

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN SẢN PHẨM BẢO HIỂM BỔ SUNG BẢO HIỂM CHĂM SÓC Y TẾ TOÀN CẦU

(Được phê chuẩn theo Công văn số 10124/BTC-QLBH ngày 06/09/2021 của Bộ Tài Chính)

Điều 1: Những quy định chung

- 1.1 Quy tắc và Điều khoản này là thỏa thuận bổ sung và là một phần không thể tách rời của Hợp đồng bảo hiểm đã ký kết giữa Hanwha Life Việt Nam và Bên mua bảo hiểm.
- 1.2 Các khái niệm sử dụng trong Quy tắc và Điều khoản này được hiểu đúng theo định nghĩa trong Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm bảo hiểm chính. Nếu có sự khác biệt giữa Quy tắc và Điều khoản này với Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm bảo hiểm chính thì quy định trong Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này sẽ được áp dụng.
- 1.3 Các quy định về thủ tục bảo hiểm, giải quyết tranh chấp và thủ tục khác được áp dụng theo quy định trong Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm bảo hiểm chính ngoại trừ trường hợp Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này quy định khác.

Điều 2: Một số định nghĩa

- 2.1 Người được bảo hiểm: là cá nhân hiện đang cư trú tại Việt Nam được Hanwha Life Việt Nam chấp thuận bảo hiểm theo các quy định trong Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này và được ghi tên trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các thỏa thuận sửa đổi, bổ sung bằng văn bản hoặc các hình thức giao dịch khác theo quy định của pháp luật (nếu có).

Người được bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này có thể là Bên mua bảo hiểm; hoặc là người khác nếu có quyền lợi có thể được bảo hiểm với Bên mua bảo hiểm.
- 2.2 Tuổi tham gia bảo hiểm: tuổi để Người được bảo hiểm có thể tham gia sản phẩm bảo hiểm bổ sung này là từ ba mươi (30) ngày tuổi đến sáu mươi lăm (65) tuổi. Tuổi tối đa khi kết thúc sản phẩm bảo hiểm bổ sung này là bảy mươi lăm (75) tuổi.
- 2.3 Ngày hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ sung: là ngày Bên mua bảo hiểm hoàn tất Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và nộp đủ Phí bảo hiểm tạm tính với điều kiện Bên mua bảo hiểm còn sống hoặc đang hoạt động hợp pháp (nếu Bên mua bảo hiểm là một tổ chức) và Người được bảo hiểm còn sống vào thời điểm Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm được Hanwha Life Việt Nam chấp thuận. Ngày hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này được ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các thỏa thuận sửa đổi, bổ sung bằng văn bản hoặc các hình thức giao dịch khác theo quy định của pháp luật (nếu có).
- 2.4 Ngày gia hạn hợp đồng: là ngày lập lại hàng năm của Ngày hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này 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 hợp đồng.
- 2.5 Năm hiệu lực: là thời gian một (01) năm kể từ Ngày hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này cho đến Ngày gia hạn hợp đồng tiếp theo hoặc khoảng thời gian giữa hai Ngày gia hạn hợp đồng. Tất cả từ “năm” trong Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này được hiểu là Năm hiệu lực.
- 2.6 Chương trình bảo hiểm: Bên mua bảo hiểm lựa chọn các Chương trình bảo hiểm theo quy định tại Điều 3.1 trong Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này. Chương trình bảo hiểm được thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các thỏa thuận sửa đổi, bổ sung bằng văn bản hoặc các hình thức giao dịch khác theo quy định của pháp luật (nếu có).
- 2.7 Số tiền bảo hiểm tối đa: là tổng số tiền tối đa mà Hanwha Life Việt Nam sẽ chi trả trong một (01) năm cho từng quyền lợi bảo hiểm: Quyền lợi điều trị nội trú, Quyền lợi điều trị

ngoại trú, Quyền lợi chăm sóc nha khoa, Quyền lợi chăm sóc thai sản, tương ứng với từng Chương trình bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm lựa chọn, được quy định cụ thể tại Điều 4 trong Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này.

2.8 Giới hạn phụ: là số tiền tối đa mà Hanwha Life Việt Nam sẽ chi trả cho mỗi sự kiện bảo hiểm được liệt kê trong Quyền lợi điều trị nội trú, Quyền lợi điều trị ngoại trú, Quyền lợi chăm sóc nha khoa, Quyền lợi chăm sóc thai sản được quy định cụ thể tại Điều 4 trong Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này.

2.9 Thời hạn bảo hiểm: là một (01) năm tính từ Ngày hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này và tự động tái tục hàng năm cho đến Ngày gia hạn hợp đồng ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt bảy mươi lăm (75) tuổi (trừ trường hợp sản phẩm bảo hiểm bổ sung này chấm dứt hiệu lực theo quy định cụ thể tại Điều 10 trong Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này).

2.10 Thời hạn đóng phí bảo hiểm: Thời hạn đóng phí bảo hiểm bằng với Thời hạn bảo hiểm.

Sản phẩm bảo hiểm bổ sung này có Định kỳ đóng phí là tháng, quý, nửa năm hoặc năm và theo Định kỳ đóng phí của sản phẩm bảo hiểm chính.

2.11 Phí bảo hiểm: là số tiền Bên mua bảo hiểm thanh toán cho Hanwha Life Việt Nam vào ngày đến hạn nộp phí. Phí bảo hiểm được tính toán dựa trên tuổi, giới tính của Người được bảo hiểm, Chương trình bảo hiểm và quyết định thẩm định của Hanwha Life Việt Nam tại thời điểm tham gia sản phẩm bảo hiểm bổ sung này hoặc vào (các) Ngày gia hạn hợp đồng.

2.12 Thời gian chờ: là khoảng thời gian mà tất cả Chi phí y tế thực tế phát sinh trong khoảng thời gian này sẽ không được Hanwha Life Việt Nam chi trả.

Thời gian chờ được tính từ (i) ngày Hanwha Life Việt Nam chấp thuận bảo hiểm cho sản phẩm bảo hiểm bổ sung này hoặc (ii) ngày khôi phục hiệu lực gần nhất của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này, tùy theo ngày nào đến sau.

Thời gian chờ của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này được quy định như sau:

- Đối với Quyền lợi điều trị nội trú, Quyền lợi điều trị ngoại trú, Quyền lợi chăm sóc nha khoa: ba mươi (30) ngày.
- Đối với Bệnh đặc biệt, Cấy ghép nội tạng: chín mươi (90) ngày.
- Đối với Quyền lợi chăm sóc thai sản, Biến chứng thai sản: hai trăm bảy mươi (270) ngày.
- Thời gian chờ sẽ không áp dụng trong trường hợp Tai nạn.

Đối với trường hợp Bên mua bảo hiểm yêu cầu thay đổi sang Chương trình bảo hiểm có quyền lợi bảo hiểm cao hơn hoặc yêu cầu thêm quyền lợi bổ sung theo quy định tại Điều 5 trong Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này, Thời gian chờ sẽ được áp dụng cho phần quyền lợi bảo hiểm chênh lệch tăng thêm và cho quyền lợi bổ sung được thêm mới, tính từ ngày Hanwha Life Việt Nam chấp thuận yêu cầu thay đổi.

2.13 Chi phí y tế thực tế: là các chi phí điều trị Cần thiết và hợp lý về mặt y tế từ dịch vụ hoặc điều trị y tế và phải đáp ứng theo Mức chi phí y tế hợp lý và thông thường.

2.14 Mức chi phí y tế hợp lý và thông thường: là

- Mức chi phí mà Bệnh viện và/hoặc Phòng khám áp dụng cho các bệnh nhân có cùng một tình trạng y tế như Người được bảo hiểm; và
- Mức chi phí được xác định và áp dụng tương tự tại các Bệnh viện và/hoặc Phòng khám có cùng xếp hạng, cùng loại và trong cùng một khu vực.

2.15 Cần thiết và hợp lý về mặt y tế: dịch vụ hoặc điều trị y tế 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/Thương tật của Người được bảo hiểm;
- Theo đúng chỉ dẫn y khoa của Y học hiện đại hoặc theo đúng chỉ dẫn y khoa của Y học thay thế trong trường hợp Người được bảo hiểm Điều trị ngoại trú bằng Y học thay thế;
- Không vì sự tiện lợi theo mong muốn hay yêu cầu cá nhân của Người được bảo hiểm hoặc thân nhân của Người được bảo hiểm 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/Thương tật của Người được bảo hiểm.

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

Bác sĩ không được đồng thời là:

- Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng; hoặc
- Thành viên trực hệ hoặc có quan hệ hôn nhân trong gia đình của Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm, Người thụ hưởng.

2.17 Y tá/Điều dưỡng: là người có bằng cấp chứng nhận và được phép thực hiện các nhiệm vụ của y tá hoặc điều dưỡng trong phạm vi giấy phép theo quy định của pháp luật của nước sở tại.

