

Quy tắc, điều khoản FWD Đặc quyền đồng hành

(Sản phẩm bảo hiểm ung thư và hỗ trợ chuyên biệt 2026)

(Được phê chuẩn theo Công văn số 2271/QLBH-NT ngày 10/09/2026 của Cục Quản lý, giám sát bảo hiểm về phương pháp, cơ sở tính phí bảo hiểm, và được triển khai theo Quyết định số FWDVN/CEO/092026-01 ngày 14/09/2026 của Tổng Giám đốc FWD)



Quy tắc, điều khoản này được đính kèm và là một phần của Hợp đồng bảo hiểm khi Bên mua bảo hiểm lựa chọn tham gia sản phẩm bảo hiểm FWD Đặc quyền đồng hành (sau đây được gọi tắt là “Sản phẩm này”).

Mục lục

	Phần I: Những điều khoản chung của Hợp đồng bảo hiểm	4
	1. Hợp đồng bảo hiểm	5
	2. Quyền lợi có thể được bảo hiểm	7
	3. Thông tin Hợp đồng	7
	3.1 Nghĩa vụ kê khai trung thực	7
	3.2 Miễn truy xét	8
	3.3 Cập nhật thông tin cá nhân	8
	3.4 Nghĩa vụ cung cấp thông tin của FWD	9
	3.5 Nghĩa vụ bảo mật thông tin của FWD	9
	4. Thời gian cân nhắc	10
	5. Đóng phí bảo hiểm	10
	6. Chỉ định hoặc thay đổi Người thụ hưởng	10
	7. Chuyển giao Hợp đồng	11
	8. Kế thừa thực hiện Hợp đồng	11
	9. Quyền lợi bảo hiểm và yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm	12
	9.1 Quyền lợi bảo hiểm	12
	9.2 Yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm	12
	9.3 Thời hạn nộp yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm	13
	9.4 Thời hạn giải quyết quyền lợi bảo hiểm	13
	9.5 Thứ tự ưu tiên nhận quyền lợi bảo hiểm	13
	10. Quy định về phòng chống rửa tiền và tài trợ khủng bố	13
	11. Chấm dứt Hợp đồng	14
	12. Giải quyết tranh chấp	15

Mục lục

	Phần II: Quy tắc, điều khoản áp dụng riêng cho Sản phẩm FWD Đặc quyền đồng hành	16
	1. Tóm tắt Kế hoạch bảo hiểm và Quyền lợi bảo hiểm	19
	2. Chi tiết quyền lợi bảo hiểm	22
	3. Quy định về chi trả quyền lợi bảo hiểm	42
	3.1 Quy định chung	42
	3.2 Tổng quyền lợi bảo hiểm chi trả	42
	3.3 Tỷ giá quy đổi ngoại tệ áp dụng trong thanh toán quyền lợi bảo hiểm điều trị tại nước ngoài	42
	3.4 Các trường hợp loại trừ bảo hiểm	43
	4. Yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm	45
	4.1 Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm	45
	4.2 Thứ tự ưu tiên giải quyết quyền lợi bảo hiểm	46
	5. Thời hạn bảo hiểm và tái tục	46
	6. Phí bảo hiểm	47
	6.1 Phí bảo hiểm	47
	6.2 Thời gian gia hạn đóng phí bảo hiểm	48
	7. Điều chỉnh Hợp đồng bảo hiểm	48
	7.1 Thay đổi Kế hoạch bảo hiểm/Lựa chọn bảo hiểm	48
	7.2 Nhầm lẫn khi kê khai tuổi, giới tính	48
	8. Chấm dứt hiệu lực Hợp đồng	49
	Phụ lục: Định nghĩa	50

Phần I:

Những điều khoản chung của Hợp đồng bảo hiểm



1. Hợp đồng bảo hiểm

Hợp đồng bảo hiểm (sau đây gọi tắt là “**Hợp đồng**”) là thỏa thuận giữa Bên mua bảo hiểm và FWD, bao gồm các tài liệu sau:

- (i). Chứng nhận bảo hiểm;
- (ii). Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm;
- (iii). Minh họa quyền lợi bảo hiểm;
- (iv). Tóm tắt Quy tắc, điều khoản Sản phẩm;
- (v). Quy tắc, điều khoản Sản phẩm;
- (vi). Các sửa đổi, bổ sung được ký kết giữa hai bên trong quá trình thực hiện Hợp đồng (nếu có).



Để tham gia bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm cần hoàn tất Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, gửi về FWD và đóng đầy đủ phí bảo hiểm (tạm tính) của Hợp đồng.

Khi FWD chấp thuận bảo hiểm trên cơ sở Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và (các) tài liệu khác do Bên mua bảo hiểm cung cấp cho mục đích tham gia bảo hiểm, FWD sẽ phát hành Hợp đồng. Hợp đồng có thể được phát hành dưới hình thức Hợp đồng bản giấy và/hoặc bản điện tử có chữ ký số của FWD.

Trường hợp FWD phát hành Hợp đồng bản điện tử, FWD sẽ gửi hướng dẫn cách thức nhận Hợp đồng bản điện tử đến Bên mua bảo hiểm. Hợp đồng bản điện tử có giá trị như bản giấy.

