

# QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN SẢN PHẨM BẢO HIỂM CHĂM SÓC THAI SẢN TOÀN DIỆN 24/7

(Sản phẩm bảo hiểm “Chăm Sóc Thai Sản Toàn Diện 24/7” có tên kỹ thuật là Sản phẩm Bảo hiểm Thai sản – Phiên bản 1 được Bộ Tài chính phê chuẩn phương pháp, cơ sở tính phí theo Công văn số 18631/BTC-QLBH ngày 01/12/2025. Quy tắc và Điều khoản này được ban hành theo Quyết định số 1065/GD/Dai-ichi/2025 ngày 02/12/2025 của Tổng Giám đốc Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ Dai-ichi Việt Nam.)

## MỤC LỤC

<b>ĐIỀU 1. ĐỊNH NGHĨA VÀ GIẢI THÍCH TỪ NGỮ</b> .....	<b>2</b>
<b>ĐIỀU 2. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM</b> .....	<b>9</b>
2.1. Quyền lợi Chăm sóc thai sản.....	9
2.2. Quyền lợi Biến chứng thai sản .....	10
<b>ĐIỀU 3. CÁC QUY ĐỊNH LOẠI TRỪ TRÁCH NHIỆM BẢO HIỂM</b> .....	<b>11</b>
3.1. Loại trừ bảo hiểm đối với Quyền lợi Chăm sóc thai sản.....	11
3.2. Loại trừ bảo hiểm đối với Quyền lợi Biến chứng thai sản .....	11
<b>ĐIỀU 4. THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM</b> .....	<b>12</b>
4.1. Thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm .....	12
4.2. Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm .....	12
4.3. Người nhận quyền lợi bảo hiểm .....	12
4.4. Thời hạn chi trả quyền lợi bảo hiểm.....	13
4.5. Trường hợp tranh chấp liên quan đến yêu cầu chi trả bồi thường.....	13
<b>ĐIỀU 5. MỘT SỐ QUY ĐỊNH VỀ PHÍ BẢO HIỂM</b> .....	<b>13</b>
5.1. Phí bảo hiểm.....	13
5.2. Thời gian gia hạn đóng Phí bảo hiểm định kỳ và mất hiệu lực .....	14
5.3. Khôi phục hiệu lực .....	14
<b>ĐIỀU 6. NHỮNG ĐIỀU KHOẢN CHUNG</b> .....	<b>15</b>
6.1. Thay đổi quyền lợi bảo hiểm.....	15
6.2. Quy định thứ tự chi trả quyền lợi bảo hiểm theo sản phẩm bảo hiểm.....	16
6.3. Chấm dứt hiệu lực của sản phẩm .....	16
<b>PHỤ LỤC: BẢNG LIỆT KÊ QUYỀN LỢI BẢO HIỂM</b> .....	<b>17</b>

Quy tắc và Điều khoản sản phẩm bảo hiểm này (“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 “Chăm Sóc Thai Sản Toàn Diện 24/7”. Theo đó, trong Hợp đồng bảo hiểm, Sản phẩm bảo hiểm “Chăm Sóc Thai Sản Toàn Diện 24/7” (“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 toàn bộ Quy tắc và Điều khoản này, các thuật ngữ và từ ngữ viết tắt được hiểu và giải thích 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 và trừ trường hợp người này làm nhiệm vụ theo sự phân công của cấp có thẩm quyền, Bác sĩ 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.
- 1.2. Bảng liệt kê quyền lợi bảo hiểm:** là bảng liệt kê chi tiết quyền lợi bảo hiểm tương ứng với từng Chương trình bảo hiểm được Bên mua bảo hiểm lựa chọn. Bảng liệt kê quyền lợi bảo hiểm là một phần không tách rời của Quy tắc và Điều khoản này.
- 1.3. 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.
- 1.4. Bệnh có sẵn:** là (i) Triệu chứng bệnh đã có hoặc tồn tại trong vòng 36 (ba mươi sáu) tháng trước Ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm 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 bắt đầu thời hạn bảo hiểm 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.
- 1.5. Bệnh viện:** là cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được thành lập, hoạt động theo pháp luật của nước sở tại và phải đáp ứng tất cả điều kiện 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 chuyên môn 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.

**1.6. Biến chứng thai sản:** bao gồm một trong các biến chứng sau:

- a. Thai chết lưu từ tuần thai thứ 20 trở đi:** là việc sinh con từ tuần thai thứ 20 (hai mươi) của thai kỳ trở đi, mà thai nhi sau khi được sinh ra, không có khả năng thở hoặc không có bất kỳ dấu hiệu sống nào. Loại trừ các trường hợp sảy thai hoặc phá thai.
- b. Thai trứng:** Là một dạng thai kỳ bất thường, được đặc trưng bởi sự tăng sinh quá mức của mô nhau (tế bào nuôi) và hiện tượng thoái hóa phù nề (sung) của các gai nhau, tạo nên hình ảnh giống chùm nho. Việc chẩn đoán xác định cần có kết quả mô bệnh học cho thấy sự tăng sinh của tế bào nuôi.  
Thai trứng bao gồm thai trứng toàn phần và thai trứng bán phần, được xếp vào nhóm bệnh nguyên bào nuôi thai kỳ lành tính (tiền ung thư), được xác nhận bởi Bác sĩ chuyên khoa, theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế Việt Nam và Tổ chức Y tế Thế giới (WHO)/FIGO.
- c. Thai ngoài tử cung:** là trường hợp trứng đã thụ tinh làm tổ ngoài buồng tử cung. Thai ngoài tử cung phải được xử lý bằng phẫu thuật mở bụng hoặc nội soi.
- d. Truyền tắc ối:** là hội chứng xảy ra khi nước ối rò rỉ vào hệ tuần hoàn của mẹ, dẫn đến tình trạng suy hô hấp cấp và sốc. Chẩn đoán phải được xác nhận bởi Bác sĩ chuyên khoa và kèm theo bằng chứng y khoa về một hoặc nhiều triệu chứng như suy hô hấp, suy tim mạch, rối loạn đông máu rải rác.
- e. Vỡ tử cung:** là tình trạng vỡ tử cung trong thời kỳ mang thai hoặc trong khi sinh, đã được can thiệp bằng phẫu thuật cắt tử cung hoặc dẫn đến thai chết lưu.
- f. Băng huyết sau khi sinh cần cắt tử cung:** là tình trạng xuất huyết kéo dài do tử cung không co hồi, vỡ tử cung hoặc vết rách cổ tử cung lan rộng đến tử cung, đã được can thiệp bằng phẫu thuật cắt tử cung.
- g. Sốt nhau thai trong tử cung sau sinh có gây biến chứng nhiễm trùng:** là tình trạng toàn bộ hoặc một phần nhau thai vẫn còn trong tử cung hơn 30 (ba mươi) phút sau khi sinh, dẫn đến các biến chứng nhiễm trùng như viêm tử cung, nhiễm trùng huyết hoặc băng huyết sau sinh. Chẩn đoán cần có bằng chứng lâm sàng về nhiễm trùng và phải có can thiệp y tế (thủ thuật lấy nhau thai, điều trị kháng sinh).
- h. Phá thai điều trị theo chỉ định của Bác sĩ:** là việc chấm dứt thai kỳ do xác định rõ các bất thường bẩm sinh hoặc rối loạn di truyền của thai nhi không tương thích với sự sống, hoặc chấm dứt thai kỳ nhằm ngăn ngừa tổn thương nghiêm trọng hoặc tử vong cho người mẹ. Việc chấm dứt thai kỳ phải có sự hỗ trợ của Bác sĩ sản/phụ khoa.

