứu chỉ vì lý do ngoài giờ phục vụ của Bệnh viện thì không được coi là Điều trị tại khoa/ phòng cấp cứu theo Quy tắc và Điều khoản này.

1.15 Cần thiết và hợp lý về mặt y tế: điều trị được xem là Cần thiết và hợp lý về mặt y tế khi đáp ứng tất cả điều kiện sau:

- Theo đúng chẩn đoán của Bác sĩ để điều trị cho Bệnh tật/ Thương tật của Người được bảo hiểm;
- Theo đúng chỉ dẫn y khoa của y học hiện đại hoặc y học thay thế;
- Không phải chủ yếu vì sự tiện lợi của bệnh nhân hoặc gia đình của bệnh nhân hoặc Bác sĩ điều trị;
- Không nhằm mục đích thử nghiệm, điều tra, nghiên cứu, thẩm mỹ, phòng ngừa hoặc sàng lọc;
- Theo đúng tiêu chuẩn được chấp nhận chung để chăm sóc cho các bệnh nhân, và được xem là thích hợp cho việc điều trị Bệnh tật/ Thương tật của bệnh nhân.

- 1.16 Bác sĩ:** là người có bằng cấp chuyên môn Bác sĩ y khoa được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc thừa nhận được thực hành nghề y hợp pháp trong phạm vi giấy phép theo quy định của pháp luật tại nước mà Bác sĩ đó hành nghề. Bác sĩ không được là vợ, chồng, cha, mẹ, con, anh ruột, chị ruột, em ruột của Người được bảo hiểm và/ hoặc của Bên mua bảo hiểm.
- 1.17 Bệnh nhân nội trú:** là người được nhập viện theo yêu cầu của Bác sĩ của Bệnh viện và Cần thiết và hợp lý về mặt y tế phải lưu trú trong Bệnh viện ít nhất 12 (mười hai) giờ để điều trị Bệnh tật/ Thương tật, có làm thủ tục nhập viện và xuất viện, có thanh toán chi phí giường bệnh, có tên trong sổ bệnh nhân nội trú của Bệnh viện; bao gồm cả trường hợp Bệnh nhân nội trú tử vong dưới 12 (mười hai) giờ sau khi nhập viện.
- 1.18 Bệnh nhân ngoại trú:** là người được điều trị Bệnh tật/ Thương tật ở khoa điều trị ngoại trú của Bệnh viện, hoặc Điều trị tại khoa/ phòng cấp cứu, hoặc trải qua một phương thức điều trị mà không Cần thiết và hợp lý về mặt y tế phải lưu trú trong Bệnh viện như Bệnh nhân nội trú.
- 1.19 Tình trạng tồn tại trước:** là
- Tình trạng Bệnh tật/ Thương tật của Người được bảo hiểm đã được Bác sĩ tư vấn, khám, chẩn đoán hoặc điều trị trước ngày có hiệu lực và/ hoặc ngày khôi phục hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này; hoặc
 - Tình trạng bệnh hoặc tiền sử bệnh được ghi nhận trong bệnh án hoặc hồ sơ y tế tại Bệnh viện hoặc phòng khám được thành lập hợp pháp hoặc các thông tin do Người được bảo hiểm tự kê khai; hoặc
 - Các dấu hiệu hoặc triệu chứng có liên quan đến Bệnh tật/Thương tật khiến cho Người được bảo hiểm phải điều trị, chẩn đoán hoặc chữa bệnh có trước ngày hiệu lực và/ hoặc ngày khôi phục hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này được ghi nhận trong bệnh án/ sổ khám bệnh/ phiếu khám bệnh/ phiếu chỉ định/ đơn thuốc hoặc bất kỳ tài liệu nào theo ghi nhận của nhân viên y tế.
- 1.20 Tình trạng bẩm sinh, khuyết tật khi sinh:** là một sự bất thường về mặt thể chất hoặc tinh thần được hình thành trên thai nhi trong quá trình mang thai hoặc do di truyền hoặc do gen (bao gồm cả chứng thoát vị cho tới 10 tuổi) cũng như những bất thường về mặt thể chất hoặc tinh thần phát triển sau đó do những nhân tố hoặc những tình trạng xuất hiện hoặc không xuất hiện vào lúc sinh ra, cho dù Người được bảo hiểm có nhận biết được tình trạng đó hay không.
- 1.21 Thể thao hoặc các hoạt động nguy hiểm:** là các môn thể thao hoặc các hoạt động như: săn bắn động vật, tất cả các hình thức đua (không phải bằng chân), đua xe go-kart, đua xe đường trường và thử nghiệm xe, trượt băng, trượt patin, trượt tuyết, trượt tuyết trên ván trượt, trượt ván, quyền anh, võ thuật và môn đấu vật, nhảy dù (ngoại trừ những tình huống để bảo tồn mạng sống), đi lên xuống hoặc di chuyển trên một khí cầu, bay lượn, nhảy bungee, lặn có bình dưỡng khí và thiết bị thở dưới nước, dù lượn, dù kéo, bóng bầu dục, đua ngựa, đua ngựa vượt rào, polo/ mã cầu, leo đá hoặc leo núi (có hoặc không có sử dụng dây thừng hoặc thiết bị khác).
- 1.22 Phẫu thuật:** là một phương pháp y khoa để điều trị Bệnh tật hoặc Thương tật do những yêu cầu Cần thiết và hợp lý về mặt y tế được chỉ định và thực hiện bởi Bác sĩ có chuyên môn phù hợp nhằm mục đích điều trị Bệnh tật/ Thương tật, tổn thương và được thực hiện trong phòng phẫu thuật của Bệnh viện.
- Việc Phẫu thuật theo định nghĩa tại Quy tắc và Điều khoản này không bao gồm những phẫu thuật được thực hiện ở phòng cấp cứu của Bệnh viện hoặc trong lúc Người được bảo hiểm không phải là Bệnh nhân nội trú.

Gắn bó dài lâu.

- 1.23 Nằm viện:** là việc bệnh nhân được nhập viện theo yêu cầu của Bác sĩ của Bệnh viện để được điều trị do những yêu cầu Cần thiết và hợp lý về mặt y tế, có làm thủ tục nhập viện và xuất viện, có thanh toán chi phí giường bệnh, có tên trong sổ bệnh nhân nội trú của Bệnh viện và được lưu trú trong Bệnh viện với thời gian tối thiểu theo quy định của pháp luật hiện hành.
- 1.24 Ngày nằm viện:** là 1 (một) ngày mà bệnh nhân phải (i) lưu trú trong Bệnh viện ít nhất 12 (mười hai) giờ để điều trị Bệnh tật/ Thương tật, và (ii) thanh toán đầy đủ viện phí, tiền phòng cho 1 (một) ngày theo quy định của Bệnh viện.
- 1.25 Đợt nằm viện:** việc điều trị của Người được bảo hiểm sẽ được tính là 1 (một) Đợt nằm viện nếu Người được bảo hiểm Nằm viện và có chứng từ do Bệnh viện cấp ghi cụ thể ngày nhập viện và ngày xuất viện cho Đợt nằm viện này. Theo đó, những lần Nằm viện cùng một loại bệnh hay tình trạng liên quan (bao gồm biến chứng) trong vòng 30 (ba mươi) ngày tính từ ngày xuất viện liền trước đó sẽ được xem là cùng 1 (một) Đợt nằm viện.
- 1.26 Lần điều trị:** là 1 (một) lần người bệnh được Bác sĩ thăm khám lâm sàng, thực hiện các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh hay các thủ thuật thăm dò khác và/ hoặc sử dụng thuốc điều trị theo chỉ định của Bác sĩ tại cùng một Bệnh viện hợp pháp nhằm mục đích chẩn đoán Bệnh tật/ Thương tật và điều trị.
- 1.27 Lọc máu ngoài thận (Lọc thận):** là quá trình để loại bỏ dịch và các chất thải ra khỏi máu và để điều chỉnh lại việc mất cân bằng điện giải do suy thận và phải được thực hiện bởi máy lọc nhân tạo tại Bệnh viện.
- 1.28 Điều trị ung thư:** là việc điều trị bệnh ung thư bằng các phương pháp xạ trị, hóa trị (bằng cách truyền và tiêm).