Trong Hợp đồng này, các từ, thuật ngữ viết hoa sẽ được hiểu như định nghĩa dưới đây:

1.1 Bên mua bảo hiểm là bên có nhu cầu tham gia bảo hiểm, có quyền lợi có thể được bảo hiểm theo quy định pháp luật, đồng ý giao kết Hợp đồng, đóng phí bảo hiểm cho Hợp đồng và thực hiện các quyền và nghĩa vụ được quy định trong Hợp đồng.

Theo Hợp đồng này, Bên mua bảo hiểm có thể là:

- (i). Tổ chức được thành lập và hoạt động hợp pháp tại Việt Nam; hoặc
- (ii). Cá nhân từ đủ 18 tuổi trở lên hiện đang cư trú tại Việt Nam, có năng lực hành vi dân sự đầy đủ.

1.2 Chứng nhận bảo hiểm là tài liệu do FWD phát hành thể hiện thông tin cơ bản của Hợp đồng và Sản phẩm tham gia trong Hợp đồng.

1.3 FWD là Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ FWD Việt Nam, được thành lập và hoạt động theo pháp luật của Việt Nam.

1.4 Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm là hồ sơ theo mẫu của FWD, được Bên mua bảo hiểm kê khai và chuyển tới FWD để yêu cầu tham gia bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm liên quan phải xác nhận Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm.



1. Hợp đồng bảo hiểm

- 1.5 Số tiền bảo hiểm** là số tiền Bên mua bảo hiểm yêu cầu bảo hiểm và được FWD chấp thuận làm cơ sở để chi trả quyền lợi bảo hiểm trong trường hợp rủi ro xảy ra theo Hợp đồng. Số tiền bảo hiểm được ghi trên Chứng nhận bảo hiểm, hoặc Thư xác nhận điều chỉnh hợp đồng gần nhất (nếu có).
- 1.6 Năm hợp đồng** là khoảng thời gian 01 năm dương lịch kể từ Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc từ Ngày kỷ niệm năm.
- 1.7 Ngày đến hạn đóng phí** là ngày Bên mua bảo hiểm cần đóng phí bảo hiểm theo định kỳ lựa chọn trong Hợp đồng.
- 1.8 Ngày kỷ niệm năm** là ngày lặp lại hàng năm của Ngày hiệu lực hợp đồng khi Hợp đồng được tái tục. Nếu năm không có ngày này thì ngày cuối cùng của tháng đó sẽ là Ngày kỷ niệm năm.
- 1.9 Ngày hiệu lực hợp đồng** là ngày Bên mua bảo hiểm hoàn tất Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và đóng đầy đủ phí bảo hiểm (tạm tính) của Hợp đồng, với điều kiện Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm còn sống tại thời điểm FWD chấp thuận bảo hiểm. Ngày hiệu lực hợp đồng được ghi trên Chứng nhận bảo hiểm hoặc Thư xác nhận điều chỉnh hợp đồng gần nhất (nếu có).
- 1.10 Người được bảo hiểm** là cá nhân có sức khỏe được bảo hiểm theo Sản phẩm này, có tuổi từ 30 ngày tuổi đến 70 tuổi tính theo lần sinh nhật vừa qua tại Ngày hiệu lực hợp đồng. Tuổi tối đa của Người được bảo hiểm khi kết thúc Thời hạn bảo hiểm Sản phẩm này là 75 tuổi. Người được bảo hiểm phải đang cư trú tại Việt Nam tại thời điểm xác nhận đồng ý tham gia bảo hiểm.
- (i). Nếu Người được bảo hiểm đủ 18 tuổi, Người được bảo hiểm cần xác nhận đồng ý tham gia bảo hiểm và xác nhận các thông tin được kê khai trong Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và các thông tin về sức khỏe của Người được bảo hiểm do Bên mua bảo hiểm kê khai, cung cấp cho FWD tại từng thời điểm.
 - (ii). Nếu Người được bảo hiểm từ 30 ngày tuổi đến dưới 18 tuổi, việc xác nhận đồng ý tham gia bảo hiểm, xác nhận các thông tin được kê khai trong Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và các thông tin về sức khỏe của Người được bảo hiểm do Bên mua bảo hiểm kê khai, cung cấp cho FWD phải được thực hiện bởi cha hoặc mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của Người được bảo hiểm.
- 1.11 Người thụ hưởng** là bất kỳ tổ chức hoặc cá nhân nào được Bên mua bảo hiểm chỉ định với sự đồng ý của Người được bảo hiểm trong Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm hoặc yêu cầu điều chỉnh thông tin Hợp đồng và được FWD chấp thuận, để nhận quyền lợi bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm. Người thụ hưởng sẽ được nhận quyền lợi bảo hiểm theo quy định tại Quy tắc, điều khoản này.
- 1.12 Thời hạn bảo hiểm** là 01 năm, tái tục hàng năm cho đến Ngày kỷ niệm năm ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt 75 tuổi.
- 1.13 Thời hạn đóng phí** là thời gian Bên mua bảo hiểm cần đóng phí bảo hiểm theo định kỳ và phương thức đóng phí được các bên thỏa thuận tại Hợp đồng và sẽ được xác định theo Quy tắc, điều khoản này.
- 1.14 Tuổi bảo hiểm** là tuổi của Người được bảo hiểm tính theo lần sinh nhật vừa qua tại Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc Ngày kỷ niệm năm. Tất cả các từ “tuổi” sử dụng trong Quy tắc, điều khoản này đều được hiểu là Tuổi bảo hiểm.

