

Quy tắc bảo hiểm sức khỏe dành cho gia đình

(Kèm theo Công văn số 3041/BTC-QLBH ngày 25/03/2021 của Bộ Tài chính)

PHẦN I – QUY ĐỊNH CHUNG

Điều 1. Định nghĩa

Trong Quy tắc bảo hiểm này, Chương trình bảo hiểm, Bản tóm tắt Hợp đồng bảo hiểm, Giấy chứng nhận bảo hiểm và các Điều khoản sửa đổi bổ sung, các từ và cụm từ sau sẽ có ý nghĩa như được quy định dưới đây:

- 1.1 **Bên mua bảo hiểm** là cá nhân giao kết Hợp đồng bảo hiểm với Chubb và đóng đầy đủ Phí bảo hiểm, như được quy định rõ trên Bản tóm tắt Hợp đồng bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm có thể đồng thời là Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng.
- 1.2 **Quy tắc bảo hiểm** là bản Quy tắc bảo hiểm sức khỏe dành cho gia đình này.
- 1.3 **Phí bảo hiểm** là khoản tiền mà Bên mua bảo hiểm phải đóng cho Chubb theo thời hạn và phương thức được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm.
- 1.4 **Điều khoản sửa đổi bổ sung** là (những) điều khoản sửa đổi, bổ sung của Hợp đồng bảo hiểm được Chubb phát hành theo yêu cầu và/hoặc theo sự thỏa thuận với Bên mua bảo hiểm tại từng thời điểm. Các điều khoản sửa đổi, bổ sung được ban hành kèm theo Quy tắc bảo hiểm này.
- 1.5 **Sự kiện bảo hiểm** là sự kiện khách quan, bao gồm Tai nạn, ốm đau xảy ra đối với Người được bảo hiểm mà khi sự kiện đó xảy ra, Người được bảo hiểm bị Ốm đau/Bệnh tật, Thương tật, Chăm sóc nha khoa và/hoặc Chăm sóc thai sản (nếu được áp dụng) thuộc phạm vi bảo hiểm theo các quy định của Hợp đồng bảo hiểm thì Chubb phải trả tiền bảo hiểm cho Người được bảo hiểm.
- 1.6 **Giấy yêu cầu bảo hiểm** là Giấy yêu cầu bảo hiểm theo mẫu do Chubb ban hành kèm theo Quy tắc bảo hiểm này.
- 1.7 **Chương trình bảo hiểm** là Chương trình bảo hiểm được Chubb ban hành kèm theo Quy tắc bảo hiểm này. Đối với một Người được bảo hiểm, Chương trình bảo hiểm liên quan áp dụng cho Người được bảo hiểm đó theo quy định tại Bản tóm tắt Hợp đồng bảo hiểm và Giấy chứng nhận bảo hiểm đã cấp cho Người được bảo hiểm đó.
- 1.8 **Bản tóm tắt Hợp đồng bảo hiểm** là bản tóm tắt của Hợp đồng bảo hiểm do Chubb cấp cho Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm.
- 1.9 **Giấy chứng nhận bảo hiểm** là Giấy chứng nhận bảo hiểm do Chubb cấp cho Người được bảo hiểm dưới hình thức là một thẻ bảo hiểm sức khỏe dành cho gia đình.

- 1.10 **Hợp đồng bảo hiểm** là sự thoả thuận giữa Bên mua bảo hiểm và Chubb, theo đó Bên mua bảo hiểm phải đóng Phí bảo hiểm, Chubb phải trả tiền bảo hiểm cho Người thụ hưởng hoặc bồi thường cho Người được bảo hiểm khi xảy ra Sự kiện bảo hiểm. Hợp đồng bảo hiểm bao gồm Giấy yêu cầu bảo hiểm, bản tóm tắt quyền lợi bảo hiểm, Giấy chứng nhận bảo hiểm/Bản tóm tắt Hợp đồng bảo hiểm, bản Quy tắc bảo hiểm này, và bất kỳ Điều khoản sửa đổi bổ sung nào.
- 1.11 **Giới hạn trách nhiệm** là mức giới hạn tối đa cho toàn bộ trách nhiệm bảo hiểm của Chubb đối với mỗi Người được bảo hiểm, trong Thời hạn bảo hiểm, đối với từng phần như quy định tại phạm vi bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm và Chương trình bảo hiểm.
- 1.12 **Giới hạn phụ** là mức giới hạn cho từng trách nhiệm bảo hiểm của Chubb đối với mỗi Người được bảo hiểm, trong Thời hạn bảo hiểm, đối với từng quyền lợi bảo hiểm được quy định tại phạm vi bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm và Chương trình bảo hiểm.
- 1.13 **Chubb** là Công ty TNHH Bảo hiểm Phi Nhân thọ Chubb Việt Nam.
- 1.14 **Thời hạn bảo hiểm** áp dụng đối với một Người được bảo hiểm là một (1) năm với thời điểm bắt đầu và thời điểm kết thúc được quy định trong Bản tóm tắt Hợp đồng bảo hiểm và Giấy chứng nhận bảo hiểm được cấp cho Người được bảo hiểm đó.
- 1.15 **Nước cư trú thường xuyên** áp dụng đối với một Người được bảo hiểm là quốc gia mà Người được bảo hiểm đó đang sinh sống tại Ngày hiệu lực và được khai trong Giấy yêu cầu bảo hiểm.
- 1.16 **Tai nạn** là một Sự kiện bảo hiểm xảy ra trong Thời hạn bảo hiểm, gây ra (các) Thương tật cho Người được bảo hiểm bởi một lực tác động từ bên ngoài.
- 1.17 **Đồng chi trả** là phần chi phí, được thể hiện bằng con số tuyệt đối hoặc tỷ lệ phần trăm được ấn định tại Bản tóm tắt Hợp đồng bảo hiểm, mà Người được bảo hiểm phải tự mình thanh toán cho mỗi và mọi Sự kiện bảo hiểm.
- 1.18 **Người phụ thuộc** là vợ hoặc chồng kết hôn hợp pháp với Người được bảo hiểm hoặc người chung sống như vợ hoặc chồng với Người được bảo hiểm và (các) con chưa kết hôn (bao gồm (các) con ruột của 2 vợ chồng, (các) con ngoài giá thú, (các) con riêng của vợ hoặc chồng, (các) con nuôi được nhận nuôi hợp pháp) mà Người được bảo hiểm có nghĩa vụ cấp dưỡng, LUÔN LUÔN VỚI ĐIỀU KIỆN là con không dưới 15 ngày tuổi và không quá 18 tuổi (hoặc là 23 tuổi với điều kiện là Người phụ thuộc đó đang tiếp tục học tập toàn thời gian).
- 1.19 **Ngày hiệu lực** đối với một Người được bảo hiểm, là ngày đầu tiên của Thời hạn bảo hiểm đối với Người được bảo hiểm đó (dù là Hợp đồng bảo hiểm đầu tiên hay đã được tái tục, tùy từng trường hợp).
- 1.20 **Điều trị có lựa chọn** là điều trị Cần thiết về mặt y học được quyết định bởi Người được bảo hiểm hoặc Bác sĩ của Người được bảo hiểm đó mà việc điều trị đó có lợi cho tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm nhưng không phải là một điều trị Khẩn cấp.

- 1.21 **Khẩn cấp** là tình trạng khẩn cấp có thật khi tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm thay đổi đột ngột mà đòi hỏi phải có sự can thiệp khẩn cấp về mặt y tế và/hoặc phẫu thuật trong vòng bốn mươi tám (48) giờ từ khi xảy ra tình trạng đó để tránh nguy hiểm đến sức khỏe và/hoặc tính mạng của Người được bảo hiểm.
- 1.22 **Quốc quán** đối với một Người được bảo hiểm, là quốc gia mà Người được bảo hiểm có hộ chiếu. Trường hợp Người được bảo hiểm có hơn một hộ chiếu, Quốc quán là quốc gia mà Người được bảo hiểm khai trong Giấy yêu cầu bảo hiểm.
- 1.23 **Cơ sở y tế** là bất kỳ bệnh viện, phòng khám, trạm xá, và/hoặc bất kỳ cơ sở y tế và/hoặc cơ sở khám chữa bệnh nào được cấp phép và hoạt động một cách hợp pháp để tiến hành khám bệnh và/hoặc chữa bệnh tại quốc gia nơi mà cơ sở đó thành lập.
- 1.24 **Cơ sở y tế công lập** là Cơ sở y tế do cơ quan Nhà nước có thẩm quyền thành lập và quản lý theo quy định của pháp luật.
- 1.25 **Dịch vụ nằm viện** là các dịch vụ y tế được cung cấp cho Người được bảo hiểm, chỉ khi các thủ tục chẩn đoán và/hoặc điều trị thích hợp không có sẵn cho việc Điều trị ngoại trú và khi Người được bảo hiểm được chấp nhận để thực hiện Điều trị nội trú có đăng ký hoặc Điều trị trong ngày tại một Cơ sở y tế. Dịch vụ nằm viện, bao gồm cả các khoản Chi phí thông thường và hợp lý tại nơi thực hiện điều trị, tiền phòng, tiền ăn, tất cả các trang bị y tế mà Cơ sở y tế sử dụng và tất cả các biện pháp điều trị và dịch vụ y tế do Bác sĩ và Cơ sở y tế chỉ định, bao gồm cả tiền phòng sản sóc đặc biệt khi cần thiết.
- 1.26 **Nằm viện** là việc Người được bảo hiểm sử dụng một hoặc một số (các) Dịch vụ nằm viện tại một Cơ sở y tế.
- 1.27 **Thương tật** là thương tổn xảy ra đối với bất kỳ bộ phận nào trên cơ thể của Người được bảo hiểm trong suốt Thời hạn bảo hiểm trực tiếp gây ra bởi một Tai nạn.
- 1.28 **Người được bảo hiểm** là người đủ điều kiện mà việc bắt đầu bảo hiểm cho người đó đã được xác nhận bởi Chubb bằng việc cấp một Bản tóm tắt Hợp đồng bảo hiểm nêu rõ người đó là Người được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm.
- 1.29 **Cần thiết về mặt y học** là việc điều trị, dịch vụ hoặc quy trình mà theo ý kiến của Bác sĩ và Cơ sở y tế nơi Bác sĩ đó hành nghề là thích hợp và phù hợp với chẩn đoán và theo đúng tiêu chuẩn y học được chấp nhận chung.
- 1.30 **Bác sĩ** là người hành nghề khám, chữa bệnh được cấp giấy phép hợp pháp và được pháp luật của quốc gia sở tại công nhận và thực hiện việc khám, chữa bệnh trong phạm vi được đào tạo và giấy phép của mình.
- 1.31 **Năm bảo hiểm** là thời gian từ (i) 00:01 giờ sáng của Ngày hiệu lực hoặc (ii) thời điểm Chubb cấp Hợp đồng bảo hiểm (tùy thời điểm nào đến sau) và kết thúc vào 23:59 khuya của ngày cuối cùng của Thời hạn bảo hiểm, bao gồm cả Ngày hiệu lực và ngày kết thúc đó. Toàn bộ thời gian được tính theo giờ chuẩn của Việt Nam.
- 1.32 **Bệnh có sẵn** là bất kỳ Ốm đau/Bệnh tật/Thương tật mà:

- (a) tồn tại trước Ngày hiệu lực mà Người được bảo hiểm, với những dấu hiệu hoặc triệu chứng mà Người được bảo hiểm đã nhận biết hoặc theo lẽ thường phải nhận biết; hoặc
 - (b) Người được bảo hiểm đã tìm kiếm hoặc nhận được các điều trị, hoặc thuốc, hoặc lời khuyên, hoặc chẩn đoán trong suốt hai (2) năm trước Ngày hiệu lực; hoặc
 - (c) Người được bảo hiểm nhận biết là đã tồn tại trước Ngày hiệu lực cho dù Người được bảo hiểm có tìm kiếm hay nhận được sự điều trị, thuốc men, lời khuyên, hoặc chẩn đoán hay không.
- 1.33 **Thuốc theo đơn kê** là thuốc chữa bệnh mà việc bán và sử dụng những loại thuốc này được giới hạn hợp pháp theo đơn thuốc của Bác sĩ và không bao gồm những loại thuốc được mua mà không nằm trong đơn thuốc của Bác sĩ.
- 1.34 **Đơn vị hỗ trợ y tế** là Đơn vị hỗ trợ y tế của Chubb, bao gồm Tổ chức SOS quốc tế hay bất kỳ đơn vị tương tự nào khác được Chubb thông báo cho Bên mua bảo hiểm vào từng thời điểm.
- 1.35 **Dịch vụ xe cứu thương trong nước** là dịch vụ vận chuyển đường bộ bằng xe cứu thương đến và trở về từ một Cơ sở y tế trong nước, mà sự vận chuyển đó là Cần thiết về mặt y học.
- 1.36 **Tình trạng sức khỏe nguy kịch** là tình trạng sức khỏe mà theo ý kiến của Cơ sở y tế và Bác sĩ thực hiện việc điều trị là Cần thiết về mặt y học và Khẩn cấp để tránh tử vong hoặc ảnh hưởng nghiêm trọng tới tình trạng sức khỏe hiện tại hoặc lâu dài của Người được bảo hiểm.
- 1.37 **Ôm đau/Bệnh tật** là tình trạng sức khỏe cơ thể bị thay đổi so với tình trạng sức khỏe bình thường.
- 1.38 **Phòng riêng tiêu chuẩn** là phòng riêng đầy đủ tiện nghi trong một Cơ sở y tế. Nếu Cơ sở y tế chia phòng riêng thành những mức độ khác nhau thì việc thanh toán sẽ căn cứ vào tiền phòng riêng tiêu chuẩn hoặc mức tiền phòng riêng của Cơ sở y tế cụ thể, tùy theo mức nào thấp hơn.
- 1.39 **Hành động khủng bố** là bất kỳ hành động nào, bao gồm việc sử dụng vũ lực hoặc bạo lực và/hoặc đe dọa sử dụng vũ lực hoặc bạo lực, được thực hiện bởi bất kỳ người nào hoặc nhóm người nào, dù hành động đơn lẻ hoặc đại diện cho hoặc có quan hệ với bất kỳ (các) tổ chức, (các) chính phủ nào vì mục đích chính trị, tôn giáo, tư tưởng hay các mục đích khác bao gồm ý định gây ảnh hưởng đến bất kỳ chính phủ nào và/hoặc gây ra tình trạng lo lắng cho công chúng hoặc bất kỳ bộ phận nào trong công chúng. Vì mục đích của bản Quy tắc bảo hiểm này, Hành động khủng bố cũng sẽ bao gồm bất kỳ hành động nào mà được chính phủ (có liên quan) xác nhận hoặc công nhận là Hành động khủng bố.

