

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN SẢN PHẨM BẢO HIỂM HỖ TRỢ VIỆN PHÍ

(Sản phẩm bảo hiểm Hỗ trợ viện phí được phê chuẩn theo Công văn số 8096/BTC-QLBH ngày 03/07/2020 của Bộ Tài chính. Quy tắc và Điều khoản này được sửa đổi và được ban hành theo Quyết định số 372/GD/Dai-ichi/2025 ngày 30/05/2025 của Tổng Giám đốc Công ty TNHH BHNT Dai-ichi Việt Nam.)

MỤC LỤC

ĐIỀU 1: ĐỊNH NGHĨA VÀ GIẢI THÍCH TỪ NGỮ	3
ĐIỀU 2: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	7
2.1. Quyền lợi Hỗ trợ điều trị nội trú	7
2.2. Quyền lợi Hỗ trợ điều trị ngoại trú	8
2.3. Giới hạn chi trả	8
ĐIỀU 3: CÁC QUY ĐỊNH LOẠI TRỪ TRÁCH NHIỆM BẢO HIỂM	9
ĐIỀU 4: THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	10
4.1 Thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm	10
4.2 Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm	10
4.3 Người nhận quyền lợi bảo hiểm	11
4.4 Thời hạn chi trả quyền lợi bảo hiểm	11
4.5 Trường hợp tranh chấp liên quan đến yêu cầu chi trả bồi thường	11
ĐIỀU 5: MỘT SỐ QUY ĐỊNH VỀ PHÍ BẢO HIỂM	12
5.1 Phí bảo hiểm	12
5.2 Thời gian gia hạn đóng phí và mất hiệu lực hợp đồng	12
5.3 Khôi phục hiệu lực	13
ĐIỀU 6: CHẤM DỨT HIỆU LỰC CỦA SẢN PHẨM BÁN KÈM	13

Quy tắc và Điều khoản sản phẩm bảo hiểm Hỗ trợ viện phí (“Quy tắc và Điều khoản”) là một phần không thể tách rời của Hợp đồng bảo hiểm giữa Dai-ichi Life Việt Nam và Bên mua bảo hiểm có tham gia kèm theo Sản phẩm bảo hiểm “Hỗ trợ viện phí”. Theo đó, trong Hợp đồng bảo hiểm, Sản phẩm bảo hiểm “Hỗ trợ viện phí” (“Sản phẩm bán kèm” hoặc được gọi tắt là “Sản phẩm này”) được bổ sung, bổ trợ, bán kèm theo Sản phẩm chính.

Quy tắc và Điều khoản này bao gồm những quy tắc và điều khoản cụ thể của Sản phẩm này. Các nội dung không đề cập đến trong Quy tắc và Điều khoản này sẽ được thực hiện theo Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm chính. Nếu có bất kỳ nội dung nào thể hiện, ngụ ý hoặc hàm ý bất kỳ sự khác biệt hoặc mâu thuẫn nào giữa Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm chính và Quy tắc và Điều khoản này thì Quy tắc và Điều khoản này được ưu tiên áp dụng đối với Sản phẩm này.

ĐIỀU 1: ĐỊNH NGHĨA VÀ GIẢI THÍCH TỪ NGỮ

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

1.1. Bác sĩ: là người có bằng cấp chuyên môn, giấy phép hành nghề Bác sĩ y khoa được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc thừa nhận được thực hành nghề y hợp pháp trong phạm vi bằng cấp, giấy phép theo quy định của pháp luật tại nước mà Bác sĩ đó hành nghề.

Trong phạm vi Quy tắc và Điều khoản này, Bác sĩ thực hiện khám bệnh, chữa bệnh, điều trị cho Người được bảo hiểm không được là Người được bảo hiểm; và/hoặc Bên mua bảo hiểm; và/hoặc vợ, chồng, cha, mẹ, con, anh ruột, chị ruột, em ruột, người giám hộ hợp pháp của Người được bảo hiểm và/hoặc Bên mua bảo hiểm, trừ trường hợp người này làm nhiệm vụ theo sự phân công của cấp có thẩm quyền

1.2. Bệnh: là tình trạng sức khỏe kém hoặc tình trạng thể chất kém của Người được bảo hiểm so với tình trạng sức khỏe bình thường và được chẩn đoán bởi Bác sĩ.

1.3. Bệnh có sẵn: là (i) Triệu chứng bệnh đã có hoặc tồn tại trong vòng 36 (ba mươi sáu) tháng trước Ngày hiệu lực hợp đồng và/hoặc Ngày khôi phục hiệu lực gần nhất hoặc (ii) Bệnh (bao gồm cả tiền sử bệnh) hoặc Thương tật của Người được bảo hiểm đã có hoặc tồn tại trước Ngày hiệu lực hợp đồng và/hoặc Ngày khôi phục hiệu lực gần nhất, cụ thể:

- Được Bác sĩ tư vấn hoặc được khám hoặc được chẩn đoán hoặc được điều trị; hoặc
- Được ghi nhận trong bệnh án, sổ khám bệnh/phiếu khám bệnh/phiếu chỉ định/đơn thuốc/bất kỳ tài liệu nào theo ghi nhận của nhân viên y tế hoặc hồ sơ y tế tại Bệnh viện/Phòng khám; hoặc
- Được Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm tự kê khai.