Điều 2: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Các quyền lợi bảo hiểm được quy định tại Điều 2.1 và Điều 2.2 chỉ được chi trả nếu:

- Việc điều trị Bệnh tật hoặc Thương tật của Người được bảo hiểm (i) xảy ra trong thời gian sản phẩm bảo hiểm bổ sung này có hiệu lực và bắt đầu sau Thời hạn loại trừ được quy định tại Điều 1.8, và (ii) là việc điều trị Cần thiết và hợp lý về mặt y tế; và
- Trong giới hạn chi trả tối đa theo quy định tại điều 2.3.

2.1 Quyền lợi Hỗ trợ điều trị nội trú

Nếu Người được bảo hiểm Nằm viện như là Bệnh nhân nội trú tại Bệnh viện, để điều trị Bệnh tật hoặc Thương tật, Dai-ichi Life Việt Nam sẽ chi trả các quyền lợi tương ứng sau:

2.1.1 Quyền lợi Hỗ trợ viện phí

Dai-ichi Life Việt Nam sẽ chi trả 100% Số tiền bảo hiểm cho mỗi Ngày nằm viện.

2.1.2 Quyền lợi Hỗ trợ điều trị tại Khoa/ phòng chăm sóc đặc biệt

Dai-ichi Life Việt Nam sẽ chi trả 100% Số tiền bảo hiểm cho mỗi Ngày nằm viện mà người được bảo hiểm được điều trị tại Khoa/ phòng chăm sóc đặc biệt.

2.1.3 Quyền lợi Hỗ trợ chi phí Phẫu thuật

Dai-ichi Life Việt Nam sẽ chi trả 500% Số tiền bảo hiểm cho mỗi Đợt nằm viện nếu Người được bảo hiểm có Phẫu thuật.

2.1.4 Quyền lợi Điều trị tại khoa/ phòng cấp cứu do Tai nạn

Dai-ichi Life Việt Nam sẽ chi trả 100% Số tiền bảo hiểm cho mỗi Đợt nằm viện nếu Người được bảo hiểm có Điều trị tại khoa/ phòng cấp cứu do Tai nạn.

Các quyền lợi tại Điều 2.1.2 hoặc Điều 2.1.3 hoặc Điều 2.1.4 sẽ được chi trả đồng thời cùng quyền lợi tại Điều 2.1.1 nếu có phát sinh sự kiện.

2.2 Quyền lợi Hỗ trợ điều trị ngoại trú

Nếu Người được bảo hiểm trải qua điều trị như một Bệnh nhân ngoại trú để Lọc máu ngoài thận hoặc để Điều trị ung thư, Dai-ichi Life Việt Nam sẽ chi trả 100% Số tiền bảo hiểm cho mỗi Lần điều trị.

Quyền lợi này sẽ không được chi trả nếu việc điều trị xảy ra trong khi Người được bảo hiểm đang là Bệnh nhân nội trú.

2.3 Giới hạn chi trả

Trong mọi trường hợp, tổng các quyền lợi bảo hiểm được quy định tại Điều 2.1 và Điều 2.2 được chi trả không vượt quá 1.000 lần Số tiền bảo hiểm và giới hạn tối đa cho từng quyền lợi dưới đây:

Giới hạn chi trả tối đa	Một Đợt nằm viện	Một Năm hợp đồng	Trong suốt thời gian tham gia sản phẩm bảo hiểm bổ sung này (từ ngày chấp thuận bảo hiểm của năm hợp đồng đầu tiên cho đến ngày chấm dứt hiệu lực)
Quyền lợi Hỗ trợ viện phí (đơn vị: Ngày nằm viện)	20	100	1.000
Quyền lợi Hỗ trợ điều trị tại Khoa/ phòng chăm sóc đặc biệt (đơn vị: Ngày nằm viện)	10	50	500
Quyền lợi Hỗ trợ chi phí Phẫu thuật (đơn vị: Lần Phẫu thuật)	1	5	20
Quyền lợi Điều trị tại khoa/phòng cấp cứu do Tai nạn (đơn vị: Lần điều trị)	1	5	20
Quyền lợi Hỗ trợ điều trị ngoại trú (đơn vị: Lần điều trị)	Không áp dụng	100	1.000

Giới hạn chi trả tối đa, nếu không được sử dụng hết trong một Đợt nằm viện hoặc một Năm hợp đồng, sẽ không được tính cộng dồn cho Đợt nằm viện hoặc Năm hợp đồng tiếp theo.

Điều 3: CÁC QUY ĐỊNH LOẠI TRỪ TRÁCH NHIỆM BẢO HIỂM

Dai-ichi Life Việt Nam sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm theo quy định của Quy tắc và Điều khoản này nếu việc điều trị Bệnh tật/ Thương tật của Người được bảo hiểm phát sinh từ hoặc là hậu quả của bất kỳ trường hợp hoặc sự việc nào sau đây:

Gắn bó dài lâu.

1. Các tình trạng tồn tại trước mà không được khai báo và không được Dai-ichi Life Việt Nam chấp thuận; hoặc các tình trạng tồn tại trước có khai báo và không được Dai-ichi Life Việt Nam chấp thuận vào thời điểm thẩm định sản phẩm bảo hiểm bổ sung này.
2. Tình trạng bẩm sinh, khuyết tật khi sinh.
3. Bệnh động kinh, tất cả các hình thức của tràn dịch não, cắt bao quy đầu, tất cả các hình thức của hẹp, dài bao quy đầu và các biến chứng của chúng, tất cả các trường hợp vẹo vách ngăn mũi.
4. Các bệnh lây truyền qua đường tình dục (STD) hoặc các tình trạng có liên quan đến HIV, hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS), ngoại trừ trường hợp nhiễm HIV trong khi đang thực hiện nhiệm vụ của mình tại nơi làm việc như là một nhân viên y tế hoặc công an, cảnh sát.
5. Điều trị hoặc phòng ngừa để giảm nhẹ các triệu chứng thông thường liên quan đến tuổi già, sự mãn kinh, hoặc dậy thì sớm, rối loạn chức năng tình dục hoặc điều trị rối loạn sinh lý hoặc thay đổi giới tính.
6. Tất cả các chi phí, dịch vụ hoặc điều trị y tế liên quan đến:
 - a. Sự bất thường của thị lực bao gồm nhưng không chỉ giới hạn ở tất cả các hình thức lác mắt (lệ), kính đeo mắt, kính sát tròng, phẫu thuật điều trị tật khúc xạ hoặc lão thị và bất kỳ chi phí nào có liên quan đến việc điều trị trợ giúp thị giác; kiểm tra thính lực;
 - b. Mua hoặc sử dụng các thiết bị chỉnh hình, hỗ trợ chức năng, lắp ghép nhân tạo như chân, tay giả, máy trợ thính hoặc các thiết bị có tính chất tương tự;
 - c. Chẩn đoán, chăm sóc hoặc điều trị nha khoa;
 - d. Vô sinh, mang thai, sinh đẻ, sảy thai, phá thai, kế hoạch hóa gia đình hoặc bất kỳ nguyên nhân nào có liên quan đến thai sản, việc triệt sản hoặc kiểm tra việc triệt sản, bao gồm tất cả các trường hợp điều trị biến chứng thai sản;
 - e. Chứng nghiện rượu và chất có cồn, nghiện thuốc lá, ma túy, dược chất gây nghiện hoặc các chất gây nghiện khác được quy định bởi pháp luật Việt Nam;
 - f. Các rối loạn thần kinh, suy nhược thần kinh, rối loạn giấc ngủ, mất ngủ, các rối loạn tâm thần, rối loạn lo âu, các vấn đề về tâm thần, các rối loạn nhân cách, các rối loạn về nói, tự kỷ, stress (căng thẳng), các rối loạn về ăn, biếng ăn và các tình trạng rối loạn tăng động giảm chú ý (ADHD);
 - g. Phẫu thuật thẩm mỹ, điều trị liên quan đến việc làm đẹp hoặc các biến chứng của điều trị này bao gồm các vấn đề về da, viêm nang lông (trùng cá), râm da (hay nám da, sạm da), tàn nhang, mụn thịt, tăng/ giảm hoặc rối loạn sắc tố da, gàu;
 - h. Giảm cân và tăng cân, thừa cân, béo phì, suy nhược cơ thể, suy dinh dưỡng, các biến chứng về rụng tóc, sẹo, tiếp nhận hoặc sử dụng chất/ thuốc có số đăng ký là mỹ phẩm hoặc thực phẩm chức năng, vitamin, khoáng chất, nước mắt nhân tạo, sữa, chất dinh dưỡng bổ sung, các chương trình kiểm soát cân nặng;
 - i. Phẫu thuật chỉnh hình, trừ khi bị thương tích do Tai nạn và phẫu thuật chỉnh hình là cần thiết để khôi phục lại chức năng của Người được bảo hiểm;
 - j. Điều trị phòng ngừa, tiêm chủng hoặc chủng ngừa nào, ngoại trừ vắc xin bệnh dại cần thiết sau khi bị động vật tấn công hoặc chích ngừa uốn ván cần thiết sau khi bị Tai nạn hoặc bị Thương tật;