2.18 Bệnh viện: là cơ sở khám chữa bệnh được thành lập và hoạt động theo luật pháp của nước sở tại; và phải đáp ứng tất cả điều kiện sau:

- Được thành lập nhằm tiếp nhận, chăm sóc, khám và điều trị y tế cho người bị Bệnh và/hoặc Thương tật;
- Có đầy đủ năng lực và phương tiện, trang thiết bị y tế để thực hiện các ca chẩn đoán, phẫu thuật y khoa, chăm sóc đặc biệt;
- Được cấp phép cung cấp dịch vụ điều trị nội trú hai mươi bốn (24) giờ một ngày;
- Có lưu giữ đầy đủ bệnh án và hồ sơ của bệnh nhân theo tiêu chuẩn quy định của cơ quan có thẩm quyền.

Các cơ sở sau đây không được xem là Bệnh viện theo Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này, cho dù các cơ sở này trực thuộc Bệnh viện hay nằm trong Bệnh viện:

- Bệnh viện/viện/trung tâm điều dưỡng;
- Nhà an dưỡng, nhà dưỡng lão;
- Trạm y tế cấp xã, phường hoặc tương đương trạm xá, bệnh xá;
- Nơi chữa trị dành cho những người nghiện rượu, nghiện ma túy hoặc người bị bệnh tâm thần hoặc bệnh phong;
- Phòng khám, bao gồm cả phòng khám trực thuộc bệnh viện và/hoặc trực thuộc trung tâm y tế các cấp;
- Bệnh viện/viện/khoa/trung tâm y học cổ truyền/y học dân tộc (đông y) (không loại trừ các cơ sở này đối với quyền lợi bảo hiểm Y học thay thế).

2.19 Phòng khám: là cơ sở khám chữa bệnh được cấp giấy phép thành lập và hoạt động theo luật pháp của nước sở tại.

2.20 Khoa/phòng chăm sóc đặc biệt (ICU): là một khoa/phòng của Bệnh viện đáp ứng các điều kiện sau:

- Được Bệnh viện thiết lập nhằm cung cấp chương trình chăm sóc và điều trị tích cực; và
- 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; và
- Được cung cấp tất cả các trang thiết bị, thuốc và các phương tiện cấp cứu cần thiết tại chỗ để có thể can thiệp ngay; và
- Không phải là khoa/phòng hậu phẫu hoặc khoa/phòng cấp cứu.

2.21 Phẫu thuật: là phương pháp giải phẫu để điều trị Bệnh/Thương tật do yêu cầu Cần thiết và hợp lý về mặt y tế được chỉ định và thực hiện bởi Bác sĩ ngoại khoa nhằm mục đích điều trị Bệnh/Thương tật và được thực hiện trong phòng phẫu thuật của Bệnh viện.

Phẫu thuật phải nằm trong Danh mục phân loại Phẫu thuật được áp dụng theo quy định của Bộ Y tế Việt Nam tại từng thời điểm.

2.22 Chi phí Phẫu thuật: là Chi phí y tế thực tế để thực hiện Phẫu thuật và chỉ bao gồm:

- Chi phí phòng phẫu thuật, phòng hồi sức;
- Chi phí chi trả cho Bác sĩ phẫu thuật;
- Chi phí cho các Vật tư tiêu hao được sử dụng trong Phẫu thuật;
- Chi phí cho hồi sức sau khi Phẫu thuật;
- Chi phí cho các thiết bị, dụng cụ cần phải cấy ghép vào cơ thể để duy trì sự sống;
- Chi phí gây mê/gây tê và chi phí chi trả cho Bác sĩ gây mê/gây tê;
- Chi phí cho các thiết bị, dụng cụ được sử dụng trong Phẫu thuật.

2.23 Tình trạng tồn tại trước: là

- Tình trạng Bệnh/Thương tật của Người được bảo hiểm đã được bác sĩ khám, chẩn đoán hoặc điều trị trước Ngày hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này hoặc ngày khôi phục hiệu lực gần nhất (nếu có). Hồ sơ y tế, tiền sử bệnh được lưu giữ tại bệnh viện hoặc cơ sở y tế được thành lập hợp pháp hoặc các thông tin do Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm tự kê khai được xem là bằng chứng đầy đủ và hợp pháp về Tình trạng tồn tại trước.
- Các dấu hiệu hoặc triệu chứng, có liên quan đến Bệnh/Thương tật khiến cho Người được bảo hiểm phải điều trị hoặc chữa Bệnh/Thương tật, có trước Ngày hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này hoặc ngày khôi phục hiệu lực gần nhất (nếu có) 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.

2.24 Bệnh: Bệnh phải được Bác sĩ chẩn đoán, chỉ định điều trị và là nguyên nhân trực tiếp, độc lập với các nguyên nhân khác gây ảnh hưởng đến sức khỏe và dẫn đến việc điều trị của Người được bảo hiểm.

2.25 Thương tật: là thương tích trên thân thể Người được bảo hiểm do Tai nạn gây ra và được Bác sĩ chỉ định điều trị.

2.26 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 và gây ra Thương tật hoặc tử vong cho Người được bảo hiểm. Các sự kiện chỉ được xem là Tai nạn theo định nghĩa trong Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này, nếu hội đủ các điều kiện sau:

- Xảy ra ngoài sự tiên liệu, kiểm soát cũng như ý muốn của Người được bảo hiểm;

- Phải là nguyên nhân trực tiếp và duy nhất gây ra Thương tật hoặc tử vong cho Người được bảo hiểm trong vòng một trăm tám mươi (180) ngày kể từ ngày xảy ra Tai nạn.

2.27 Ung thư: là bất kỳ khối u ác tính nào được chẩn đoán, xác định có bằng chứng kết quả mô học và được đặc trưng bởi sự tăng trưởng vô tổ chức và không kiểm soát của các tế bào ác tính, xâm lấn và phá hủy các mô bình thường. Thuật ngữ khối u ác tính bao gồm cả bệnh bạch cầu (leukemia), ung thư hạch bạch huyết (lymphoma) và ung thư mô liên kết (sarcoma).

Từ định nghĩa trên, loại trừ các trường hợp Ung thư được phân loại thuộc bất kỳ dạng mô học nào sau đây:

- Tiền ác tính;
- Không xâm lấn;
- Ung thư biểu mô tại chỗ (carcinoma in situ);
- Giáp biên ác (borderline malignancy);
- Loại có khả năng ác tính (malignant potential);
- Tất cả các khối u bàng quang giai đoạn T1N0M0 theo phân loại mô học TNM;
- Tất cả các khối u tuyến giáp giai đoạn T1N0M0 theo phân loại mô học TNM;
- Tất cả các khối u tiền liệt tuyến giai đoạn T1N0M0 theo phân loại mô học TNM;
- Bệnh bạch cầu lympho mạn tính được xếp loại giai đoạn thấp hơn giai đoạn 3 theo phân loại RAI;
- Tất cả các loại ung thư ở người nhiễm HIV;
- Tất cả các loại ung thư da, ngoại trừ ung thư tế bào hắc tố (Melanoma).

2.28 Điều trị Ung thư: là việc điều trị ung thư bằng phương pháp hóa trị và/hoặc xạ trị và/hoặc phẫu thuật theo chỉ định của Bác sĩ, bao gồm Điều trị nội trú, Điều trị trong ngày và Điều trị ngoại trú.

2.29 Dị tật bẩm sinh/Bệnh bẩm sinh: là sự phát triển bất thường tồn tại ngay từ khi Người được bảo hiểm mới sinh ra hoặc phát triển sau khi Người được bảo hiểm được sinh ra, có thể là do di truyền, mắc phải do ảnh hưởng của các biến cố trong tử cung hoặc do sự kết hợp của các nguyên nhân trên, cho dù Người được bảo hiểm có biết hay không. Quyền lợi Dị tật bẩm sinh/Bệnh bẩm sinh của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này chỉ được chi trả khi Người được bảo hiểm được chẩn đoán bởi Bác sĩ sau sáu (06) tháng tuổi.

2.30 Biến chứng thai sản: là những biến chứng xảy ra do quá trình mang thai và sinh đẻ của Người được bảo hiểm. Trong phạm vi bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này, Biến chứng thai sản chỉ bao gồm:

- a) Thai lưu từ tuần thứ hai mươi (20) của thai kỳ trở đi;
- b) Thai trứng;
- c) Thai ngoài tử cung;
- d) Thuyên tắc ối;
- e) Vỡ tử cung;
- f) Băng huyết sau khi sinh;
- g) Sốt nhau thai trong tử cung sau khi sinh có gây biến chứng nhiễm trùng;
- h) Phá thai điều trị bao gồm các trường hợp phá thai do các bệnh lý di truyền/dị tật bẩm sinh/bệnh bẩm sinh của thai nhi hoặc phải chấm dứt thai kỳ để bảo vệ tính mạng của người mẹ theo chỉ định của Bác sĩ;
- i) Biến chứng của các nguyên nhân trên.

2.31 Bệnh đặc biệt: là các bệnh gồm ung thư; cao huyết áp; bệnh tim; bướu cổ; đục thủy tinh thể; tăng nhãn áp; bệnh liên quan đến tai, mũi, họng cần phẫu thuật; hen suyễn; viêm xoang mạn tính; lao phổi; viêm gan (A, B, C); viêm túi mật mạn tính; sỏi mật; chứng sa ruột; phì đại tuyến tiền liệt; bệnh trĩ và rò hậu môn; khối u/nang/polyp/nhân/bướu; lạc nội mạc tử cung; viêm tắc mạch huyết khối (bệnh Buerger); giãn tĩnh mạch; viêm khớp; chứng đau nửa đầu (Migraine); loét dạ dày, tá tràng; Parkinson; đái tháo đường.