1.4. Bệnh nhân ngoại trú: là người được điều trị Bệnh/Thương tật ở khoa điều trị ngoại trú của Bệnh viện, hoặc Điều trị tại khoa/ phòng cấp cứu, hoặc trải qua một phương thức điều trị mà không Cần thiết và hợp lý về mặt y tế phải lưu trú trong Bệnh viện như Bệnh nhân nội trú.

1.5. Bệnh nhân nội trú: là việc Người được bảo hiểm được nhập viện, lưu trú liên tục trong Bệnh viện ít nhất 12 (mười hai) giờ (có làm thủ tục nhập viện và ra viện, có phát sinh chi phí giường bệnh, có tên trong sổ bệnh nhân nội trú của Bệnh viện) để điều trị Bệnh/Thương tật, theo yêu cầu của Bác sĩ và Cần thiết và hợp lý về mặt y tế. Trong phạm vi Quy tắc và Điều khoản này, Điều trị nội trú bao gồm cả trường hợp Bệnh nhân nội trú tử vong dưới 12 (mười hai) giờ sau khi nhập viện; không bao gồm Điều trị nội trú ban ngày.

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

- (i) Được thành lập nhằm tiếp nhận, chăm sóc, khám và điều trị y tế cho người bị ốm đau, Bệnh, Thương tật; và
- (ii) Có đầy đủ năng lực và phương tiện, cơ sở vật chất để thực hiện các ca chẩn đoán, phẫu thuật y khoa; và
- (iii) Có đầy đủ điều kiện cho hoạt động điều trị nội trú và theo dõi bệnh nhân bao gồm cả cơ sở phẫu thuật chuyên ngành; và
- (iv) Có lưu giữ đầy đủ bệnh án và hồ sơ của bệnh nhân theo tiêu chuẩn quy định của cơ quan nhà nước có thẩm quyền; và
- (v) Không phải là nhà bảo sanh, bệnh viện/viện điều dưỡng, cơ sở dưỡng bệnh, khoa thẩm mỹ thuộc bệnh viện, bệnh viện thẩm mỹ, nơi cho người già an dưỡng hay các cơ sở khác chủ yếu dành cho

việc điều trị người mắc bệnh tâm thần, người mắc bệnh phong, người nghiện rượu, người nghiện chất ma túy hoặc người nghiện chất kích thích; và

(vi) Không thuộc Danh sách Bệnh viện/Phòng khám không chi trả quyền lợi bảo hiểm.

1.7. Cần thiết và hợp lý về mặt y tế: việc khám bệnh, chữa bệnh, điều trị được xem là Cần thiết và hợp lý về mặt y tế khi đáp ứng tất cả điều kiện sau:

- (i) Phục vụ trực tiếp cho mục đích chẩn đoán và điều trị Bệnh/Thương tật của Người được bảo hiểm; và
- (ii) Theo đúng hướng dẫn, khuyến cáo của các cơ quan y tế về chẩn đoán và điều trị cho Bệnh/Thương tật của Người được bảo hiểm; và
- (iii) Không phải chủ yếu vì sự tiện lợi của Người được bảo hiểm hoặc gia đình, người thân của Người được bảo hiểm hoặc Bác sĩ điều trị; và
- (iv) Không phục vụ cho mục đích thử nghiệm, điều tra, nghiên cứu, sàng lọc; và
- (v) Không phục vụ cho điều trị y tế đang trong giai đoạn thử nghiệm chưa được công nhận ở cả trong nước và quốc tế; và
- (vi) 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

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

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

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

1.9. Điều trị ung thư: là việc điều trị bệnh ung thư bằng các phương pháp xạ trị, hóa trị (bằng cách truyền và tiêm).

1.10. Đợt nằm viện: việc điều trị của Người được bảo hiểm sẽ được tính là 1 (một) Đợt nằm viện nếu Người được bảo hiểm Nằm viện và có chứng từ do Bệnh viện cấp ghi cụ thể ngày nhập viện và ngày ra viện cho Đợt nằm viện này. Theo đó, những lần Nằm viện cùng một loại bệnh hay tình trạng liên quan (bao gồm biến chứng) trong vòng 30 (ba mươi) ngày tính từ ngày ra viện liền trước đó sẽ được xem là cùng 1 (một) Đợt nằm viện.