- k. Kiểm tra, tầm soát, khám sức khỏe tổng quát, chăm sóc dưỡng bệnh bao gồm cả chữa bệnh bằng cách nghỉ ngơi và việc phục hồi;
 - l. Hành động tự tử hoặc tự gây thương tích của Người được bảo hiểm dù trong trạng thái tinh thần bình thường hay mất trí.
7. Điều trị y tế đang trong giai đoạn thử nghiệm chưa được công nhận ở cả trong nước và quốc tế.
 8. Tất cả tổn thất hoặc thương tích phát sinh từ hành động của Người được bảo hiểm dưới ảnh hưởng của chất có cồn, thuốc gây mê, dược chất gây nghiện hoặc các chất gây nghiện khác được quy định bởi pháp luật Việt Nam; trừ trường hợp việc sử dụng thuốc theo chỉ định của Bác sĩ.
 9. Thương tật do hành vi phạm tội hoặc cố tình tham gia vào các hành vi phạm tội, hành vi vi phạm pháp luật theo quy định tại Bộ luật hình sự hoặc chống lại việc bắt giữ của cơ quan có thẩm quyền của Người được bảo hiểm; hoặc Thương tật do các hành vi tham gia ẩu đả của Người được bảo hiểm, trừ khi chứng minh được đó là hành động cứu người hoặc phòng vệ chính đáng.
 10. Thương tật trong khi Người được bảo hiểm tham gia các môn thể thao với tư cách là vận động viên chuyên nghiệp (bao gồm cả việc luyện tập cho môn thể thao đó) và tham gia các môn Thể thao hoặc các hoạt động nguy hiểm.
 11. Bất kỳ sự điều trị, thuốc hoặc các đồ dùng y tế nào không liên quan đến chẩn đoán và chẩn đoán không liên quan đến Bệnh tật/ Thương tật của Người được bảo hiểm hoặc không theo sự Cần thiết và hợp lý về mặt y tế.

Điều 4: PHÍ BẢO HIỂM VÀ CÁC KHOẢN PHÍ CÓ THỂ KHẤU TRỪ

- 4.1** Phí bảo hiểm phải được nộp khi đến hạn ngay cả trong trường hợp Người được bảo hiểm đang bị Bệnh tật hoặc Thương tật.
- 4.2** Dai-ichi Life Việt Nam có thể thay đổi Mức phí bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này vào bất kỳ Ngày gia hạn năm hợp đồng nào trong tương lai với sự chấp thuận của Bộ Tài chính về Mức phí bảo hiểm mới. Dai-ichi Life Việt Nam sẽ thông báo trước 60 (sáu mươi) ngày cho Bên mua bảo hiểm bằng văn bản trước khi việc thay đổi này bắt đầu có hiệu lực. Mức phí bảo hiểm mới cũng sẽ được áp dụng đối với các Hợp đồng bảo hiểm có yêu cầu khôi phục hiệu lực.

Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm không chấp nhận việc thay đổi này, Bên mua bảo hiểm có thể thông báo bằng văn bản cho Dai-ichi Life Việt Nam yêu cầu chấm dứt sản phẩm bảo hiểm bổ sung này. Sau thời hạn 30 (ba mươi) ngày tính từ ngày Dai-ichi Life Việt Nam gửi văn bản thông báo về việc thay đổi Mức phí bảo hiểm, nếu Dai-ichi Life Việt Nam không nhận được yêu cầu nêu trên thì được xem là Bên mua bảo hiểm đã chấp nhận việc thay đổi này.

Điều 5: CHẤM DỨT HIỆU LỰC SẢN PHẨM

- 5.1** Dai-ichi Life Việt Nam sẽ từ chối chi trả quyền lợi bảo hiểm, đồng thời có quyền chấm dứt hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này hoặc có quyền từ chối gia hạn hiệu lực của sản phẩm bổ sung này tại Ngày gia hạn năm hợp đồng tiếp theo, trong trường hợp có bằng chứng rõ ràng rằng Người được bảo hiểm và/ hoặc Bên mua bảo hiểm cố ý:
 - Yêu cầu bồi thường không trung thực; hoặc
 - kê khai không trung thực về Tình trạng tồn tại trước của Người được bảo hiểm, mà theo đó, nếu với thông tin chính xác, Dai-ichi Life Việt Nam sẽ không chấp thuận bảo hiểm hoặc không chấp thuận khôi phục hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này.

Gắn bó dài lâu.

Trong trường hợp chấm dứt hiệu lực, Dai-ichi Life Việt Nam sẽ thu Phí bảo hiểm đến thời điểm chấm dứt hiệu lực, đồng thời không thu hồi các quyền lợi bảo hiểm đã chấp thuận chi trả trước đó.

5.2 Dai-ichi Life Việt Nam có quyền từ chối gia hạn sản phẩm bảo hiểm bổ sung này vì bất kỳ lý do nào và sẽ thông báo trước Ngày gia hạn năm hợp đồng 30 (ba mươi) ngày cho Bên mua bảo hiểm bằng văn bản.

5.3 Sản phẩm bảo hiểm bổ sung này sẽ chấm dứt hiệu lực khi một trong các sự kiện sau xảy ra:

- Người được bảo hiểm tử vong; hoặc
- Hợp đồng sản phẩm bảo hiểm chính chấm dứt hiệu lực; hoặc
- Bên mua bảo hiểm yêu cầu hủy bỏ sản phẩm bảo hiểm bổ sung này; hoặc
- Dai-ichi Life Việt Nam từ chối việc gia hạn sản phẩm bảo hiểm bổ sung này theo quy định tại Điều 5.1 hoặc Bên mua bảo hiểm từ chối gia hạn sản phẩm bảo hiểm bổ sung này; hoặc
- Dai-ichi Life Việt Nam đã chi trả cho bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào (được quy định tại Điều 2.1 hoặc Điều 2.2) bằng mức Giới hạn chi trả tối đa trong suốt thời gian tham gia bảo hiểm của quyền lợi đó (được quy định tại Điều 2.3) hoặc đã chi trả tổng quyền lợi bảo hiểm bằng 1.000 lần Số tiền bảo hiểm; hoặc
- Vào Ngày gia hạn năm hợp đồng ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt tuổi 75 (bảy mươi lăm).

Sản phẩm bảo hiểm bổ sung này cũng có thể chấm dứt do những nguyên nhân khác được quy định cụ thể tại Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm bảo hiểm chính.

Điều 6: THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

6.1 Người nhận quyền lợi bảo hiểm

Dai-ichi Life Việt Nam sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm sản phẩm bảo hiểm bổ sung này cho Người được bảo hiểm.

Trường hợp Người được bảo hiểm dưới 18 (mười tám) tuổi, cha, mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của Người được bảo hiểm sẽ nhận thay quyền lợi bảo hiểm.