2.32 Cấy ghép nội tạng: là việc Phẫu thuật cấy ghép thận, tim, gan, lách, phổi, tủy xương, hoặc tuyến tụy cho Người được bảo hiểm, được tiến hành bởi Bác sĩ tại Bệnh viện.

Hanwha Life Việt Nam sẽ chi trả chi phí Cấy ghép nội tạng chỉ bao gồm:

- Chi phí y tế thực tế liên quan đến người nhận tạng (Người được bảo hiểm); và
- Chi phí Phẫu thuật cho người hiến tạng (không phải Người được bảo hiểm), chi phí này không quá năm mươi phần trăm (50%) Giới hạn phụ của quyền lợi bảo hiểm Cấy ghép nội tạng.

Chi phí Cấy ghép nội tạng không bao gồm chi phí cho các dịch vụ phát sinh liên quan đến việc xác định, mua tạng cho việc cấy ghép và tất cả các chi phí vận chuyển, hành chính phát sinh liên quan đến việc Cấy ghép nội tạng.

2.33 Vật lý trị liệu: là phương pháp điều trị sử dụng các biện pháp vật lý để giảm đau, phục hồi chức năng hay các hoạt động bình thường hàng ngày của Người được bảo hiểm theo chỉ định của Bác sĩ (không phải phương pháp làm đẹp, thư giãn hoặc các phương pháp tương tự, hay tập sửa dáng đi) và việc điều trị này phải được thực hiện tại Bệnh viện và/hoặc Phòng khám.

2.34 Lọc thận (lọc máu ngoài thận): là quá trình để loại bỏ dịch, 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 và/hoặc lọc màng bụng.

2.35 Y học thay thế: là phương pháp điều trị theo y học dân tộc/y học cổ truyền và những phương pháp tương tự được thực hiện tại Bệnh viện và/hoặc Phòng khám mà không phải là phương pháp Tây y.

2.36 Y học hiện đại (Tây y): là ứng dụng các kiến thức khoa học sức khỏe, các nghiên cứu về y sinh học và công nghệ y học để chẩn đoán và chữa trị Bệnh/Thương tật thông qua thuốc men, phẫu thuật hoặc bằng các phương pháp trị liệu tiên tiến khác.

2.37 Thuốc điều trị: là các loại thuốc điều trị Cần thiết và hợp lý về mặt y tế và được kê toa bởi Bác sĩ. Các loại thuốc phải có trong danh mục đăng ký với cơ quan quản lý dược phẩm có thẩm quyền và không bao gồm thực phẩm chức năng, thuốc cho mục đích làm đẹp, mỹ phẩm, vitamin, thuốc bổ; ngoại trừ các vitamin, thuốc bổ cần thiết cho việc điều trị, được chỉ định bởi các Bác sĩ và chi phí cho các loại thuốc này được Hanwha Life Việt Nam chi trả tối đa bằng chi phí của các loại thuốc chính.

2.38 Lần thăm khám: là một lần Người được bảo hiểm đến khám tại Bệnh viện và/hoặc Phòng khám, được Bác sĩ chỉ định làm xét nghiệm, chẩn đoán và kê đơn Thuốc điều trị liên quan đến triệu chứng bệnh, Bệnh hay Thương tật.

Các trường hợp dưới đây sẽ được tính là một Lần thăm khám:

- Nhiều Bác sĩ, nhiều chuyên khoa cùng hội chẩn cho một (01) Người được bảo hiểm theo quy chế Bệnh viện; và/hoặc
- Người được bảo hiểm khám một chuyên khoa nhiều lần trong một (01) ngày tại nhiều Bệnh viện và/hoặc Phòng khám khác nhau nhưng cùng một (01) kết quả chẩn đoán Bệnh/Thương tật; và/hoặc
- Người được bảo hiểm khám nhiều chuyên khoa khác nhau ở cùng một (01) Bệnh viện và/hoặc Phòng khám cho cùng một (01) Bệnh/Thương tật do các Bác sĩ chỉ định trong một (01) ngày.

- 2.39** Điều trị nội trú: là việc điều trị y tế mà Người được bảo hiểm có làm thủ tục nhập viện, xuất viện và phải nằm viện qua đêm tại Bệnh viện theo chỉ định của Bác sĩ.
- 2.40** Điều trị ngoại trú: là việc Người được bảo hiểm được điều trị y tế tại Bệnh viện và/hoặc Phòng khám và không phải là Điều trị nội trú, không phải là Điều trị trong ngày.
- 2.41** Điều trị trong ngày: là việc Người được bảo hiểm được điều trị y tế tại Bệnh viện, có làm thủ tục nhập viện và xuất viện nhưng không nằm điều trị qua đêm tại Bệnh viện.
- 2.42** Đợt nằm viện: là một lần Điều trị nội trú để điều trị Bệnh/Thương tật của Người được bảo hiểm. Giấy ra viện là bằng chứng chứng minh một Đợt nằm viện.
- 2.43** Điều trị cấp cứu do Tai nạn: là việc điều trị tại Bệnh viện/Phòng khám hoặc tại khoa điều trị ngoại trú của Bệnh viện cho trường hợp Người được bảo hiểm bị Tai nạn dẫn đến tổn thương và cần phải điều trị trong vòng hai mươi bốn (24) giờ kể từ khi xảy ra Tai nạn (ngoại trừ Điều trị tổn thương răng do Tai nạn và Điều trị cấp cứu thai sản do Tai nạn).
- 2.44** Điều trị tổn thương răng do Tai nạn: là việc điều trị tại Bệnh viện cho trường hợp Người được bảo hiểm bị Tai nạn dẫn đến tổn thương đối với răng tự nhiên và cần phải điều trị răng trong vòng bảy (07) ngày kể từ ngày xảy ra Tai nạn. Chi phí y tế thực tế liên quan đến việc điều trị răng này chỉ bao gồm chi phí tư vấn nha khoa, chi phí cầm máu, chi phí nhổ răng, lấy tủy răng, chi phí chụp X-quang.

Điều trị tổn thương răng do Tai nạn không bao gồm:

- Các tổn thương do Tai nạn trong quá trình ăn uống;
 - Các tổn thương do Tai nạn trong quá trình bào mòn tự nhiên của răng;
 - Các tổn thương do Tai nạn trong khi đánh răng hoặc bất kỳ các phương pháp vệ sinh răng miệng nào khác.
- 2.45** Đồng chi trả: là tỷ lệ phần trăm (%) của Chi phí y tế thực tế mà Người được bảo hiểm hoặc Bên mua bảo hiểm phải chi trả, được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các thỏa thuận sửa đổi, bổ sung bằng văn bản hoặc các hình thức giao dịch khác theo quy định của pháp luật (nếu có). Hanwaha Life Việt Nam sẽ chi trả tỷ lệ phần trăm (%) còn lại của Chi phí y tế thực tế nhưng không được vượt quá phạm vi bảo hiểm được quy định tại Điều 4 trong Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này.

Đồng chi trả được Hanwaha Life Việt Nam cung cấp tại thời điểm Bên mua bảo hiểm yêu cầu tham gia hoặc tại thời điểm Bên mua bảo hiểm yêu cầu thay đổi Đồng chi trả của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này, được áp dụng như sau:

- Đối với Chương trình bảo hiểm Cơ bản: Bên mua bảo hiểm có thể lựa chọn Đồng chi trả không phần trăm (0%) hoặc Đồng chi trả mười lăm phần trăm (15%) cho Quyền lợi điều trị nội trú.
- Đối với Chương trình bảo hiểm Nâng cao/Chương trình bảo hiểm Ưu việt/Chương trình bảo hiểm Toàn diện:
 - Quyền lợi điều trị nội trú: Bên mua bảo hiểm có thể lựa chọn Đồng chi trả không phần trăm (0%) hoặc Đồng chi trả mười lăm phần trăm (15%).
 - Quyền lợi điều trị ngoại trú: Đồng chi trả mười lăm phần trăm (15%) trong suốt Thời hạn bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này.
- Đối với Chương trình bảo hiểm Hoàn hảo, Bên mua bảo hiểm có thể lựa chọn:
 - Đồng chi trả không phần trăm (0%) cho tất cả Quyền lợi điều trị nội trú, Quyền lợi điều trị ngoại trú, Quyền lợi chăm sóc nha khoa và Quyền lợi chăm sóc thai sản; hoặc
 - Đồng chi trả mười lăm phần trăm (15%) cho tất cả Quyền lợi điều trị nội trú, Quyền lợi điều trị ngoại trú, Quyền lợi chăm sóc nha khoa và Quyền lợi chăm sóc thai sản.