2. Quyền lợi có thể được bảo hiểm

2.1 Quyền lợi có thể được bảo hiểm giữa Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm

Tại thời điểm hoàn tất Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và thời điểm được FWD chấp thuận bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm phải có quyền lợi có thể được bảo hiểm với Người được bảo hiểm, bao gồm các trường hợp dưới đây:



Bên mua bảo hiểm tự tham gia bảo hiểm cho bản thân mình;



Người được bảo hiểm là vợ, chồng, cha đẻ, cha nuôi, mẹ đẻ, mẹ nuôi, con đẻ, con nuôi của Bên mua bảo hiểm;



Người được bảo hiểm là anh chị em ruột, người có quan hệ nuôi dưỡng, cấp dưỡng hoặc người được giám hộ hợp pháp bởi Bên mua bảo hiểm;



Người được bảo hiểm là người có quyền lợi về tài chính hoặc quan hệ lao động với Bên mua bảo hiểm;



Người được bảo hiểm đồng ý bằng văn bản cho Bên mua bảo hiểm mua bảo hiểm sức khỏe cho mình.



2. Quyền lợi có thể được bảo hiểm

2.2 Quyền lợi có thể được bảo hiểm giữa Người thụ hưởng và Người được bảo hiểm

Tại thời điểm chỉ định, thay đổi Người thụ hưởng và thời điểm được FWD chấp thuận, Người thụ hưởng phải có quyền lợi có thể được bảo hiểm với Người được bảo hiểm, bao gồm các trường hợp dưới đây:



Người thụ hưởng là Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm;



Người thụ hưởng là vợ, chồng, cha đẻ, cha nuôi, mẹ đẻ, mẹ nuôi, con đẻ, con nuôi của Người được bảo hiểm;



Người thụ hưởng là anh chị em ruột, người có quan hệ nuôi dưỡng, cấp dưỡng, người giám hộ hợp pháp hoặc người được giám hộ hợp pháp bởi Người được bảo hiểm;



Người thụ hưởng là người có quyền lợi về tài chính hoặc quan hệ lao động với Người được bảo hiểm.

3. Thông tin Hợp đồng

3.1 Nghĩa vụ kê khai trung thực

Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm có nghĩa vụ kê khai đầy đủ, trung thực và chính xác các thông tin được yêu cầu trong Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, các mẫu kê khai bổ sung cho Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, yêu cầu điều chỉnh Hợp đồng.

Việc FWD không thực hiện kiểm tra sức khỏe hay thực hiện kiểm tra sức khỏe (nếu có) không thay thế hoặc sử dụng như lý do để miễn trừ cho nghĩa vụ kê khai đầy đủ, trung thực và chính xác của Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm.

Trên cơ sở thông tin được Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm kê khai, tùy từng trường hợp, FWD sẽ quyết định:

(i). Chấp thuận bảo hiểm, chấp thuận yêu cầu điều chỉnh Hợp đồng;

Hoặc

(ii). Chấp thuận bảo hiểm có điều kiện, chấp thuận yêu cầu điều chỉnh Hợp đồng có điều kiện. Trường hợp Bên mua bảo hiểm không đồng ý với quyết định của FWD, FWD sẽ hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm khoản phí bảo hiểm đã đóng tương ứng với Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, hoặc yêu cầu điều chỉnh Hợp đồng tùy trường hợp, không có lãi sau khi trừ đi chi phí kiểm tra sức khỏe, (nếu có);

Hoặc

(iii). Không chấp thuận bảo hiểm, không chấp thuận yêu cầu điều chỉnh Hợp đồng. Trong trường hợp này, FWD sẽ hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm khoản phí bảo hiểm đã đóng tương ứng với Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, hoặc yêu cầu điều chỉnh Hợp đồng, tùy trường hợp, không có lãi sau khi trừ đi chi phí kiểm tra sức khỏe (nếu có).

Tại bất kỳ thời điểm nào, nếu FWD biết được việc Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm vi phạm nghĩa vụ kê khai trung thực, hoặc không kê khai các Thông tin quan trọng nhằm giao kết Hợp đồng hoặc để được chấp thuận bảo hiểm, FWD có quyền yêu cầu Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm cung cấp, kê khai bổ sung các thông tin để xem xét, quyết định. Tùy từng trường hợp, FWD có quyền:

(iv). Chấm dứt hiệu lực Hợp đồng, từ chối chi trả quyền lợi bảo hiểm (nếu có), và hoàn trả cho Bên mua bảo hiểm tổng phí bảo hiểm đã đóng kể từ Ngày hiệu lực hợp đồng, không có lãi, trừ đi các khoản sau đây (nếu có):

- Bất kỳ quyền lợi nào đã được chi trả theo Hợp đồng kể từ Ngày hiệu lực hợp đồng; và
- Chi phí kiểm tra sức khỏe; và
- Chi phí liên quan đến việc phát hành Hợp đồng.

Đồng thời, Bên mua bảo hiểm phải bồi thường thiệt hại phát sinh cho FWD (nếu có).

Hoặc

(v). Chấp thuận bảo hiểm có điều kiện. Trường hợp Bên mua bảo hiểm không đồng ý với quyết định của FWD, tùy từng trường hợp, FWD có quyền chấm dứt hiệu lực Hợp đồng theo quy định tại Mục 3.1 (iv) nêu trên.