6.2 Để yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm, bằng chi phí của mình, người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải:

- Cung cấp các thông tin và giấy tờ hồ sơ cần thiết theo yêu cầu của Dai-ichi Life Việt Nam gồm:
 - Giấy yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm đã điền thông tin đầy đủ và chính xác.
 - Các chứng từ liên quan đến việc điều trị: đơn thuốc, kết quả xét nghiệm, phiếu phẫu thuật (trong trường hợp phẫu thuật), giấy xuất viện, sổ khám bệnh hoặc giấy chứng nhận y khoa do Bác sĩ điều trị hoặc Bác sĩ ký tên có ghi rõ chẩn đoán và việc điều trị được áp dụng.
 - Bản tường trình tai nạn của Người được bảo hiểm trong trường hợp Tai nạn.
 - Các chứng từ liên quan đến việc thanh toán chi phí y tế hợp lệ và hợp pháp theo quy định của Bộ Tài chính, Cục Thuế như hóa đơn tài chính,... Tùy từng trường hợp, Dai-ichi Life Việt Nam có quyền yêu cầu người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm cung cấp bản chính các chứng từ này để đối chiếu. Việc cung cấp bản chính các chứng từ này để đối chiếu là điều kiện tiên quyết để được giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

- Nộp yêu cầu bồi thường trong vòng 12 (mười hai) tháng tính từ ngày xuất viện hoặc ngày điều trị. Các yêu cầu bồi thường nộp muộn quá 12 (mười hai) tháng tính từ ngày xuất viện hoặc ngày điều trị sẽ không được Dai-ichi Life Việt Nam chấp thuận.
 - Thực hiện hợp pháp hóa lãnh sự các giấy tờ, chứng từ của nước ngoài để được công nhận và sử dụng tại Việt Nam trong trường hợp Dai-ichi Life Việt Nam yêu cầu. Nếu giấy tờ, chứng từ cần phải nộp có ngôn ngữ khác với tiếng Việt thì người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải dịch thuật và chứng thực các chứng từ yêu cầu bồi thường và gửi về cho Dai-ichi Life Việt Nam. Chi phí cho việc hợp pháp hóa lãnh sự, chứng thực, dịch thuật các giấy tờ, chứng từ này sẽ do người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm chịu trách nhiệm thanh toán.
 - Dai-ichi Life Việt Nam có quyền yêu cầu Người được bảo hiểm thực hiện kiểm tra y tế.
- 6.3** Dai-ichi Life Việt Nam sẽ chi trả các yêu cầu hợp lệ cho Người được bảo hiểm trong vòng 15 (mười lăm) ngày làm việc tính từ ngày nhận được đầy đủ các chứng từ hợp lệ theo yêu cầu. Trong trường hợp cần điều tra thêm, Dai-ichi Life Việt Nam có quyền kéo dài ngày chi trả nhưng không trễ hơn 45 (bốn mươi lăm) ngày tính từ ngày Dai-ichi Life Việt Nam nhận được đầy đủ chứng từ hợp lệ theo yêu cầu.

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN BẢO HIỂM BỔ SUNG BẢO HIỂM HỖ TRỢ VIỆN PHÍ VỚI PHÍ BẢO HIỂM ĐƯỢC PHÂN BỐ

(Được phê chuẩn theo công văn số 8096/BTC-QLBH ngày 03/07/2020 của Bộ Tài chính)

MỤC LỤC

Điều 1: CÁC ĐỊNH NGHĨA.....	2
Điều 2: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM.....	6
Điều 3: CÁC QUY ĐỊNH LOẠI TRỪ TRÁCH NHIỆM BẢO HIỂM.....	7
Điều 4: PHÍ BẢO HIỂM VÀ CÁC KHOẢN PHÍ CÓ THỂ KHẤU TRỪ.....	9
Điều 5: CHẤM DỨT HIỆU LỰC SẢN PHẨM.....	10
Điều 6: THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM.....	10

Gắn bó dài lâu.

Quy tắc và Điều khoản này là một phần không thể tách rời của Hợp đồng bảo hiểm nếu Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc (các) thỏa thuận sửa đổi, bổ sung bằng văn bản của Hợp đồng bảo hiểm giữa Dai-ichi Life Việt Nam và Bên mua bảo hiểm có kèm theo Quyền lợi bảo hiểm bổ sung “Bảo hiểm Hỗ trợ viện phí với phí bảo hiểm được phân bổ”.

Quy tắc và Điều khoản này bao gồm những thỏa thuận bổ sung giữa Dai-ichi Life Việt Nam và Bên mua bảo hiểm khi Bên mua bảo hiểm yêu cầu được bảo hiểm bổ sung các quyền lợi bảo hiểm cụ thể vào Hợp đồng bảo hiểm.

Sản phẩm bảo hiểm bổ sung này sẽ được áp dụng theo Quy tắc và Điều khoản này. Nếu có những khác biệt giữa Quy tắc và Điều khoản sản phẩm bảo hiểm bổ sung này với Quy tắc và Điều khoản sản phẩm bảo hiểm chính thì quy định tại Quy tắc và Điều khoản sản phẩm bảo hiểm bổ sung này sẽ được ưu tiên áp dụng. Bất kỳ nội dung nào không được đề cập, quy định trong Quy tắc và Điều khoản này sẽ được áp dụng theo Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm bảo hiểm chính.

Điều 1: CÁC ĐỊNH NGHĨA

Trong Quy tắc và Điều khoản này, các thuật ngữ dưới đây sẽ có nghĩa như sau:

- 1.1 Người được bảo hiểm:** là người được bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này, được ghi tên trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các thỏa thuận sửa đổi bổ sung khác (nếu có). Người được bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này là Người được bảo hiểm của sản phẩm chính hoặc có thể là người khác nếu có quyền lợi có thể được bảo hiểm với Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm và theo quy định của Dai-ichi Life Việt Nam tại từng thời điểm.
- 1.2 Độ tuổi tham gia bảo hiểm:** độ tuổi có thể tham gia bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này là từ 0 (không) đến 65 (sáu mươi lăm) tuổi tính theo sinh nhật vừa qua của Người được bảo hiểm xét vào ngày bắt đầu hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này. Tuổi tối đa khi kết thúc sản phẩm bảo hiểm bổ sung này là 75 (bảy mươi lăm) tuổi.
- 1.3 Thời hạn bảo hiểm:** là 1 (một) năm kể từ ngày sản phẩm bảo hiểm bổ sung bắt đầu hiệu lực và được gia hạn hàng năm nếu không có bên nào thông báo về việc chấm dứt hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này trước thời điểm gia hạn; với điều kiện Bên mua bảo hiểm nộp đủ và đúng hạn các khoản phí bảo hiểm đến hạn và chấp nhận các điều khoản và điều kiện của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này.
- 1.4 Ngày gia hạn năm hợp đồng:** là ngày lặp lại hàng năm của ngày sản phẩm bảo hiểm bổ sung bắt đầu hiệu lực nếu sản phẩm bảo hiểm bổ sung này được gia hạn. Nếu năm không có ngày này, ngày cuối tháng tương ứng sẽ là Ngày gia hạn năm hợp đồng.
- 1.5 Số tiền bảo hiểm:** là số tiền mà Dai-ichi Life Việt Nam chấp thuận bảo hiểm cho sản phẩm bảo hiểm bổ sung này và được quy định trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc (các) thỏa thuận sửa đổi, bổ sung có liên quan khác (nếu có).
- 1.6 Phí bảo hiểm:** là số tiền Bên mua bảo hiểm thanh toán cho Dai-ichi Life Việt Nam vào ngày đến hạn nộp phí. Phí bảo hiểm được tính toán dựa trên Số tiền bảo hiểm, tuổi đạt được của Người được bảo hiểm và quyết định thẩm định của Dai-ichi Life Việt Nam tại thời điểm tham gia sản phẩm bảo hiểm bổ sung này hoặc vào (các) Ngày gia hạn năm hợp đồng.
- 1.7 Mức phí bảo hiểm:** là biểu phí của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này theo tuổi đạt được đã được Bộ Tài chính phê duyệt.