Đồng chi trả sẽ được miễn áp dụng trong trường hợp Chi phí y tế thực tế đã được thanh toán trước bởi bảo hiểm y tế nhà nước và/hoặc sản phẩm bảo hiểm sức khỏe có quyền lợi chi trả Chi phí y tế thực tế của bất kỳ công ty bảo hiểm nhân thọ hoặc phi nhân thọ nào. Hanwha Life Việt Nam sẽ thanh toán số tiền còn lại của Chi phí y tế thực tế sau khi trừ đi chi phí y tế đã được thanh toán bởi bảo hiểm y tế nhà nước và/hoặc sản phẩm bảo hiểm sức khỏe có quyền lợi chi trả Chi phí y tế thực tế của bất kỳ công ty bảo hiểm nhân thọ hoặc phi nhân thọ nào.

2.46 Tiền giường/phòng: là tiền giường/phòng của Người được bảo hiểm khi Điều trị nội trú, bao gồm tiền ăn tiêu chuẩn.

2.47 Điều trị trước khi nhập viện: chỉ bao gồm các dịch vụ thăm khám, chẩn đoán, thuốc và các xét nghiệm cần thiết gần nhất theo chỉ định của Bác sĩ, được thực hiện trong vòng ba mươi (30) ngày trước khi nhập viện để Điều trị nội trú và có liên quan trực tiếp đến Bệnh/Thương tật của Người được bảo hiểm mà Người được bảo hiểm phải Điều trị nội trú sau đó.

2.48 Điều trị sau khi xuất viện: chỉ bao gồm dịch vụ tái khám, chẩn đoán, thuốc và các xét nghiệm cần thiết theo chỉ định của Bác sĩ, được thực hiện trong vòng sáu mươi (60) ngày sau khi Điều trị nội trú và có liên quan trực tiếp đến Bệnh/Thương tật mà Người được bảo hiểm đã Điều trị nội trú trước đó.

2.49 Tiền giường cho người chăm sóc: là Chi phí y tế thực tế từ tiền giường mỗi ngày cho một (01) người chăm sóc lưu lại Bệnh viện trong cùng một phòng bệnh để chăm sóc Người được bảo hiểm dưới mười tám (18) tuổi phải Điều trị nội trú.

2.50 Tiền giường/phòng của Khoa/phòng chăm sóc đặc biệt (ICU): là tiền giường/phòng của Người được bảo hiểm khi Điều trị nội trú, bao gồm tiền ăn tiêu chuẩn tại Khoa/phòng chăm sóc đặc biệt (ICU).

2.51 Chi phí Điều trị nội trú khác: là các Chi phí y tế thực tế từ việc Điều trị nội trú và chỉ bao gồm:

- Chi phí khám và chăm sóc y tế;
- Chi phí Thuốc điều trị;
- Chi phí quần áo, băng, nẹp và nẹp thạch cao (loại trừ chân, tay giả, dụng cụ lắp ghép nhân tạo);
- Chi phí tiêm truyền tĩnh mạch;
- Chi phí xét nghiệm, X-quang, MRI, CT, PET hoặc các chẩn đoán hình ảnh khác;
- Chi phí thở o-xy và các thiết bị liên quan;
- Chi phí đồng vị phóng xạ và các xét nghiệm liên quan;
- Chi phí truyền máu, chi phí máu, huyết tương;
- Chi phí Vật tư tiêu hao.

2.52 Chăm sóc y tế tại nhà: là dịch vụ chăm sóc tại nhà cho Người được bảo hiểm do Bác sĩ hoặc Y tá/Điều dưỡng được cấp giấy phép hành nghề hợp pháp thực hiện theo chỉ định của Bác sĩ tại Bệnh viện.

Việc chăm sóc y tế tại nhà này phải liên quan đến việc điều trị mà Người được bảo hiểm đã Điều trị nội trú trước đó và phải được thực hiện trong vòng ba mươi (30) ngày kể từ ngày xuất viện.

2.53 Chi phí xe cấp cứu: là chi phí vận chuyển cấp cứu và chăm sóc trong quá trình vận chuyển Người được bảo hiểm đang trong Tình trạng nguy cấp tới Bệnh viện/Phòng khám gần nhất hoặc từ một Bệnh viện/Phòng khám đến một Bệnh viện/Phòng khám khác trên xe cấp cứu của Bệnh viện/Phòng khám, trung tâm cấp cứu, dịch vụ cấp cứu hợp pháp theo quy định của nước sở tại.

Chi phí xe cấp cứu không bao gồm Chi phí xe cấp cứu trong trường hợp thai sản, trừ trường hợp Điều trị cấp cứu thai sản do Tai nạn.

2.54 Tình trạng nguy cấp: là tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm thay đổi đột ngột, bất ngờ, không lường trước do Bệnh/Thương tật, đòi hỏi phải có sự điều trị y tế khẩn cấp, ngay lập tức theo ý kiến Bác sĩ để duy trì sự sống của Người được bảo hiểm, hoặc để Người được bảo hiểm 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 của Người được bảo hiểm. Mức độ trầm trọng sẽ được đánh giá theo hoàn cảnh của từng địa phương, bản chất của điều trị cấp cứu và sự có sẵn các phương tiện cấp cứu của từng địa phương.

2.55 Chi phí điều trị nha khoa: là Chi phí y tế thực tế phát sinh tại Bệnh viện và/hoặc Phòng khám và chỉ bao gồm:

- Chi phí Bác sĩ khám/chẩn đoán nha khoa;
- Chi phí điều trị viêm nướu, viêm nha chu;
- Chi phí Thuốc điều trị;
- Chi phí trám răng bằng chất liệu amalgam, composite, GIC hoặc các chất liệu tương đương;
- Chi phí chẩn đoán bằng hình ảnh X-quang theo chỉ định của Bác sĩ nha khoa;
- Chi phí điều trị tủy răng;
- Chi phí nhổ răng sâu (không phẫu thuật);
- Chi phí cắt u mô cứng của răng, cắt cuống răng (loại trừ răng khôn);
- Chi phí cạo vôi răng.

2.56 Sinh thường: là việc sinh con tự nhiên của Người được bảo hiểm tại Bệnh viện mà không cần can thiệp bằng Phẫu thuật và được thể hiện trên giấy ra viện.

2.57 Sinh mổ: là việc sinh con của Người được bảo hiểm tại Bệnh viện mà cần phải can thiệp Phẫu thuật và được thể hiện trên giấy ra viện.

2.58 Chi phí sinh: tất cả các Chi phí y tế thực tế phát sinh tại Bệnh viện, liên quan đến việc Sinh thường hoặc Sinh mổ của Người được bảo hiểm.

2.59 Điều trị cấp cứu thai sản do Tai nạn: là việc điều trị liên quan đến thai sản của Người được bảo hiểm đang trong Tình trạng nguy cấp khi xảy ra Tai nạn và chỉ bao gồm các dịch vụ trong phòng cấp cứu tại Bệnh viện/Phòng khám.

2.60 Chi phí dưỡng nhi: là các Chi phí y tế thực tế cần thiết phát sinh trong vòng bảy (07) ngày kể từ khi Người được bảo hiểm sinh con, để điều trị Bệnh của trẻ sơ sinh (là con vừa sinh của Người được bảo hiểm) tại Bệnh viện. Chi phí dưỡng nhi không bao gồm các chi phí liên quan đến Dự tật bẩm sinh/Bệnh bẩm sinh như: chi phí khám, chẩn đoán, xét nghiệm hoặc điều trị.

Điều 3: Chương trình bảo hiểm, Lựa chọn quyền lợi bảo hiểm, Giới hạn phạm vi địa lý

3.1 Chương trình bảo hiểm:

Bên mua bảo hiểm có thể chọn một (01) trong năm (05) Chương trình bảo hiểm đang được Hanwha Life Việt Nam cung cấp tại thời điểm Bên mua bảo hiểm yêu cầu tham gia hoặc tại thời điểm Bên mua bảo hiểm yêu cầu thay đổi Chương trình bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này, với Số tiền bảo hiểm tối đa cho một (01) năm như sau:

Chương trình bảo hiểm		Cơ bản	Nâng cao	Ưu việt	Toàn diện	Hoàn hảo
Số tiền bảo hiểm tối đa/năm						
Quyền lợi điều trị nội trú		125.000.000	250.000.000	500.000.000	1.000.000.000	1.500.000.000
Quyền lợi bổ sung	Quyền lợi điều trị ngoại trú	Không áp dụng	5.000.000	10.000.000	20.000.000	30.000.000
	Quyền lợi chăm sóc nha khoa	Không áp dụng	Không áp dụng	Không áp dụng	Không áp dụng	15.000.000
	Quyền lợi chăm sóc thai sản	Không áp dụng	Không áp dụng	Không áp dụng	Không áp dụng	50.000.000

3.2 Lựa chọn quyền lợi bảo hiểm:

Trong cùng Chương trình bảo hiểm và trong suốt Thời hạn bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm có thể lựa chọn quyền lợi bảo hiểm đang được Hanwha Life Việt Nam cung cấp tại thời điểm Bên mua bảo hiểm yêu cầu tham gia hoặc tại thời điểm Bên mua bảo hiểm yêu cầu thay đổi quyền lợi bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này như sau:

- Đối với Chương trình bảo hiểm Cơ bản: Người được bảo hiểm chỉ tham gia Quyền lợi điều trị nội trú.
- Đối với Chương trình bảo hiểm Nâng cao/Chương trình bảo hiểm Ưu việt/Chương trình bảo hiểm Toàn diện: Người được bảo hiểm được tham gia:
 - ✓ Quyền lợi điều trị nội trú; hoặc
 - ✓ Quyền lợi điều trị nội trú và Quyền lợi điều trị ngoại trú.
- Đối với Chương trình bảo hiểm Hoàn hảo:
 - ✓ Người được bảo hiểm là nam: bắt buộc tham gia đồng thời Quyền lợi điều trị nội trú, Quyền lợi điều trị ngoại trú và Quyền lợi chăm sóc nha khoa.
 - ✓ Người được bảo hiểm là nữ có Tuổi tham gia bảo hiểm lớn hơn năm mươi (50) tuổi: bắt buộc tham gia đồng thời Quyền lợi điều trị nội trú, Quyền lợi điều trị ngoại trú và Quyền lợi chăm sóc nha khoa.
 - ✓ Người được bảo hiểm là nữ có Tuổi tham gia bảo hiểm từ ba mươi (30) ngày tuổi đến năm mươi (50) tuổi: bắt buộc tham gia đồng thời Quyền lợi điều trị nội trú, Quyền lợi điều trị ngoại trú, Quyền lợi chăm sóc nha khoa và Quyền lợi chăm sóc thai sản.