- i. Nhau bong non:** là hiện tượng nhau thai bong ra khỏi vị trí bình thường sau tuần thứ 20 (hai mươi) của thai kỳ và trước khi sinh, gây nguy hiểm đến tính mạng của thai nhi và/hoặc gây sốc cho mẹ. Chẩn đoán phải được Bác sĩ sản/phụ khoa xác nhận và kèm theo bằng chứng y tế cho thấy cần mổ lấy thai khẩn cấp.
- j. Sản giật:** là tình trạng co giật toàn thể xảy ra ở phụ nữ có Tiền sản giật nặng mà không có các nguyên nhân thần kinh khác gây co giật. Chẩn đoán sản giật phải được Bác sĩ sản/phụ khoa xác nhận.

Để được xem là Tiền sản giật nặng phải thỏa đủ tất cả điều kiện sau đây:

- (i) Tăng huyết áp xuất hiện sau tuần thứ 20 (hai mươi) của thai kỳ với huyết áp tâm thu từ 160 mmHg trở lên và/hoặc huyết áp tâm trương từ 110 mmHg trở lên trong 02 (hai) lần đo cách nhau ít nhất 04 (bốn) giờ; và
- (ii) Protein niệu ở mức trên 3+ trong mẫu nước tiểu ngẫu nhiên hoặc cao hơn 2,5 g trong nước tiểu 24 (hai mươi bốn) giờ.
- k. Gan nhiễm mỡ cấp tính thai kỳ:** là tình trạng gan nhiễm mỡ nặng xảy ra trong thai kỳ, dẫn đến suy gan cấp tính, với các điều kiện chẩn đoán sau đây đều phải được đáp ứng đầy đủ:
- (i) Tổng bilirubin  $\geq 10$  mg/dL tại bất kỳ thời điểm nào;
- (ii) Men gan ALT/AST  $\geq 500$  IU/L cho thấy tổn thương gan nghiêm trọng;
- (iii) Hạ đường huyết dưới 50 mg/dL;
- (iv) Hình ảnh siêu âm cho thấy gan bị thoái hóa mỡ hạt nhỏ.
- l. Đông máu nội mạch rải rác:** là biến chứng nguy hiểm tính mạng trong thai kỳ, đặc trưng bởi rối loạn đông máu toàn thân, dẫn đến xuất huyết toàn thân và tổn thương cơ quan. Chẩn đoán phải được Bác sĩ sản/phụ khoa xác nhận, và có bằng chứng xét nghiệm cho thấy tình trạng giảm tiểu cầu nghiêm trọng, hoạt hóa yếu tố đông máu, hoạt hóa tiêu sợi huyết và suy giảm chất ức chế đông máu.
- m. Thuyên tắc phổi khi mang thai:** là hiện tượng cục máu đông hình thành ở vị trí xa rồi di chuyển đến phổi và gây tắc nghẽn động mạch phổi trong thai kỳ. Chẩn đoán phải được Bác sĩ chuyên khoa xác nhận và có bằng chứng y khoa đi kèm.
- n. U nguyên bào nuôi thai kỳ (Gestational Trophoblastic Neoplasia – GTN):** Là nhóm khối u ác tính phát sinh do sự tăng sinh bất thường của mô nhau (tế bào nuôi) sau bất kỳ dạng thai kỳ nào. U nguyên bào nuôi thai kỳ thuộc phổ ác tính của bệnh nguyên bào nuôi thai kỳ (Gestational Trophoblastic Disease – GTD) và bao gồm các thể: thai trứng xâm lấn (invasive mole), ung thư biểu mô đệm nuôi (choriocarcinoma), u nguyên bào nuôi tại vị trí nhau bám (Placental Site Trophoblastic Tumour – PSTT) và u nguyên bào nuôi dạng biểu mô (Epithelioid Trophoblastic Tumour – ETT).

U nguyên bào nuôi thai kỳ được đặc trưng bởi nồng độ beta-hCG trong huyết thanh tăng dai dẳng hoặc tăng trở lại và được xác nhận bằng kết quả mô bệnh học bởi Bác sĩ chuyên khoa, theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế Việt Nam và Tổ chức Y tế Thế giới (WHO)/FIGO.

**1.7. Cần thiết và hợp lý về mặt y tế:** chỉ định y khoa cho việc khám thai, sinh con và/hoặc chẩn đoán, điều trị Biến chứng thai sản 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 khám thai, sinh con và/hoặc chẩn đoán, điều trị Biến chứng thai sản của Người được bảo hiểm; và

- (ii) Theo đúng hướng dẫn, khuyến cáo của các cơ quan y tế về khám thai, sinh con và/hoặc chẩn đoán, điều trị Biến chứng thai sản 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 khám thai, sinh con và/hoặc chẩn đoán, điều trị Biến chứng thai sản của Người được bảo hiểm.