1.11. Khoa/ phòng chăm sóc đặc biệt (ICU): là một bộ phận của Bệnh viện và phải đáp ứng tất cả điều kiện sau:

- (i) Được thành lập để cung cấp chương trình chăm sóc và điều trị hồi sức tích cực; và
- (ii) Dành riêng cho các bệnh nhân trong điều kiện nguy kịch, cần sự theo dõi và kiểm tra y tế liên tục của Bác sĩ; và
- (iii) Được trang bị các thiết bị, thuốc, phương tiện khác cần thiết để có thể can thiệp ngay khi cần thiết.
- (iv) Không phải là khoa/phòng hồi sức hậu phẫu hoặc khoa/phòng cấp cứu, hồi sức cấp cứu.

- 1.12. Lần điều trị:** là 1 (một) lần người bệnh được Bác sĩ thăm khám lâm sàng, thực hiện các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh hay các thủ thuật thăm dò khác và/ hoặc sử dụng thuốc điều trị theo chỉ định của Bác sĩ tại cùng một Bệnh viện hợp pháp nhằm mục đích chẩn đoán Bệnh/Thương tật và điều trị.
- 1.13. Lọc máu ngoài thận (Lọc thận):** là quá trình để loại bỏ dịch và các chất thải ra khỏi máu và để điều chỉnh lại việc mất cân bằng điện giải do suy thận và phải được thực hiện bởi máy lọc nhân tạo tại Bệnh viện.
- 1.14. Mức phí bảo hiểm:** là biểu phí của Sản phẩm bán kèm này theo tuổi đạt được đã được Bộ Tài chính phê duyệt.
- 1.15. Ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm:** là ngày Dai-ichi Life Việt Nam quyết định chấp thuận bảo hiểm đối với Sản phẩm này. Ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm được ghi trong văn bản chấp thuận bảo hiểm của Dai-ichi Life Việt Nam, với điều kiện Bên mua bảo hiểm và Người được bảo vẫn còn sống hoặc vẫn đang hoạt động hợp pháp (nếu Bên mua bảo hiểm là tổ chức) tại Ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm. Trường hợp Sản phẩm này được tham gia kèm theo Sản phẩm chính ngay khi Hợp đồng bảo hiểm được phát hành, Ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm của Sản phẩm này là Ngày hiệu lực hợp đồng.
- 1.16. Ngày gia hạn năm hợp đồng:** là ngày lặp lại hàng năm của Ngày hiệu lực hợp đồng. Nếu năm không có ngày này, ngày cuối tháng tương ứng sẽ là Ngày gia hạn năm hợp đồng.
- 1.17. Ngày khôi phục hiệu lực:** là ngày được ghi trên văn bản của Dai-ichi Life Việt Nam về việc chấp thuận yêu cầu khôi phục hiệu lực Sản phẩm này của Bên mua bảo hiểm theo quy định của Quy tắc và Điều khoản này.
- 1.18. Ngày nằm viện:** là 01 (một) ngày mà bệnh nhân phải (i) lưu trú trong Bệnh viện ít nhất 12 (mười hai) giờ để điều trị Bệnh/Thương tật căn cứ theo ngày nhập viện và ngày ra viện trong giấy ra viện và (ii) thanh toán đầy đủ viện phí, tiền phòng theo quy định của Bệnh viện.
- 1.19. Người được bảo hiểm Sản phẩm bán kèm:** là người được bảo hiểm của Sản phẩm bán kèm này. Trong phạm vi của Quy tắc và Điều khoản này, Người được bảo hiểm Sản phẩm bán kèm sẽ được gọi tắt là Người được bảo hiểm.
- Điều kiện của Người được bảo hiểm là đang sinh sống tại Việt Nam, trong độ tuổi từ 30 (ba mươi) ngày tuổi đến 65 (sáu mươi lăm) tuổi tính theo ngày sinh nhật gần nhất trước Ngày hiệu lực hợp đồng. Tuổi tối đa khi kết thúc Thời hạn bảo hiểm là 75 (bảy mươi lăm) tuổi.
- 1.20. Nằm viện:** là việc bệnh nhân được nhập viện theo yêu cầu của Bác sĩ của Bệnh viện để được điều trị do những yêu cầu Cần thiết và hợp lý về mặt y tế, có làm thủ tục nhập viện và ra viện, có thanh toán chi phí giường bệnh, có tên trong sổ bệnh nhân nội trú của Bệnh viện và được lưu trú trong Bệnh viện với thời gian tối thiểu theo quy định của pháp luật hiện hành.
- 1.21. Phẫu thuật:** là một phương pháp y khoa để điều trị Bệnh/Thương tật do những yêu cầu Cần thiết và hợp lý về mặt y tế được chỉ định và thực hiện bởi Bác sĩ có chuyên môn phù hợp trong phòng phẫu thuật của Bệnh viện. Trong phạm vi Quy tắc và Điều khoản này, Phẫu thuật không bao gồm tiểu phẫu và thủ thuật (theo bảng phân loại danh mục kỹ thuật của Bộ Y tế tại thời điểm điều trị).
- 1.22. Phí bảo hiểm của Sản phẩm bán kèm:** là Phí bảo hiểm của Sản phẩm này. Trong phạm vi của Quy tắc và Điều khoản này, Phí bảo hiểm của Sản phẩm bán kèm sẽ được gọi tắt là Phí bảo hiểm.
- Phí bảo hiểm được tính toán dựa trên tuổi, giới tính của Người được bảo hiểm, Số tiền bảo hiểm đã chọn, Thời hạn bảo hiểm của Sản phẩm này và quyết định thẩm định của Dai-ichi Life Việt Nam.