3.3 Giới hạn phạm vi địa lý:

Quyền lợi bảo hiểm được áp dụng trong các phạm vi địa lý tùy theo Chương trình bảo hiểm và quyền lợi bảo hiểm mà Người được bảo hiểm tham gia:

Chương trình bảo hiểm	Cơ bản	Nâng cao	Ưu việt	Toàn diện	Hoàn hảo
Quyền lợi điều trị nội trú	Việt Nam	Châu Á(*)	Toàn Cầu(**)	Toàn Cầu(**)	Toàn Cầu(**)
Quyền lợi điều trị ngoại trú	Không áp dụng	Việt Nam	Việt Nam	Việt Nam	Việt Nam
Quyền lợi chăm sóc nha khoa	Không áp dụng	Không áp dụng	Không áp dụng	Không áp dụng	Việt Nam
Quyền lợi chăm sóc thai sản	Không áp dụng	Không áp dụng	Không áp dụng	Không áp dụng	Việt Nam

(*) Châu Á sẽ bao gồm các quốc gia: Afghanistan, Bangladesh, Bhutan, Brunei, Cambodia, China (bao gồm Hong Kong và Macau), India, Indonesia, Japan, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Laos, Malaysia, Maldives, Mongolia, Myanmar, Nepal, North Korea, Pakistan, Philippines, Singapore, Korea, Sri Lanka, Taiwan, Thailand, Timor-Leste, Turkmenistan, Uzbekistan và Việt Nam.

(**) Toàn Cầu sẽ không bao gồm United States và Canada.

Điều 4: Quyền lợi bảo hiểm

4.1 Quyền lợi điều trị nội trú:

Trong thời hạn hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này và sau Thời gian chờ, Hanwaha Life Việt Nam sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế sau khi trừ đi khoản Đồng chi trả (nếu có) nếu Người được bảo hiểm phải điều trị tại Bệnh viện và trong Giới hạn phạm vi địa lý áp dụng cho quyền lợi bảo hiểm này. Trong bất kỳ trường hợp nào, số tiền chi trả cho Quyền lợi điều trị nội trú sẽ không vượt quá phạm vi bảo hiểm như quy định trong bảng sau đây:

Đơn vị tính: Đồng Việt Nam

Chương trình bảo hiểm	Đơn vị	Cơ bản	Nâng cao	Ưu việt	Toàn diện	Hoàn hảo
Số tiền bảo hiểm tối đa	1 năm	125.000.000	250.000.000	500.000.000	1.000.000.000	1.500.000.000
Đồng chi trả		Lựa chọn 0% hoặc 15%				0% hoặc 15%
GIỚI HẠN PHỤ						
Phần I. Điều trị nội trú						
1. Tiền giường/phòng (Tối đa 45 ngày/năm)	1 ngày	700.000	1.400.000	2.500.000	3.000.000	6.000.000
2. Tiền giường/phòng của Khoa/phòng chăm sóc đặc biệt (ICU) (Tối đa 15 ngày/năm)	1 ngày	1.000.000	2.000.000	3.000.000	5.000.000	10.000.000
3. Điều trị trước khi nhập viện 4. Điều trị sau khi xuất viện 5. Điều trị nội trú khác	1 năm	10.000.000	25.000.000	50.000.000	80.000.000	100.000.000
6. Tiền giường cho người chăm sóc (Tối đa 20 ngày/năm)	1 ngày	300.000	500.000	750.000	1.500.000	3.000.000
7. Chăm sóc y tế tại nhà (Tối đa 20 ngày/năm)	1 ngày	150.000	250.000	350.000	700.000	1.000.000

Chương trình bảo hiểm	Đơn vị	Cơ bản	Nâng cao	Ưu việt	Toàn diện	Hoàn hảo
8. Chi phí Phẫu thuật	1 Đợt nằm viện	12.000.000	25.000.000	50.000.000	80.000.000	100.000.000
9. Điều trị tổn thương răng do Tai nạn	1 Tai nạn	1.000.000	2.000.000	4.000.000	7.000.000	12.000.000
Phần II. Điều trị cấp cứu						
10. Điều trị cấp cứu do Tai nạn	1 Tai nạn	1.500.000	2.500.000	5.000.000	10.000.000	15.000.000
11. Chi phí xe cấp cứu	1 năm	1.000.000	2.000.000	4.000.000	7.000.000	12.000.000
Phần III. Điều trị trong ngày						
12. Điều trị trong ngày	1 năm	1.000.000	2.000.000	4.000.000	7.000.000	12.000.000
13. Điều trị trong ngày do Tai nạn	1 năm	2.000.000	4.000.000	8.000.000	14.000.000	25.000.000
Phần IV. Các quyền lợi điều trị đặc biệt						
Các quyền lợi bảo hiểm liệt kê dưới đây sẽ được chi trả theo Giới hạn phụ quy định tại Phần IV này và các Chi phí y tế thực tế liên quan sẽ không vượt quá Giới hạn phụ quy định tại Phần I, Phần II, Phần III nêu trên.						
14. Lọc thận (lọc máu ngoài thận)	1 năm	2.000.000	4.000.000	8.000.000	15.000.000	25.000.000
15. Vật lý trị liệu (cho Điều trị nội trú và Điều trị trong ngày)	1 năm	Không áp dụng	1.000.000	2.000.000	4.000.000	8.000.000
16. Dị tật bẩm sinh/Bệnh bẩm sinh	trọn đời	8.000.000	15.000.000	25.000.000	35.000.000	45.000.000
17. Biến chứng thai sản	1 năm	8.000.000	15.000.000	25.000.000	35.000.000	45.000.000
18. Điều trị Ung thư	1 năm	125.000.000	250.000.000	500.000.000	1.000.000.000	1.500.000.000
19. Cấy ghép nội tạng (bao gồm chi phí cho người hiến tạng)	1 năm	125.000.000	250.000.000	500.000.000	1.000.000.000	1.500.000.000

4.2 Quyền lợi bổ sung:

4.2.1 Quyền lợi điều trị ngoại trú:

Trong thời hạn hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này và sau Thời gian chờ, Hanwha Life Việt Nam sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế sau khi trừ đi khoản Đồng chi trả (nếu có) nếu Người được bảo hiểm phải Điều trị ngoại trú tại Bệnh viện và/hoặc Phòng khám và trong Giới hạn phạm vi địa lý áp dụng cho quyền lợi bảo hiểm này. Trong bất kỳ trường hợp nào, số tiền chi trả cho Quyền lợi điều trị ngoại trú sẽ không vượt quá phạm vi bảo hiểm như quy định trong bảng sau đây:

Chương trình bảo hiểm	Đơn vị	Cơ bản	Nâng cao	Ưu việt	Toàn diện	Hoàn hảo
Số tiền bảo hiểm tối đa	1 năm	Không áp dụng	5.000.000	10.000.000	20.000.000	30.000.000
Đồng chi trả		Không áp dụng	15%			0% hoặc 15%
GIỚI HẠN PHỤ						
1. Y học hiện đại (Tây y) (bao gồm các chi phí thăm khám và điều trị tại các Bệnh viện/Phòng khám của Bác sĩ, Bác sĩ chuyên khoa, chuyên gia Vật lý trị liệu, chuyên gia nắn khớp xương theo chỉ định của Bác sĩ điều trị; và các chi phí xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh theo chỉ định của Bác sĩ và thuốc được kê toa)	1 Lần thăm khám	Không áp dụng	1.000.000	2.000.000	4.000.000	6.000.000
2. Y học thay thế	1 năm	Không áp dụng	1.500.000	3.000.000	4.000.000	5.000.000