**1.8. Chi phí Chăm sóc trẻ sơ sinh:** bao gồm các chi phí y tế thực tế để điều trị các Triệu chứng cấp tính hoặc Bệnh cấp tính ở trẻ sơ sinh và việc điều trị này phải bắt đầu trong vòng 07 (bảy) ngày kể từ ngày trẻ được sinh ra.

Bệnh cấp tính hoặc triệu chứng cấp tính được định nghĩa là tình trạng hoặc dấu hiệu khởi phát đột ngột và yêu cầu điều trị khẩn cấp.

Chi phí chăm sóc trẻ sơ sinh không bao gồm chi phí khám, chẩn đoán hoặc xét nghiệm nhằm mục đích tầm soát hoặc điều trị Tình trạng bẩm sinh/di truyền.

**1.9. Chi phí Khám thai:** bao gồm các chi phí y tế thực tế để khám, tư vấn, tiêm ngừa, xét nghiệm máu, xét nghiệm nước tiểu và siêu âm thai theo chỉ định của Bác sĩ trong suốt quá trình mang thai.

Chi phí Khám thai không bao gồm các chi phí sàng lọc và chẩn đoán trước sinh: (i) các xét nghiệm phát hiện sớm dị tật thai nhi, rối loạn di truyền hoặc chậm phát triển trí tuệ như Double Test, Triple Test, NIPT và các xét nghiệm sàng lọc trước sinh không xâm lấn khác, chọc ối, xét nghiệm nhiễm sắc thể; (ii) chi phí bổ sung thuốc/vitamin trong thai kỳ.

**1.10. Chi phí Sinh con:** bao gồm các chi phí y tế thực tế phát sinh trong Đợt nằm viện sinh con.

Chi phí Sinh con không bao gồm các chi phí phát sinh trước hoặc sau Đợt nằm viện sinh con.

**1.11. Chi phí Sinh mổ:** bao gồm các chi phí y tế thực tế cho một ca sinh con của Người được bảo hiểm tại Bệnh viện, có can thiệp Phẫu thuật mổ lấy thai. Việc sinh mổ của Người được bảo hiểm phải được ghi rõ trong giấy ra viện.

**1.12. Chi phí Sinh thường:** bao gồm các chi phí y tế thực tế cho một ca sinh con ngã âm đạo của Người được bảo hiểm tại Bệnh viện. Việc sinh thường của Người được bảo hiểm phải được ghi rõ trong giấy ra viện.

**1.13. Chương trình bảo hiểm:** Tùy theo lựa chọn của Bên mua bảo hiểm (vào thời điểm tham gia Sản phẩm này hoặc vào các Ngày gia hạn năm hợp đồng) và được ghi trên Chứng nhận bảo hiểm hoặc Phụ lục Hợp đồng bảo hiểm (nếu có).

Bên mua bảo hiểm có thể lựa chọn một trong các Chương trình bảo hiểm sau đây: Phổ Thông, Đặc Biệt, Cao Cấp hoặc Thịnh Vượng.

Mỗi Chương trình bảo hiểm bao gồm: (i) Quyền lợi Chăm sóc thai sản với mức Đồng chi trả theo lựa chọn của Bên mua bảo hiểm và (ii) Quyền lợi Biến chứng thai sản.

**1.14. Danh sách Bệnh viện/Phòng khám không chi trả quyền lợi bảo hiểm:** là danh sách (các) Bệnh viện, Phòng khám mà Dai-ichi Life Việt Nam có quyền không chi trả chi phí y tế nếu Người được bảo hiểm khám thai, sinh con và/hoặc chẩn đoán, điều trị Biến chứng thai sản tại

Bệnh viện/Phòng khám này. Danh sách này được cung cấp cho Bên mua bảo hiểm tại thời điểm phát hành Hợp đồng bảo hiểm/chấp nhận bảo hiểm Sản phẩm này; và có thể thay đổi tùy từng thời điểm theo thông tin được đăng tải trên trang thông tin điện tử của Dai-ichi Life Việt Nam (<https://dai-ichi-life.com.vn>) trước khi áp dụng sự thay đổi.

**1.15. Điều kiện chuẩn:** là điều kiện về nơi cư trú, nghề nghiệp/việc làm, thông tin sức khỏe của Người được bảo hiểm được Dai-ichi Life Việt Nam chấp nhận bảo hiểm mà không tăng Phí bảo hiểm cũng như không áp dụng điều kiện loại trừ đối với (các) tình trạng Bệnh hoặc Thương tật, cụ thể như sau:

- (i) Người được bảo hiểm đang cư trú và làm việc tại Việt Nam; và
- (ii) Người được bảo hiểm có nghề nghiệp/việc làm chỉ sử dụng trí óc, liên quan đến hành chính, văn phòng; và
- (iii) Người được bảo hiểm có chiều cao, cân nặng và chỉ số khối cơ thể (BMI) nằm trong phạm vi bình thường theo giới tính và từng lứa tuổi; và
- (iv) Người được bảo hiểm trả lời “Không” cho tất cả câu hỏi về Thông tin sức khỏe trong Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm.

Hoặc

- (v) Các trường hợp/điều kiện cụ thể khác (nếu có) theo quy định của Dai-ichi Life Việt Nam tại từng thời điểm.

**1.16. Điều trị nội trú (hay “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 sinh con và/hoặc chẩn đoán, điều trị Biến chứng thai sản, 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.

**1.17. Độ tuổi có thể tham gia bảo hiểm:** bao gồm Tuổi của Người được bảo hiểm tại Ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm của Sản phẩm này và Tuổi tối đa của Người được bảo hiểm khi kết thúc Thời hạn bảo hiểm, cụ thể:

- Tuổi tại Ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm của Sản phẩm này: từ 18 (mười tám) tuổi đến 45 (bốn mươi lăm) tuổi.
- Tuổi tối đa kết thúc Thời hạn bảo hiểm là: 46 (bốn mươi sáu) tuổi.