- 1.40 **AIDS/HIV** là vi rút HIV (HIV) và các bệnh có liên quan kể cả hội chứng suy giảm miễn dịch (AIDS), các biến chứng của bệnh và tất cả các bệnh/căn bệnh do vi rút HIV gây ra và/hoặc có liên quan tới HIV, kể cả các kết quả điều trị phát sinh.
- 1.41 **Kiểm tra sức khỏe hàng năm** là những xét nghiệm/tầm soát được thực hiện bởi một Cơ sở y tế hợp pháp, khi không có bất kì triệu chứng lâm sàng nào. Những xét nghiệm này bao gồm các hình thức kiểm tra sau đây, ở một độ tuổi thích hợp để sớm phát hiện các Ốm đau/Bệnh tật:
- (a) Dấu hiệu sống (huyết áp, mỡ máu, mạch, hô hấp, nhiệt độ, v/v...);
 - (b) Kiểm tra tim mạch;
 - (c) Kiểm tra hệ thần kinh;
 - (d) Tầm soát Bệnh ung thư; và
 - (e) Kiểm tra phản xạ của trẻ em (đối với các trẻ em đến 6 tuổi).
- Quyền lợi này cũng áp dụng cho kiểm tra sức khỏe bổ sung hồ sơ lao động.
- 1.42 **Chăm sóc thị lực** bao gồm việc kiểm tra mắt, và chi phí làm kính mắt hoặc kính áp tròng.
- 1.43 **Giường cho người nhà** là giường tại Cơ sở y tế đối với cha mẹ hay người giám hộ hợp pháp lưu lại cùng với Người được bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm là Trẻ em vị thành niên và đã nhập viện Điều trị nội trú tại một Cơ sở y tế. Quyền lợi này chỉ áp dụng cho bố hoặc mẹ/người giám hộ mỗi tối khi trẻ được Điều trị nội trú tại Cơ sở y tế, **LUÔN LUÔN VỚI ĐIỀU KIỆN** là trẻ đang được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm.
- 1.44 **Bác sĩ Đông y/Nắn xương/Châm cứu** là một Bác sĩ được cấp phép hành nghề Đông y theo quy định của pháp luật của nước mà người đó hành nghề.
- 1.45 **Được phẩm thảo mộc** là các dược phẩm thảo mộc được kê đơn bởi các Bác sĩ Đông y và trực tiếp liên quan đến bệnh lý đang được điều trị.
- 1.46 **Nắn xương** là việc điều trị hệ thống xương, mô liên kết và mô mềm bị chấn thương bên trong hoặc bên ngoài cơ thể do các Tai nạn gây ra.
- 1.47 **Châm cứu** là một hình thức điều trị bao gồm chèn kim rất mỏng qua da của một người tại các điểm cụ thể trên cơ thể, đến các độ sâu khác nhau. Vì mục đích của định nghĩa này, Châm cứu có thể được thực hiện bởi những người có chứng chỉ hành nghề châm cứu theo quy định của pháp luật của nước phát sinh việc điều trị.
- 1.48 **Chi phí Bác sĩ Đông y/Nắn xương/Châm cứu** là chi phí tư vấn và Thuốc theo đơn kê tại Cơ sở y tế thực hiện việc các chữa trị Đông y, Nắn xương, Châm cứu, tùy thuộc vào Giới hạn trách nhiệm đối với Chi phí Bác sĩ Đông y/Nắn xương/Châm cứu như được quy định tại Chương trình bảo hiểm.

- 1.49 **Điều trị trong ngày** là điều trị Cần thiết về mặt y học, bao gồm cả Phẫu thuật ngoại trú, tại một Cơ sở y tế nơi Người được bảo hiểm Nằm viện tối thiểu phải bằng Thời gian Nằm viện tối thiểu nhưng không quá hai mươi bốn (24) giờ liên tục và không thuê giường để lưu lại qua đêm. Nếu Điều trị trong ngày là một cuộc Phẫu thuật ngoại trú hoặc điều trị cấp cứu vì lý do Tai nạn và Ốm đau/Bệnh tật, thì Thời gian Nằm viện tối thiểu không áp dụng.
- 1.50 **Kiểm tra răng định kỳ** là cạo vôi và đánh bóng răng.
- 1.51 **Chăm sóc răng cơ bản** là nhổ răng, trám răng, chụp X-quang, cạo vôi bao răng.
- 1.52 **Điều trị nha khoa chủ yếu** là nhổ răng mọc bất thường, lấy tủy răng, cắt u răng, cắt cuống răng.
- 1.53 **Chăm sóc nha khoa** là Kiểm tra răng định kỳ, Chăm sóc răng cơ bản và Điều trị nha khoa chủ yếu.
- 1.54 **Hệ thống thanh toán trực tiếp** là các nhà cung cấp dịch vụ y tế, mà các thông tin chi tiết của các nhà cung cấp đó sẽ được liệt kê riêng lẻ và được Chubb thông báo cho Bên mua bảo hiểm và là các nhà cung cấp đã đồng ý sẽ tính chi phí điều trị trực tiếp với Chubb khi Người được bảo hiểm xuất trình Giấy chứng nhận bảo hiểm hợp lệ vẫn còn hạn sử dụng. Tuy nhiên, Người được bảo hiểm có trách nhiệm hoàn trả lại Chubb nếu các chi phí đó là không được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm. Chubb sẽ có quyền đình chỉ việc thực hiện hoặc đơn phương chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm nếu Người được bảo hiểm không hoàn trả các chi phí không được bảo hiểm đó cho Chubb.
- 1.55 **Điều trị nha khoa Khẩn cấp sau Tai nạn** là việc chữa trị nha khoa do một Bác sĩ chuyên ngành răng hàm mặt thực hiện tại một Cơ sở y tế trong vòng ba mươi (30) ngày kể từ khi xảy ra Tai nạn mà Tai nạn đó gây thương tổn cho răng tự nhiên còn tốt của Người được bảo hiểm, ngoại trừ thương tổn xảy ra trong khi ăn.
- 1.56 **Vận chuyển y tế cấp cứu** là việc vận chuyển cấp cứu và chăm sóc y tế được xem là Cần thiết về mặt y học để vận chuyển Người được bảo hiểm đang trong Tình trạng sức khỏe nguy kịch tới Cơ sở y tế gần nhất có phương tiện điều trị thích hợp, LUÔN LUÔN VỚI ĐIỀU KIỆN là Vận chuyển y tế cấp cứu này phải theo sự chỉ định của Bác sĩ tham gia điều trị hoặc Bác sĩ chuyên khoa kết hợp với cố vấn y tế của Chubb và Người được bảo hiểm hoặc người đại diện của họ phải liên lạc với Chubb hoặc Đơn vị hỗ trợ y tế để được chấp thuận trước cho Vận chuyển y tế cấp cứu và sắp xếp phương tiện vận chuyển. Quyền lợi này không áp dụng cho Người được bảo hiểm từ 70 tuổi trở lên.
- 1.57 **Điều trị tại khoa cấp cứu** là các dịch vụ được thực hiện tại khoa cấp cứu hoặc phòng cấp cứu của Cơ sở y tế trong thời gian không quá hai mươi bốn (24) giờ, LUÔN LUÔN VỚI ĐIỀU KIỆN là các dịch vụ này được Bác sĩ tham gia điều trị tại khoa cấp cứu và Cơ sở y tế đó xác định theo ý kiến chuyên môn là Tình trạng sức khỏe nguy kịch phải điều trị cấp cứu.

- 1.58 **Chụp X-quang và xét nghiệm** là các thủ tục y khoa liên quan đến chụp ảnh phóng xạ và hạt nhân được sử dụng để chẩn đoán và điều trị các bệnh. Bất kỳ Dịch vụ Chụp X-quang và xét nghiệm nào cũng phải được Bác sĩ và Cơ sở y tế chỉ định.
- 1.59 **Chăm sóc thai sản** là việc điều trị trước khi sinh, khi sinh, sau khi sinh và sảy thai, hoặc phá thai bắt buộc, hoặc các biến chứng phát sinh từ việc Người được bảo hiểm mang thai đối với việc sinh thường hoặc sinh mổ và chăm sóc trẻ sau khi sinh được thực hiện trong Cơ sở y tế.
- 1.60 **Chăm sóc trẻ sơ sinh** là việc chăm sóc trẻ mới sinh nói chung được thực hiện tại Cơ sở y tế.
- 1.61 **Y tá chăm sóc tại nhà** là dịch vụ chăm sóc y tế của y tá được cấp phép hành nghề hợp pháp tại nơi ở của Người được bảo hiểm được thực hiện theo sự chỉ định của Cơ sở y tế vì lý do đặc thù của ngành y ngay sau khi hoặc thay thế cho việc Điều trị nội trú hoặc Điều trị trong ngày.
- 1.62 **Phân loại Nhóm nghề nghiệp** là việc phân loại nghề nghiệp của Người được bảo hiểm vào một trong những loại nghề nghiệp sau:
- Nhóm nghề nghiệp loại I** – nhóm nghề nghiệp liên quan đến công việc quản lý lao động bằng trí óc hoặc công việc văn phòng hoặc những nơi tương tự không nguy hiểm.
- Nhóm nghề nghiệp loại II** – nhóm nghề nghiệp liên quan đến công việc giám sát và các công việc khác không thuộc Nhóm nghề nghiệp loại I mà nhiệm vụ của những người thuộc nhóm nghề nghiệp này có thể liên quan tới lao động chân tay nhẹ không thường xuyên nhưng không sử dụng công cụ hoặc thiết bị máy móc hoặc tiếp xúc với bất kỳ mối nguy hiểm đặc biệt nào (ví dụ như đốc công, giám sát viên) và/hoặc thường xuyên đi lại ngoài văn phòng vì mục đích kinh doanh hoặc chuyên môn nhưng không tham gia các công việc lao động chân tay (ví dụ như nhân viên bán hàng).
- Nhóm nghề nghiệp loại III** – nhóm nghề nghiệp liên quan đến công việc lao động chân tay trong điều kiện không nguy hiểm nhưng có liên quan tới việc sử dụng công cụ hoặc máy móc nhẹ (ví dụ như thợ làm công cụ hoặc dịch vụ chuyển phát).
- Nhóm nghề nghiệp loại IV** – nhóm nghề nghiệp liên quan đến công việc nguy hiểm, bao gồm công việc thủ công nặng nhọc liên quan tới việc sử dụng công cụ và/hoặc thiết bị nặng (ví dụ như công nhân Nhóm Nghề nghiệp xây dựng).
- 1.63 **Mô bệnh học/Mô học** là kết quả xét nghiệm để khẳng định loại tế bào và mức độ xâm nhập của các tế bào ung thư thông qua việc chẩn đoán bằng cách làm “sinh thiết”. Thuật ngữ “sinh thiết” được hiểu là việc làm xét nghiệm bằng một (01) phẫu thuật y tế để lấy một (01) mẫu nhỏ của mô cơ thể, hoặc sử dụng kim chuyên biệt xuyên qua da và chọc hút ra tế bào chứa chất lỏng từ một (01) khối u và gửi mẫu đến phòng thí nghiệm để phân tích.
- 1.64 **Xâm lấn** là sự xâm nhập và/hoặc sự chủ động phá hủy của các mô bình thường ở ngoài lớp màng đáy.