4.2.2 Quyền lợi chăm sóc nha khoa, Quyền lợi chăm sóc thai sản (chỉ áp dụng cho Chương trình bảo hiểm Hoàn hảo):

Trong thời hạn hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này và sau Thời gian chờ, Hanwha Life Việt Nam sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế sau khi trừ đi khoản Đồng chi trả (nếu có) nếu Người được bảo hiểm thực hiện chăm sóc nha khoa và/hoặc chăm sóc thai sản trong Giới hạn phạm vi địa lý áp dụng cho quyền lợi bảo hiểm này. Trong bất kỳ trường hợp nào, số tiền chi trả cho Quyền lợi chăm sóc nha khoa, Quyền lợi chăm sóc thai sản sẽ không vượt quá phạm vi bảo hiểm như quy định trong bảng sau đây:

Đơn vị tính: Đồng Việt Nam

Chương trình bảo hiểm	Đơn vị	Hoàn hảo
A. Quyền lợi chăm sóc nha khoa		
Số tiền bảo hiểm tối đa	1 năm	15.000.000
Đồng chi trả		0% hoặc 15%
GIỚI HẠN PHỤ		
1. Chi phí điều trị nha khoa	1 Lần thăm khám	5.000.000
2. Cạo vôi răng (*) bao gồm trong Giới hạn phụ đối với Chi phí điều trị nha khoa ở trên	1 năm	1.500.000 (*)
B. Quyền lợi chăm sóc thai sản		
Số tiền bảo hiểm tối đa		
I. Sinh thường	1 năm	30.000.000
II. Sinh mổ	1 năm	50.000.000

Chương trình bảo hiểm	Đơn vị	Hoàn hảo
Đồng chi trả		0% hoặc 15%
GIỚI HẠN PHỤ		
1. Tiền giường/phòng (Tối đa: 45 ngày/năm)	1 ngày	6.000.000
2. Tiền giường/phòng của Khoa/phòng chăm sóc đặc biệt (ICU) (Tối đa: 30 ngày/năm)	1 ngày	10.000.000
3. Kiểm tra tiền sản và xét nghiệm (Tối đa 3 lần/năm)	1 năm	3.000.000
4. Chi phí dưỡng nhi (Tối đa 15 ngày/năm)	1 ngày	5.000.000
5. Chi phí sinh	1 năm	Theo Chi phí y tế thực tế
6. Điều trị cấp cứu thai sản do Tai nạn	1 năm	20.000.000

Quyền lợi chăm sóc thai sản chỉ được áp dụng đối với Người được bảo hiểm có giới tính là nữ tham gia Chương trình bảo hiểm Hoàn hảo và có Tuổi tham gia bảo hiểm không quá năm mươi (50) tuổi.

Quyền lợi chăm sóc thai sản bắt đầu có hiệu lực kể từ:

- Ngày hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này nếu Tuổi tham gia bảo hiểm của Người được bảo hiểm từ mười tám (18) tuổi đến năm mươi (50) tuổi; hoặc
- Ngày gia hạn hợp đồng ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt mười tám (18) tuổi nếu Tuổi tham gia bảo hiểm của Người được bảo hiểm từ ba mươi (30) ngày tuổi đến mười bảy (17) tuổi.

Quyền lợi chăm sóc thai sản sẽ chấm dứt hiệu lực tại Ngày gia hạn hợp đồng ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt năm mươi lăm (55) tuổi.

Điều 5: Quyền của Bên mua bảo hiểm

Trong thời hạn hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này và với điều kiện Hanwha Life Việt Nam vẫn đang cung cấp các Chương trình bảo hiểm, quyền lợi bổ sung, lựa chọn Đồng chi trả của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu thay đổi:

- Chương trình bảo hiểm; và/hoặc
- Quyền lợi bổ sung trong cùng Chương trình bảo hiểm; và/hoặc
- Lựa chọn Đồng chi trả của Quyền lợi điều trị nội trú đối với Chương trình bảo hiểm Cơ bản/Chương trình bảo hiểm Nâng cao/Chương trình bảo hiểm Ưu việt/Chương trình bảo hiểm Toàn diện; hoặc
- Lựa chọn Đồng chi trả của Chương trình bảo hiểm Hoàn hảo.

Trong mọi trường hợp, việc thay đổi phải đáp ứng quy định Lựa chọn quyền lợi bảo hiểm tại Điều 3.2 và lựa chọn Đồng chi trả tại Điều 2.45 trong Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này.

Việc thay đổi sẽ được thực hiện vào Ngày gia hạn hợp đồng bằng cách Bên mua bảo hiểm gửi thông báo bằng văn bản cho Hanwha Life Việt Nam ít nhất ba mươi (30) ngày trước Ngày gia hạn hợp đồng của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này. Nếu được Hanwha Life Việt Nam chấp thuận, việc thay đổi Chương trình bảo hiểm và/hoặc quyền lợi bổ sung và/hoặc Đồng chi trả sẽ có hiệu lực kể từ thời điểm nêu tại văn bản chấp thuận của Hanwha Life Việt Nam. Sau khi thay đổi, các quyền lợi bảo hiểm và Phí bảo hiểm sẽ được điều chỉnh tương ứng.

Điều 6: Phí bảo hiểm

6.1 Bên mua bảo hiểm có nghĩa vụ đóng Phí bảo hiểm đầy đủ và đúng hạn ngay cả khi không nhận được thông báo về việc đóng Phí bảo hiểm định kỳ từ Hanwha Life Việt Nam.

6.2 Hanwha Life Việt Nam có thể thay đổi biểu phí bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này với sự chấp thuận của Bộ Tài chính. Biểu phí bảo hiểm mới sẽ được áp dụng vào Ngày gia hạn hợp đồng kế tiếp và Hanwha Life Việt Nam sẽ thông báo cho Bên mua bảo hiểm bằng văn bản ít nhất ba mươi (30) ngày trước khi áp dụng. Biểu 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 phải thông báo bằng văn bản cho Hanwha Life Việt Nam yêu cầu chấm dứt hiệu lực sản phẩm bảo hiểm bổ sung này. Sau thời hạn ba mươi (30) ngày tính từ ngày Hanwha Life Việt Nam gửi văn bản thông báo về việc thay đổi biểu phí bảo hiểm, nếu Hanwha 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.

6.3 Đối với Hợp đồng bảo hiểm có tham gia đồng thời sản phẩm bảo hiểm bổ sung này và sản phẩm bảo hiểm/quyền lợi bảo hiểm miễn đóng phí/từ bỏ thu phí, khi yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm miễn đóng phí/từ bỏ thu phí được Hanwha Life Việt Nam chấp thuận, Bên mua bảo hiểm vẫn có nghĩa vụ đóng Phí bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này khi đến hạn đóng phí để duy trì hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này.

Điều 7: Thời gian gia hạn đóng phí và mất hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ sung

Thời gian gia hạn đóng phí của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này là sáu mươi (60) ngày kể từ ngày đến hạn đóng Phí bảo hiểm.

Trong thời gian gia hạn đóng phí, Người được bảo hiểm vẫn tiếp tục được bảo hiểm theo các quyền lợi bảo hiểm quy định trong Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này. Nếu sự kiện bảo hiểm xảy ra trong thời gian gia hạn đóng phí, Hanwha Life Việt Nam sẽ khấu trừ Phí bảo hiểm đến hạn chưa thanh toán trước khi chi trả quyền lợi bảo hiểm trong thời gian gia hạn đóng phí.

Nếu sau thời gian gia hạn đóng phí, Phí bảo hiểm không được thanh toán đầy đủ thì sản phẩm bảo hiểm bổ sung này sẽ mất hiệu lực từ ngày đến hạn đóng phí và Hanwha Life Việt Nam sẽ không thanh toán quyền lợi bảo hiểm cho bất kỳ sự kiện bảo hiểm nào phát sinh kể từ ngày kết thúc thời gian gia hạn đóng phí.

Điều 8: Khôi phục hiệu lực sản phẩm bảo hiểm bổ sung

8.1 Khi sản phẩm bảo hiểm bổ sung bị mất hiệu lực, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu Hanwha Life Việt Nam khôi phục hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này trong vòng chín mươi (90) ngày kể từ ngày sản phẩm bảo hiểm bổ sung này bị mất hiệu lực gần nhất, nếu đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

- Bên mua bảo hiểm thanh toán toàn bộ số Phí bảo hiểm chưa đóng tính đến ngày yêu cầu khôi phục hiệu lực sản phẩm bảo hiểm bổ sung này được Hanwha Life Việt Nam chấp thuận; và
- Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm vẫn đáp ứng mọi điều kiện để có thể được bảo hiểm; và
- Sản phẩm bảo hiểm chính đang có hiệu lực.

8.2 Nếu được Hanwha Life Việt Nam chấp thuận, ngày khôi phục hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này sẽ được ghi cụ thể trên văn bản chấp thuận của Hanwha Life Việt

Nam, với điều kiện Bên mua bảo hiểm còn sống hoặc đang hoạt động hợp pháp (nếu Bên mua bảo hiểm là một tổ chức) và Người được bảo hiểm còn sống vào thời điểm này.