- 1.23. Phí bảo hiểm của Sản phẩm bán kèm định kỳ:** là Phí bảo hiểm của Sản phẩm này phải đóng theo định kỳ đóng phí. Trong phạm vi của Quy tắc và Điều khoản này, Phí bảo hiểm của Sản phẩm bán kèm định kỳ sẽ được gọi tắt là Phí bảo hiểm định kỳ.
- 1.24. Phụ lục Hợp đồng bảo hiểm:** là (các) văn bản thỏa thuận, thông báo, xác nhận để sửa đổi/bổ sung/điều chỉnh/khôi phục hiệu lực/chấm dứt hiệu lực đối với Hợp đồng bảo hiểm.
- 1.25. Số tiền bảo hiểm:** là số tiền mà Dai-ichi Life Việt Nam chấp thuận bảo hiểm cho Sản phẩm bán kèm này và được quy định trong Chứng nhận bảo hiểm hoặc Phụ lục Hợp đồng bảo hiểm (nếu có).
- 1.26. Tai nạn:** là một sự kiện hoặc một chuỗi sự kiện liên tục, khách quan, xảy ra do tác động của một lực, một vật bất ngờ từ bên ngoài, không chủ động và ngoài ý muốn lên cơ thể của Người được bảo hiểm. Sự kiện hoặc chuỗi sự kiện nêu trên phải (i) gây ra Thương tật hoặc tử vong cho Người được bảo hiểm trong vòng 180 (một trăm tám mươi) ngày tính từ ngày xảy ra sự kiện hoặc chuỗi sự kiện đó; và (ii) là nguyên nhân trực tiếp, duy nhất và không liên quan đến bất kỳ nguyên nhân nào khác bao gồm: Bệnh, đau ốm, nhiễm các loại vi rút/vi khuẩn/nấm/ký sinh trùng, ngộ độc, nhiễm trùng, biến chứng.
- 1.27. Thể thao hoặc các hoạt động nguy hiểm:** là các môn thể thao hoặc các hoạt động như: săn bắn động vật, tất cả các hình thức đua (không phải bằng chân), đua xe go-kart, đua xe đường trường và thử nghiệm xe, trượt băng, trượt patin, trượt tuyết, trượt tuyết trên ván trượt, trượt ván, quyền anh, võ thuật và môn đấu vật, nhảy dù (ngoại trừ những tình huống để bảo tồn mạng sống), đi lên xuống hoặc di chuyển trên một khí cầu, bay lượn, nhảy bungee, lặn có bình dưỡng khí và thiết bị thở dưới nước, dù lượn, điều bay, dù kéo, bóng bầu dục, đua ngựa, đua ngựa vượt rào, polo/ mã cầu, leo đá hoặc leo núi (có hoặc không có sử dụng dây thừng hoặc thiết bị khác) và các hoạt động thể thao mạo hiểm khác theo danh mục được pháp luật quy định tại từng thời điểm.
- 1.28. Thời gian chờ:** là thời gian mà các sự kiện bảo hiểm do Bệnh xảy ra nhưng không được chi trả. Thời gian chờ này được áp dụng như sau:
- a. 30 (ba mươi) ngày tính từ ngày Dai-ichi Life Việt Nam chấp thuận bảo hiểm của Năm hợp đồng đầu tiên và 10 (mười) ngày tính từ ngày Dai-ichi Life Việt Nam chấp thuận khôi phục hiệu lực của Sản phẩm bán kèm này;
- và:
- b. 90 (chín mươi) ngày tính từ ngày Dai-ichi Life Việt Nam chấp thuận bảo hiểm của Năm hợp đồng đầu tiên của Sản phẩm bán kèm này cho những Bệnh sau:
 - Nang, polyp, u lành tính hay ác tính, ung thư, tăng trưởng bất thường của tế bào;
 - Trĩ;
 - Tất cả các chứng thoát vị;
 - Viêm khớp, thoái hóa khớp, loãng xương, vẹo cột sống và tất cả các hình thức của bệnh thoái hóa xương;
 - Mộng, hạt kết mạc góc mắt, đục thủy tinh thể;
 - Cắt amidan hoặc nạo VA;
 - Các loại sỏi;
 - Suy giãn tĩnh mạch;
 - Lạc nội mạc tử cung;

- Các tình trạng của tuyến tiền liệt;
- Loét dạ dày, loét tá tràng;
- Viêm gan các loại, xơ gan;
- Viêm xoang;
- Các bệnh tim, bệnh mạch vành, huyết áp cao hoặc thấp;
- Đái tháo đường/ tăng đường huyết;
- Tất cả các hình thức tổn thương (có yêu cầu phẫu thuật) của dây chằng hoặc sụn chêm;
- Parkinson;
- Lupus ban đỏ;
- Suy thận (ngoại trừ suy thận cấp);
- Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD);
- Các bệnh liên quan đến hệ thống tái tạo máu (bao gồm thay máu, lọc máu, chạy thận nhân tạo, bệnh suy tủy, bạch cầu cấp, bạch cầu mãn tính);
- Bệnh tự miễn và rối loạn chuyển hóa.