1.8 Thời hạn loại trừ: là thời gian mà các sự kiện bảo hiểm do Bệnh tật xảy ra nhưng không được chi trả. Thời gian loại trừ này được áp dụng như sau:

- a. 30 (ba mươi) ngày tính từ ngày Dai-ichi Life Việt Nam chấp thuận bảo hiểm của Năm hợp đồng đầu tiên và 10 (mười) ngày tính từ ngày Dai-ichi Life Việt Nam chấp thuận khôi phục hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này;

và:

- b. 90 (chín mươi) ngày tính từ ngày Dai-ichi Life Việt Nam chấp thuận bảo hiểm của Năm hợp đồng đầu tiên của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này cho những Bệnh tật sau:
- Nang, polyp, u lành tính hay ác tính, ung thư, tăng trưởng bất thường của tế bào;
 - Trĩ;
 - Tất cả các chứng thoát vị;
 - Viêm khớp, thoái hóa khớp, loãng xương, vẹo cột sống và tất cả các hình thức của bệnh thoái hóa xương;
 - Mộng, hạt kết mạc góc mắt, đục thủy tinh thể;
 - Cắt amidan hoặc nạo VA;
 - Các loại sỏi;
 - Suy giãn tĩnh mạch;
 - Lạc nội mạc tử cung;
 - Các tình trạng của tuyến tiền liệt;
 - Loét dạ dày, loét tá tràng;
 - Viêm gan các loại, xơ gan;
 - Viêm xoang;
 - Các bệnh tim, bệnh mạch vành, huyết áp cao hoặc thấp;
 - Đái tháo đường/ tăng đường huyết;
 - Tất cả các hình thức tổn thương (có yêu cầu phẫu thuật) của dây chằng hoặc sụn chêm;
 - Parkinson;
 - Lupus ban đỏ;
 - Suy thận (ngoại trừ suy thận cấp);
 - Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD);
 - Các bệnh liên quan đến hệ thống tái tạo máu (bao gồm thay máu, lọc máu, chạy thận nhân tạo, bệnh suy tủy, bạch cầu cấp, bạch cầu mãn tính);
 - Bệnh tự miễn và rối loạn chuyển hóa.

1.9 Tai nạn: là một sự kiện hoặc một chuỗi sự kiện liên tục, khách quan, xảy ra do tác động của một lực, một vật bất ngờ từ bên ngoài, không chủ động và ngoài ý muốn lên cơ thể của Người được bảo hiểm. Sự kiện hoặc chuỗi sự kiện nêu trên phải gây ra Thương tật hoặc tử vong cho Người được bảo hiểm trong vòng 180 (một trăm tám mươi) ngày tính từ ngày xảy ra sự kiện hoặc chuỗi sự kiện đó; và là nguyên nhân trực tiếp, duy nhất và không liên quan đến bất kỳ

Gắn bó dài lâu.

nguyên nhân nào khác bao gồm: Bệnh tật, đau ốm, nhiễm các loại vi rút/ vi khuẩn/ nấm/ ký sinh trùng, nhiễm trùng, biến chứng.

1.10 Thương tật: là thương tích trên thân thể của Người được bảo hiểm do Tai nạn gây ra.

1.11 Bệnh tật: là tình trạng sức khỏe kém hoặc tình trạng thể chất kém của Người được bảo hiểm so với tình trạng sức khỏe bình thường, do bệnh hoặc đau ốm gây ra được chẩn đoán bởi Bác sĩ.

1.12 Bệnh viện: là cơ sở khám chữa bệnh được thành lập và hoạt động theo luật pháp của nước sở tại; và đáp ứng được tất cả yêu cầu sau:

- Được thành lập nhằm tiếp nhận, chăm sóc, khám và điều trị y tế cho người bị ốm đau, Bệnh tật, Thương tật;
- Có đầy đủ năng lực và phương tiện để thực hiện các ca chẩn đoán, phẫu thuật y khoa;
- Có đầy đủ điều kiện cho hoạt động điều trị nội trú và theo dõi bệnh nhân bao gồm cả cơ sở phẫu thuật chuyên ngành;
- Có lưu giữ đầy đủ bệnh án và hồ sơ của bệnh nhân theo tiêu chuẩn quy định của cơ quan có thẩm quyền;
- Không phải là nhà bảo sanh, nhà điều dưỡng, dưỡng bệnh, nơi cho người già an dưỡng hay các cơ sở khác chủ yếu dành cho việc điều trị người mắc bệnh tâm thần, người mắc bệnh phong, người nghiện rượu, người nghiện chất ma túy hoặc người nghiện chất kích thích.

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

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

1.14 Điều trị tại khoa/ phòng cấp cứu: là việc điều trị khẩn cấp tại khoa/ phòng cấp cứu nhằm mục đích giúp Người được bảo hiểm không chết, hoặc không bị tổn hại trầm trọng đến sức khỏe hoặc thể chất, hoặc để duy trì dấu hiệu sinh tồn về tuần hoàn và hô hấp.

Việc Điều trị tại khoa/ phòng cấp cứu này phải có phát sinh chi phí giường bệnh và có hồ sơ, có dấu xác nhận cấp cứu của Bệnh viện.

Trường hợp điều trị tại khoa/ phòng cấp cứu chỉ vì lý do ngoài giờ phục vụ của Bệnh viện thì không được coi là Điều trị tại khoa/ phòng cấp cứu theo Quy tắc và Điều khoản này.

1.15 Cần thiết và hợp lý về mặt y tế: điều trị được xem là Cần thiết và hợp lý về mặt y tế khi đáp ứng tất cả điều kiện sau:

- Theo đúng chẩn đoán của Bác sĩ để điều trị cho Bệnh tật/ Thương tật của Người được bảo hiểm;
- Theo đúng chỉ dẫn y khoa của y học hiện đại hoặc y học thay thế;
- Không phải chủ yếu vì sự tiện lợi của bệnh nhân hoặc gia đình của bệnh nhân hoặc Bác sĩ điều trị;
- Không nhằm mục đích thử nghiệm, điều tra, nghiên cứu, thẩm mỹ, phòng ngừa hoặc sàng lọc;
- Theo đúng tiêu chuẩn được chấp nhận chung để chăm sóc cho các bệnh nhân, và được xem là thích hợp cho việc điều trị Bệnh tật/ Thương tật của bệnh nhân.

- 1.16 Bác sĩ:** là người có bằng cấp chuyên môn Bác sĩ y khoa được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc thừa nhận được thực hành nghề y hợp pháp trong phạm vi giấy phép theo quy định của pháp luật tại nước mà Bác sĩ đó hành nghề. Bác sĩ không được là vợ, chồng, cha, mẹ, con, anh ruột, chị ruột, em ruột của Người được bảo hiểm và/ hoặc của Bên mua bảo hiểm.
- 1.17 Bệnh nhân nội trú:** là người được nhập viện theo yêu cầu của Bác sĩ của Bệnh viện và Cần thiết và hợp lý về mặt y tế phải lưu trú trong Bệnh viện ít nhất 12 (mười hai) giờ để điều trị Bệnh tật/ Thương tật, có làm thủ tục nhập viện và xuất viện, có thanh toán chi phí giường bệnh, có tên trong sổ bệnh nhân nội trú của Bệnh viện; bao gồm cả trường hợp Bệnh nhân nội trú tử vong dưới 12 (mười hai) giờ sau khi nhập viện.
- 1.18 Bệnh nhân ngoại trú:** là người được điều trị Bệnh tật/ Thương tật ở khoa điều trị ngoại trú của Bệnh viện, hoặc Điều trị tại khoa/ phòng cấp cứu, hoặc trải qua một phương thức điều trị mà không Cần thiết và hợp lý về mặt y tế phải lưu trú trong Bệnh viện như Bệnh nhân nội trú.
- 1.19 Tình trạng tồn tại trước:** là
- Tình trạng Bệnh tật/ Thương tật của Người được bảo hiểm đã được Bác sĩ tư vấn, khám, chẩn đoán hoặc điều trị trước ngày có hiệu lực và/ hoặc ngày khôi phục hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này; hoặc
 - Tình trạng bệnh hoặc tiền sử bệnh được ghi nhận trong bệnh án hoặc hồ sơ y tế tại Bệnh viện hoặc phòng khám được thành lập hợp pháp hoặc các thông tin do Người được bảo hiểm tự kê khai; hoặc
 - Các dấu hiệu hoặc triệu chứng có liên quan đến Bệnh tật/Thương tật khiến cho Người được bảo hiểm phải điều trị, chẩn đoán hoặc chữa bệnh có trước ngày hiệu lực và/ hoặc ngày khôi phục hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này được ghi nhận trong bệnh án/ sổ khám bệnh/ phiếu khám bệnh/ phiếu chỉ định/ đơn thuốc hoặc bất kỳ tài liệu nào theo ghi nhận của nhân viên y tế.
- 1.20 Tình trạng bẩm sinh, khuyết tật khi sinh:** là một sự bất thường về mặt thể chất hoặc tinh thần được hình thành trên thai nhi trong quá trình mang thai hoặc do di truyền hoặc do gen (bao gồm cả chứng thoát vị cho tới 10 tuổi) cũng như những bất thường về mặt thể chất hoặc tinh thần phát triển sau đó do những nhân tố hoặc những tình trạng xuất hiện hoặc không xuất hiện vào lúc sinh ra, cho dù Người được bảo hiểm có nhận biết được tình trạng đó hay không.
- 1.21 Thể thao hoặc các hoạt động nguy hiểm:** là các môn thể thao hoặc các hoạt động như: săn bắn động vật, tất cả các hình thức đua (không phải bằng chân), đua xe go-kart, đua xe đường trường và thử nghiệm xe, trượt băng, trượt patin, trượt tuyết, trượt tuyết trên ván trượt, trượt ván, quyền anh, võ thuật và môn đấu vật, nhảy dù (ngoại trừ những tình huống để bảo tồn mạng sống), đi lên xuống hoặc di chuyển trên một khí cầu, bay lượn, nhảy bungee, lặn có bình dưỡng khí và thiết bị thở dưới nước, dù lượn, dù kéo, bóng bầu dục, đua ngựa, đua ngựa vượt rào, polo/ mã cầu, leo đá hoặc leo núi (có hoặc không có sử dụng dây thừng hoặc thiết bị khác).
- 1.22 Phẫu thuật:** là một phương pháp y khoa để điều trị Bệnh tật hoặc Thương tật do những yêu cầu Cần thiết và hợp lý về mặt y tế được chỉ định và thực hiện bởi Bác sĩ có chuyên môn phù hợp nhằm mục đích điều trị Bệnh tật/ Thương tật, tổn thương và được thực hiện trong phòng phẫu thuật của Bệnh viện.
- Việc Phẫu thuật theo định nghĩa tại Quy tắc và Điều khoản này không bao gồm những phẫu thuật được thực hiện ở phòng cấp cứu của Bệnh viện hoặc trong lúc Người được bảo hiểm không phải là Bệnh nhân nội trú.