- 1.65 **Bệnh ung thư** là bất kỳ khối u ác tính nào được chẩn đoán với xác nhận Mô học và thể hiện bằng việc phát triển các tế bào ác tính không được kiểm soát và sự Xâm lấn của mô, bao gồm các phần được liệt kê như dưới đây:
- (a) Tất cả các khối u tuyến tiền liệt được phân loại Mô học là T1N0M0 (Phân loại TNM);
 - (b) Tất cả các khối u tuyến giáp được phân loại Mô học là T1N0M0 (Phân loại TNM);
 - (c) Tất cả các khối u bàng quang tiết niệu được phân loại Mô học là T1N0M0 (Phân loại TNM); và
 - (d) Bệnh bạch cầu lympho mạn tính RAI Giai đoạn 1, 2, 3.
- Vì mục đích của Điều 1.65 này, thuật ngữ “**khối u ác tính**” bao gồm bệnh bạch cầu, ung thư hạch bạch huyết, ung thư mô liên kết và các loại khối u ác tính khác mà Bác sĩ chẩn đoán.
- 1.66 **Điều trị ung thư** là điều trị Bệnh ung thư được thực hiện cho Người được bảo hiểm bằng Điều trị nội trú hoặc Điều trị trong ngày tại một Cơ sở y tế.
- 1.67 **Chi phí cấy ghép bộ phận** là chi phí điều trị y tế phát sinh đối với việc cấy ghép thận, tim, gan và tủy tủy đa đến Giới hạn phụ của Chương trình bảo hiểm.
- 1.68 **Điều trị nội trú** là bất kỳ điều trị Cần thiết về mặt y học tại Cơ sở y tế. Người được bảo hiểm được yêu cầu nhập viện và thuê giường nằm lại Điều trị trong ngày hoặc qua đêm hoặc lâu hơn.
- 1.69 **Điều trị ngoại trú** là điều trị Cần thiết về mặt y học cho Người được bảo hiểm khi Người được bảo hiểm không phải thực hiện việc Điều trị nội trú hay Điều trị trong ngày có đăng ký trong Cơ sở y tế. Điều trị ngoại trú cũng bao gồm cả Thuốc theo đơn kê.
- 1.70 **Phẫu thuật ngoại trú** là phẫu thuật Cần thiết về mặt y học mà Người được bảo hiểm chỉ lưu trú tại Cơ sở y tế ít hơn hai mươi bốn (24) giờ liên tục mà không thuê giường nằm lại.
- 1.71 **Điều trị trước và sau khi Nằm viện** là Điều trị ngoại trú trong thời gian tối đa ba mươi (30) ngày ngay trước khi Nằm viện và chín mươi (90) ngày ngay sau khi Nằm viện cho mỗi Người được bảo hiểm có cùng bệnh án.
- 1.72 **Điều trị tâm thần** là điều trị tại khoa tâm thần của một Cơ sở y tế, **LUÔN LUÔN VỚI ĐIỀU KIỆN** là Điều trị tâm thần phải được Chubb chấp thuận trước.
- 1.73 **Điều trị vật lý trị liệu** là phương pháp phòng hoặc/và chữa bệnh bằng cách sử dụng các tác nhân vật lý tự nhiên hay nhân tạo như: nước, không khí, nhiệt độ, khí hậu, độ cao, điện, tia X, tia cực tím, tia hồng ngoại, siêu âm, các chất đồng vị phóng xạ, xoa bóp. Việc điều trị bằng vật lý trị liệu hoặc phương pháp Nắn xương khớp phải được đề nghị bằng văn bản của Bác sĩ tham gia điều trị.

Nếu trong Thời hạn bảo hiểm, do Tai nạn, Ốm đau/Bệnh tật hoặc Thương tật được bảo hiểm theo quy định của Hợp Đồng Bảo Hiểm, Người được bảo hiểm cần được điều trị bằng vật lý trị liệu hoặc phương pháp nắn xương khớp theo đề nghị bằng văn bản của Bác sĩ tham gia điều trị,

- 1.74 **Chi phí thông thường và hợp lý** là mức chi phí chung do các Cơ sở y tế khác có cùng tiêu chuẩn tại địa phương nơi phát sinh chi phí đó yêu cầu thanh toán khi cung cấp việc điều trị, dịch vụ hoặc hàng hóa tương đương cho một Thương tật và/hoặc Ốm đau/Bệnh tật tương tự. Chubb bảo lưu quyền xác định Chi phí thông thường và hợp lý dựa trên các trường hợp tương tự mà Chubb đã xử lý và các báo giá dịch vụ tương đương của các Cơ sở y tế có cùng tiêu chuẩn trong cùng khu vực.
- 1.75 **Hồi hương** là việc Đơn vị hỗ trợ y tế sẽ thu xếp đưa Người được bảo hiểm đang hấp hối hoặc chết tại một nơi nằm ngoài Quê quán hoặc Nước cư trú thường xuyên của Người được bảo hiểm sau khi Người được bảo hiểm được Vận chuyển y tế cấp cứu tới một địa điểm bên ngoài Quê quán hoặc Nước cư trú thường xuyên để Điều trị nội trú, trở về Quê quán, Nước cư trú thường xuyên của Người được bảo hiểm hoặc một nước khác (theo sự lựa chọn của người đại diện hợp pháp của Người được bảo hiểm) bằng đường hàng không và/hoặc đường biển. Đơn vị hỗ trợ y tế sẽ có toàn quyền quyết định phương tiện hoặc cách thức thực hiện Hồi hương sau khi xem xét, đánh giá tất cả các sự kiện và tình huống liên quan. Chubb sẽ chi trả cho các chi phí Cần thiết về mặt y học và không thể tránh khỏi phát sinh trong quá trình thực hiện Hồi hương do Đơn vị hỗ trợ y tế thu xếp, **LUÔN LUÔN VỚI ĐIỀU KIỆN** là trong trường hợp thu xếp đưa Người được bảo hiểm trở về một nước khác không phải là Quê quán hoặc Nước cư trú thường xuyên của Người được bảo hiểm, Chubb sẽ chi trả cho các chi phí phát sinh trong quá trình thực hiện Hồi hương do Đơn vị hỗ trợ y tế thu xếp nhưng không vượt quá một trăm triệu (100.000.000) đồng cho mỗi một Người được bảo hiểm. Người được bảo hiểm và/hoặc người đại diện hợp pháp của Người được bảo hiểm phải liên lạc với Chubb hoặc Đơn vị hỗ trợ y tế để được chấp thuận trước cho việc Hồi hương và sắp xếp phương tiện Cần thiết về mặt y học.

Trừ trường hợp quyền lợi nêu trên đây được sử dụng, Đơn vị hỗ trợ y tế sẽ (i) thu xếp đưa Người được bảo hiểm đang hấp hối hoặc chết tại một nơi nằm ngoài Quê quán hoặc Nước cư trú thường xuyên trở về Quê quán của Người được bảo hiểm bằng đường hàng không và/hoặc đường biển. Đơn vị hỗ trợ y tế sẽ toàn quyền quyết định phương tiện hoặc cách thức tiến hành Hồi hương sau khi xem xét, đánh giá tất cả các sự kiện và tình huống liên quan; hoặc (ii) theo sự lựa chọn của người đại diện hợp pháp của Người được bảo hiểm, thu xếp đưa việc chuẩn bị xác của Người được bảo hiểm để chôn cất hoặc hỏa táng tại nước sở tại nơi Người được bảo hiểm chết. Chubb sẽ chi trả cho các chi phí phát sinh trong quá trình thực hiện các dịch vụ do Đơn vị hỗ trợ y tế thu xếp không vượt quá hai trăm triệu (200.000.000) đồng cho mỗi một Người được bảo hiểm. Đơn vị hỗ trợ y tế phải được liên lạc trước để thu xếp các dịch vụ Cần thiết về mặt y học.

Quyền lợi bảo hiểm đối với Hồi hương sẽ còn phụ thuộc vào phạm vi dịch vụ và điều khoản loại trừ được nêu cụ thể trong hợp đồng dịch vụ giữa Đơn vị hỗ trợ y tế và Chubb. Các phạm vi dịch vụ và điều khoản loại trừ này đã được Chubb thông báo cho Bên mua bảo hiểm, và có thể được sửa đổi, bổ sung vào từng thời điểm và được Chubb thông báo cho Bên mua bảo hiểm.

Quyền lợi này không áp dụng cho Người được bảo hiểm từ bảy mươi (70) tuổi trở lên và không áp dụng đối với Người được bảo hiểm là Trẻ em vị thành niên.

- 1.76 **Trẻ em vị thành niên** là người dưới 18 tuổi và chưa kết hôn.
- 1.77 **Thiết bị hỗ trợ vận động** là các vật dụng sau đây và các phụ kiện của các vật đó được Bác sĩ xác định là Cần thiết về mặt y học và kê toa cho Người được bảo hiểm theo sau một điều trị phẫu thuật do Tai nạn và/hoặc Bệnh tật: nạng, gậy, xe tập đi, xe lăn bằng tay.
- 1.78 **Thiết bị y tế** là các dụng cụ và thiết bị y tế được sử dụng như một phần của quy trình điều trị, bao gồm phẫu thuật, được thực hiện bởi một Cở sở y tế và/hoặc Bác sĩ, được xác định là Cần thiết về mặt y học và kê toa cho Người được bảo hiểm, bao gồm mũ bảo hiểm hộp sọ, máy phun sương, máy bơm oxy và mặt nạ, máy trợ thính, nẹp điều chỉnh, máy bơm insulin, máy tiêm truyền, máy theo dõi đường huyết và kim thử đường huyết, niềng và hỗ trợ chỉnh hình, bộ phận giả giọng nói, chân cao su nẹp chỉnh hình lòng bàn chân, que thử tiểu đường, túi đựng chất thải từ một lỗ mở thông ra da của cơ thể, và các thiết bị y tế khác mà Bác sĩ sử dụng.
- 1.79 **Thiết bị phục hồi** là những trang thiết bị, máy móc hỗ trợ điều trị giúp Người được bảo hiểm phục hồi những chức năng bị suy giảm của cơ thể do Tai nạn, bẩm sinh hoặc các nguyên nhân khác. Tùy từng đối tượng khác nhau mà có các liệu pháp điều trị khác nhau và cần các trang thiết bị máy móc hỗ trợ khác nhau.
- 1.80 **Thiết bị khác** là các thiết bị không phải là Thiết bị hỗ trợ vận động, Thiết bị y tế hay Thiết bị phục hồi.
- 1.81 **Bệnh bẩm sinh** là bất kỳ bệnh tật/tình trạng/sự bất thường về mặt thể chất/tinh thần nào được hình thành trên thai nhi trong quá trình mang thai của người mẹ và/hoặc có từ khi sinh ra cũng như những bất thường về mặt thể chất/tinh thần sơ sinh phát triển sau đó do những nhân tố vốn có từ khi sinh ra có thể được một Cơ sở y tế hoặc một cơ quan Nhà nước có thẩm quyền về y tế mô tả dưới nhiều tên gọi khác nhau như “Bệnh bẩm sinh, dị tật bẩm sinh, khuyết tật bẩm sinh và bất thường của Nhiễm sắc thể”. Việc xác định tình trạng Bệnh bẩm sinh phải do Bác sĩ thực hiện.
- 1.82 **Thời gian chờ** là số ngày liên tục mà trong khoảng thời gian đó quyền lợi bảo hiểm không được chi trả.
- 1.83 **Tuổi** là tuổi vào thời điểm hiện tại. Tuổi hiện tại của một người được tính cho đến ngày sinh nhật kế tiếp của người đó. Việc xác định tuổi căn cứ trên một trong các giấy tờ, tài liệu bao gồm: giấy chứng sinh, giấy khai sinh, chứng minh nhân dân, thẻ căn cước công dân, sổ hộ khẩu, hộ chiếu.

- 1.84 **Người thụ hưởng** là tổ chức, cá nhân được Bên mua bảo hiểm chỉ định để nhận tiền bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm.
- 1.85 **Thời gian Nằm viện tối thiểu** là khoảng thời gian sáu (6) giờ liên tục được tính từ thời điểm Người được bảo hiểm bắt đầu nhập viện để điều trị.

Điều 2. Thời điểm phát sinh trách nhiệm bảo hiểm

Trách nhiệm bảo hiểm của Chubb phát sinh kể từ Ngày hiệu lực được quy định trên Hợp đồng bảo hiểm và sau khi Bên mua bảo hiểm đã đóng đầy đủ Phí bảo hiểm, trừ khi Chubb và Bên mua bảo hiểm có thoả thuận khác trong Hợp đồng bảo hiểm. Trách nhiệm bảo hiểm đó sẽ tiếp tục có hiệu lực cho đến khi Thời hạn bảo hiểm kết thúc, trừ khi bị chấm dứt theo các quy định của Điều 3 của Phần I này.

Điều 3. Chấm dứt quyền lợi bảo hiểm

- (a) Bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm đối với Người được bảo hiểm sẽ bị chấm dứt tại thời điểm mà các quyền lợi bảo hiểm áp dụng cho Người được bảo hiểm đã sử dụng hết hoặc từ thời điểm kết thúc của Thời hạn bảo hiểm, tùy theo thời điểm nào đến trước.

Trong trường hợp tại thời điểm chấm dứt Hợp đồng Bảo Hiểm, nếu một Người được bảo hiểm phải Nằm Viện trong khoảng thời gian không ít hơn mười tám (18) giờ liên tục để điều trị Ốm đau/Bệnh tật và/hoặc Thương tật thì thời điểm chấm dứt trách nhiệm bảo hiểm sẽ được tự động gia hạn đến khi:

- i. Người được bảo hiểm đó được xuất viện sau khi đã hoàn tất việc điều trị Ốm đau/Bệnh tật và/hoặc Thương tật đó, HOẶC
- ii. Người được bảo hiểm đó đã sử dụng hết các quyền lợi cho việc điều trị Ốm đau/Bệnh tật và/hoặc Thương tật đó,

tùy thời điểm nào xảy ra trước.

- (b) Bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm đối với một Người được bảo hiểm là Người phụ thuộc sẽ tự động chấm dứt vào ngày sớm nhất của các ngày sau:

- i. ngày Người được bảo hiểm không còn đủ điều kiện được bảo hiểm với tư cách là Người phụ thuộc theo quy định của bản Quy tắc bảo hiểm này;
- ii. ngày hết thời hạn mà theo đó khoản Phí bảo hiểm của Người phụ thuộc phải được thanh toán đầy đủ liên quan đến bảo hiểm của Người phụ thuộc đó;
- iii. Người phụ thuộc cư trú tại Hợp chủng quốc Hoa Kỳ/Canada trong thời gian trên mười hai (12) tuần liên tiếp.