3. Thông tin Hợp đồng

Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm không cung cấp, kê khai bổ sung các thông tin theo yêu cầu, FWD có quyền chấm dứt hiệu lực Hợp đồng theo quy định tại Mục 3.1 (iv) nêu trên.

Thông tin quan trọng là các thông tin bao gồm nhưng không giới hạn về tình trạng sức khỏe, nghề nghiệp và tài chính mà nếu FWD biết được, FWD chỉ chấp thuận bảo hiểm có điều kiện hoặc không chấp thuận bảo hiểm.

3.2 Miễn truy xét

Ngoại trừ các Thông tin quan trọng, FWD sẽ không xem xét các nội dung kê khai không chính xác hoặc bỏ sót sau 02 năm kể từ Ngày hiệu lực hợp đồng.

3.3 Cập nhật thông tin cá nhân

Bên mua bảo hiểm cần thông báo cho FWD ngay khi có bất kỳ thay đổi nào dưới đây:

(i). Trường hợp Người được bảo hiểm thay đổi nghề nghiệp hoặc cư trú ngoài lãnh thổ Việt Nam hơn 180 ngày (liên tục hay không liên tục) trong một năm dương lịch: Bên mua bảo hiểm phải thông báo cho FWD bằng văn bản. Khi nhận được thông báo thay đổi của Bên mua bảo hiểm, FWD có thể thực hiện một trong những quyết định sau:

- Duy trì Sản phẩm này với mức phí bảo hiểm không đổi; hoặc
- Duy trì Sản phẩm này và tăng phí bảo hiểm; hoặc
- Duy trì Sản phẩm này và thay đổi Kế hoạch bảo hiểm và/hoặc Lựa chọn bảo hiểm; hoặc
- Từ chối duy trì Sản phẩm này và hoàn trả phần phí bảo hiểm đã đóng tương ứng với thời gian chưa được bảo hiểm, không có lãi.

(ii). FWD sẽ gửi thông báo bằng văn bản cho Bên mua bảo hiểm về quyết định của mình.

Trường hợp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm có thay đổi thông tin cá nhân khác (số căn cước/căn cước công dân/hộ chiếu, thông tin liên hệ, địa chỉ liên lạc tại Việt Nam, ...), Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm cần cung cấp cho FWD một bản sao của thẻ căn cước/căn cước công dân, hộ chiếu hoặc giấy tờ có giá trị tương đương để chứng minh thông tin thay đổi.

3.4 Nghĩa vụ cung cấp thông tin của FWD

FWD có nghĩa vụ cung cấp đầy đủ, chính xác thông tin liên quan đến Hợp đồng cho Bên mua bảo hiểm.

Trường hợp FWD cố ý cung cấp thông tin sai sự thật nhằm giao kết Hợp đồng thì Bên mua bảo hiểm có quyền yêu cầu hủy bỏ Hợp đồng và nhận lại toàn bộ phí bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm đã đóng. FWD phải bồi thường thiệt hại phát sinh cho Bên mua bảo hiểm (nếu có) do việc cố ý cung cấp thông tin sai sự thật.

3.5 Nghĩa vụ bảo mật thông tin của FWD

FWD không chuyển giao thông tin cá nhân do Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm cung cấp tại Hợp đồng cho bất kỳ bên thứ ba nào khác, trừ các trường hợp sau đây:

3. Thông tin Hợp đồng

- (i). Theo yêu cầu của cơ quan nhà nước có thẩm quyền; hoặc
- (ii). Cho mục đích thẩm định, phát hành, bàn giao, phục vụ Hợp đồng, tái bảo hiểm, tính toán phí bảo hiểm, thu phí bảo hiểm, trích lập dự phòng nghiệp vụ, giải quyết quyền lợi bảo hiểm, xử lý và quản trị cơ sở dữ liệu; hoặc
- (iii). Nghiên cứu thiết kế sản phẩm, đánh giá chất lượng dịch vụ của FWD; hoặc
- (iv). Phòng chống trục lợi bảo hiểm; hoặc
- (v). Nghiên cứu, đánh giá tình hình tài chính, khả năng thanh toán, mức độ đầy đủ vốn, yêu cầu vốn của FWD; hoặc
- (vi). Được Bên mua bảo hiểm đồng ý bằng văn bản, với điều kiện Bên mua bảo hiểm được thông báo về mục đích chuyển giao thông tin và được quyền lựa chọn giữa đồng ý hoặc không đồng ý với việc chuyển giao đó. Việc Bên mua bảo hiểm từ chối cho FWD chuyển giao thông tin cho bên thứ ba theo điểm này không được coi là lý do để FWD từ chối giao kết Hợp đồng.



4. Thời gian cân nhắc

Bên mua bảo hiểm có 21 ngày kể từ ngày nhận được Hợp đồng để cân nhắc Hợp đồng này có phù hợp với nhu cầu của mình hay không. Hợp đồng vẫn có hiệu lực trong suốt thời gian cân nhắc.

Trong thời gian này, Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm có nghĩa vụ kiểm tra lại toàn bộ Hợp đồng, bao gồm các thông tin của Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm đã kê khai và được thể hiện trong Chứng nhận bảo hiểm, Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm để đảm bảo các thông tin được ghi nhận đầy đủ và chính xác.