Gắn bó dài lâu.

- 1.23 Nằm viện:** là việc bệnh nhân được nhập viện theo yêu cầu của Bác sĩ của Bệnh viện để được điều trị do những yêu cầu Cần thiết và hợp lý về mặt y tế, có làm thủ tục nhập viện và xuất viện, có thanh toán chi phí giường bệnh, có tên trong sổ bệnh nhân nội trú của Bệnh viện và được lưu trú trong Bệnh viện với thời gian tối thiểu theo quy định của pháp luật hiện hành.
- 1.24 Ngày nằm viện:** là 1 (một) ngày mà bệnh nhân phải (i) lưu trú trong Bệnh viện ít nhất 12 (mười hai) giờ để điều trị Bệnh tật/ Thương tật, và (ii) thanh toán đầy đủ viện phí, tiền phòng cho 1 (một) ngày theo quy định của Bệnh viện.
- 1.25 Đợt nằm viện:** việc điều trị của Người được bảo hiểm sẽ được tính là 1 (một) Đợt nằm viện nếu Người được bảo hiểm Nằm viện và có chứng từ do Bệnh viện cấp ghi cụ thể ngày nhập viện và ngày xuất viện cho Đợt nằm viện này. Theo đó, những lần Nằm viện cùng một loại bệnh hay tình trạng liên quan (bao gồm biến chứng) trong vòng 30 (ba mươi) ngày tính từ ngày xuất viện liền trước đó sẽ được xem là cùng 1 (một) Đợt nằm viện.
- 1.26 Lần điều trị:** là 1 (một) lần người bệnh được Bác sĩ thăm khám lâm sàng, thực hiện các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh hay các thủ thuật thăm dò khác và/ hoặc sử dụng thuốc điều trị theo chỉ định của Bác sĩ tại cùng một Bệnh viện hợp pháp nhằm mục đích chẩn đoán Bệnh tật/ Thương tật và điều trị.
- 1.27 Lọc máu ngoài thận (Lọc thận):** là quá trình để loại bỏ dịch và các chất thải ra khỏi máu và để điều chỉnh lại việc mất cân bằng điện giải do suy thận và phải được thực hiện bởi máy lọc nhân tạo tại Bệnh viện.
- 1.28 Điều trị ung thư:** là việc điều trị bệnh ung thư bằng các phương pháp xạ trị, hóa trị (bằng cách truyền và tiêm).

Điều 2: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Các quyền lợi bảo hiểm được quy định tại Điều 2.1 và Điều 2.2 chỉ được chi trả nếu:

- Việc điều trị Bệnh tật hoặc Thương tật của Người được bảo hiểm (i) xảy ra trong thời gian sản phẩm bảo hiểm bổ sung này có hiệu lực và bắt đầu sau Thời hạn loại trừ được quy định tại Điều 1.8, và (ii) là việc điều trị Cần thiết và hợp lý về mặt y tế; và
- Trong giới hạn chi trả tối đa theo quy định tại điều 2.3.

2.1 Quyền lợi Hỗ trợ điều trị nội trú

Nếu Người được bảo hiểm Nằm viện như là Bệnh nhân nội trú tại Bệnh viện, để điều trị Bệnh tật hoặc Thương tật, Dai-ichi Life Việt Nam sẽ chi trả các quyền lợi tương ứng sau:

2.1.1 Quyền lợi Hỗ trợ viện phí

Dai-ichi Life Việt Nam sẽ chi trả 100% Số tiền bảo hiểm cho mỗi Ngày nằm viện.

2.1.2 Quyền lợi Hỗ trợ điều trị tại Khoa/ phòng chăm sóc đặc biệt

Dai-ichi Life Việt Nam sẽ chi trả 100% Số tiền bảo hiểm cho mỗi Ngày nằm viện mà người được bảo hiểm được điều trị tại Khoa/ phòng chăm sóc đặc biệt.

2.1.3 Quyền lợi Hỗ trợ chi phí Phẫu thuật

Dai-ichi Life Việt Nam sẽ chi trả 500% Số tiền bảo hiểm cho mỗi Đợt nằm viện nếu Người được bảo hiểm có Phẫu thuật.

2.1.4 Quyền lợi Điều trị tại khoa/ phòng cấp cứu do Tai nạn

Dai-ichi Life Việt Nam sẽ chi trả 100% Số tiền bảo hiểm cho mỗi Đợt nằm viện nếu Người được bảo hiểm có Điều trị tại khoa/ phòng cấp cứu do Tai nạn.

Các quyền lợi tại Điều 2.1.2 hoặc Điều 2.1.3 hoặc Điều 2.1.4 sẽ được chi trả đồng thời cùng quyền lợi tại Điều 2.1.1 nếu có phát sinh sự kiện.

2.2 Quyền lợi Hỗ trợ điều trị ngoại trú

Nếu Người được bảo hiểm trải qua điều trị như một Bệnh nhân ngoại trú để Lọc máu ngoài thận hoặc để Điều trị ung thư, Dai-ichi Life Việt Nam sẽ chi trả 100% Số tiền bảo hiểm cho mỗi Lần điều trị.

Quyền lợi này sẽ không được chi trả nếu việc điều trị xảy ra trong khi Người được bảo hiểm đang là Bệnh nhân nội trú.