Trong các trường hợp (i), hoặc (ii) nêu trên, Bên mua bảo hiểm sẽ có quyền nhận lại Phí bảo hiểm đối với Người được bảo hiểm đó, trừ đi khoản phí phải đóng cho Chubb trong thời hạn Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực đối với Người được bảo hiểm đó, được tính theo tỉ lệ tương ứng với thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, LUÔN LUÔN VỚI ĐIỀU KIỆN là trong mọi trường hợp, Người được bảo hiểm đó không có yêu cầu bồi thường và không vi phạm Hợp đồng bảo hiểm tại mọi thời điểm.

Điều 4. Chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm

- (a) Chubb có thể đơn phương chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm bằng việc gửi một thông báo bằng văn bản đến địa chỉ được biết cuối cùng của Bên mua bảo hiểm trước ba mươi (30) ngày. Trong trường hợp này, Chubb sẽ trả lại cho Bên mua bảo hiểm toàn bộ phí bảo hiểm cho thời gian còn lại của Hợp đồng bảo hiểm.
- (b) Bên mua bảo hiểm có thể đơn phương chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm bằng việc gửi một thông báo bằng văn bản cho Chubb. Nếu không có yêu cầu bồi thường nào được gửi cho Chubb trong Thời hạn bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm sẽ được quyền nhận lại toàn bộ phí bảo hiểm cho thời gian còn lại của Hợp đồng bảo hiểm, **LUÔN LUÔN VỚI ĐIỀU KIỆN** là trong mọi trường hợp, Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm không có bất kỳ vi phạm nào đối với Hợp đồng bảo hiểm tại thời điểm đó.
- (c) Hợp đồng bảo hiểm sẽ cũng được chấm dứt khi chấm dứt quyền lợi của tất cả Người được bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này.

Điều 5. Phối hợp quyền lợi bảo hiểm/Bảo hiểm khác

- (a) Hợp đồng bảo hiểm trùng là trường hợp bên mua bảo hiểm giao kết hợp đồng bảo hiểm với hai doanh nghiệp bảo hiểm trở lên để bảo hiểm cho cùng một đối tượng, với cùng điều kiện và sự kiện bảo hiểm. Tổng số tiền bồi thường của các doanh nghiệp bảo hiểm không vượt quá giá trị thực tế phát sinh cho Người được bảo hiểm.
- (b) Việc giải quyết bồi thường trong trường hợp xảy ra bảo hiểm trùng đối với Người được bảo hiểm được thực hiện theo nguyên tắc sau:
 - i. Đối với những điều kiện bảo hiểm trùng nhau giữa Hợp đồng bảo hiểm với Chubb và (các) hợp đồng bảo hiểm/giấy chứng nhận bảo hiểm của (các) doanh nghiệp bảo hiểm khác: Chubb chỉ chịu trách nhiệm bồi thường theo tỷ lệ giữa số tiền bảo hiểm đã thỏa thuận và được ghi trên Giấy Chứng Nhận Bảo Hiểm trên tổng số tiền bảo hiểm của tất cả các hợp đồng bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm đã giao kết.
 - ii. Đối với những điều kiện bảo hiểm không trùng nhau giữa Hợp đồng bảo hiểm với Chubb và (các) hợp đồng bảo hiểm/giấy chứng nhận bảo hiểm của (các) doanh nghiệp bảo hiểm khác, Chubb chịu trách nhiệm bồi thường theo quy định của Hợp đồng bảo hiểm với Bên mua bảo hiểm.

Điều 6. Luật áp dụng

Hợp đồng bảo hiểm sẽ được điều chỉnh và giải thích theo các quy định của pháp luật Việt Nam.

Bất kỳ tranh chấp hoặc xung đột nào phát sinh theo hoặc liên quan tới Hợp đồng bảo hiểm sử dụng Quy tắc bảo hiểm này sẽ được các bên giải quyết trước tiên thông qua thương lượng và hòa giải. Nếu hai bên không giải quyết được trong vòng ba mươi (30) ngày kể từ ngày một bên thông báo cho bên kia về tranh chấp phát sinh thì bên nào cũng có quyền đưa tranh chấp ra một tòa án có thẩm quyền của nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam để giải quyết xung đột.

hoặc tranh chấp đó. Thời hiệu khởi kiện về Hợp đồng bảo hiểm là ba (03) năm, kể từ thời điểm phát sinh tranh chấp.

Điều 7. Ngôn ngữ áp dụng

Bản Quy tắc bảo hiểm này được lập và cấp bằng tiếng Việt và có thể được dịch sang ngôn ngữ nước ngoài để tham khảo. Trong trường hợp có sự khác biệt giữa tiếng Việt và các ngôn ngữ khác thì bản tiếng Việt được ưu tiên áp dụng.

PHẦN II – ĐỐI TƯỢNG BẢO HIỂM

1. Những đối tượng sau đây có thể là Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm, tùy theo từng trường hợp cụ thể:
 - (a) Người được bảo hiểm phải là công dân Việt Nam hoặc người nước ngoài cư trú hợp pháp tại Việt Nam có độ tuổi từ 15 ngày Tuổi đến 64 Tuổi, và được mở rộng đến 74 Tuổi đối với Hợp đồng bảo hiểm tái tục;
 - (b) Người được bảo hiểm chỉ có thể là trẻ em nếu trẻ em đó tham gia bảo hiểm cùng Hợp đồng bảo hiểm với bố/mẹ.
2. Công dân của các nước bị cấm vận theo nghị quyết của Liên Hiệp Quốc, Hợp chủng quốc Hoa Kỳ, Liên Hiệp Châu Âu và Vương Quốc Anh và người có Nước cư trú thường xuyên là Mỹ hoặc Canada bất kể quốc tịch không phải là đối tượng bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm.
3. Đối với Hợp đồng bảo hiểm:
 - (a) Độ tuổi tối đa được đăng ký là 64 Tuổi.
 - (b) Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm thuộc mọi quốc tịch và Người phụ thuộc của họ (không phải là trẻ sơ sinh) có đủ điều kiện tham gia bảo hiểm.
 - (c) Bảo hiểm của Người phụ thuộc phải áp dụng cùng Chương trình bảo hiểm như Người được bảo hiểm mà họ phụ thuộc và tùy thuộc vào việc chấp thuận trước của Chubb.
 - (d) Trẻ em vị thành niên không được bảo hiểm độc lập theo Chương trình bảo hiểm.
 - (e) Trẻ sơ sinh sẽ đủ điều kiện được bảo hiểm sau mười lăm (15) ngày kể từ ngày sinh hoặc mười lăm (15) ngày sau khi xuất viện nơi được sinh, tùy thời điểm nào đến sau, sau khi Bên mua bảo hiểm đã nộp Giấy yêu cầu bảo hiểm và phụ thuộc vào việc có bằng chứng thỏa đáng về tình trạng sức khỏe tốt và được Chubb chấp thuận trước.
 - (f) Phạm vi bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm chỉ áp dụng cho những đối tượng có nghề nghiệp thuộc Nhóm nghề nghiệp loại I và Nhóm nghề nghiệp loại II.

Nếu Người được bảo hiểm thuộc Nhóm nghề nghiệp loại III hoặc chuyển sang Nhóm nghề nghiệp loại III hoặc Nhóm nghề nghiệp loại IV tại bất kỳ thời điểm nào trong Thời hạn bảo hiểm, Người được bảo hiểm có nghĩa vụ thông báo cho Chubb. Khi đó, nếu Chubb đồng ý, Chubb sẽ bảo hiểm cho Người được bảo hiểm và Bên mua bảo hiểm sẽ phải đóng thêm một khoản Phí bảo hiểm như đã thỏa thuận. Hợp đồng bảo hiểm sẽ quy định cụ thể danh sách Người được bảo hiểm thuộc Nhóm nghề nghiệp loại III hoặc Nhóm nghề nghiệp loại IV.

Việc Người được bảo hiểm không thực hiện nghĩa vụ thông báo chuyển sang Nhóm nghề nghiệp loại III hoặc Nhóm nghề nghiệp loại IV như quy định phía

trên sẽ dẫn đến việc Chubb sẽ từ chối yêu cầu bồi thường của Người được bảo hiểm, hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm từ thời điểm Người được bảo hiểm chuyển sang Nhóm nghề nghiệp loại III hoặc Nhóm nghề nghiệp loại IV và sẽ hoàn trả lại khoản Phí bảo hiểm cho thời gian còn lại của Thời hạn bảo hiểm nếu Chubb chưa chi trả cho bất kỳ yêu cầu bồi thường nào của Người được bảo hiểm.

PHẦN III – PHẠM VI BẢO HIỂM

Điều 1. Quyền lợi bảo hiểm

Các loại quyền lợi bảo hiểm bao gồm:

- a. Điều trị nội trú là quyền lợi bảo hiểm cơ bản và luôn áp dụng cho Người được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm.
- b. Quyền lợi bảo hiểm bổ sung tùy chọn bao gồm:
 - i. Điều trị ngoại trú, được áp dụng cùng với chương trình Điều trị nội trú;
 - ii. Chăm sóc nha khoa, chỉ áp dụng cùng với Chương trình Điều trị ngoại trú;
 - iii. Chăm sóc thai sản, chỉ áp dụng cùng với Chương trình Điều trị nội trú.

Tất cả các quyền lợi bảo hiểm chỉ được áp dụng trong phạm vi lãnh thổ được quy định cụ thể trong Bản tóm tắt Hợp đồng bảo hiểm.

1.1. Các nguyên tắc cơ bản trong việc chi trả bồi thường cho Người được bảo hiểm

Tùy thuộc vào các điều khoản và điều kiện của Quy tắc bảo hiểm này, Chubb sẽ thanh toán cho Người được bảo hiểm đối với các chi phí phát sinh cho Người được bảo hiểm nếu các chi phí đó thỏa mãn đồng thời các điều kiện sau:

- i. có nguyên nhân trực tiếp với các Ốm đau/Bệnh tật, Thương tật, Chăm sóc nha khoa và/hoặc Chăm sóc thai sản (nếu áp dụng) thuộc phạm vi bảo hiểm của Người được bảo hiểm; VÀ
- ii. phát sinh trong Thời hạn bảo hiểm cho các quyền lợi quy định trong Hợp đồng bảo hiểm; VÀ
- iii. được thể hiện trên các hóa đơn, chứng từ hợp lệ theo quy định của pháp luật của quốc gia nơi tiến hành việc điều trị; VÀ
- iv. phải là Chi phí thông thường và hợp lý tại quốc gia nơi tiến hành việc điều trị; VÀ
- v. không vượt quá Giới hạn trách nhiệm và các Giới hạn phụ liên quan (nếu có) được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm.

Các nguyên tắc trên sẽ áp dụng cho tất cả và bất kỳ chi trả cho các quyền lợi bảo hiểm mà Chubb thực hiện, bao gồm các quyền lợi bảo hiểm được liệt kê tại Điều 1.2 bên dưới của Phần III này và các quyền lợi bảo hiểm khác được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm (nếu có).

1.2. Các điều kiện cụ thể áp dụng cho các quyền lợi bảo hiểm

Ngoài việc áp dụng theo các nguyên tắc cơ bản được quy định tại Điều 1.1. của Phần III này, các quyền lợi bảo hiểm được liệt kê dưới đây sẽ chỉ có thể được áp dụng vào thời điểm và sau khi đã đáp ứng tất cả các điều kiện được quy định sau đây:

STT	QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	THỜI ĐIỂM VÀ ĐIỀU KIỆN ÁP DỤNG
1	QUYỀN LỢI CHƯƠNG TRÌNH ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ	
1.1	Chi phí dịch vụ Nằm viện	Chubb sẽ thanh toán cho quyền lợi bảo hiểm này khi Người được bảo hiểm đã nhập viện để thực hiện Điều trị nội trú hoặc Điều trị trong ngày tại một Cơ sở y tế.
1.1.1	Tiền phòng và ăn uống theo ngày	Chubb sẽ thanh toán cho quyền lợi bảo hiểm này khi Người được bảo hiểm đã nhập viện để thực hiện Điều trị nội trú tại một Cơ sở y tế. Trong mọi trường hợp, cho dù hạng phòng thực tế mà Người được bảo hiểm sử dụng cao hơn hạng Phòng riêng tiêu chuẩn, Chubb sẽ chỉ chi trả tối đa tới chi phí cho Phòng riêng tiêu chuẩn tại Cơ sở y tế nơi Người được bảo hiểm nhập viện để điều trị.
1.1.2	Phòng săn sóc đặc biệt theo ngày	Chubb sẽ thanh toán cho quyền lợi bảo hiểm này khi Người được bảo hiểm phải nhập viện và phải chi trả cho các chi phí phòng săn sóc đặc biệt khi cần thiết để Điều trị nội trú tại Cơ sở y tế trong các tình trạng Khẩn cấp, Ốm đau/Bệnh tật hoặc Thương tật.
1.1.3	Giường cho người nhà theo ngày	Chubb sẽ thanh toán cho quyền lợi bảo hiểm này khi Người được bảo hiểm là Trẻ em vị thành niên được nhập viện để Điều trị nội trú tại Cơ sở y tế. Trách nhiệm bảo hiểm của Chubb sẽ được giới hạn trong thời gian tối đa là mười (10) ngày trong một (1) Năm bảo hiểm.
1.1.4	Chi phí Bác sĩ phẫu thuật	Chubb sẽ thanh toán cho quyền lợi bảo hiểm này khi Người được bảo hiểm đã nhập viện để thực hiện phẫu thuật tại một Cơ sở y tế.
1.1.5	Chi phí Bác sĩ gây mê	Chubb sẽ thanh toán cho quyền lợi bảo hiểm này khi Người được bảo hiểm đã nhập viện để thực hiện phẫu thuật tại một Cơ sở y tế.
1.1.6	Chi phí dịch vụ Nằm viện khác	Ngoại trừ tất cả các quyền lợi bảo hiểm được quy định tại Điểm 1.1. (Chi phí dịch vụ Nằm viện), Điểm 1.1.1 (Tiền phòng và ăn uống theo ngày), Điểm 1.1.2 (Phòng săn sóc đặc biệt theo ngày), Điểm 1.1.3 (Giường cho người nhà