**1.18. Đồng chi trả (chỉ áp dụng cho Quyền lợi Chăm sóc thai sản):** là khoản tiền tính theo tỷ lệ % (mức Đồng chi trả) của chi phí y tế thực tế thuộc phạm vi bảo hiểm của Quyền lợi Chăm sóc thai sản mà Người được bảo hiểm và/hoặc Bên mua bảo hiểm phải chi trả, theo lựa chọn của Bên mua bảo hiểm vào thời điểm tham gia Sản phẩm này hoặc vào Ngày gia hạn năm hợp đồng, và được ghi trên Chứng nhận bảo hiểm hoặc các thỏa thuận sửa đổi bổ sung khác (nếu có). Theo đó, mức Đồng chi trả là 20% hoặc 0%.

**1.19. Đợt nằm viện (hay “Đợt”):** là khoảng thời gian Người được bảo hiểm nhập viện đến khi ra viện để sinh con.

**1.20. Hạn mức chi trả tối đa:** là tổng quyền lợi được Dai-ichi Life Việt Nam chi trả tối đa trong mỗi Năm hợp đồng cho Quyền lợi Chăm sóc thai sản của một Người được bảo hiểm. Hạn mức chi trả tối đa được quy định tại Bảng liệt kê quyền lợi bảo hiểm.

- 1.21. Lần mang thai:** là một lần Người được bảo hiểm có thai hay còn gọi là một thai kỳ, bắt đầu bằng sự phóng noãn có thụ tinh (hoặc phôi được đưa vào tử cung) đến khi kết thúc thai kỳ đó bằng việc (các) thai được đưa ra ngoài cơ thể người mẹ.
- 1.22. Năm hợp đồng đối với Sản phẩm bán kèm:** là khoảng thời gian từ Ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm đến hết ngày liền trước Ngày gia hạn năm hợp đồng tiếp theo (Năm hợp đồng đầu tiên) hoặc 01 (một) năm tính từ (các) Ngày gia hạn năm hợp đồng tiếp theo. Trong phạm vi của Quy tắc và Điều khoản này, Năm hợp đồng đối với Sản phẩm bán kèm sẽ được gọi tắt là Năm hợp đồng.
- 1.23. 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 hiểm của Sản phẩm này 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.
- 1.24. Ngày gia hạn năm hợp đồng:** là ngày lặp lại hàng năm của Ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm của Sản phẩm này. Nếu năm không có ngày này, ngày cuối tháng tương ứng sẽ là Ngày gia hạn năm hợp đồng.
- 1.25. 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.
- 1.26. Ngày nằm viện:** là ngày mà Người được bảo hiểm nằm viện tại Bệnh viện để sinh con căn cứ theo ngày nhập viện và ngày ra viện trong giấy ra viện. Theo đó:
- Nếu ngày nhập viện và ngày ra viện là cùng 01 (một) ngày dương lịch và số giờ nằm viện từ 12 (mười hai) tiếng trở lên thì được tính 01 (một) Ngày nằm viện.
  - Nếu ngày nhập viện khác ngày ra viện, số Ngày nằm viện được xác định bằng ngày ra viện trừ đi ngày nhập viện. Sau khi xác định số Ngày nằm viện, nếu giờ thực tế ra viện vượt quá giờ lặp lại của giờ nhập viện trong ngày ra viện, thời gian nằm viện phát sinh thêm sẽ được xác định theo giờ.
- Trong mọi trường hợp, số Ngày nằm viện của một Đợt nằm viện không vượt quá số ngày phát sinh trên bảng kê, hóa đơn viện phí.
- 1.27. Người được bảo hiểm Sản phẩm bán kèm:** là người được bảo hiểm của Sản phẩm 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 phải trong Độ tuổi có thể tham gia bảo hiểm và đang sinh sống tại Việt Nam tại thời điểm nộp yêu cầu tham gia bảo hiểm/yêu cầu khôi phục hiệu lực.
- 1.28. Phạm vi địa lý:** là quốc gia và/hoặc vùng lãnh thổ mà Dai-ichi Life Việt Nam đồng ý chi trả các chi phí y tế thực tế thuộc phạm vi bảo hiểm phát sinh khi Người được bảo hiểm khám thai, sinh con và/hoặc chẩn đoán, điều trị Biến chứng thai sản.

- 1.29. Phẫu thuật:** là một phương pháp y khoa để sinh con và/hoặc chẩn đoán, điều trị Biến chứng thai sản của Người được bảo hiểm 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).
- 1.30. 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 xác định phụ thuộc vào Chương trình bảo hiểm và mức Đồng chi trả.
- 1.31. 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.
- 1.32. Phòng Chăm sóc đặc biệt (ICU):** là một bộ phận của Bệnh viện và phải đáp ứng tất cả điều kiện:
- (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; và
  - (iv) Không phải là khoa/phòng hồi sức hậu phẫu hoặc khoa/phòng cấp cứu, hồi sức cấp cứu.
- 1.33. Phòng khám:** là một cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được cấp giấy phép thành lập và hoạt động theo pháp luật của nước sở tại, không có chức năng lưu bệnh nhân qua đêm. Phòng khám không thuộc Danh sách Bệnh viện/Phòng khám không chi trả quyền lợi bảo hiểm.
- 1.34. 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.
- 1.35. Thời gian chờ:** là khoảng thời gian mà bất kỳ sự kiện bảo hiểm nào của bất kỳ Quyền lợi nào trong Chương trình bảo hiểm xảy ra sẽ không được chi trả (trừ trường hợp có thỏa thuận khác giữa Dai-ichi Life Việt Nam và Bên mua bảo hiểm). Thời gian chờ của Sản phẩm này được áp dụng như sau:
- (i) Quyền lợi Sinh con: 270 (hai trăm bảy mươi) ngày tính từ Ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm của Năm hợp đồng đầu tiên hoặc Ngày Dai-ichi Life Việt Nam chấp thuận yêu cầu tăng Chương trình bảo hiểm (áp dụng cho phần tăng thêm) hoặc Ngày khôi phục hiệu lực gần nhất của Sản phẩm này, tùy ngày nào xảy ra sau.
  - (ii) Quyền lợi Khám thai và Quyền lợi Biến chứng thai sản: 90 (chín mươi) ngày tính từ Ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm của Năm hợp đồng đầu tiên hoặc Ngày Dai-ichi Life Việt Nam chấp thuận yêu cầu tăng Chương trình bảo hiểm (áp dụng cho phần tăng thêm) hoặc Ngày khôi phục hiệu lực gần nhất của Sản phẩm này, tùy ngày nào xảy ra sau.
- 1.36. Thời hạn bảo hiểm:** là 01 (một) năm tính từ Ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm của Sản phẩm này. Thời hạn bảo hiểm có thể được gia hạn hàng năm với điều kiện:
- (i) Người được bảo hiểm vẫn còn sống vào Ngày gia hạn năm hợp đồng của Năm hợp đồng đó; và