2.3 Giới hạn chi trả

Trong mọi trường hợp, tổng các quyền lợi bảo hiểm được quy định tại Điều 2.1 và Điều 2.2 được chi trả không vượt quá 1.000 lần Số tiền bảo hiểm và giới hạn tối đa cho từng quyền lợi dưới đây:

Giới hạn chi trả tối đa	Một Đợt nằm viện	Một Năm hợp đồng	Trong suốt thời gian tham gia sản phẩm bảo hiểm bổ sung này (từ ngày chấp thuận bảo hiểm của năm hợp đồng đầu tiên cho đến ngày chấm dứt hiệu lực)
Quyền lợi Hỗ trợ viện phí (đơn vị: Ngày nằm viện)	20	100	1.000
Quyền lợi Hỗ trợ điều trị tại Khoa/ phòng chăm sóc đặc biệt (đơn vị: Ngày nằm viện)	10	50	500
Quyền lợi Hỗ trợ chi phí Phẫu thuật (đơn vị: Lần Phẫu thuật)	1	5	20
Quyền lợi Điều trị tại khoa/phòng cấp cứu do Tai nạn (đơn vị: Lần điều trị)	1	5	20
Quyền lợi Hỗ trợ điều trị ngoại trú (đơn vị: Lần điều trị)	Không áp dụng	100	1.000

Giới hạn chi trả tối đa, nếu không được sử dụng hết trong một Đợt nằm viện hoặc một Năm hợp đồng, sẽ không được tính cộng dồn cho Đợt nằm viện hoặc Năm hợp đồng tiếp theo.

Điều 3: CÁC QUY ĐỊNH LOẠI TRỪ TRÁCH NHIỆM BẢO HIỂM

Dai-ichi Life Việt Nam sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm theo quy định của Quy tắc và Điều khoản này nếu việc điều trị Bệnh tật/ Thương tật của Người được bảo hiểm phát sinh từ hoặc là hậu quả của bất kỳ trường hợp hoặc sự việc nào sau đây:

Gắn bó dài lâu.

1. Các tình trạng tồn tại trước mà không được khai báo và không được Dai-ichi Life Việt Nam chấp thuận; hoặc các tình trạng tồn tại trước có khai báo và không được Dai-ichi Life Việt Nam chấp thuận vào thời điểm thẩm định sản phẩm bảo hiểm bổ sung này.
2. Tình trạng bẩm sinh, khuyết tật khi sinh.
3. Bệnh động kinh, tất cả các hình thức của tràn dịch não, cắt bao quy đầu, tất cả các hình thức của hẹp, dài bao quy đầu và các biến chứng của chúng, tất cả các trường hợp vẹo vách ngăn mũi.
4. Các bệnh lây truyền qua đường tình dục (STD) hoặc các tình trạng có liên quan đến HIV, hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS), ngoại trừ trường hợp nhiễm HIV trong khi đang thực hiện nhiệm vụ của mình tại nơi làm việc như là một nhân viên y tế hoặc công an, cảnh sát.
5. Điều trị hoặc phòng ngừa để giảm nhẹ các triệu chứng thông thường liên quan đến tuổi già, sự mãn kinh, hoặc dậy thì sớm, rối loạn chức năng tình dục hoặc điều trị rối loạn sinh lý hoặc thay đổi giới tính.
6. Tất cả các chi phí, dịch vụ hoặc điều trị y tế liên quan đến:
 - a. Sự bất thường của thị lực bao gồm nhưng không chỉ giới hạn ở tất cả các hình thức lác mắt (lét), kính đeo mắt, kính sát tròng, phẫu thuật điều trị tật khúc xạ hoặc lão thị và bất kỳ chi phí nào có liên quan đến việc điều trị trợ giúp thị giác; kiểm tra thính lực;
 - b. Mua hoặc sử dụng các thiết bị chỉnh hình, hỗ trợ chức năng, lắp ghép nhân tạo như chân, tay giả, máy trợ thính hoặc các thiết bị có tính chất tương tự;
 - c. Chẩn đoán, chăm sóc hoặc điều trị nha khoa;
 - d. Vô sinh, mang thai, sinh đẻ, sảy thai, phá thai, kế hoạch hóa gia đình hoặc bất kỳ nguyên nhân nào có liên quan đến thai sản, việc triệt sản hoặc kiểm tra việc triệt sản, bao gồm tất cả các trường hợp điều trị biến chứng thai sản;
 - e. Chứng nghiện rượu và chất có cồn, nghiện thuốc lá, ma túy, dược chất gây nghiện hoặc các chất gây nghiện khác được quy định bởi pháp luật Việt Nam;
 - f. Các rối loạn thần kinh, suy nhược thần kinh, rối loạn giấc ngủ, mất ngủ, các rối loạn tâm thần, rối loạn lo âu, các vấn đề về tâm thần, các rối loạn nhân cách, các rối loạn về nói, tự kỷ, stress (căng thẳng), các rối loạn về ăn, biếng ăn và các tình trạng rối loạn tăng động giảm chú ý (ADHD);
 - g. Phẫu thuật thẩm mỹ, điều trị liên quan đến việc làm đẹp hoặc các biến chứng của điều trị này bao gồm các vấn đề về da, viêm nang lông (trùng cá), râm da (hay nám da, sạm da), tàn nhang, mụn thịt, tăng/ giảm hoặc rối loạn sắc tố da, gàu;
 - h. Giảm cân và tăng cân, thừa cân, béo phì, suy nhược cơ thể, suy dinh dưỡng, các biến chứng về rụng tóc, sẹo, tiếp nhận hoặc sử dụng chất/ thuốc có số đăng ký là mỹ phẩm hoặc thực phẩm chức năng, vitamin, khoáng chất, nước mắt nhân tạo, sữa, chất dinh dưỡng bổ sung, các chương trình kiểm soát cân nặng;
 - i. Phẫu thuật chỉnh hình, trừ khi bị thương tích do Tai nạn và phẫu thuật chỉnh hình là cần thiết để khôi phục lại chức năng của Người được bảo hiểm;
 - j. Điều trị phòng ngừa, tiêm chủng hoặc chủng ngừa nào, ngoại trừ vắc xin bệnh dại cần thiết sau khi bị động vật tấn công hoặc chích ngừa uốn ván cần thiết sau khi bị Tai nạn hoặc bị Thương tật;

- k. Kiểm tra, tầm soát, khám sức khỏe tổng quát, chăm sóc dưỡng bệnh bao gồm cả chữa bệnh bằng cách nghỉ ngơi và việc phục hồi;
 - l. Hành động tự tử hoặc tự gây thương tích của Người được bảo hiểm dù trong trạng thái tinh thần bình thường hay mất trí.
7. Điều trị y tế đang trong giai đoạn thử nghiệm chưa được công nhận ở cả trong nước và quốc tế.
 8. Tất cả tổn thất hoặc thương tích phát sinh từ hành động của Người được bảo hiểm dưới ảnh hưởng của chất có cồn, thuốc gây mê, dược chất gây nghiện hoặc các chất gây nghiện khác được quy định bởi pháp luật Việt Nam; trừ trường hợp việc sử dụng thuốc theo chỉ định của Bác sĩ.
 9. Thương tật do hành vi phạm tội hoặc cố tình tham gia vào các hành vi phạm tội, hành vi vi phạm pháp luật theo quy định tại Bộ luật hình sự hoặc chống lại việc bắt giữ của cơ quan có thẩm quyền của Người được bảo hiểm; hoặc Thương tật do các hành vi tham gia ẩu đả của Người được bảo hiểm, trừ khi chứng minh được đó là hành động cứu người hoặc phòng vệ chính đáng.
 10. Thương tật trong khi Người được bảo hiểm tham gia các môn thể thao với tư cách là vận động viên chuyên nghiệp (bao gồm cả việc luyện tập cho môn thể thao đó) và tham gia các môn Thể thao hoặc các hoạt động nguy hiểm.
 11. Bất kỳ sự điều trị, thuốc hoặc các đồ dùng y tế nào không liên quan đến chẩn đoán và chẩn đoán không liên quan đến Bệnh tật/ Thương tật của Người được bảo hiểm hoặc không theo sự Cần thiết và hợp lý về mặt y tế.

Điều 4: PHÍ BẢO HIỂM VÀ CÁC KHOẢN PHÍ CÓ THỂ KHẤU TRỪ

4.1 Phí bảo hiểm sau khi khấu trừ Phí ban đầu sẽ được tham gia đầu tư và tích lũy trong Quỹ đầu tư của sản phẩm bảo hiểm chính. Giá trị này được tích lũy chung, đồng thời chịu mọi chi phí liên quan đến Quỹ đầu tư của sản phẩm bảo hiểm chính.

4.1.1 Phí ban đầu

Phí ban đầu tùy thuộc vào Năm phí bảo hiểm và được tính trên tỷ lệ phần trăm Phí bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm bổ sung. Tỷ lệ phí ban đầu của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này sẽ bằng Tỷ lệ phí ban đầu của sản phẩm bảo hiểm chính.