STT	QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	THỜI ĐIỂM VÀ ĐIỀU KIỆN ÁP DỤNG
		theo ngày), Điểm 1.1.4 (Chi phí Bác sĩ phẫu thuật) và Điểm 1.1.5 (Chi phí Bác sĩ gây mê) nói trên, Chubb sẽ thanh toán các chi phí cho dịch vụ Nằm viện khác khi Người được bảo hiểm đã nhập viện để thực hiện Điều trị nội trú hoặc Điều trị trong ngày tại một Cơ sở y tế.
1.2	Điều trị ung thư	Chubb sẽ thanh toán cho quyền lợi bảo hiểm này với điều kiện Thời gian chờ của Điều trị ung thư đối với từng Chương trình bảo hiểm thỏa mãn quy định tại Điều 5 Phần III.
1.3	Điều trị trong ngày	Chubb sẽ thanh toán cho quyền lợi bảo hiểm này khi mỗi lần Nằm viện phải đủ Thời gian Nằm viện tối thiểu, trừ trường hợp không yêu cầu thời gian tối thiểu Nằm viện nếu việc Nằm viện có liên quan đến một cuộc phẫu thuật, điều trị cấp cứu vì lý do Tai nạn hoặc Ốm đau/Bệnh tật. Nếu Người được bảo hiểm trải qua cuộc phẫu thuật hoặc Nằm viện tại một Cơ sở y tế dưới hai mươi bốn (24) giờ liên tục do Tai nạn hoặc Ốm đau/Bệnh tật, Chubb sẽ chi trả Chi phí thông thường và hợp lý mà Người được bảo hiểm đã thanh toán cho Cơ sở y tế đó, và phụ thuộc vào Giới hạn trách nhiệm liên quan được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm.
1.4	Dịch vụ xe cấp cứu	Chubb sẽ thanh toán cho quyền lợi bảo hiểm này khi những dịch vụ vận chuyển cấp cứu đường bộ Cần thiết về mặt y học hoặc Khẩn cấp đến và từ Cơ sở y tế.
1.5	Cấy ghép bộ phận đối với thận, tim, gan và tủy xương	Chubb sẽ thanh toán cho quyền lợi bảo hiểm này theo quy định tại Điều 1.1 Phần III.
1.6	Điều trị trước và sau khi Nằm viện	Chubb sẽ thanh toán cho quyền lợi bảo hiểm này khi Người được bảo hiểm thực hiện việc Điều trị nội trú hoặc phẫu thuật.
1.6.1	Điều trị trước khi Nằm viện	Trách nhiệm của Chubb sẽ được giới hạn trong thời gian tối đa là ba mươi (30) ngày liên tục ngay trước khi Nằm viện trong một (1) Năm bảo hiểm.
1.6.2	Điều trị sau khi Nằm viện	Trách nhiệm của Chubb sẽ được giới hạn trong thời gian tối đa là chín mươi (90) ngày liên tục ngay sau khi Nằm viện trong một (1) Năm bảo hiểm.

STT	QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	THỜI ĐIỂM VÀ ĐIỀU KIỆN ÁP DỤNG
1.7	Điều trị tại khoa cấp cứu	Chubb sẽ thanh toán cho quyền lợi bảo hiểm này khi Người được bảo hiểm thực hiện việc Điều trị tại khoa cấp cứu.
1.8	Y tá chăm sóc tại nhà	Trách nhiệm của Chubb sẽ được giới hạn trong thời gian tối đa là một trăm tám mươi hai (182) ngày trong một (1) Năm bảo hiểm cho mỗi Người được bảo hiểm.
1.9	Trợ cấp Cơ sở y tế công lập	Chubb sẽ thanh toán cho quyền lợi bảo hiểm này trong trường hợp Người được bảo hiểm nhập viện để thực hiện (các) Điều trị nội trú tại các Cơ sở y tế công lập trên lãnh thổ Việt Nam. Trách nhiệm của Chubb sẽ được giới hạn trong thời gian tối đa là ba mươi (30) ngày trong một (1) Năm bảo hiểm cho mỗi Người được bảo hiểm.
1.10	Điều trị nha khoa Khẩn cấp sau Tai nạn	Chubb sẽ thanh toán cho quyền lợi bảo hiểm này sau khi Tai nạn xảy ra đối với Người được bảo hiểm.
1.11	Vận chuyển y tế cấp cứu/Hồi hương	Chubb sẽ thanh toán cho quyền lợi bảo hiểm này theo quy định tại Điều 1.1 Phần III
1.12	Vận chuyển thi hài về quê quán	Chubb sẽ thanh toán cho quyền lợi bảo hiểm này theo quy định tại Điều 1.1 Phần III
1.13	Trợ cấp mai táng	Trong trường hợp Người được bảo hiểm chết do Tai nạn, Ốm đau/Bệnh tật hoặc Thương tật tại Cơ sở y tế, Chubb sẽ chi trả chi phí mai táng cho đại diện hoặc người thừa kế hợp pháp của Người được bảo hiểm.
1.14	Thông tin và hỗ trợ về y tế/pháp luật	Chubb sẽ cung cấp quyền lợi này cho Người được bảo hiểm 24/7.
2	QUYỀN LỢI BẢO HIỂM BỔ SUNG TÙY CHỌN	
2.1	Chương trình Điều trị ngoại trú	
a.	Điều trị ngoại trú tổng quát	Chubb sẽ thanh toán cho quyền lợi bảo hiểm này nếu Người được bảo hiểm được khám và Điều trị ngoại trú bởi Bác sĩ đa khoa.
b.	Điều trị ngoại trú chuyên khoa	Chubb sẽ thanh toán cho quyền lợi bảo hiểm này nếu Người được bảo hiểm được khám và Điều trị ngoại trú bởi Bác sĩ chuyên khoa.
c.	Chụp X-quang và xét nghiệm	Chubb sẽ thanh toán cho quyền lợi bảo hiểm này theo quy định tại Điều 1.1 Phần III.

STT	QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	THỜI ĐIỂM VÀ ĐIỀU KIỆN ÁP DỤNG
d.	Thuốc theo đơn kê	Chubb sẽ thanh toán cho quyền lợi bảo hiểm này theo quy định tại Điều 1.1 Phần III.
e.	Chữa trị Đông y, Nắn xương & Châm cứu Đông y	Trách nhiệm bảo hiểm của Chubb sẽ được giới hạn tối đa là mười (10) lần thăm khám, điều trị trong một (1) Năm bảo hiểm cho mỗi Người được bảo hiểm.
f.	Điều trị vật lý trị liệu và Nắn khớp xương (theo chỉ định của Bác sĩ)	Trách nhiệm bảo hiểm của Chubb sẽ được giới hạn tối đa là mười lăm (15) lần thăm khám, điều trị và giới hạn chi phí mỗi lần thăm khám, điều trị trong một (1) Năm bảo hiểm cho mỗi Người được bảo hiểm.
g.	Kiểm tra sức khỏe hàng năm/khám sức khỏe cho việc cấp giấy phép lao động	Chubb sẽ thanh toán cho quyền lợi bảo hiểm này theo quy định tại Điều 1.1 Phần III.
h.	Tiêm vắc-xin	Chubb sẽ thanh toán cho quyền lợi bảo hiểm này đối với các chi phí khám và tư vấn của Bác sĩ, chi phí vắc-xin và các chi phí liên quan trực tiếp đến việc tiêm hoặc uống vắc-xin đó.
i.	Chăm sóc thị lực	Trách nhiệm bảo hiểm của Chubb sẽ được giới hạn là một (1) lần kiểm tra thị lực và chi phí cho một (1) kính mắt hoặc một (1) kính áp tròng trong một (1) Năm bảo hiểm cho mỗi Người được bảo hiểm.
2.2	Chăm sóc nha khoa	<p>Đồng chi trả với tỷ lệ hai mươi phần trăm (20%) sẽ được áp dụng với mỗi lần điều trị nha khoa.</p> <p>Chubb sẽ thanh toán cho quyền lợi bảo hiểm này nhưng không vượt quá các Giới hạn phụ nằm trong quyền lợi Chăm sóc nha khoa như được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm, bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kiểm tra răng định kỳ một (1) lần trong một (1) Năm bảo hiểm cho mỗi Người được bảo hiểm; - Chăm sóc răng cơ bản; và - Điều trị nha khoa chủ yếu. <p>Các dịch vụ này phải được thực hiện bởi một Bác sĩ chuyên ngành răng hàm mặt tại một Cơ sở y tế có đăng ký được cơ quan hữu quan cấp giấy phép hành nghề nha khoa tại quốc gia nơi mà việc Chăm sóc nha khoa được cung cấp.</p>

STT	QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	THỜI ĐIỂM VÀ ĐIỀU KIỆN ÁP DỤNG						
		Vật liệu sử dụng cho việc trám răng/bao răng/răng giả được giới hạn ở hỗn hợp trám răng và sứ và không bao gồm kim loại quý hiếm.						
2.3	Thai sản	<p>Trường hợp quyền lợi bảo hiểm này được bao gồm trong Hợp đồng bảo hiểm, ngoại trừ trường hợp chấm dứt mang thai do hư thai hoặc phá thai vì lý do y tế thì Thời gian chờ và giới hạn chi trả cho quyền lợi này được áp dụng như sau:</p> <table><tr><td>Thời gian kể từ ngày có hiệu lực đầu tiên của quyền lợi Thai sản của Người được bảo hiểm</td><td>Giới hạn chi trả (% Giới hạn trách nhiệm của quyền lợi Thai sản như được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm)</td></tr><tr><td>Sau mười hai (12) tháng liên tục</td><td>50%</td></tr><tr><td>Sau hai mươi bốn (24) tháng liên tục</td><td>100%</td></tr></table> <p>Trong mọi trường hợp, thời điểm bắt đầu mang thai của Người được bảo hiểm theo xác nhận của Bác Sĩ phải sau mười hai (12) tháng liên tục kể từ ngày có hiệu lực đầu tiên của quyền lợi Thai sản của Người được bảo hiểm.</p> <p>Quyền lợi bảo hiểm Chăm sóc thai sản bao gồm quyền lợi Chăm sóc trẻ sơ sinh. Trách nhiệm bảo hiểm của Chubb đối với quyền lợi Chăm sóc trẻ sơ sinh sẽ được giới hạn tối đa là năm (5) ngày tính từ ngày sinh của trẻ sơ sinh hoặc, trong trường hợp có tình trạng y khoa cấp tính và bất kì chi phí liên quan đến các triệu chứng lúc sinh hoặc có biểu hiện bệnh tật thì việc Điều trị nội trú được mở rộng lên đến ba mươi (30) ngày tính từ ngày sinh của trẻ sơ sinh.</p>	Thời gian kể từ ngày có hiệu lực đầu tiên của quyền lợi Thai sản của Người được bảo hiểm	Giới hạn chi trả (% Giới hạn trách nhiệm của quyền lợi Thai sản như được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm)	Sau mười hai (12) tháng liên tục	50%	Sau hai mươi bốn (24) tháng liên tục	100%
Thời gian kể từ ngày có hiệu lực đầu tiên của quyền lợi Thai sản của Người được bảo hiểm	Giới hạn chi trả (% Giới hạn trách nhiệm của quyền lợi Thai sản như được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm)							
Sau mười hai (12) tháng liên tục	50%							
Sau hai mươi bốn (24) tháng liên tục	100%							

Điều 2. Phạm vi lãnh thổ

Phạm vi bảo hiểm phụ thuộc vào khu vực địa lý được liệt kê trong Bản tóm tắt Hợp đồng bảo hiểm mà Phí bảo hiểm khu vực phù hợp được thanh toán, cụ thể gồm hai (2) khu vực sau:

2.1. Khu vực 0: chỉ bao gồm Việt Nam.

2.2. Khu vực 5: Việt Nam, Thái Lan, Malaysia, Indonesia, Philippines, Lào, Campuchia, Myanmar, Brunei và Đông Timor.

Điều 3. Đại diện/Thừa kế

Đại diện hoặc người thừa kế hợp pháp của Người được bảo hiểm sẽ có quyền hành động thay cho Người được bảo hiểm đó nếu Người được bảo hiểm bị mất năng lực hành vi dân sự hoặc chết.

Các quyền lợi bảo hiểm sẽ được Chubb thanh toán cho Người được bảo hiểm, người đại diện hoặc người thừa kế hợp pháp của Người được bảo hiểm (nếu áp dụng) hoặc Cơ sở y tế thuộc Hệ thống thanh toán trực tiếp (nếu áp dụng).