Nếu Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm thấy bất kỳ thông tin nào chưa được ghi nhận đầy đủ hay chính xác thì Bên mua bảo hiểm cần thông báo ngay cho FWD để được xác nhận hoặc điều chỉnh kịp thời. Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm kê khai lại thông tin mà căn cứ vào các thông tin đó, FWD quyết định không chấp thuận bảo hiểm hoặc chấp thuận bảo hiểm có điều kiện nhưng Bên mua bảo hiểm không đồng ý, FWD sẽ hủy bỏ Hợp đồng, hoàn trả tổng phí bảo hiểm đã đóng, không có lãi, sau khi đã khấu trừ các khoản sau (nếu có):

- Bất kỳ quyền lợi nào đã được chi trả theo Hợp đồng kể từ Ngày hiệu lực hợp đồng; và
- Chi phí kiểm tra sức khỏe.

Trong thời gian cân nhắc này, nếu Bên mua bảo hiểm quyết định không tiếp tục duy trì Hợp đồng, Bên mua bảo hiểm có thể gửi yêu cầu hủy Hợp đồng cho FWD bằng văn bản hoặc qua các hình thức ứng dụng điện tử do FWD cung cấp. Yêu cầu hủy Hợp đồng của Bên mua bảo hiểm phải được thực hiện trong thời gian cân nhắc và được xác định căn cứ theo thời điểm FWD nhận được yêu cầu. Trên cơ sở yêu cầu hợp lệ của Bên mua bảo hiểm, FWD sẽ hủy bỏ Hợp đồng, hoàn trả tổng phí bảo hiểm đã đóng, không có lãi, sau khi đã khấu trừ các khoản sau (nếu có):

- Bất kỳ quyền lợi nào đã được chi trả theo Hợp đồng kể từ Ngày hiệu lực hợp đồng; và
- Chi phí kiểm tra sức khỏe.

5. Đóng phí bảo hiểm

Bên mua bảo hiểm có nghĩa vụ đóng đủ phí bảo hiểm theo định kỳ của Hợp đồng vào các Ngày đến hạn đóng phí để duy trì hiệu lực của Hợp đồng theo Quy tắc, điều khoản này.

Bên mua bảo hiểm sẽ có thời gian gia hạn đóng phí bảo hiểm theo quy định tại Mục 6 thuộc Phần II của Quy tắc, điều khoản này.

Bên mua bảo hiểm có thể thay đổi định kỳ đóng phí bằng cách gửi yêu cầu đến FWD. Ngày bắt đầu áp dụng định kỳ đóng phí mới là ngày ghi trên Thư xác nhận điều chỉnh thông tin hợp đồng.



6. Chỉ định hoặc thay đổi Người thụ hưởng

Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm phải đảm bảo Người thụ hưởng được chỉ định và/hoặc thay đổi trong Hợp đồng phải có quyền lợi có thể được bảo hiểm đối với Người được bảo hiểm theo quy định tại Mục 2.2 thuộc Phần I của Quy tắc, điều khoản này. FWD không có trách nhiệm xác minh về tính chính xác, hợp pháp cũng như tranh chấp (nếu có) của Bên mua bảo hiểm hoặc những người khác liên quan đến việc chỉ định và/hoặc thay đổi Người thụ hưởng.

Tại thời điểm lập Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và tại bất kỳ thời điểm nào trong thời gian Hợp đồng còn hiệu lực, Bên mua bảo hiểm có thể chỉ định hoặc thay đổi Người thụ hưởng với sự đồng ý của Người được bảo hiểm, và phải thông báo bằng văn bản cho FWD hoặc qua các hình thức điện tử được cung cấp bởi FWD.

Việc chỉ định, hoặc thay đổi Người thụ hưởng chỉ có hiệu lực khi được FWD xác nhận bằng văn bản, với điều kiện Người được bảo hiểm phải còn sống tại thời điểm FWD xác nhận.



7. Chuyển giao Hợp đồng

Trong thời gian Hợp đồng còn hiệu lực, Bên mua bảo hiểm có thể chuyển giao toàn bộ Hợp đồng cho người khác. Khi đó bên nhận chuyển giao sẽ kế thừa toàn bộ quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm đối với Hợp đồng. Người được bảo hiểm của Hợp đồng sẽ không thay đổi.

Điều kiện chuyển giao Hợp đồng:

- (i). Có sự đồng ý bằng văn bản của Người được bảo hiểm. Trường hợp Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi, hoặc mất năng lực hành vi dân sự, hoặc bị hạn chế năng lực hành vi dân sự, hoặc có khó khăn trong nhận thức, làm chủ hành vi thì phải có sự đồng ý bằng văn bản của người đại diện theo pháp luật hoặc người giám hộ hợp pháp của Người được bảo hiểm theo quy định pháp luật; và
- (ii). Tại thời điểm chuyển giao và tại thời điểm FWD chấp thuận bằng văn bản, Người được bảo hiểm còn sống; và
- (iii). Việc chuyển giao phù hợp với quy định của pháp luật; và
- (iv). Tại thời điểm chuyển giao Hợp đồng và tại thời điểm FWD chấp thuận bằng văn bản, bên nhận chuyển giao hợp đồng phải có quyền lợi có thể được bảo hiểm với Người được bảo hiểm theo quy định tại Mục 2.1 thuộc Phần I của Quy tắc, điều khoản này. Bên nhận chuyển giao đáp ứng các quy định của pháp luật liên quan tại thời điểm chuyển giao và các điều kiện để trở thành Bên mua bảo hiểm.