4.1.2 Phí bảo hiểm rủi ro

Phí bảo hiểm rủi ro sẽ được khấu trừ hàng tháng vào mỗi Ngày kỷ niệm tháng hợp đồng từ Quỹ đầu tư của sản phẩm bảo hiểm chính. Phí bảo hiểm rủi ro được tính dựa trên tuổi đạt được, tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm và tương ứng với Số tiền bảo hiểm.

4.2 Dai-ichi Life Việt Nam có thể thay đổi Mức phí bảo hiểm, Phí bảo hiểm rủi ro của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này vào bất kỳ Ngày gia hạn năm hợp đồng nào trong tương lai với sự chấp thuận của Bộ Tài chính về Mức phí bảo hiểm, Phí bảo hiểm rủi ro mới. Dai-ichi Life Việt Nam sẽ thông báo trước 60 (sáu mươi) ngày cho Bên mua bảo hiểm bằng văn bản trước khi việc thay đổi này bắt đầu có hiệu lực. Mức phí bảo hiểm, Phí bảo hiểm rủi ro mới cũng sẽ được áp dụng đối với các Hợp đồng bảo hiểm có yêu cầu khôi phục hiệu lực.

Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm không chấp nhận việc thay đổi này, Bên mua bảo hiểm có thể thông báo bằng văn bản cho Dai-ichi Life Việt Nam yêu cầu chấm dứt sản phẩm bảo hiểm bổ sung này. Sau thời hạn 30 (ba mươi) ngày tính từ ngày Dai-ichi Life Việt Nam gửi văn bản thông báo về việc thay đổi Mức phí bảo hiểm, Phí bảo hiểm rủi ro, nếu Dai-ichi Life Việt Nam không nhận được yêu cầu nêu trên thì được xem là Bên mua bảo hiểm đã chấp nhận việc thay đổi này.

Điều 5: CHẤM DỨT HIỆU LỰC SẢN PHẨM

5.1 Dai-ichi Life Việt Nam sẽ từ chối chi trả quyền lợi bảo hiểm, đồng thời có quyền chấm dứt hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này hoặc có quyền từ chối gia hạn hiệu lực của sản phẩm bổ sung này tại Ngày gia hạn năm hợp đồng tiếp theo, trong trường hợp có bằng chứng rõ ràng rằng Người được bảo hiểm và/ hoặc Bên mua bảo hiểm cố ý:

- Yêu cầu bồi thường không trung thực; hoặc
- Kê khai không trung thực về Tình trạng tồn tại trước của Người được bảo hiểm, mà theo đó, nếu với thông tin chính xác, Dai-ichi Life Việt Nam sẽ không chấp thuận bảo hiểm hoặc không chấp thuận khôi phục hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này.

Trong trường hợp chấm dứt hiệu lực, Dai-ichi Life Việt Nam sẽ thu Phí bảo hiểm đến thời điểm chấm dứt hiệu lực, đồng thời không thu hồi các quyền lợi bảo hiểm đã chấp thuận chi trả trước đó.

5.2 Dai-ichi Life Việt Nam có quyền từ chối gia hạn sản phẩm bảo hiểm bổ sung này vì bất kỳ lý do nào và sẽ thông báo trước Ngày gia hạn năm hợp đồng 30 (ba mươi) ngày cho Bên mua bảo hiểm bằng văn bản.

5.3 Sản phẩm bảo hiểm bổ sung này sẽ chấm dứt hiệu lực khi một trong các sự kiện sau xảy ra:

- Người được bảo hiểm tử vong; hoặc
- Hợp đồng sản phẩm bảo hiểm chính chấm dứt hiệu lực; hoặc
- Bên mua bảo hiểm yêu cầu hủy bỏ sản phẩm bảo hiểm bổ sung này; hoặc
- Dai-ichi Life Việt Nam từ chối việc gia hạn sản phẩm bảo hiểm bổ sung này theo quy định tại Điều 5.1 hoặc Bên mua bảo hiểm từ chối gia hạn sản phẩm bảo hiểm bổ sung này; hoặc
- Dai-ichi Life Việt Nam đã chi trả cho bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào (được quy định tại Điều 2.1 hoặc Điều 2.2) bằng mức Giới hạn chi trả tối đa trong suốt thời gian tham gia bảo hiểm của quyền lợi đó (được quy định tại Điều 2.3) hoặc đã chi trả tổng quyền lợi bảo hiểm bằng 1.000 lần Số tiền bảo hiểm; hoặc
- Vào Ngày gia hạn năm hợp đồng ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt tuổi 75 (bảy mươi lăm).

Sản phẩm bảo hiểm bổ sung này cũng có thể chấm dứt do những nguyên nhân khác được quy định cụ thể tại Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm bảo hiểm chính.

Điều 6: THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM**6.1 Người nhận quyền lợi bảo hiểm**

Dai-ichi Life Việt Nam sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm sản phẩm bảo hiểm bổ sung này cho Người được bảo hiểm.

Trường hợp Người được bảo hiểm dưới 18 (mười tám) tuổi, cha, mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của Người được bảo hiểm sẽ nhận thay quyền lợi bảo hiểm.

6.2 Để yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm, bằng chi phí của mình, người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải:

- Cung cấp các thông tin và giấy tờ hồ sơ cần thiết theo yêu cầu của Dai-ichi Life Việt Nam gồm:
 - Giấy yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm đã điền thông tin đầy đủ và chính xác.

- Các chứng từ liên quan đến việc điều trị: đơn thuốc, kết quả xét nghiệm, phiếu phẫu thuật (trong trường hợp phẫu thuật), giấy xuất viện, sổ khám bệnh hoặc giấy chứng nhận y khoa do Bác sĩ điều trị hoặc Bác sĩ ký tên có ghi rõ chẩn đoán và việc điều trị được áp dụng.
 - Bản tường trình tai nạn của Người được bảo hiểm trong trường hợp Tai nạn.
 - Các chứng từ liên quan đến việc thanh toán chi phí y tế hợp lệ và hợp pháp theo quy định của Bộ Tài chính, Cục Thuế như hóa đơn tài chính,... Tùy từng trường hợp, Dai-ichi Life Việt Nam có quyền yêu cầu người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm cung cấp bản chính các chứng từ này để đối chiếu. Việc cung cấp bản chính các chứng từ này để đối chiếu là điều kiện tiên quyết để được giải quyết quyền lợi bảo hiểm.
- Nộp yêu cầu bồi thường trong vòng 12 (mười hai) tháng tính từ ngày xuất viện hoặc ngày điều trị. Các yêu cầu bồi thường nộp muộn quá 12 (mười hai) tháng tính từ ngày xuất viện hoặc ngày điều trị sẽ không được Dai-ichi Life Việt Nam chấp thuận.
 - Thực hiện hợp pháp hóa lãnh sự các giấy tờ, chứng từ của nước ngoài để được công nhận và sử dụng tại Việt Nam trong trường hợp Dai-ichi Life Việt Nam yêu cầu. Nếu giấy tờ, chứng từ cần phải nộp có ngôn ngữ khác với tiếng Việt thì người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải dịch thuật và chứng thực các chứng từ yêu cầu bồi thường và gửi về cho Dai-ichi Life Việt Nam. Chi phí cho việc hợp pháp hóa lãnh sự, chứng thực, dịch thuật các giấy tờ, chứng từ này sẽ do người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm chịu trách nhiệm thanh toán.
 - Dai-ichi Life Việt Nam có quyền yêu cầu Người được bảo hiểm thực hiện kiểm tra y tế.
- 6.3** Dai-ichi Life Việt Nam sẽ chi trả các yêu cầu hợp lệ cho Người được bảo hiểm trong vòng 15 (mười lăm) ngày làm việc tính từ ngày nhận được đầy đủ các chứng từ hợp lệ theo yêu cầu. Trong trường hợp cần điều tra thêm, Dai-ichi Life Việt Nam có quyền kéo dài ngày chi trả nhưng không trễ hơn 45 (bốn mươi lăm) ngày tính từ ngày Dai-ichi Life Việt Nam nhận được đầy đủ chứng từ hợp lệ theo yêu cầu.