Điều 9: Thay đổi liên quan đến sản phẩm bảo hiểm bổ sung

9.1 Thay đổi nơi cư trú và/hoặc nghề nghiệp

Bên mua bảo hiểm phải thông báo cho Hanwha Life Việt Nam bằng văn bản trong vòng ba mươi (30) ngày kể từ ngày Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm thay đổi nơi cư trú và/hoặc thay đổi nghề nghiệp. Trường hợp Người được bảo hiểm không còn cư trú tại Việt Nam trong thời gian ba (03) tháng trở lên và/hoặc thay đổi nghề nghiệp, Hanwha Life Việt Nam có quyền (i) xác định lại mức Phí bảo hiểm; hoặc (ii) chấm dứt hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này.

9.2 kê khai nhầm tuổi và giới tính của Người được bảo hiểm

Trường hợp nhầm lẫn khi kê khai ngày sinh và/hoặc giới tính của Người được bảo hiểm, Phí bảo hiểm sẽ được điều chỉnh lại tương ứng theo tuổi và/hoặc giới tính đúng theo các nguyên tắc sau:

- a) Nếu Phí bảo hiểm đã đóng thấp hơn Phí bảo hiểm tính theo tuổi và/hoặc giới tính đúng của Người được bảo hiểm, Hanwha Life Việt Nam sẽ không yêu cầu Bên mua bảo hiểm đóng bổ sung Phí bảo hiểm đã thiếu cho đến ngày điều chỉnh tuổi và/hoặc giới tính đúng.
 - Đối với sự kiện bảo hiểm phát sinh trước ngày điều chỉnh tuổi và/hoặc giới tính đúng, Hanwha Life Việt Nam sẽ chi trả các quyền lợi bảo hiểm tương ứng với tuổi và/hoặc giới tính đã được kê khai trước đó.
 - Đối với sự kiện bảo hiểm phát sinh kể từ ngày điều chỉnh tuổi và/hoặc giới tính đúng, Hanwha Life Việt Nam sẽ chi trả các quyền lợi bảo hiểm tương ứng với tuổi và/hoặc giới tính đã được điều chỉnh đúng.
- b) Nếu Phí bảo hiểm đã đóng cao hơn Phí bảo hiểm tính theo tuổi và/hoặc giới tính đúng của Người được bảo hiểm, Hanwha Life Việt Nam sẽ hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm phần Phí bảo hiểm dư đã đóng (không tính lãi). Đối với sự kiện bảo hiểm phát sinh trước và kể từ ngày điều chỉnh tuổi và/hoặc giới tính đúng, Hanwha Life Việt Nam sẽ chi trả các quyền lợi bảo hiểm tương ứng với tuổi và/hoặc giới tính đã được điều chỉnh đúng.
- c) Nếu theo tuổi và/hoặc giới tính đúng của Người được bảo hiểm không thuộc nhóm tuổi và/hoặc giới tính có thể được Hanwha Life Việt Nam chấp thuận bảo hiểm thì Hanwha Life Việt Nam có quyền chấm dứt hiệu lực sản phẩm bảo hiểm bổ sung này.

Điều 10: Chấm dứt hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ sung

10.1 Hanwha 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 tại bất kỳ thời điểm nào hoặc có quyền từ chối gia hạn hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này tại Ngày gia hạn hợp đồng kế tiếp, trong trường hợp có bằng chứng Người được bảo hiểm và/hoặc Bên mua bảo hiểm cố ý:

- Yêu cầu bồi thường không trung thực; hoặc
- Kê khai không chính xác, không trung thực và không đầy đủ về Tình trạng tồn tại trước của Người được bảo hiểm, mà theo đó, nếu với thông tin chính xác, Hanwha 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.

- 10.2** Hanwha 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 hợp đồng ba mươi (30) ngày cho Bên mua bảo hiểm bằng văn bản.
- 10.3** Sản phẩm bảo hiểm bổ sung này sẽ chấm dứt hiệu lực khi một trong các trường hợp sau xảy ra:
- Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt hiệu lực; hoặc
 - Thời hạn bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này kết thúc và không được gia hạn; hoặc
 - Người được bảo hiểm tử vong; hoặc
 - Vào Ngày gia hạn hợp đồng ngay sau khi Người được bảo hiểm tròn bảy mươi lăm (75) tuổi; hoặc
 - Bên mua bảo hiểm yêu cầu hủy bỏ sản phẩm bảo hiểm bổ sung này; hoặc
 - Khi Hanwha Life Việt Nam từ chối việc tiếp tục duy trì hiệu lực sản phẩm bảo hiểm bổ sung này theo quy định tại Điều 9, Điều 10.1 và Điều 10.2 trong Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này hoặc Bên mua bảo hiểm từ chối gia hạn sản phẩm bảo hiểm bổ sung này; hoặc
 - Sau chín mươi (90) ngày kể từ ngày sản phẩm bảo hiểm bổ sung này bị mất hiệu lực gần nhất và Hanwha Life Việt Nam không nhận được yêu cầu khôi phục hiệu lực; hoặc
 - Các trường hợp khác theo quy định của pháp luật.
- 10.4** Sản phẩm bảo hiểm bổ sung này hoặc các quyền lợi bổ sung cũng sẽ chấm dứt hiệu lực do những nguyên nhân khác được quy định cụ thể trong Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm bảo hiểm chính.
- 10.5** Trong trường hợp chấm dứt hiệu lực sản phẩm bảo hiểm bổ sung này theo quy định tại Điều 9.1, Điều 9.2 c), Điều 10.1:
- Nếu chưa có bất kỳ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm nào của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này được Hanwha Life Việt Nam chấp thuận chi trả trước ngày chấm dứt hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này, Hanwha Life Việt Nam sẽ hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm Phí bảo hiểm đã đóng (không tính lãi) cho khoảng thời gian sau ngày chấm dứt hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này; hoặc
 - Nếu có bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này được Hanwha Life Việt Nam chấp thuận chi trả trước ngày chấm dứt hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này, Hanwha Life Việt Nam sẽ không hoàn lại Phí bảo hiểm đã đóng cho khoảng thời gian sau ngày chấm dứt hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này, đồng thời không thu hồi các quyền lợi bảo hiểm đã được Hanwha Life Việt Nam chấp thuận chi trả trước đó.

Điều 11: Các quy định loại trừ trách nhiệm bảo hiểm

Hanwha Life Việt Nam sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm theo quy định tại Điều 4 trong Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này nếu:

- 11.1** Tình trạng tồn tại trước của Người được bảo hiểm không được khai báo hoặc Tình trạng tồn tại trước có khai báo nhưng Hanwha Life Việt Nam từ chối bảo hiểm bằng văn bản tại thời điểm thẩm định; hoặc
- 11.2** Việc điều trị y tế của Người được bảo hiểm xảy ra hoặc bắt đầu trong Thời gian chờ, trừ khi điều trị y tế do Tai nạn trong Thời gian chờ; hoặc
- 11.3** Sự kiện bảo hiểm phát sinh từ hoặc là hậu quả của:
- Phá thai mà không do nguyên nhân bệnh lý ngoại trừ các trường hợp điều trị Biến chứng thai sản được liệt kê tại Điều 2.30; hoặc kế hoạch hóa sinh đẻ; bất lực; vô sinh; xuất tinh sớm; mãn kinh; dậy thì sớm; rối loạn chức năng tình dục; hoặc