Điều 4. Trở về Quê quán/Thay đổi Nước cư trú thường xuyên

Đối với những công dân Hợp chủng quốc Hoa Kỳ hoặc Canada trở về Quê quán của mình và đối với những công dân các quốc gia khác dự định cư trú tại Hợp chủng quốc Hoa Kỳ/Canada trong thời gian trên mười hai (12) tuần, Chương trình bảo hiểm sẽ tự động chấm dứt. Người được bảo hiểm sẽ có nghĩa vụ thông báo cho Chubb ngay Người được bảo hiểm đó trở về Quê quán hoặc thay đổi Nước cư trú thường xuyên sang Hợp chủng quốc Hoa Kỳ/Canada trong vòng ba mươi (30) ngày kể từ ngày trở về/thay đổi đó. Phí bảo hiểm đã nộp sẽ được hoàn trả theo điều khoản về chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm quy định tại Điều 4 của Phần I của Quy tắc bảo hiểm này.

Đối với những thay đổi Nước cư trú thường xuyên không phải là Hợp chủng quốc Hoa Kỳ hay Canada trong Năm bảo hiểm, Chubb sẽ xem xét bảo hiểm trên cơ sở đánh giá Chi phí thông thường và hợp lý tại quốc gia đó hoặc hoàn trả Phí bảo hiểm theo điều khoản về chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm quy định tại Điều 4 của Phần I của Quy tắc bảo hiểm này. Vì mục đích của quy định này, “**thay đổi Nước cư trú thường xuyên**” là Người được bảo hiểm không còn cư trú tại Nước cư trú thường xuyên của mình như đã khai báo trong Giấy yêu cầu bảo hiểm, hoặc có ý định chuyển tới ở một quốc gia khác trong thời gian trên mười hai (12) tuần.

Điều 5. Thời gian chờ

Đối với Hợp đồng bảo hiểm **chỉ có một (1) Người được bảo hiểm**, các quy định về Thời gian chờ sau đây sẽ được áp dụng cho **mọi Chương trình bảo hiểm**:

- Thời gian chờ ba mươi (30) ngày sẽ được bắt đầu tính từ Ngày hiệu lực đầu tiên và sẽ được áp dụng cho tất cả các điều trị (trừ các điều trị do Tai nạn); VÀ
- Thời gian chờ ba trăm sáu mươi lăm (365) ngày sẽ được bắt đầu tính từ Ngày hiệu lực đầu tiên đến ngày xuất hiện triệu chứng đầu tiên theo xác nhận của Bác sĩ và Cơ sở y tế nơi Người được bảo hiểm đang điều trị và sẽ được áp dụng cho tất cả các loại Bệnh ung thư, bệnh cơ-xương-khớp và rối loạn tim mạch.

Đối với Hợp đồng bảo hiểm **có từ hai (2) Người được bảo hiểm trở lên**, các quy định về Thời gian chờ sau đây sẽ được áp dụng cho **Chương trình bảo hiểm hạng Đồng (Bronze) và hạng Bạc (Silver)**:

- Thời gian chờ ba mươi (30) ngày sẽ được bắt đầu tính từ Ngày hiệu lực đầu tiên và sẽ được áp dụng cho tất cả các điều trị (trừ các điều trị do Tai nạn); VÀ
- Thời gian chờ ba trăm sáu mươi lăm (365) ngày sẽ được bắt đầu tính từ Ngày hiệu lực đầu tiên đến ngày xuất hiện triệu chứng đầu tiên theo xác nhận của Bác sĩ và Cơ sở y tế

nơi Người được bảo hiểm đang điều trị và sẽ được áp dụng cho tất cả các loại Bệnh ung thư, bệnh cơ-xương-khớp và rối loạn tim mạch.

Đối với Hợp đồng bảo hiểm **có từ hai (2) Người được bảo hiểm trở lên**, các quy định về Thời gian chờ sau đây sẽ được áp dụng cho **Chương trình bảo hiểm hạng Vàng (Gold), hạng Bạch kim (Platinum) và hạng Kim cương (Diamond)**:

- Thời gian chờ ba mươi (30) ngày sẽ được bắt đầu tính từ Ngày hiệu lực đầu tiên và sẽ được áp dụng cho tất cả các điều trị (trừ các điều trị do Tai nạn).
- Thời gian chờ chín mươi (90) ngày sẽ được bắt đầu tính từ Ngày hiệu lực đầu tiên đến ngày xuất hiện triệu chứng đầu tiên theo xác nhận của Bác sĩ và Cơ sở y tế nơi Người được bảo hiểm đang điều trị và sẽ được áp dụng cho tất cả các loại Bệnh ung thư. Chi phí điều trị sẽ được Chubb chi trả như sau:

Thời gian xuất hiện triệu chứng đầu tiên (Kể từ Ngày hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm đầu tiên của Người được bảo hiểm)	Tỉ lệ chi trả (% của tổng chi phí điều trị thực tế)
Sau 90 ngày liên tục	70%
Sau 180 ngày liên tục	100%

Điều 6. Đồng chi trả

6.1 Đồng chi trả áp dụng cho các điều trị trong phạm vi lãnh thổ Việt Nam

- i. Đối với Hợp đồng bảo hiểm **chỉ có một (1) Người được bảo hiểm**, các quy định về Đồng chi trả sau đây sẽ được áp dụng cho **Chương trình bảo hiểm hạng Đồng (Bronze) và hạng Bạc (Silver)**: Đồng chi trả với tỷ lệ hai mươi phần trăm (20%) sẽ áp dụng cho tất cả các điều trị tại bất kỳ Cơ sở y tế nào.
- ii. Đối với Hợp đồng bảo hiểm **chỉ có một (1) Người được bảo hiểm**, các quy định về Đồng chi trả sau đây sẽ được áp dụng cho **Chương trình bảo hiểm hạng Vàng (Gold), hạng Bạch kim (Platinum) và hạng Kim cương (Diamond)**: Đồng chi trả với tỷ lệ hai mươi phần trăm (20%) chỉ được áp dụng cho tất cả các điều trị tại bệnh viện FV, Family Medical Practice, Raffles Medical, bệnh viện Đa khoa quốc tế Vinmec, bệnh viện Việt-Pháp Hà Nội.
- iii. Đối với Hợp đồng bảo hiểm **có từ hai (2) Người được bảo hiểm trở lên**, các quy định về Đồng chi trả sau đây sẽ được áp dụng cho **Chương trình bảo hiểm hạng Đồng (Bronze) và hạng Bạc (Silver)**:
 - Đối với tất cả những Người được bảo hiểm có độ tuổi từ mười lăm (15) ngày Tuổi đến hai (2) Tuổi: Đồng chi trả với tỷ lệ bốn mươi phần trăm (40%) sẽ áp dụng cho tất cả các điều trị tại bất kỳ Cơ sở y tế nào.

- Đối với tất cả những Người được bảo hiểm khác: Đồng chi trả với tỷ lệ hai mươi phần trăm (20%) sẽ áp dụng cho tất cả các điều trị tại bất kỳ Cơ sở y tế nào.
- iv. Đối với Hợp đồng bảo hiểm **có từ hai (2) Người được bảo hiểm trở lên**, các quy định về Đồng chi trả sau đây sẽ được áp dụng cho **Chương trình bảo hiểm hạng Vàng (Gold), hạng Bạch kim (Platinum) và hạng Kim cương (Diamond)**:
- Đối với tất cả những Người được bảo hiểm có độ tuổi từ mười lăm (15) ngày Tuổi đến hai (2) Tuổi: Đồng chi trả với tỷ lệ hai mươi phần trăm (20%) sẽ áp dụng cho tất cả các điều trị tại bất kỳ Cơ sở y tế nào.
 - Đối với tất cả những Người được bảo hiểm khác: Đồng chi trả với tỷ lệ hai mươi phần trăm (20%) chỉ được áp dụng cho tất cả các điều trị tại bệnh viện FV, Family Medical Practice, Raffles Medical, bệnh viện Đa khoa quốc tế Vinmec, bệnh viện Việt-Pháp Hà Nội.
- 6.2 Đồng chi trả áp dụng cho các điều trị ngoài phạm vi lãnh thổ Việt Nam
- Đồng chi trả với tỷ lệ hai mươi phần trăm (20%) sẽ áp dụng cho tất cả các điều trị được thực hiện bên ngoài lãnh thổ Việt Nam.

PHẦN IV – ĐIỀU KHOẢN LOẠI TRỪ

Điều 1. Các điều khoản loại trừ

Những điều trị, điều kiện, các hoạt động, hạng mục sau đây và các chi phí phát sinh liên quan sẽ bị loại trừ không được bảo hiểm và Chubb sẽ không chịu trách nhiệm:

- (1) Điều trị tâm thần, rối loạn hành vi, rối loạn tâm thần bao gồm bệnh trầm cảm, rối loạn ăn uống, rối loạn giấc ngủ hoặc các chứng loạn thần kinh chức năng và các biểu hiện tâm lý hoặc thần kinh của các chứng loạn thần kinh chức năng ngoại trừ việc điều trị Nằm viện đã được cho phép trước, và các bệnh tâm thần khác;
- (2) Khám và điều trị liên quan tới các khuyết tật bẩm sinh và các Bệnh bẩm sinh. Các khuyết tật bẩm sinh bao gồm cả các bệnh di truyền và các phẫu thuật cho thai nhi khi còn trong bụng mẹ, điều trị các vấn đề trong học tập hoặc các khuyết tật nói của một đứa trẻ phụ thuộc;
- (3) Các xét nghiệm, việc khám và điều trị liên quan tới bệnh vô sinh, biện pháp tránh thai, triệt sản, thụ thai nhân tạo hoặc việc phá thai, và các điều trị khác là do các hậu quả của những điều trị này;
- (4) Khám và điều trị không phải do một Cơ sở y tế hợp pháp thực hiện hay yêu cầu, hoặc việc điều trị mà một Bác sĩ chuyên ngành độc lập được Chubb thuê để cho ý kiến chuyên môn, cho là không Cần thiết về mặt y học;
- (5) Kiểm tra mắt và tai định kỳ, kể cả chi phí về làm kính mắt, kính áp tròng, phục hồi thị lực hoặc khúc xạ mắt, bao gồm tật cận thị, viễn thị và lão thị, trừ khi có quy định rõ và được xác nhận trong Chương trình bảo hiểm;
- (6) Điều trị phát sinh từ các rối loạn/thói quen nghiện ngập, ví dụ như lạm dụng thuốc hoặc nghiện rượu;
- (7) Điều trị đối với Thương tật do Người được bảo hiểm tự gây ra hoặc do Người được bảo hiểm tự tử;
- (8) Các xét nghiệm, chi phí y tế phát sinh không liên quan đến việc điều trị hoặc chẩn đoán Ốm đau/Bệnh tật hoặc Thương tật được bảo hiểm hoặc việc điều trị đó không Cần thiết về mặt y học theo ý kiến chuyên môn của một Bác sĩ chuyên ngành độc lập được Chubb thuê để cho ý kiến chuyên môn;
- (9) Điều trị được thực hiện bởi Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm hoặc bởi người thân trong gia đình của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm đối với chính bản thân mình hoặc đối với Người phụ thuộc của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm khi Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm hoặc người thân gia đình nói trên là Bác sĩ làm việc tại Cơ sở y tế nơi việc điều trị được thực hiện;

- (10) Phẫu thuật thẩm mỹ hoặc phẫu thuật tạo hình vì lý do thẩm mỹ. Điều trị liên quan tới hoặc phát sinh từ việc loại bỏ các vấn đề về chất béo, chất dư thừa hay để giảm cân hoặc điều trị khác được thực hiện với lý do thẩm mỹ hoặc tâm lý bao gồm chữa bệnh rụng tóc, tàn nhang, hói;
- (11) Nhập viện để chẩn đoán, Chụp X-quang và xét nghiệm hoặc Điều trị vật lý trị liệu, trừ khi được chỉ định bởi một Bác sĩ điều trị hoặc Bác sĩ phẫu thuật có đủ trình độ chuyên môn theo luật định;
- (12) Các xét nghiệm, khám và điều trị các bệnh lây qua đường tình dục và điều trị bệnh bất lực hoặc bất kỳ bệnh nào có liên quan;
- (13) Chi phí mua bộ phận cơ thể người, nhận cơ quan nội tạng và/hoặc tất cả các chi phí cho người hiến tặng;
- (14) Xét nghiệm và điều trị Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS), Hội chứng phức hợp liên quan đến AIDS (ARCS) và toàn bộ các bệnh gây ra bởi và/hoặc liên quan đến vi rút HIV dương tính;
- (15) Các Bệnh có sẵn hoặc các Thương tật có liên quan, đi kèm hoặc có tính hậu quả;
- (16) Các chi phí vượt quá Chi phí thông thường và hợp lý;
- (17) Toàn bộ chi phí vận chuyển phát sinh đối với các chuyến đi đặc biệt vì mục đích điều trị y khoa, nếu không phải là một phần của việc Vận chuyển y tế cấp cứu và ngoại trừ trường hợp được xác định theo định nghĩa Dịch vụ xe cứu thương trong nước;
- (18) Điều trị nội khoa thử nghiệm và chưa được chứng minh về mặt khoa học;
- (19) Khám và điều trị chấn thương hoặc bệnh lâu dài trong khi tham gia vào (bao gồm bất kỳ chương trình luyện tập hoặc rèn luyện thể lực đối với) cuộc thi hoặc cuộc thi đấu nào, bao gồm các hoạt động sau:
 - (a) đua xe dưới bất kỳ hình thức nào, bao gồm việc đua xe ô tô hoặc xe hơi, thể thao chuyên nghiệp, thể thao có sự tiếp xúc với các người cùng chơi, đua xe mô tô, đua thuyền máy, và thi đấu luyện ngựa;
 - (b) nhảy dù biểu diễn, dù bay, điều lượn, bay (khác với như là một hành khách có mua vé đi trên một máy bay thương mại được cấp giấy phép hợp lệ);
 - (c) thám hiểm hang động, leo đá hoặc leo núi (có hay không có sử dụng dây thừng hoặc thiết bị khác);
 - (d) nhảy bun-gee;
 - (e) lặn có bình dưỡng khí;
 - (f) pô lô, đua ngựa vượt rào;
 - (g) các môn võ thuật;
 - (h) bay khinh khí cầu;