Thời gian chờ này không áp dụng cho (các) sự kiện bảo hiểm do nguyên nhân Tai nạn.

- 1.29. Thời hạn bảo hiểm:** là 1 (một) năm kể từ ngày sản phẩm bảo hiểm này bắt đầu hiệu lực và được gia hạn hàng năm; với điều kiện Bên mua bảo hiểm nộp đủ và đúng hạn các khoản phí bảo hiểm đến hạn và chấp nhận các điều khoản và điều kiện của sản phẩm bảo hiểm này.
- 1.30. Thời hạn đóng phí:** bằng Thời hạn bảo hiểm. Thời hạn đóng phí cụ thể của Sản phẩm này được quy định trong Chứng nhận bảo hiểm hoặc Phụ lục Hợp đồng bảo hiểm (nếu có) và không vượt quá thời hạn đóng Phí bảo hiểm của Sản phẩm chính.
- 1.31. Thương tật:** là các thương tích trên thân thể của Người được bảo hiểm do Tai nạn gây ra.
- 1.32. Tình trạng bẩm sinh, khuyết tật khi sinh:** là một sự bất thường về mặt thể chất hoặc tinh thần được hình thành trên thai nhi trong quá trình mang thai hoặc do di truyền hoặc do gen (bao gồm cả chứng thoát vị cho tới 10 tuổi) cũng như những bất thường về mặt thể chất hoặc tinh thần phát triển sau đó do những nhân tố hoặc những tình trạng xuất hiện hoặc không xuất hiện vào lúc sinh ra, cho dù Người được bảo hiểm có nhận biết được tình trạng đó hay không.

ĐIỀU 2: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Các quyền lợi bảo hiểm được quy định tại Điều 2.1 và Điều 2.2 của Quy tắc và Điều khoản này chỉ được chi trả nếu việc điều trị Bệnh hoặc Thương tật của Người được bảo hiểm là Cần thiết và hợp lý về mặt y tế, xảy ra trong thời gian Sản phẩm bán kèm này có hiệu lực và bắt đầu sau Thời gian chờ.

Các quyền lợi bảo hiểm được chi trả sẽ nằm trong giới hạn chi trả tối đa theo quy định tại Điều 2.3 của Quy tắc và Điều khoản này.

2.1. Quyền lợi Hỗ trợ điều trị nội trú

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

2.1.1. Quyền lợi Hỗ trợ viện phí

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

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

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

2.1.3 Quyền lợi Hỗ trợ chi phí Phẫu thuật

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

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

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

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

2.2. Quyền lợi Hỗ trợ điều trị ngoại trú

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

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

2.3. Giới hạn chi trả

Trong mọi trường hợp, tổng các quyền lợi bảo hiểm được quy định tại Điều 2.1 và Điều 2.2 của Quy tắc và Điều khoản này được chi trả không vượt quá 1.000 lần Số tiền bảo hiểm và giới hạn tối đa cho từng quyền lợi dưới đây: Giới hạn chi trả tối đa	Một Đợt nằm viện	Một Năm hợp đồng	Trong suốt thời gian tham gia Sản phẩm bán kèm này (từ ngày chấp thuận bảo hiểm của năm hợp đồng đầu tiên cho đến ngày chấm dứt hiệu lực)
Quyền lợi Hỗ trợ viện phí (đơn vị: Ngày nằm viện)	20	100	1.000
Quyền lợi Hỗ trợ điều trị tại Khoa/ phòng chăm sóc đặc biệt (đơn vị: Ngày nằm viện)	10	50	500
Quyền lợi Hỗ trợ chi phí Phẫu thuật (đơn vị: Lần Phẫu thuật)	1	5	20
Quyền lợi Điều trị tại khoa/phòng cấp cứu do Tai nạn (đơn vị: Lần điều trị)	1	5	20
Quyền lợi Hỗ trợ điều trị ngoại trú (đơn vị: Lần điều trị)	Không áp dụng	100	1.000

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

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

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

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

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

ĐIỀU 4: THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

4.1 Thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải được nộp trong vòng 01 (một) năm tính từ ngày ra viện hoặc ngày điều trị. Các yêu cầu bồi thường nộp muộn quá 01 (một) năm tính từ ngày ra viện hoặc ngày điều trị sẽ không được Dai-ichi Life Việt Nam chấp thuận.