- (ii) Bên mua bảo hiểm nộp đủ và đúng hạn các khoản phí bảo hiểm để gia hạn và chấp nhận các điều khoản và điều kiện của Sản phẩm này.

**1.37. Tiền phòng:** là chi phí một giường và chi phí công điều dưỡng, chăm sóc khi Điều trị nội trú tại Bệnh viện; không bao gồm Tiền phòng Chăm sóc đặc biệt (ICU).

**1.38. Tiền phòng Chăm sóc đặc biệt (ICU):** là chi phí một giường và chi phí công điều dưỡng, chăm sóc khi Điều trị nội trú tại Phòng Chăm sóc đặc biệt (ICU).

**1.39. Tiền sử biến chứng thai sản:** là thông tin về các lần mang thai và sinh con có ghi nhận bất thường, sảy thai, phá thai và các Biến chứng thai sản trước đây của Người được bảo hiểm đã có hoặc tồn tại trước Ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm 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/phiếu khám/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.

**1.40. Tình trạng bẩm sinh/di truyền:** là một sự bất thường về mặt thể chất hoặc tinh thần của trẻ sơ sinh, thuộc một trong hai trường hợp sau:

- (i) Được hình thành trên thai nhi trong quá trình mang thai hoặc do di truyền hoặc do gen; hoặc
- (ii) Có sự phát triển sau đó do những nhân tố hoặc những tình trạng xuất hiện hoặc không xuất hiện vào lúc sinh ra.

**1.41. Triệu chứng bệnh:** là biểu hiện lâm sàng của Bệnh, bao gồm tình trạng, dấu hiệu, triệu chứng làm ảnh hưởng tới sự tồn tại, phát triển bình thường của một hoặc nhiều bộ phận cơ thể mà Người được bảo hiểm nhận biết được nhưng chưa được Bác sĩ chẩn đoán.

**1.42. Tuổi:** là tuổi tính theo ngày sinh nhật gần nhất vừa qua.

## **ĐIỀU 2: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM**

### **2.1. Quyền lợi Chăm sóc thai sản**

Dai-ichi Life Việt Nam sẽ chi trả chi phí y tế thực tế gồm Chi phí Khám thai và Chi phí Sinh con của Người được bảo hiểm, sau khi đã trừ đi khoản Đồng chi trả (nếu có), nếu thuộc phạm vi bảo hiểm sau:

- a. Việc khám thai, sinh con của Người được bảo hiểm phải:
- (i) Thỏa quy định Cần thiết và hợp lý về mặt y tế; và
- (ii) Xảy ra trong thời gian Sản phẩm này có hiệu lực và bắt đầu sau Thời gian chờ; và
- (iii) Được thực hiện trong Phạm vi địa lý được bảo hiểm.
- b. Chi phí Khám thai và Chi phí Sinh con của Người được bảo hiểm là khoản chi phí:
- (i) Chưa được chi trả, thanh toán bởi bất kỳ đơn vị bảo hiểm nào (nếu có, bao gồm cả cơ quan bảo hiểm xã hội và doanh nghiệp bảo hiểm); và
- (ii) Được quy định chi tiết trong Phần A của *Phụ lục: Bảng liệt kê quyền lợi bảo hiểm* tương ứng với lựa chọn Chương trình bảo hiểm; và
- (iii) Không vượt quá Giới hạn chi trả.

#### Giới hạn chi trả Quyền lợi Chăm sóc thai sản:

- (Các) Quyền lợi bảo hiểm được chi trả không vượt quá (các) mức giới hạn phụ cho từng hạng mục/quyền lợi theo quy định trong Phần A của *Phụ lục: Bảng liệt kê quyền lợi bảo hiểm* tương ứng với lựa chọn Chương trình bảo hiểm.
- Trong mọi trường hợp, tổng số tiền chi trả cho Quyền lợi Chăm sóc thai sản cho 01 (một) lần sinh không vượt quá Hạn mức chi trả tối đa cho mỗi Năm hợp đồng tương ứng với lựa chọn Chương trình bảo hiểm.

#### Quyền lợi nhân đôi hạn mức:

Dai-ichi Life Việt Nam sẽ tăng thêm Hạn mức chi trả tối đa cho mỗi Năm hợp đồng tương ứng với Chương trình bảo hiểm mà Người được bảo hiểm đang tham gia trong trường hợp Người được bảo hiểm sinh từ 02 (hai) con trở lên trong một lần sinh, với điều kiện:

- Các mức giới hạn phụ của Tiền phòng, Tiền phòng chăm sóc đặc biệt (ICU) và Chi phí Khám thai sẽ không thay đổi ngay cả khi Quyền lợi nhân đôi hạn mức này được chấp thuận chi trả.
- Trong mọi trường hợp, Quyền lợi nhân đôi hạn mức chỉ được áp dụng 01 (một) lần duy nhất cho mỗi Lần mang thai.