- (i) bất kì môn thể thao nào có tổ chức thực hiện trên cơ sở tài trợ; và/hoặc
 - (j) bất kì hoạt động mạo hiểm nào khác, bao gồm các hoạt động cố ý đặt mình vào tình trạng nguy hiểm đặc biệt (ngoại trừ trường hợp nỗ lực để cứu sống người).
- (21) Khám và điều trị rối loạn giấc ngủ liên quan đến hô hấp, bao gồm ngáy, mệt mỏi, say máy bay, suy nhược cơ thể hoặc căng thẳng liên quan đến công việc hoặc bất kì tình trạng liên quan khác;
 - (22) Bổ sung chế độ ăn uống và các chất sẵn có trong tự nhiên mà có thể mua không cần toa, bao gồm vitamin, khoáng chất, thực phẩm chức năng, thực phẩm hỗ trợ điều trị y tế;
 - (23) Các dịch vụ không liên quan đến sức khỏe, bao gồm việc cấp giấy chứng nhận, chứng thực và giấy khám sức khỏe cho mục đích đi du lịch;
 - (24) Điều trị Ốm đau/Bệnh tật, Thương tật phát sinh do chiến tranh, xâm lược, hành động của các thế lực thù địch bên ngoài, thù địch hoặc các hoạt động hiếu chiến (dù có tuyên bố hay không), nội chiến, nổi loạn, cách mạng, khởi nghĩa, dân biến hoặc tham gia vào các cuộc nổi dậy, lực lượng quân đội hay lực lượng tiềm quyền;
 - (25) Điều trị Ốm đau/Bệnh tật, Thương tật phát sinh do Hành động khủng bố;
 - (26) Tiếp xúc năng lượng hạt nhân, phóng xạ ion hóa hay nhiễm phóng xạ thuộc bất kỳ loại nào;
 - (27) Các chi phí y tế liên quan đến việc khám và/hoặc điều trị Ốm đau/Bệnh tật, Thương tật trực tiếp phát sinh do thực hiện và/hoặc tham gia vào việc thực hiện (các) hành động bất hợp pháp (bao gồm các hành động mà theo quy định của pháp luật thì người thực hiện sẽ bị phạt tù), các hành động mà pháp luật cấm hoặc các hành động không tuân thủ các nghĩa vụ theo quy định của pháp luật khác, ví dụ như trộm cắp, cướp giật, không chấp hành lệnh của người thi hành công vụ, sử dụng chất kích thích, sử dụng chất nổ hoặc các thiết bị gây cháy (trừ khi đã được cấp phép một cách hợp lệ), hành hung và gây thương tích;
 - (28) Liệu pháp thay thế tế bào gốc, ngoại trừ trường hợp ghép tủy xương;
 - (29) Toàn bộ việc Vận chuyển y tế cấp cứu/Hồi hương hoặc Hồi hương thi hài không được Chubb hoặc Đơn vị hỗ trợ y tế chấp thuận trước;
 - (30) Bất kỳ điểm loại trừ nào khác về Vận chuyển y tế cấp cứu/Hồi hương hoặc Hồi hương thi hài được quy định cụ thể trong hợp đồng dịch vụ giữa Đơn vị hỗ trợ y tế và Chubb, mà các phạm vi dịch vụ và điều khoản loại trừ này đã được Chubb thông báo cho Bên mua bảo hiểm; và
 - (31) Các bộ phận giả, Thiết bị phục hồi, các thiết bị y tế và chi phí y tế nằm ngoài cơ thể không thuộc phạm vi bảo hiểm (bao gồm việc ghép tim nhân tạo, (các) thiết bị hỗ trợ một hay hai tâm thất), ngoại trừ các mô cấy phẫu thuật tiêu chuẩn, chi phí mua sắm hoặc sử dụng các thiết bị nổi đặc biệt, dụng cụ, xe lăn, nạng hoặc các Thiết bị khác;

Điều 2. Điều khoản loại trừ liên quan đến cấm vận

Chubb sẽ không bảo hiểm và không có trách nhiệm thanh toán bồi thường cho bất kỳ yêu cầu bồi thường hoặc cung cấp các quyền lợi nào nếu như việc cung cấp bảo hiểm, thanh toán các yêu cầu bồi thường này hoặc cung cấp quyền lợi như vậy sẽ làm cho Chubb vi phạm bất kỳ quy định cấm vận, ngăn cấm, hoặc hạn chế theo các nghị quyết của Liên Hiệp Quốc hoặc các lệnh cấm vận kinh tế hay thương mại, luật pháp hoặc quy định của Liên Hiệp Châu Âu, Vương quốc Anh hoặc Hiệp chủng quốc Hoa Kỳ.

PHẦN V – QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM VÀ BÊN MUA BẢO HIỂM

Điều 1. Quyền của Người được bảo hiểm và Bên mua bảo hiểm

Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm có quyền:

- a. Lựa chọn Chương trình bảo hiểm phù hợp với yêu cầu của mình;
- b. Yêu cầu Chubb giải thích các điều kiện, điều khoản bảo hiểm; cấp Bản tóm tắt Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm;
- c. Đơn phương đình chỉ thực hiện Hợp đồng bảo hiểm hoặc đơn phương chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm trong các trường hợp mà Quy tắc bảo hiểm này và pháp luật Việt Nam quy định;
- d. Yêu cầu Chubb trả tiền bảo hiểm cho Người thụ hưởng hoặc bồi thường cho Người được bảo hiểm theo thoả thuận trong Hợp đồng bảo hiểm khi xảy ra Sự kiện bảo hiểm;
- e. Chuyển nhượng Hợp đồng bảo hiểm theo thoả thuận trong Hợp đồng bảo hiểm hoặc theo quy định của pháp luật và
- f. Các quyền khác theo quy định của pháp luật.

Điều 2. Nghĩa vụ của Người được bảo hiểm và/hoặc Bên mua bảo hiểm

Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm có nghĩa vụ (nếu Người được bảo hiểm là trẻ em vị thành niên thì cha/mẹ/người giám hộ được chỉ định hợp pháp của Người được bảo hiểm sẽ có nghĩa vụ):

- a. Đóng Phí bảo hiểm đầy đủ, theo thời hạn và phương thức đã thoả thuận trong Hợp đồng bảo hiểm;
- b. kê khai đầy đủ, trung thực mọi chi tiết có liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm vào Giấy yêu cầu bảo hiểm và cung cấp cho Chubb các thông tin khác kèm theo Giấy yêu cầu bảo hiểm, đồng thời chịu trách nhiệm về tính chính xác, trung thực của các thông tin đó; Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm không kê khai đầy đủ, trung thực bất kỳ thông tin nào mà Chubb yêu cầu phải kê khai trong Giấy yêu cầu bảo hiểm và/hoặc trong giấy yêu cầu bồi thường, mà nếu Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm kê khai đầy đủ, trung thực thông tin đó thì Chubb đã không đồng ý bảo hiểm cho Người được bảo hiểm, Chubb có quyền từ chối chi trả quyền lợi bảo hiểm theo Hợp đồng Bảo hiểm.
- c. Thông báo những trường hợp có thể làm tăng rủi ro hoặc làm phát sinh thêm trách nhiệm của Chubb trong quá trình thực hiện Hợp đồng bảo hiểm theo quy định của bản Quy tắc bảo hiểm này;
- d. Thực hiện các nghĩa vụ khi yêu cầu bồi thường khi xảy ra Sự kiện bảo hiểm theo các quy định của Phần VII của bản Quy tắc bảo hiểm này, đồng thời phải phối hợp và hỗ trợ Chubb trong việc điều tra nguyên nhân;

- e. Áp dụng các biện pháp đề phòng, hạn chế tổn thất để ngăn ngừa việc xảy ra các Sự kiện bảo hiểm, và phải tuân theo yêu cầu và nghĩa vụ theo luật định;
- f. Khi xảy ra Sự kiện bảo hiểm, Người được bảo hiểm hay đại diện hợp pháp của Người được bảo hiểm, trong thời gian sớm nhất có thể, có nghĩa vụ:
 - i. Gửi cho Chubb đơn yêu cầu bồi thường bảo hiểm theo mẫu của Chubb, đã điền đầy đủ, chính xác và trung thực các thông tin được yêu cầu; và
 - ii. bằng chi phí của Người được bảo hiểm, cung cấp cho Chubb các thông tin mà Chubb yêu cầu (có thể bao gồm biên nhận, chứng nhận hoặc các bằng chứng bằng chữ hay hình chụp do Chubb yêu cầu để chứng minh cho khiếu nại bồi thường);
- g. Thông báo cho Chubb về Điều trị có lựa chọn, bao gồm trường hợp việc Điều trị có lựa chọn đó được thực hiện tại một nước không phải là Nước cư trú thường xuyên, và phải gửi kèm theo bảng giá chi tiết ít nhất năm (05) ngày làm việc trước khi tiến hành điều trị để Chubb thẩm định và xem xét có chấp thuận việc Điều trị có lựa chọn đó hay không; và
- h. Các nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật.

PHẦN VI – QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA CHUBB

Điều 1. Quyền của Chubb

Chubb có quyền:

- a. Thu Phí bảo hiểm theo thoả thuận trong Hợp đồng bảo hiểm;
- b. Yêu cầu Bên mua bảo hiểm cung cấp đầy đủ, trung thực những thông tin quy định tại Điều 2(b) của Phần V của bản Quy tắc bảo hiểm này;
- c. Đơn phương đình chỉ thực hiện Hợp đồng bảo hiểm hoặc đơn phương chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm trong các trường hợp mà Quy tắc bảo hiểm này và pháp luật Việt Nam quy định;
- d. Từ chối trả tiền bảo hiểm cho Người thụ hưởng hoặc từ chối bồi thường cho Người được bảo hiểm trong trường hợp không thuộc phạm vi trách nhiệm bảo hiểm hoặc trường hợp loại trừ trách nhiệm bảo hiểm theo thoả thuận trong Quy tắc bảo hiểm này;
- e. Yêu cầu Bên mua bảo hiểm áp dụng các biện pháp đề phòng, hạn chế tổn thất theo quy định tại Điều 2(e) của Phần V của bản Quy tắc bảo hiểm này;
- f. Nếu Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm không cung cấp hoặc cung cấp không đầy đủ, chính xác và trung thực những thông tin quy định tại Điều 2(b) của Phần V của bản Quy tắc bảo hiểm này, Chubb có quyền:
 - i. không thanh toán một phần khoản tiền mà Người được bảo hiểm yêu cầu Chubb bồi thường bảo hiểm; HOẶC
 - ii. từ chối thanh toán toàn bộ khoản tiền mà Người được bảo hiểm yêu cầu Chubb bồi thường bảo hiểm; HOẶC
 - iii. hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm của Người được bảo hiểm bắt đầu từ ngày hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm và Chubb sẽ hoàn Phí bảo hiểm đã đóng cho Người được bảo hiểm sau khi đã trừ đi khoản Phí bảo hiểm còn lại được tính theo tỉ lệ tương ứng với số ngày Hợp đồng bảo hiểm đã có hiệu lực.
- g. Trong trường hợp tuổi, ngày sinh hoặc các thông tin khác có liên quan tới một Người được bảo hiểm được phát hiện bị khai sai và trong trường hợp việc khai sai đó ảnh hưởng đến phạm vi quyền lợi bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm hoặc nếu thông tin đó được khai đúng thì Chubb đã không đồng ý bảo hiểm cho Người được bảo hiểm đó, thì:
 - i. tuổi thật và các thông tin chính xác của Người được bảo hiểm sẽ được Chubb sử dụng để xác định xem các quyền lợi bảo hiểm có được bảo đảm theo các điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm hay không, với số tiền là bao nhiêu, và có tiến hành điều chỉnh Phí bảo hiểm hay không; HOẶC

- ii. Chubb có quyền đơn phương chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm và thực hiện việc hoàn trả phí bảo hiểm theo quy định tại Điều 4(a) của Phần I của bản Quy tắc bảo hiểm này.
- h. Không chi trả quyền lợi bảo hiểm theo Hợp đồng Bảo hiểm đối với điều trị có lựa chọn không được Chubb chấp thuận bằng văn bản;
- i. Khi Người được bảo hiểm có yêu cầu bồi thường, yêu cầu Người được bảo hiểm thực hiện việc kiểm tra sức khỏe, xét nghiệm và/hoặc đánh giá y khoa khác bằng việc gửi cho Người được bảo hiểm một thông báo về yêu cầu đó và với chi phí do Chubb thanh toán;
- j. Yêu cầu khám nghiệm tử thi trong trường hợp Người được bảo hiểm tử vong, nếu điều đó không bị cấm theo luật hoặc tín ngưỡng tôn giáo;
- k. Tính lại Phí bảo hiểm cho thời gian còn lại của Thời hạn bảo hiểm khi có sự thay đổi những yếu tố làm cơ sở để tính Phí bảo hiểm, dẫn đến tăng các rủi ro được bảo hiểm. Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm không chấp nhận tăng Phí bảo hiểm thì Chubb có quyền đơn phương đình chỉ thực hiện Hợp đồng bảo hiểm;
- l. Thẩm định và xem xét chấp thuận hoặc không chấp thuận đối với việc Điều trị có lựa chọn sau khi nhận được thông báo của Người được bảo hiểm theo quy định tại Điều 2(g) của Phần V của bản Quy tắc bảo hiểm này; và
- m. Các quyền khác theo quy định của bản Quy tắc bảo hiểm này và theo quy định của pháp luật.