4.2 Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

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

- a) Cung cấp các thông tin và giấy tờ hồ sơ cần thiết theo yêu cầu của Dai-ichi Life Việt Nam gồm:
 - Yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm với thông tin đầy đủ và chính xác.
 - Các chứng từ liên quan đến việc điều trị: đơn thuốc, kết quả xét nghiệm, phiếu phẫu thuật (trong trường hợp phẫu thuật), giấy ra viện, trích sao/tóm tắt bệnh án, sổ khám bệnh hoặc giấy chứng nhận y khoa do Bác sĩ điều trị hoặc Bác sĩ ký tên có ghi rõ chẩn đoán và việc điều trị được áp dụng.
 - Bản tường trình tai nạn của Người được bảo hiểm trong trường hợp Tai nạn.
 - Hồ sơ vụ Tai nạn do cơ quan có thẩm quyền lập (nếu có), bao gồm: Biên bản giải quyết vụ Tai nạn, Biên bản kết luận điều tra.

- Các chứng từ liên quan đến việc thanh toán chi phí y tế hợp lệ và hợp pháp theo quy định của Bộ Tài chính, Cục Thuế như hóa đơn tài chính,....
 - Bằng chứng về quyền được nhận (các) quyền lợi bảo hiểm như giấy ủy quyền, văn bản thỏa thuận phân chia (khai nhận) di sản thừa kế, căn cước/căn cước công dân/chứng minh nhân dân/hộ chiếu hoặc các giấy tờ xác nhận hợp pháp khác (nếu có).
 - Giấy đồng ý cho Dai-ichi Life Việt Nam thu thập thông tin của Người được bảo hiểm.
- b) Dai-ichi Life Việt Nam có quyền yêu cầu cung cấp bản gốc của các chứng từ, hồ sơ cần cung cấp tại Điểm a Điều này.
- c) Thực hiện hợp pháp hóa lãnh sự các giấy tờ, chứng từ của nước ngoài để được công nhận và sử dụng tại Việt Nam trong trường hợp Dai-ichi Life Việt Nam yêu cầu. Nếu giấy tờ, chứng từ cần phải nộp có ngôn ngữ khác với tiếng Việt thì người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải dịch thuật và chứng thực các chứng từ yêu cầu bồi thường và gửi về cho Dai-ichi Life Việt Nam. Chi phí cho việc hợp pháp hóa lãnh sự, chứng thực, dịch thuật các giấy tờ, chứng từ này sẽ do người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm chịu trách nhiệm thanh toán.
- d) Dai-ichi Life Việt Nam có quyền yêu cầu Người được bảo hiểm thực hiện kiểm tra y tế. Mọi chi phí liên quan đến việc thực hiện kiểm tra y tế sẽ do Dai-ichi Life Việt Nam chịu trách nhiệm chi trả theo hóa đơn, chứng từ thanh toán hợp lệ.
- e) Trong mọi trường hợp, nếu người nhận quyền lợi bảo hiểm không cung cấp được giấy tờ hợp lệ theo quy định pháp luật để chứng minh sự kiện bảo hiểm theo các Điều 4.3.a, Điều 4.3.b và Điều 4.3.c nêu trên, Dai-ichi Life Việt Nam có quyền từ chối chi trả quyền lợi bảo hiểm.

4.3 Người nhận quyền lợi bảo hiểm

Nếu Bên mua bảo hiểm và Dai-ichi Life Việt Nam không có bất kỳ thỏa thuận nào khác bằng văn bản, các quyền lợi bảo hiểm sẽ được chi trả như sau:

- Đối với Hợp đồng bảo hiểm có Bên mua bảo hiểm là cá nhân: Dai-ichi Life Việt Nam sẽ chi trả cho Bên mua bảo hiểm. Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm đã tử vong tại thời điểm Dai-ichi Life Việt Nam quyết định chi trả, quyền lợi bảo hiểm sẽ được chi trả cho (những) Người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm.
- Đối với Hợp đồng bảo hiểm có Bên mua bảo hiểm là tổ chức: Dai-ichi Life Việt Nam sẽ chi trả cho Người được bảo hiểm. Trong trường hợp Người được bảo hiểm đã tử vong tại thời điểm Dai-ichi Life Việt Nam quyết định chi trả, quyền lợi bảo hiểm sẽ được chi trả cho (những) Người thừa kế hợp pháp của Người được bảo hiểm.

4.4 Thời hạn chi trả quyền lợi bảo hiểm

- a) Kể từ ngày Dai-ichi Life Việt Nam nhận được hồ sơ đầy đủ và hợp lệ theo yêu cầu, Dai-ichi Life Việt Nam sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm trong vòng 10 (mười) ngày làm việc.
- b) Trong trường hợp cần xác minh thêm, thời hạn chi trả theo Điều 4.4.a nêu trên được gia hạn thêm với thời gian gia hạn không quá 20 (hai mươi) ngày làm việc.
- c) Sau khi hết Thời hạn chi trả quyền lợi bảo hiểm tại Điều 4.4.a và Điều 4.4.b nêu trên, nếu việc trì hoãn chi trả là do lỗi của Dai-ichi Life Việt Nam, Dai-ichi Life Việt Nam sẽ trả lãi trên số tiền cho thời gian chậm trả theo lãi suất áp dụng cho Hợp đồng bảo hiểm đối với các khoản tích lũy được công bố tại trang thông tin điện tử chính thức của Dai-ichi Life Việt Nam.