## **2.2. Quyền lợi Biến chứng thai sản**

Dai-ichi Life Việt Nam sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm với số tiền cố định cho mỗi Biến chứng thai sản được quy định chi tiết tại Phần B của *Phụ lục: Bảng liệt kê quyền lợi bảo hiểm* tương ứng với lựa chọn Chương trình bảo hiểm, khi Người được bảo hiểm được chẩn đoán mắc phải một hoặc nhiều Biến chứng thai sản, nếu thuộc phạm vi bảo hiểm sau:

- (i) Biến chứng thai sản thỏa định nghĩa được quy định tại Điều 1.6; và
- (ii) Được chẩn đoán trong thời gian Sản phẩm này có hiệu lực và sau Thời gian chờ; và
- (iii) Không vượt quá Giới hạn chi trả.

#### Giới hạn chi trả Quyền lợi Biến chứng thai sản:

- Nếu Người được bảo hiểm được chẩn đoán cùng lúc nhiều hơn 01 (một) Biến chứng thai sản, Dai-ichi Life Việt Nam sẽ chỉ chi trả quyền lợi bảo hiểm cho duy nhất 01 (một) Biến chứng thai sản có số tiền chi trả cao nhất.
- Trong mọi trường hợp, Dai-ichi Life Việt Nam sẽ chỉ chi trả 01 (một) lần Quyền lợi Biến chứng thai sản (bất kể là Quyền lợi Biến chứng thai sản phổ biến hoặc Quyền lợi Biến chứng thai sản nghiêm trọng) cho mỗi Lần mang thai.
- Trong mọi trường hợp, Dai-ichi Life Việt Nam sẽ chỉ chi trả quyền lợi bảo hiểm cho mỗi Biến chứng thai sản 01 (một) lần duy nhất trong suốt thời gian tham gia bảo hiểm.

**ĐIỀU 3: CÁC QUY ĐỊNH LOẠI TRỪ TRÁCH NHIỆM BẢO HIỂM****3.1. Loại trừ bảo hiểm đối với Quyền lợi Chăm sóc thai sản**

Dai-ichi Life Việt Nam sẽ không thanh toán Quyền lợi Chăm sóc thai sản, nếu việc khám thai, sinh con của Người được bảo hiểm phát sinh từ, liên quan đến hay là hậu quả của các trường hợp sau:

- a. (Các) Bệnh có sẵn và/hoặc Tiền sử biến chứng thai sản của Người được bảo hiểm, trừ các Bệnh có sẵn và/hoặc Tiền sử biến chứng thai sản đã khai báo và được Dai-ichi Life Việt Nam chấp thuận bảo hiểm; hoặc
- b. Chi phí thăm khám, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thuốc men, thủ thuật, chỉ định y khoa, trang thiết bị, vật tư y tế không liên quan đến khám thai và sinh con của Người được bảo hiểm, hoặc nhằm mục đích tầm soát kiểm tra; hoặc
- c. Chi phí xét nghiệm tầm soát trước khi sinh để phát hiện sớm các dị tật thai nhi, bệnh lý gen hoặc giảm thiểu trí tuệ như xét nghiệm dị tật thai nhi (Double Test, Triple Test, NIPT và các phương pháp xét nghiệm tầm soát trước khi sinh khác), chọc ối, xét nghiệm nhiễm sắc thể; hoặc
- d. Khám sức khỏe tổng quát; điều trị liên quan đến chăm sóc dưỡng bệnh, điều dưỡng, tinh dưỡng; hoặc
- e. Sử dụng dược chất/thuốc không có số đăng ký thuốc; dược chất/thuốc có số đăng ký là mỹ phẩm hoặc thực phẩm chức năng, vitamin, khoáng chất, sữa, chất dinh dưỡng bổ trợ; hoặc
- f. Tất cả các chi phí phục vụ chẩn đoán và điều trị y tế liên quan đến (các) Bệnh/Thương tật xảy ra trong thai kỳ hoặc (các) hậu quả của quá trình mang thai, sinh con; hoặc
- g. Tất cả các chi phí liên quan đến việc mang thai hộ, các phương pháp hỗ trợ sinh sản, phá thai, ngừa thai, triệt sản; hoặc
- h. (Các) Trường hợp loại trừ có điều kiện theo thỏa thuận giữa Dai-ichi Life Việt Nam và Bên mua bảo hiểm đối với Người được bảo hiểm có kết quả thẩm định dưới chuẩn theo quy định của Dai-ichi Life Việt Nam (nếu có); hoặc
- i. (Các) Trường hợp loại trừ có điều kiện theo trường hợp chấp nhận bảo hiểm có điều kiện theo quy định của Hợp đồng bảo hiểm (nếu có).

**3.2. Loại trừ bảo hiểm đối với Quyền lợi Biến chứng thai sản**

Dai-ichi Life Việt Nam sẽ không thanh toán Quyền lợi Biến chứng thai sản, nếu Biến chứng thai sản của Người được bảo hiểm phát sinh từ, liên quan đến hay là hậu quả của các trường hợp sau:

- a. (Các) Bệnh có sẵn và/hoặc Tiền sử biến chứng thai sản của Người được bảo hiểm, trừ các Bệnh có sẵn và/hoặc Tiền sử biến chứng thai sản đã khai báo và được Dai-ichi Life Việt Nam chấp thuận bảo hiểm; hoặc
- b. (Các) Trường hợp loại trừ có điều kiện theo thỏa thuận giữa Dai-ichi Life Việt Nam và Bên mua bảo hiểm đối với Người được bảo hiểm có kết quả thẩm định dưới chuẩn theo quy định của Dai-ichi Life Việt Nam (nếu có); hoặc
- c. (Các) Trường hợp loại trừ có điều kiện theo trường hợp chấp nhận bảo hiểm có điều kiện theo quy định của Hợp đồng bảo hiểm (nếu có).

**ĐIỀU 4: THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM****4.1. Thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm**

Thời hạn nộp hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm là 01 (một) năm kể từ ngày ra viện hoặc ngày khám thai. Theo đó, Dai-ichi Life Việt Nam có quyền từ chối (các) hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm được nộp sau 01 (một) năm kể từ ngày ra viện hoặc ngày khám thai.