FWD không chịu trách nhiệm về tính hợp pháp, cũng như sự đầy đủ của việc chuyển giao Hợp đồng giữa Bên mua bảo hiểm và bên nhận chuyển giao. Tuy nhiên, việc chuyển giao Hợp đồng phải được thông báo cho FWD bằng văn bản hoặc qua các hình thức điện tử được cung cấp bởi FWD và bên nhận chuyển giao chỉ trở thành Bên mua bảo hiểm mới của Hợp đồng sau khi được FWD chấp thuận bằng văn bản.

Khi bên nhận chuyển giao trở thành Bên mua bảo hiểm mới, bên nhận chuyển giao sẽ thực hiện tất cả các quyền, nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm theo Hợp đồng này, bao gồm cả các quyền, nghĩa vụ tồn đọng đã phát sinh trước ngày chuyển giao có hiệu lực nhưng chưa được Bên mua bảo hiểm hoặc FWD hoàn tất giải quyết. FWD có trách nhiệm thực hiện các nghĩa vụ đối với Bên mua bảo hiểm mới theo quy định tại Quy tắc, điều khoản Sản phẩm.



8. Kế thừa thực hiện Hợp đồng

Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm không phải là Người được bảo hiểm của Sản phẩm này, khi Bên mua bảo hiểm tử vong trong thời gian có hiệu lực của Hợp đồng thì:

(i) Nếu Người được bảo hiểm chưa đủ 18 tuổi

Người đại diện theo pháp luật hoặc người giám hộ hợp pháp của Người được bảo hiểm sẽ trở thành Bên mua bảo hiểm của Hợp đồng, cho đến khi Người được bảo hiểm đủ 18 tuổi và có đầy đủ năng lực hành vi dân sự theo quy định pháp luật, khi đó Người được bảo hiểm sẽ trở thành Bên mua bảo hiểm của Hợp đồng;

(ii) Nếu Người được bảo hiểm đã đủ 18 tuổi trở lên và có đầy đủ năng lực hành vi dân sự theo quy định pháp luật

Người được bảo hiểm sẽ trở thành Bên mua bảo hiểm của Hợp đồng;

(iii) Nếu Người được bảo hiểm đã đủ 18 tuổi trở lên nhưng không có đầy đủ năng lực hành vi dân sự theo quy định pháp luật

Người đại diện theo pháp luật hoặc người giám hộ hợp pháp của Người được bảo hiểm sẽ trở thành Bên mua bảo hiểm của Hợp đồng cho đến khi Người được bảo hiểm đáp ứng điều kiện của Bên mua bảo hiểm, khi đó Người được bảo hiểm sẽ trở thành Bên mua bảo hiểm của Hợp đồng.

Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm là tổ chức:

(iv) Khi Bên mua bảo hiểm bị chia tách, sáp nhập, hợp nhất

Bên kế thừa quyền, nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm theo quy định pháp luật sẽ trở thành Bên mua bảo hiểm mới.

(v) Nếu Bên mua bảo hiểm bị phá sản, giải thể, chấm dứt hoạt động hoặc sau khi bị chia tách, sáp nhập, hợp nhất mà bên kế thừa quyền, nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm theo quy định pháp luật không đáp ứng các điều kiện để trở thành Bên mua bảo hiểm mới theo quy định của Hợp đồng

Người được bảo hiểm trong Hợp đồng sẽ trở thành Bên mua bảo hiểm của Hợp đồng. Trong trường hợp Người được bảo hiểm không thỏa điều kiện để trở thành Bên mua bảo hiểm thì áp dụng các quy định liên quan tại Mục 8 (i), (ii), (iii) nêu trên.



8. Kế thừa thực hiện hợp đồng

Việc kế thừa thực hiện Hợp đồng phải được thông báo cho FWD bằng văn bản hoặc bằng các hình thức điện tử được cung cấp bởi FWD kèm theo các tài liệu liên quan, và chỉ có hiệu lực khi được FWD chấp thuận bằng văn bản.

Sau khi FWD chấp thuận bằng văn bản về việc kế thừa này, bên nhận kế thừa sẽ trở thành Bên mua bảo hiểm mới, và thực hiện tất cả các quyền, nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm theo Hợp đồng này, bao gồm cả các quyền, nghĩa vụ đã phát sinh trước ngày kế thừa có hiệu lực, nhưng chưa được Bên mua bảo hiểm hoặc FWD hoàn tất giải quyết. FWD có trách nhiệm thực hiện các nghĩa vụ với Bên mua bảo hiểm mới theo quy định tại Quy tắc, điều khoản này.



9. Quyền lợi bảo hiểm và yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

9.1 Quyền lợi bảo hiểm

Quyền lợi bảo hiểm được quy định chi tiết tại Phần II của Quy tắc, điều khoản này.

Mọi quyền lợi bảo hiểm được chi trả đã bao gồm các khoản thuế theo quy định mà người nhận quyền lợi bảo hiểm phải chịu (nếu có).