4.5 Trường hợp tranh chấp liên quan đến yêu cầu chi trả bồi thường

Trong trường hợp khiếu nại, tranh chấp liên quan đến yêu cầu chi trả bồi thường bảo hiểm, Dai-ichi Life Việt Nam bảo lưu quyền yêu cầu 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 cung cấp các tài liệu bổ sung sẽ do Dai-ichi Life Việt Nam chịu trách nhiệm chi trả theo hóa đơn, chứng từ thanh toán hợp lệ. Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải tuân theo những kết quả/bằng chứng cuối cùng này.

ĐIỀU 5: MỘT SỐ QUY ĐỊNH VỀ PHÍ BẢO HIỂM

5.1 Phí bảo hiểm

- a) Trong trường hợp Sản phẩm chính là sản phẩm thuộc nghiệp vụ bảo hiểm liên kết đầu tư:
 - i. Nếu Giá trị tài khoản hợp đồng hoặc Giá trị quỹ hợp đồng của Sản phẩm chính đủ để duy trì hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm theo quy định của Dai-ichi Life Việt Nam tại từng thời điểm, số tiền mà Bên mua bảo hiểm đóng sẽ được ưu tiên phân bổ trước vào Phí bảo hiểm của các Sản phẩm bảo hiểm bán kèm.
 - ii. Trường hợp đến khi kết thúc thời gian gia hạn đóng phí mà số tiền Bên mua bảo hiểm đóng không đủ phân bổ vào Phí bảo hiểm của các Sản phẩm bảo hiểm bán kèm thì số tiền Bên mua bảo hiểm đóng sẽ được phân bổ cho Phí bảo hiểm của Sản phẩm chính.
 - iii. Nếu Giá trị tài khoản hợp đồng hoặc Giá trị quỹ hợp đồng của Sản phẩm chính không đủ duy trì hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm theo quy định của Dai-ichi Life Việt Nam tại từng thời điểm, số tiền mà Bên mua bảo hiểm đóng sẽ được phân bổ Phí bảo hiểm của Sản phẩm chính.
- b) Trường hợp Dai-ichi Life Việt Nam thay đổi phương pháp, cơ sở tính phí với sự chấp thuận của Bộ Tài chính và làm ảnh hưởng đến Phí bảo hiểm của Sản phẩm này hoặc quyền lợi bảo hiểm của Sản phẩm này vào bất kỳ ngày đến hạn đóng Phí bảo hiểm định kỳ nào của Sản phẩm này trong tương lai, Dai-ichi Life Việt Nam sẽ thông báo trước 60 (sáu mươi) ngày cho Bên mua bảo hiểm bằng văn bản trước khi việc thay đổi bắt đầu có hiệu lực. Những thay đổi này 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 nêu trên, Bên mua bảo hiểm có thể thông báo bằng văn bản cho Dai-ichi Life Việt Nam yêu cầu chấm dứt sản phẩm bảo hiểm này trước ngày đến hạn đóng Phí bảo hiểm định kỳ gần nhất với thời điểm Dai-ichi Life Việt Nam đã thông báo. Sau thời hạn 30 (ba mươi) ngày tính từ ngày Dai-ichi Life Việt Nam gửi văn bản thông báo về việc thay đổi nêu trên, nếu Dai-ichi Life Việt Nam không nhận được yêu cầu này thì được xem là Bên mua bảo hiểm đã chấp nhận việc thay đổi.

5.2 Thời gian gia hạn đóng phí và mất hiệu lực hợp đồng

- a) Thời gian gia hạn đóng Phí bảo hiểm định kỳ là 60 (sáu mươi) ngày và sẽ bắt đầu kể từ ngày đến hạn đóng Phí bảo hiểm định kỳ của Sản phẩm này nếu Bên mua bảo hiểm không nộp đủ Phí bảo hiểm định kỳ đến hạn.
- b) Trong thời gian gia hạn đóng Phí bảo hiểm định kỳ, Dai-ichi Life Việt Nam sẽ không tính lãi đối với các khoản Phí bảo hiểm định kỳ chưa thanh toán và Sản phẩm này vẫn tạm thời duy trì hiệu lực.
- c) Nếu Phí bảo hiểm không được đóng đủ khi kết thúc thời gian gia hạn đóng phí nêu tại Điều 5.2.a nêu trên, Sản phẩm này sẽ mất hiệu lực tại ngày đến hạn đóng phí. Dai-ichi Life Việt Nam sẽ không giải quyết quyền lợi bảo hiểm đối với những sự kiện bảo hiểm xảy ra sau thời gian gia hạn đóng phí và Sản phẩm này mất hiệu lực.