**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 cần phải thực hiện các yêu cầu sau:

- a. Cung cấp các thông tin và giấy tờ hồ sơ cần thiết theo yêu cầu của Dai-ichi Life Việt Nam gồm:
  - (i) Yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm với thông tin đầy đủ và chính xác.
  - (ii) Các chứng từ liên quan đến khám thai, sinh con và/hoặc chẩn đoán, điều trị Biến chứng thai sản: đơn thuốc, kết quả xét nghiệm, giấy chứng nhận/tường trình phẫu thuật (trong trường hợp phẫu thuật), giấy ra viện, trích sao/tóm tắt bệnh án, sổ khám 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.
  - (iii) Các chứng từ thanh toán chi phí y tế hợp lệ và hợp pháp theo quy định của Bộ Tài chính, cơ quan thuế như hóa đơn tài chính, Bảng kê chi tiết viện phí, ...
  - (iv) 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/hộ chiếu hoặc các giấy tờ xác nhận hợp pháp khác (nếu có).
  - (v) 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. Nếu các chứng từ, hồ sơ được cung cấp tại Điểm a Điều này là tài liệu được lập, ký bởi cơ quan, tổ chức nước ngoài thì các chứng từ, hồ sơ này phải được hợp pháp hóa lãnh sự để được công nhận và sử dụng tại Việt Nam. 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. 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 4.2.a, Điều 4.2.b và Điều 4.2.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:

- a. 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 Người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm.
- b. 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 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. Trong trường hợp cần xác minh thêm, thời hạn chi trả được kéo dài nhưng không trễ hơn 30 (ba mươi) ngày làm việc tính từ ngày Dai-ichi Life Việt Nam nhận được đầy đủ chứng từ, hồ sơ hợp lệ theo yêu cầu.
- b. Sau khi hết Thời hạn chi trả quyền lợi bảo hiểm theo quy định tại Điều 4.4.a 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 chậm trả 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 tại từng thời điểm.

#### **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**

Bên mua bảo hiểm có nghĩa vụ đóng Phí bảo hiểm đầy đủ, đúng hạn theo định kỳ đóng phí quy định trong Chứng nhận bảo hiểm hoặc Phụ lục Hợp đồng bảo hiểm (nếu có), ngay cả khi không nhận được thông báo về việc đóng Phí bảo hiểm định kỳ từ Dai-ichi Life Việt Nam.

- a. Thời hạn đóng Phí bảo hiểm bằng Thời hạn bảo hiểm của Sản phẩm này và không vượt quá thời hạn đóng Phí bảo hiểm của Sản phẩm chính.
- b. 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 tất cả sản phẩm 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 bán kèm của Hợp đồng bảo hiểm 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 cho Phí bảo hiểm của Sản phẩm chính.
- c. 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 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 này trước Ngày đến hạn đóng phí 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 bảo hiểm định kỳ và mất hiệu lực**

- 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 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, Dai-ichi Life Việt Nam sẽ không tính lãi đối với các khoản Phí bảo hiểm chưa thanh toán và Sản phẩm này vẫn tạm thời duy trì hiệu lực.
- c. Nếu Phí bảo hiểm định kỳ không được đóng đủ khi kết thúc thời gian gia hạn đóng phí được nêu tại Điểm a Điều 5.2 này, 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 định kỳ 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.
- e. Trong trường hợp Sản phẩm này mất hiệu lực, Dai-ichi Life Việt Nam sẽ hoàn lại (không có lãi) phần Phí bảo hiểm còn lại mà Bên mua bảo hiểm đã đóng cho Sản phẩm này tương ứng với thời gian bảo hiểm còn lại tính từ thời điểm Sản phẩm này mất hiệu lực gần nhất.

## **5.3. Khôi phục hiệu lực**

- a. Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu khôi phục hiệu lực của Sản phẩm này kể từ ngày Sản phẩm này mất hiệu lực theo Điều 5.2 và Sản phẩm 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 này cho Dai-ichi Life Việt Nam trong vòng 10 (mười) tháng kể từ ngày kết thúc thời gian gia hạn đóng phí; và
  - (ii) Phí bảo hiểm (bao gồm Phí bảo hiểm trong khoảng thời gian Sản phẩm này 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 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 này bị mất hiệu lực gần nhất cho đến thời điểm việc khôi phục bị hủy bỏ và trở về sau.

## **ĐIỀU 6: NHỮNG ĐIỀU KHOẢN CHUNG**

### **6.1. Thay đổi quyền lợi bảo hiểm**

- a. Vào (các) Ngày gia hạn năm hợp đồng, bằng cách gửi thông báo bằng văn bản cho Dai-ichi Life Việt Nam, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu thực hiện các điều chỉnh sau:
  - (i) Tăng/giảm Chương trình bảo hiểm; hoặc
  - (ii) Thay đổi mức Đồng chi trả.

Việc điều chỉnh Chương trình bảo hiểm chỉ có hiệu lực từ thời điểm Dai-ichi Life Việt Nam chấp thuận bằng văn bản. Sau khi thay đổi, các quyền lợi bảo hiểm và Phí bảo hiểm sẽ điều chỉnh tương ứng.
- b. Trường hợp tăng Chương trình bảo hiểm, Thời gian chờ sẽ được áp dụng tính từ ngày Dai-ichi Life Việt Nam chấp thuận yêu cầu tăng Chương trình bảo hiểm. Theo đó, quyền lợi bảo hiểm sẽ được chi trả như sau:
  - (i) Nếu việc khám thai, sinh con và/hoặc chẩn đoán, điều trị Biến chứng thai sản của Người được bảo hiểm xảy ra trong Thời gian chờ, việc khám thai, sinh con và/hoặc chẩn đoán, điều trị Biến chứng thai sản đó sẽ được chi trả theo Chương trình bảo hiểm trước khi thay đổi.
  - (ii) Nếu việc khám thai, sinh con và/hoặc chẩn đoán, điều trị Biến chứng thai sản của Người được bảo hiểm xảy ra sau Thời gian chờ, việc khám thai, sinh con và/hoặc chẩn đoán, điều trị Biến chứng thai sản đó sẽ được chi trả theo Chương trình bảo hiểm sau khi thay đổi.
- c. Trường hợp giảm Chương trình bảo hiểm, quyền lợi bảo hiểm sẽ được chi trả theo Chương trình bảo hiểm mới.