Điều 2. Nghĩa vụ của Chubb

Chubb có nghĩa vụ:

- a. Giải thích cho Bên mua bảo hiểm về các điều kiện, điều khoản bảo hiểm; quyền, nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm;
- b. Cấp cho Bên mua bảo hiểm Giấy chứng nhận bảo hiểm ngay sau khi giao kết Hợp đồng bảo hiểm;
- c. Trả tiền bảo hiểm kịp thời cho Người thụ hưởng hoặc bồi thường cho Người được bảo hiểm khi xảy ra Sự kiện bảo hiểm;
- d. Giải thích bằng văn bản lý do từ chối trả tiền bảo hiểm hoặc từ chối bồi thường;
- e. Phối hợp với Bên mua bảo hiểm để giải quyết yêu cầu của người thứ ba đòi bồi thường về những thiệt hại thuộc trách nhiệm bảo hiểm khi xảy ra Sự kiện bảo hiểm;
- f. Trường hợp Người được bảo hiểm tử vong, Chubb sẽ chi trả bồi thường cho người đại diện hợp pháp của Người được bảo hiểm như được chỉ định trong Giấy yêu cầu bảo hiểm. Biên nhận do người đại diện hợp pháp này ký sẽ là bằng chứng chứng minh sự hoàn tất trách nhiệm của Chubb; và
- g. Các nghĩa vụ khác theo quy định của bản Quy tắc bảo hiểm này và theo quy định của

pháp luật.

PHẦN VII - THỦ TỤC BỒI THƯỜNG

Điều 1. Thời hạn yêu cầu bồi thường

Trong mọi trường hợp, thời hạn yêu cầu bồi thường sẽ là một (01) năm kể từ ngày xảy ra Sự kiện bảo hiểm (“**Thời hạn yêu cầu bồi thường**”). Thời gian xảy ra sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan khác không tính vào Thời hạn yêu cầu bồi thường.

Điều 2. Hình thức thanh toán bồi thường bảo hiểm

Người được bảo hiểm được tự do lựa chọn hình thức thanh toán bồi thường bảo hiểm theo một trong hai cách lựa chọn sau:

1. Lựa chọn 1 – Tự Thanh toán

- (a) Nếu Người được bảo hiểm lựa chọn cách tự thanh toán, Người được bảo hiểm phải thực hiện thông báo bằng văn bản cho Chubb về việc xảy ra Sự kiện bảo hiểm trong vòng chín mươi (90) ngày kể từ ngày điều trị đầu tiên hoặc trong trường hợp Chăm sóc thai sản, là ngày sinh con mà yêu cầu bồi thường được đưa ra, trừ khi được chấp nhận khác bởi Chubb.
- (b) Người được bảo hiểm phải cung cấp cho Chubb hồ sơ yêu cầu bồi thường bao gồm:
- Mẫu giấy yêu cầu bồi thường được điền đầy đủ và có chữ ký của Người được bảo hiểm hoặc người đại diện hợp pháp của Người được bảo hiểm;
 - Bản gốc của bệnh án;
 - Các báo cáo y khoa (nếu có);
 - Kết quả xét nghiệm;
 - Đơn thuốc; và
 - Hóa đơn và biên nhận.

Chubb có quyền yêu cầu Người được bảo hiểm cung cấp bản gốc của các hồ sơ yêu cầu bồi thường nói trên để phục vụ việc xem xét và giải quyết yêu cầu bồi thường.

Hồ sơ yêu cầu bồi thường phải được nộp cho Chubb trong Thời hạn yêu cầu bồi thường nói trên.

- (c) Bất kỳ yêu cầu bồi thường nào của Người được bảo hiểm cho các chi phí thực tế phát sinh sẽ được bồi hoàn bằng Đồng Việt Nam căn cứ theo quy định hiện hành của chính phủ Việt Nam về quản lý ngoại hối công bố tại thời điểm phát sinh chi phí.

2. Lựa chọn 2 – Sử dụng Hệ thống thanh toán trực tiếp

- (a) Người được bảo hiểm có thể sử dụng Hệ thống thanh toán trực tiếp khi thực hiện việc Điều trị nội trú hoặc Điều trị ngoại trú tại các Cơ sở y tế thuộc Hệ thống thanh toán trực tiếp.

- (b) Đối với Điều trị có lựa chọn tại một Cơ sở y tế, Người được bảo hiểm phải tuân thủ các quy định của Điều 2(g) Phần V của Quy tắc bảo hiểm này. Chubb sẽ cấp giấy cam kết thanh toán nếu Ốm đau/Bệnh tật và/hoặc Thương tật được bảo hiểm trong Hợp đồng bảo hiểm.
- (c) Người được bảo hiểm phải xuất trình Giấy chứng nhận bảo hiểm của mình cùng với giấy tờ tùy thân để xác nhận.
- (d) Trong mọi trường hợp, khoản thanh toán cho phép trước và/hoặc khoản thanh toán mà Chubb đã trả cho một yêu cầu bồi thường không được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm hoặc vượt quá Giới hạn trách nhiệm, thì Người được bảo hiểm và/hoặc Bên mua bảo hiểm sẽ chịu trách nhiệm hoàn trả cho Chubb các chi phí điều trị không hợp lệ trong vòng ba mươi mốt (31) ngày kể từ ngày Chubb gửi thông báo.

PHẦN VIII - ĐIỀU KHOẢN THANH TOÁN PHÍ BẢO HIỂM

1. Các bên tuyên bố và nhất trí rằng điều kiện tiên quyết đối với trách nhiệm bồi thường theo Hợp Đồng Bảo Hiểm, Hợp Đồng Bảo Hiểm Tái Tục và Sửa Đổi Bổ Sung rằng bất kỳ khoản phí bảo hiểm đến hạn nào đều phải được thanh toán và được nhận đủ bởi Công ty Bảo Hiểm (hoặc bởi bên được ủy quyền thu phí bảo hiểm theo thỏa thuận của bên đó với Công ty):

(a) Trừ trường hợp quy định tại Điều (b) dưới đây, đối với Hợp Đồng Bảo Hiểm hoặc Hợp Đồng Bảo Hiểm Tái Tục hoặc Sửa Đổi Bổ Sung: Trong vòng 30 ngày kể từ **NGÀY HIỆU LỰC BẢO HIỂM** theo Hợp Đồng Bảo Hiểm hoặc Hợp Đồng Bảo Hiểm Tái Tục hoặc Sửa Đổi Bổ Sung; nếu Thời hạn bảo hiểm ít hơn 30 ngày, thời hạn thanh toán là trước hoặc ngay khi bắt đầu Thời hạn bảo hiểm.

(b) Đối với Hợp Đồng Bảo Hiểm hoặc Hợp Đồng Bảo Hiểm Tái Tục, nếu Công ty đồng ý thanh toán phí bảo hiểm theo nhiều đợt: Trong vòng 30 ngày kể từ **NGÀY HIỆU LỰC BẢO HIỂM** theo Hợp Đồng Bảo Hiểm hay Hợp Đồng Bảo Hiểm Tái Tục đối với kỳ thanh toán đầu tiên và sau đó theo ngày đã thỏa thuận cho những kỳ kế tiếp;

2. Trong trường hợp phí bảo hiểm của Hợp Đồng Bảo Hiểm, Hợp Đồng Bảo Hiểm Tái Tục và Sửa Đổi Bổ Sung không được thanh toán đầy đủ cho Công ty (hoặc bởi bên được ủy quyền thu phí bảo hiểm theo thỏa thuận của bên đó với Công ty), theo phương thức và thời hạn quy định trên đây (“Thời Hạn Thanh Toán”), thì trách nhiệm bảo hiểm theo Hợp Đồng Bảo Hiểm, Hợp Đồng Bảo Hiểm Tái Tục và Sửa Đổi Bổ Sung sẽ bị tự động coi là chấm dứt kể từ ngày hết Thời Hạn Thanh Toán và Công ty sẽ được miễn tất cả các trách nhiệm phát sinh từ ngày đó nhưng không ảnh hưởng đến trách nhiệm pháp lý nào phát sinh trước ngày đó. Theo đó,

(a) Chủ Hợp Đồng Bảo Hiểm (Bên mua bảo hiểm) là cá nhân không có nghĩa vụ đóng phí bảo hiểm được tính từ ngày bắt đầu của Thời hạn bảo hiểm đến thời điểm chấm dứt Hợp Đồng Bảo Hiểm hoặc Hợp Đồng Bảo Hiểm Tái Tục và Sửa Đổi Bổ Sung, nếu không phát sinh bồi thường cho bất kỳ sự kiện bảo hiểm nào.

(b) Bên mua bảo hiểm Nhóm vẫn có nghĩa vụ đóng phí bảo hiểm được tính từ ngày bắt đầu của Thời hạn bảo hiểm đến thời điểm chấm dứt Hợp Đồng Bảo Hiểm hoặc Hợp Đồng Bảo Hiểm Tái Tục và Sửa Đổi Bổ Sung theo tỷ lệ số ngày có hiệu lực Hợp Đồng Bảo Hiểm hoặc Hợp Đồng Bảo Hiểm Tái Tục và Sửa Đổi Bổ Sung trên tổng số ngày của Thời hạn bảo hiểm trước khi Hợp Đồng Bảo Hiểm hoặc Hợp Đồng Bảo Hiểm Tái Tục và Sửa Đổi Bổ Sung chấm dứt, kể cả khi không phát sinh bồi thường cho bất kỳ sự kiện bảo hiểm nào.

(c) Trong mọi trường hợp, trách nhiệm tối đa của Công ty đối với bất kỳ yêu cầu bồi thường nào phát sinh trong Thời Hạn Thanh Toán sẽ không vượt quá không phẩy một phần trăm (0,1%) của (i) Giới hạn trách nhiệm của từng Quyền lợi như quy định cụ thể cho từng Ốm đau/Bệnh tật/Thương tật trong Chương trình bảo hiểm; hoặc (ii) hạn mức được quy định trong Bản tóm tắt Hợp đồng bảo hiểm, Bản tóm tắt Hợp đồng bảo hiểm tái tục và/hoặc Sửa đổi bổ sung cho bất kỳ yêu cầu bồi thường nào liên quan đến điều trị nội trú, điều trị ngoại trú, chăm

sóc nha khoa, chăm sóc thai sản (và/hoặc các tài liệu khác trong Hợp Đồng Bảo Hiểm/Hợp Đồng Bảo Hiểm Tái Tục, nếu có) (tùy theo số nào nhỏ hơn) và Công ty sẽ được hưởng khoản phí bảo hiểm rủi ro tương ứng với tỷ lệ thời gian đã bảo hiểm. Công ty có quyền khấu trừ phí bảo hiểm chưa được thanh toán cho Công ty trước khi thanh toán bồi thường.

3. Đối với các Hợp Đồng Bảo Hiểm, hoặc Hợp Đồng Bảo Hiểm Tái Tục và Sửa Đổi Bổ Sung có điều khoản thanh toán phí bảo hiểm theo nhiều đợt đang còn hiệu lực, trong trường hợp các khoản yêu cầu bồi thường cộng dồn của Hợp Đồng Bảo Hiểm hoặc Hợp Đồng Bảo Hiểm Tái Tục và Sửa Đổi Bổ Sung vượt mức phí bảo hiểm chưa thanh toán, tất cả số phí bảo hiểm chưa thanh toán sẽ được thanh toán ngay lập tức cho Công ty bất kể đã đến đợt thanh toán hay chưa.

4. Bất kể các quy định tại Điều 1, 2, 3 ngay trên, trong trường hợp Bên mua bảo hiểm thanh toán toàn bộ phí bảo hiểm vào trước hoặc ngay ngày bắt đầu của Thời hạn bảo hiểm, trách nhiệm tối đa của Công ty đối với bất kỳ yêu cầu bồi thường nào phát sinh trong Thời hạn bảo hiểm sẽ bằng một trăm phần trăm (100%) của (i) Giới hạn trách nhiệm của từng Quyền lợi như quy định cụ thể cho từng Ốm đau/Bệnh tật/Thương tật trong Chương trình bảo hiểm; hoặc (ii) hạn mức được quy định trong Bản tóm tắt Hợp đồng bảo hiểm, Bản tóm tắt Hợp đồng bảo hiểm tái tục và/hoặc Sửa đổi bổ sung cho bất kỳ yêu cầu bồi thường nào liên quan đến điều trị nội trú, điều trị ngoại trú, chăm sóc nha khoa, chăm sóc thai sản (và/hoặc các tài liệu khác trong Hợp Đồng Bảo Hiểm/Hợp Đồng Bảo Hiểm Tái Tục, nếu có) (tùy theo số nào nhỏ hơn).