- d) Trong mọi trường hợp (ngay cả khi Phí bảo hiểm đến hạn của Sản phẩm này được đóng đủ), nếu Sản phẩm chính mất hiệu lực vì bất kỳ lý do nào thì Sản phẩm này sẽ mất hiệu lực kể từ thời điểm Sản phẩm chính mất hiệu lực.

5.3 Khôi phục hiệu lực

- a) Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu khôi phục hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm này kể từ ngày sản phẩm bảo hiểm này mất hiệu lực theo Điều 5.2 và sản phẩm bảo hiểm này chỉ được xem xét khôi phục hiệu lực khi đáp ứng tất cả điều kiện sau:
- (i) Bên mua bảo hiểm nộp hồ sơ yêu cầu khôi phục hiệu lực sản phẩm bảo hiểm này cho Dai-ichi Life Việt Nam trong vòng 10 (mười) tháng kể từ ngày kết thúc thời gian gia hạn đóng phí của Sản phẩm bán kèm này; và
 - (ii) Phí bảo hiểm (bao gồm Phí bảo hiểm trong khoảng thời gian hợp đồng bảo hiểm bị mất hiệu lực) và các Khoản nợ được đóng đầy đủ; và
 - (iii) Người được bảo hiểm còn sống và đáp ứng đủ điều kiện tham gia bảo hiểm Sản phẩm này theo quy định của Quy tắc và Điều khoản sản phẩm bảo hiểm này và quy định của Dai-ichi Life Việt Nam; và
 - (iv) Sản phẩm chính phải có hiệu lực tại thời điểm Dai-ichi Life Việt Nam xem xét và chấp thuận.
- b) Nếu được chấp thuận, thời điểm Sản phẩm này được khôi phục hiệu lực sẽ được tính từ ngày ghi trên văn bản chấp thuận của Dai-ichi Life Việt Nam, với điều kiện Người được bảo hiểm vẫn còn sống vào thời điểm Dai-ichi Life Việt Nam chấp nhận khôi phục. Trường hợp Người được bảo hiểm không còn sống vào thời điểm Dai-ichi Life Việt Nam chấp nhận khôi phục, việc khôi phục sẽ tự động bị hủy bỏ. Khi đó, Dai-ichi Life Việt Nam sẽ không chi trả bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào phát sinh từ hoặc có liên quan đến sự kiện bảo hiểm xảy ra trong khoảng thời gian từ thời điểm Sản phẩm bán kèm này bị mất hiệu lực gần nhất cho đến thời điểm việc khôi phục bị hủy bỏ và trở về sau.

ĐIỀU 6: CHẤM DỨT HIỆU LỰC CỦA SẢN PHẨM BÁN KÈM

6.1 Dai-ichi Life Việt Nam sẽ từ chối chi trả quyền lợi bảo hiểm, đồng thời có quyền chấm dứt hiệu lực của Sản phẩm này hoặc có quyền từ chối gia hạn hiệu lực của Sản phẩm này tại Ngày gia hạn năm hợp đồng tiếp theo, trong trường hợp có bằng chứng rõ ràng rằng Người được bảo hiểm và/ hoặc Bên mua bảo hiểm cố ý yêu cầu bồi thường nhằm mục đích gian lận bảo hiểm hoặc trục lợi bảo hiểm.

6.2 Sản phẩm bảo hiểm bán kèm này sẽ chấm dứt hiệu lực khi một trong các sự kiện sau xảy ra:

- a. Người được bảo hiểm tử vong; hoặc
- b. Sản phẩm chính chấm dứt hiệu lực; hoặc
- c. Vào Ngày gia hạn năm hợp đồng ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt 75 (bảy mươi lăm) tuổi.
- d. Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt Sản phẩm bán kèm này kể từ năm thứ hai. Theo đó, Sản phẩm bán kèm này sẽ được chấm dứt kể từ ngày được ghi trong văn bản chấp thuận của Dai-ichi Life Việt Nam; hoặc
- e. Sản phẩm bị mất hiệu lực quá 10 tháng kể từ ngày sản phẩm kết thúc thời gian gia hạn đóng phí theo quy định tại Điều 5.2; hoặc
- f. Dai-ichi Life Việt Nam đã chi trả cho bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào (được quy định tại Điều 2.1 hoặc Điều 2.2) bằng mức Giới hạn chi trả tối đa trong suốt thời gian tham gia bảo hiểm của quyền

lợi đó (được quy định tại Điều 2.3) hoặc đã chi trả tổng quyền lợi bảo hiểm bằng 1.000 lần Số tiền bảo hiểm; hoặc

g. Dai-ichi Life Việt Nam từ chối việc gia hạn sản phẩm bảo hiểm bán kèm này theo quy định tại Điều 6.1 hoặc Bên mua bảo hiểm từ chối gia hạn sản phẩm bảo hiểm bán kèm này; hoặc

h. (Các) Trường hợp khác theo quy định của Quy tắc và Điều khoản này và pháp luật.

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