## 6.2. Quy định thứ tự chi trả quyền lợi bảo hiểm theo sản phẩm bảo hiểm

Sau khi nhận được hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm đầy đủ và hợp lệ, Dai-ichi Life Việt Nam sẽ ưu tiên chi trả phần chi phí y tế thực tế của Người được bảo hiểm theo Hạn mức chi trả tối đa của Sản phẩm này trước khi chi trả phần chi phí y tế thực tế còn lại (nếu có) theo hạn mức chi trả của bất kỳ sản phẩm nào khác (nếu có) mà Người được bảo hiểm tham gia tại Dai-ichi Life Việt Nam.

## 6.3. Chấm dứt hiệu lực của sản phẩm

- a. 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 vào bất kỳ lúc nào trong trường hợp có bằng chứng rõ ràng rằng Người được bảo hiểm và/hoặc Bên mua bảo hiểm cố ý thực hiện yêu cầu bồi thường nhằm mục đích gian lận bảo hiểm hoặc trục lợi bảo hiểm.
- b. Sản phẩm này sẽ chấm dứt hiệu lực khi một trong các sự kiện sau xảy ra:
  - (i) Người được bảo hiểm tử vong; hoặc
  - (ii) Sản phẩm chính chấm dứt hiệu lực; hoặc
  - (iii) Vào Ngày gia hạn năm hợp đồng ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt 46 (bốn mươi sáu) tuổi; hoặc
  - (iv) Bên mua bảo hiểm từ chối gia hạn Sản phẩm này; hoặc
  - (v) Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt Sản phẩm này vào Ngày gia hạn năm hợp đồng sau khi kết thúc Năm hợp đồng đầu tiên. Theo đó, ngày chấm dứt hiệu lực của Sản phẩm này được ghi trong văn bản chấp thuận của Dai-ichi Life Việt Nam; hoặc
  - (vi) Sản phẩm bị mất hiệu lực quá 10 (mười) tháng kể từ ngày kết thúc thời gian gia hạn đóng Phí bảo hiểm định kỳ theo quy định tại Điều 5.2; hoặc
  - (vii) Dai-ichi Life Việt Nam chấm dứt hiệu lực theo quy định tại Điểm a Điều 6.3 này; hoặc
  - (viii) Các trường hợp khác theo quy định của Quy tắc và Điều khoản này và pháp luật.
- c. 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.
- d. Trong trường hợp Sản phẩm này chấm dứt hiệu lực trước khi kết thúc Thời hạn bảo hiểm, Dai-ichi Life Việt Nam sẽ hoàn lại (không có lãi) phần Phí bảo hiểm cho thời gian còn lại mà Bên mua bảo hiểm đã đóng của Sản phẩm này tính từ thời điểm Sản phẩm này chấm dứt hiệu lực gần nhất.

**PHỤ LỤC: BẢNG LIỆT KÊ QUYỀN LỢI BẢO HIỂM**

(Đơn vị: đồng Việt Nam)

A. QUYỀN LỢI CHĂM SÓC THAI SẢN	CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM			
	PHỔ THÔNG	ĐẶC BIỆT	CAO CẤP	THỊNH VƯỢNG
Phạm vi địa lý	Toàn cầu			
Đồng chi trả	20% hoặc 0% được ghi trên Chứng nhận bảo hiểm			
Hạn mức chi trả tối đa/Năm hợp đồng	15.000.000	25.000.000	35.000.000	55.000.000
Quyền lợi nhân đôi hạn mức (Áp dụng trong trường hợp Người được bảo hiểm sinh từ 2 con trở lên trong cùng 1 lần sinh)	15.000.000	25.000.000	35.000.000	55.000.000
<b>A1. QUYỀN LỢI SINH CON</b>				
1. Chi phí Sinh thường	Chi phí y tế thực tế			
2. Chi phí Sinh mổ	Chi phí y tế thực tế			
3. Chi phí Chăm sóc trẻ sơ sinh (Trong vòng 7 ngày sau sinh)	Chi phí y tế thực tế			
4. Chi phí y tế chăm sóc thai sản	Mức giới hạn phụ			
4.1. Tiền phòng/Ngày nằm viện	1.500.000	2.500.000	3.000.000	6.000.000
4.2. Tiền phòng Chăm sóc đặc biệt (ICU)/Ngày nằm viện	2.100.000	3.150.000	5.250.000	Chi phí y tế thực tế
<b>A2. QUYỀN LỢI KHÁM THAI</b>				
Chi phí Khám thai/Năm hợp đồng	1.500.000	2.500.000	3.000.000	6.000.000
B. QUYỀN LỢI BIẾN CHỨNG THAI SẢN (Số tiền chi trả cố định/Biến chứng thai sản)	CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM			
	PHỔ THÔNG	ĐẶC BIỆT	CAO CẤP	THỊNH VƯỢNG
<b>B1. QUYỀN LỢI BIẾN CHỨNG THAI SẢN PHỔ BIẾN</b>				
1. Thai chết lưu từ tuần thai thứ 20 trở đi	1.500.000	2.500.000	3.500.000	5.500.000
2. Thai trứng				
3. Thai ngoài tử cung				
4. Thuyên tắc ối				
5. Vỡ tử cung				
6. Băng huyết sau khi sinh cần cắt tử cung				
7. Sốt nhau thai trong tử cung sau sinh có gây biến chứng nhiễm trùng				
8. Phá thai điều trị theo chỉ định của Bác sĩ				
<b>B2. QUYỀN LỢI BIẾN CHỨNG THAI SẢN NGHIÊM TRỌNG</b>				
1. Nhau bong non	3.000.000	5.000.000	7.000.000	11.000.000
2. Sản giật				
3. Gan nhiễm mỡ cấp tính thai kỳ				
4. Đông máu nội mạch rải rác				
5. Thuyên tắc phổi khi mang thai				
6. U nguyên bào nuôi thai kỳ				