2. Tất cả các thăm khám, điều trị liên quan đến thai sản, sinh đẻ (bao gồm Sinh thường hoặc Sinh mổ), ngoại trừ Quyền lợi chăm sóc thai sản; hoặc
3. Các Biến chứng thai sản khác không được liệt kê trong Quyền lợi điều trị nội trú; hoặc
4. Việc thăm khám, kiểm tra, xét nghiệm và điều trị Bệnh/Thương tật không Cần thiết và hợp lý về mặt y tế và không phải là Mức chi phí y tế hợp lý và thông thường; hoặc
5. Việc khám sức khỏe tổng quát, kiểm tra sức khỏe định kỳ hoặc thực hiện các xét nghiệm tầm soát kể cả việc tiêm phòng; hoặc
6. Phẫu thuật thẩm mỹ, điều trị thẩm mỹ, các vấn đề về da, mụn trứng cá, nám da, tàn nhang, mụn thịt dư, khiếm khuyết sắc tố da, gàu; hoặc
7. Phẫu thuật tạo hình trừ khi Thương tật và Phẫu thuật tạo hình là cần thiết để khôi phục lại chức năng của Người được bảo hiểm; hoặc
8. Điều trị béo phì, giảm cân hoặc cải thiện cân nặng bất kể có Cần thiết và hợp lý về mặt y tế hay không; hoặc
9. Điều trị tâm thần, rối loạn cảm xúc, điều trị động kinh, rối loạn tâm lý, trầm cảm, mất ngủ, lo âu, rối loạn tăng động giảm chú ý, tự kỷ, rối loạn đọc viết ở trẻ em, những vấn đề về cách cư xử và những vấn đề liên quan đến sự phát triển thể chất, liệu pháp ngôn ngữ; hoặc
10. Tất cả các điều trị cho trạng thái thực vật (chết não) kể từ ngày chín mươi mốt (91) tính từ ngày bắt đầu điều trị; hoặc
11. Điều trị chứng nghiện rượu hoặc điều trị các tình trạng do lạm dụng ma túy và/hoặc chất kích thích, hoặc ảnh hưởng của rượu bia hoặc của bất kỳ loại thuốc nào, loại chất kích thích nào, trừ trường hợp có chỉ định của Bác sĩ với mục đích chữa Bệnh; hoặc
12. Phí vận chuyển đến nơi điều trị y tế ngoại trừ Chi phí xe cấp cứu; hoặc
13. Mua và thuê các bộ phận giả, dụng cụ chỉnh hình, vật tư thay thế, thiết bị y tế bao gồm nhưng không giới hạn máy thở áp lực âm, máy lọc thận và các thiết bị y tế bền vững (ví dụ như xe lăn và giường bệnh viện) được sử dụng ở nhà, ngoại trừ các thiết bị, dụng cụ cần phải cấy ghép vào cơ thể để duy trì sự sống; hoặc
14. Các công nghệ/quy trình/liệu pháp điều trị y tế thử nghiệm và/hoặc không chính thống; hoặc các Thuốc điều trị/dược phẩm/liệu pháp tế bào gốc mới chưa được phê chuẩn bởi chính phủ, các cơ quan có thẩm quyền liên quan và hiệp hội y tế được công nhận tại nước sở tại; hoặc
15. Mua nội tạng để Cấy ghép nội tạng (ngoại trừ chi phí mua trực tiếp từ Bệnh viện để cấy ghép vào Người được bảo hiểm); hoặc
16. Tất cả các chi phí phát sinh do Người được bảo hiểm chịu với tư cách là người hiến tạng; hoặc
17. Điều trị liên quan đến bệnh lý di truyền, khuyết tật bẩm sinh, Dị tật bẩm sinh/Bệnh bẩm sinh không theo quy định tại Điều 2.29, não úng thủy, cắt bao quy đầu, các hình thức hẹp bao quy đầu, vùi dương vật và các biến chứng của việc điều trị này; hoặc
18. Nhiễm HIV, bị AIDS hay các Bệnh có liên quan đến HIV/AIDS (ngoại trừ những trường hợp phơi nhiễm do nghề nghiệp như công an, bác sĩ/y tá/điều dưỡng); hoặc
19. Bệnh lây truyền qua đường tình dục; hoặc
20. Điều trị tật khúc xạ, tất cả các hình thức lác và thoái hóa tự nhiên của mắt; hoặc
21. Các phương pháp điều trị liên quan việc chuyển đổi giới tính bao gồm phẫu thuật, điều trị thuốc, tâm lý trị liệu kể cả các dịch vụ tương tự phát sinh liên quan trực tiếp hoặc gián tiếp đến quá trình điều trị; hoặc
22. Tự gây thương tích hoặc tự tử của Người được bảo hiểm, dù trong trạng thái tinh thần bình thường hay mất trí; hoặc

23. Chiến tranh (có tuyên bố hay không tuyên bố), xâm lược, hoạt động khủng bố, nổi loạn, cách mạng, nội chiến hoặc bất kỳ hoạt động mang tính chiến tranh nào; hoặc
24. Tham gia các phương tiện hoạt động trên không trừ khi với vai trò hành khách có mua vé của một hãng hàng không dân dụng có giấy phép hoạt động và lịch trình bay cố định; hoặc
25. Thương tích hoặc Bệnh phát sinh do Người được bảo hiểm tham gia (các) hoạt động thể thao chuyên nghiệp mà Người được bảo hiểm sẽ hoặc có thể có thu nhập hoặc tiền thù lao hoặc giành phần thưởng khi tham gia vào (các) môn thể thao đó; hoặc
26. Thương tích hoặc Bệnh phát sinh do các hoạt động leo núi, lặn, nhảy bungee, tham gia cuộc đua bao gồm nhưng không giới hạn chạy đua, trượt nước, bay lượn bằng dù, dù lượn, khinh khí cầu, xử lý chất nổ hoặc sử dụng súng cầm tay; hoặc
27. Việc nhiễm chất phóng xạ; hoặc
28. Hậu quả của hành động tấn công bằng vũ khí nguyên tử, vũ khí hóa học hoặc vũ khí sinh học; hoặc
29. Hành vi phạm tội của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm hay Người thụ hưởng theo pháp luật hiện hành của nước sở tại; hoặc
30. Bất kỳ tổn thất hoặc thương tích nào phát sinh từ việc gây gỗ, ẩu đả (ngoại trừ trường hợp phòng vệ chính đáng) hoặc tham gia góp phần trong việc khởi xướng và/hoặc lôi kéo gây gỗ, ẩu đả; hoặc khi đang thực hiện hành vi vi phạm pháp luật hoặc đang bị bắt giữ, trong thời gian giam giữ hoặc trốn thoát khỏi sự bắt giữ.

Điều 12: Thủ tục giải quyết quyền lợi bảo hiểm

- 12.1** Tùy theo quyền lợi bảo hiểm được yêu cầu chi trả, người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải cung cấp các thông tin và giấy tờ cần thiết như sau:
- Giấy yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo mẫu của Hanwha Life Việt Nam đã được điền đầy đủ và chính xác; và
 - Hồ sơ vụ Tai nạn do công an có thẩm quyền thiết lập (nếu có), bao gồm: Sơ đồ hiện trường vụ Tai nạn, Biên bản khám nghiệm hiện trường, Biên bản giải quyết Tai nạn, Biên bản kết luận điều tra. Trong trường hợp không có công an có thẩm quyền lập hồ sơ vụ Tai nạn: Tường trình chi tiết vụ Tai nạn có xác nhận của cơ quan có thẩm quyền theo quy định của pháp luật tại từng thời điểm; và
 - Chứng từ y tế:
 - a) Bệnh án/tóm tắt bệnh án;
 - b) Giấy ra viện, giấy chứng nhận phẫu thuật (nếu có phẫu thuật), giấy chuyển viện (nếu có chuyển viện);
 - c) Chỉ định xét nghiệm, kết quả cận lâm sàng;
 - d) Toa thuốc/Sổ khám bệnh;
 - Chứng từ thanh toán:
 - a) Hóa đơn giá trị gia tăng, biên lai, phiếu thu;
 - b) Bảng kê chi tiết phù hợp với hóa đơn.
 - Bảng chứng về quyền được nhận (các) quyền lợi bảo hiểm như giấy ủy quyền, di chúc, văn bản thỏa thuận phân chia (khai nhận) di sản thừa kế, căn cước công dân/chứng minh nhân dân/hộ chiếu hoặc các giấy tờ xác nhận hợp pháp khác (nếu có).
- 12.2** Nếu Người được bảo hiểm đã được bảo hiểm y tế nhà nước và/hoặc công ty bảo hiểm khác chi trả một phần quyền lợi bảo hiểm và yêu cầu Hanwha Life Việt Nam chi trả phần còn lại, người nhận quyền lợi bảo hiểm cần nộp cho Hanwha Life Việt Nam bản sao các chứng từ y tế và hóa đơn cùng với xác nhận từ công ty bảo hiểm khác về thông tin chi

trả quyền lợi bảo hiểm liên quan đến quyền lợi và số tiền bảo hiểm đã được chi trả một phần.

- 12.3** Hanwha Life Việt Nam bảo lưu quyền yêu cầu Bên mua bảo hiểm hoặc người nhận quyền lợi bảo hiểm cung cấp bản gốc các giấy tờ hoặc thực hiện công chứng, chứng thực, hợp pháp hóa lãnh sự các giấy tờ, bằng chứng (bằng tiếng Việt), như quy định tại Điều 12.1. Chi phí cho việc cung cấp các giấy tờ này sẽ do Bên mua bảo hiểm hoặc người nhận quyền lợi bảo hiểm chịu trách nhiệm thanh toán. Nếu chứng từ cần phải nộp có ngôn ngữ khác với tiếng Việt, Bên mua bảo hiểm hoặc người nhận quyền lợi bảo hiểm phải tự chịu chi phí dịch thuật sang tiếng Việt và chứng thực các chứng từ đó trước khi nộp cho Hanwha Life Việt Nam.
- 12.4** Trong trường hợp tranh chấp liên quan đến yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm, Hanwha Life Việt Nam bảo lưu quyền yêu cầu Người được bảo hiểm thực hiện kiểm tra y tế và cung cấp thêm các bằng chứng bổ sung có liên quan đến tiền sử bệnh hoặc triệu chứng bệnh được ghi nhận trong hồ sơ bệnh đang được yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm. Mọi chi phí liên quan đến việc thực hiện kiểm tra y tế và cung cấp các tài liệu bổ sung (ngoài các thông tin và giấy tờ được quy định tại Điều 12.1) sẽ do Hanwha Life Việt Nam chịu trách nhiệm chi trả theo hóa đơn, chứng từ thanh toán hợp lệ.
- 12.5** Thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm là mười hai (12) tháng kể từ ngày Người được bảo hiểm xuất viện hoặc từ ngày Người được bảo hiểm kết thúc Điều trị ngoại trú. Thời gian mười hai (12) tháng này không bao gồm thời gian trì hoãn do các trở ngại khách quan và sự kiện bất khả kháng.
- 12.6** Hanwha Life Việt Nam có trách nhiệm giải quyết quyền lợi bảo hiểm trong vòng ba mươi (30) ngày làm việc kể từ ngày nhận được hồ sơ đầy đủ và hợp lệ.