9.2 Yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm cần thông báo cho FWD về sự kiện bảo hiểm ngay khi có thể.



Vui lòng truy cập trang thông tin điện tử của FWD theo địa chỉ <https://www.fwd.com.vn/vi/claims/> hoặc gọi số 1800 96 96 90 để được hướng dẫn cụ thể.

Tùy thuộc vào mỗi quyền lợi bảo hiểm khác nhau mà hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm sẽ có sự khác nhau. Nội dung chi tiết tham khảo tại Mục 4 - Yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm thuộc Phần II của Quy tắc, điều khoản này.

9.3 Thời hạn nộp yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải được gửi cho FWD trong vòng 12 tháng kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm, trừ những trường hợp bất khả kháng hoặc có lý do chính đáng được FWD chấp thuận.

9.4 Thời hạn giải quyết quyền lợi bảo hiểm

FWD sẽ giải quyết các quyền lợi bảo hiểm trong thời hạn 30 ngày, kể từ ngày nhận được hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm đầy đủ và hợp lệ.

Nếu FWD giải quyết quyền lợi bảo hiểm chậm trễ hơn thời hạn nêu trên, FWD sẽ trả lãi cho phần quyền lợi chậm trả tương ứng với thời gian chậm trả theo mức lãi suất tạm ứng tiền mặt tại thời điểm chi trả.

Việc chi trả quyền lợi sẽ được thực hiện bằng tiền mặt, chuyển khoản hoặc theo thỏa thuận giữa FWD và người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm.



Vui lòng tham khảo mức lãi suất tạm ứng trên trang thông tin điện tử của FWD theo địa chỉ <https://www.fwd.com.vn/vi/support/interest-rate/>.

9.5 Thứ tự ưu tiên nhận quyền lợi bảo hiểm

FWD chi trả các quyền lợi bảo hiểm theo thứ tự ưu tiên tương ứng với từng trường hợp và được quy định cụ thể tại Mục 4 thuộc Phần II của Quy tắc, điều khoản này.

10. Quy định về phòng chống rửa tiền và tài trợ khủng bố

Trong các trường hợp sau đây, FWD có quyền yêu cầu Bên mua bảo hiểm cung cấp thông tin bổ sung để kiểm tra và/hoặc tự mình thu thập bổ sung thông tin để xem xét, đánh giá:

- Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm cập nhật hoặc thay đổi quốc tịch và/hoặc nơi cư trú sang quốc gia, vùng lãnh thổ nằm trong (i) danh sách do Lực lượng đặc nhiệm tài chính công bố nhằm chống rửa tiền hoặc (ii) các danh sách khác theo quy định của pháp luật Việt Nam về phòng, chống rửa tiền hoặc (iii) Danh sách bị cấm vận do các quốc gia, vùng lãnh thổ hoặc tổ chức quốc tế ban hành tại từng thời điểm mà FWD có nghĩa vụ phải tuân thủ; hoặc
- Vùng lãnh thổ mà Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm đang có quốc tịch và/hoặc đang cư trú nằm trong (i) danh sách do Lực lượng đặc nhiệm tài chính công bố nhằm chống rửa tiền hoặc (ii) các danh sách khác theo quy định của pháp luật Việt Nam về phòng, chống rửa tiền hoặc (iii) Danh sách bị cấm vận do các quốc gia, vùng lãnh thổ hoặc tổ chức quốc tế ban hành tại từng thời điểm mà FWD có nghĩa vụ phải tuân thủ; hoặc
- FWD biết được rằng Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm và/hoặc Người thụ hưởng hoặc người nhận quyền lợi bảo hiểm khác (nếu có) nằm trong (i) các danh sách tổ chức, cá nhân do cơ quan nhà nước có thẩm quyền lập và ban hành nhằm phòng, chống rửa tiền theo quy định của pháp luật Việt Nam; hoặc (ii) các Danh sách cá nhân, tổ chức bị cấm vận do các quốc gia, vùng lãnh thổ hoặc tổ chức quốc tế ban hành tại từng thời điểm mà FWD có nghĩa vụ phải tuân thủ; hoặc
- Các sự kiện bảo hiểm phát sinh tại quốc gia, vùng lãnh thổ nằm trong (i) danh sách do Lực lượng đặc nhiệm tài chính công bố nhằm chống rửa tiền hoặc (ii) các danh sách khác theo quy định của pháp luật Việt Nam về phòng, chống rửa tiền hoặc (iii) Danh sách bị cấm vận do các quốc gia, vùng lãnh thổ hoặc tổ chức quốc tế ban hành tại từng thời điểm mà FWD có nghĩa vụ phải tuân thủ.

Trên cơ sở các thông tin ở trên, tùy từng trường hợp FWD có thể:

- Báo cáo cơ quan nhà nước có thẩm quyền; và/hoặc
- Áp dụng các biện pháp thích hợp theo quy định của pháp luật Việt Nam về phòng, chống rửa tiền hoặc theo yêu cầu của cơ quan nhà nước có thẩm quyền; và/hoặc
- Thực hiện các quyền dưới đây:
 - Thông báo cho Bên mua bảo hiểm về việc tiếp tục thực hiện Hợp đồng hoặc chi trả quyền lợi bảo hiểm; hoặc
 - Chấm dứt hiệu lực Hợp đồng và hoàn trả phần phí bảo hiểm đã đóng tương ứng với thời gian chưa được bảo hiểm, không có lãi; hoặc
 - Từ chối chi trả bồi thường và tùy từng trường hợp FWD sẽ thông báo về hiệu lực của Hợp đồng.

Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm và/hoặc Người thụ hưởng và/hoặc người nhận quyền lợi bảo hiểm khác (nếu có) không cung cấp thông tin, bổ sung giấy tờ theo yêu cầu của FWD, FWD có thể thực hiện các quyền trên đối với Hợp đồng.



10. Quy định về phòng chống rửa tiền và tài trợ khủng bố

Danh sách bị cấm vận do các quốc gia, vùng lãnh thổ hoặc tổ chức quốc tế ban hành và Danh sách cá nhân, tổ chức bị cấm vận do các quốc gia, vùng lãnh thổ hoặc tổ chức quốc tế ban hành bao gồm nhưng không giới hạn ở danh sách của:

1. Hội đồng Bảo an Liên Hợp Quốc (United Nations Security Council – ‘UN’); hoặc
2. Liên minh Châu Âu (European Union – ‘EU’); hoặc
3. Văn phòng Kiểm soát Tài sản Nước ngoài (Office of Foreign Assets Controls – ‘OFAC’) thuộc Bộ Tài chính Hoa Kỳ; hoặc
4. Văn phòng Thực thi Chế tài Tài chính thuộc Bộ Tài chính Vương quốc Anh (United Kingdom HM Treasury – ‘HMT’); hoặc
5. Chương trình Chế tài của Bermuda (Bermuda Sanctions Regime – ‘BSR’); hoặc
6. Cơ quan Tiền tệ Hồng Kông (Hong Kong Monetary Authority – ‘HKMA’).

11. Chấm dứt Hợp đồng

Ngoài các trường hợp chấm dứt Hợp đồng khác theo quy định của pháp luật, Hợp đồng này sẽ chấm dứt khi có bất kỳ sự kiện nào dưới đây xảy ra:

- (i). Bên mua bảo hiểm hủy bỏ Hợp đồng trong thời gian cân nhắc theo quy định tại Mục 4 thuộc Phần I của Quy tắc, điều khoản này; hoặc
- (ii). Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt hiệu lực Hợp đồng trước thời hạn; hoặc
- (iii). FWD hoặc Bên mua bảo hiểm từ chối tái tục Sản phẩm theo thỏa thuận tại Mục 5 thuộc Phần II của Quy tắc, điều khoản này; hoặc
- (iv). Phí bảo hiểm tái tục của Sản phẩm chưa được đóng đủ sau thời gian gia hạn đóng phí; hoặc
- (v). Bên mua bảo hiểm yêu cầu hủy bỏ Hợp đồng trong trường hợp FWD vi phạm nghĩa vụ cung cấp thông tin theo quy định tại Mục 3.4 thuộc Phần I của Quy tắc, điều khoản này; hoặc
- (vi). Người được bảo hiểm của Sản phẩm tử vong; hoặc
- (vii). Vào Ngày kỷ niệm năm ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt 75 tuổi; hoặc
- (viii). Tổng quyền lợi theo Mục 2 – Quyền lợi bảo hiểm (trừ Quyền lợi Miễn đóng phí trường hợp Ung thư giai đoạn sau và các Dịch vụ Đồng hành y tế), thuộc Phần II của Quy tắc, điều khoản này được chi trả đến 100% Số tiền bảo hiểm trọn đời; hoặc
- (ix). FWD chấm dứt Hợp đồng trong trường hợp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm vi phạm nghĩa vụ kê khai trung thực, theo quy định tại Mục 3.1 – Nghĩa vụ kê khai trung thực, thuộc Phần I của Quy tắc, điều khoản này; hoặc
- (x). FWD chấm dứt Hợp đồng trong trường hợp Bên mua bảo hiểm cập nhật thông tin cá nhân theo quy định tại Mục 3.3 (i) – Cập nhật thông tin cá nhân, thuộc Phần I của Quy tắc, điều khoản này; hoặc
- (xi). FWD chấm dứt Hợp đồng theo quy định tại Mục 10 – Quy định về phòng chống rửa tiền và tài trợ khủng bố, thuộc Phần I của Quy tắc, điều khoản này.



12. Giải quyết tranh chấp

Mọi tranh chấp phát sinh từ hoặc liên quan tới Hợp đồng này trước hết sẽ được giải quyết bằng thương lượng hoặc hòa giải. Nếu các bên không giải quyết được bằng thương lượng, hòa giải, một bên có quyền đưa tranh chấp đó ra Tòa án có thẩm quyền của Việt Nam để giải quyết.

Thời hiệu khởi kiện để yêu cầu Tòa án giải quyết tranh chấp là 03 năm kể từ ngày người có quyền yêu cầu biết hoặc phải biết quyền và lợi ích hợp pháp của mình bị xâm phạm.

Phần II:

Quy tắc, điều khoản áp dụng riêng cho Sản phẩm FWD Đặc quyền đồng hành (Sản phẩm bảo hiểm ung thư và hỗ trợ chuyên biệt 2026)

Các thuật ngữ và điều khoản sản phẩm được đề cập trong Phần I – Những điều khoản chung của Hợp đồng bảo hiểm, sẽ được áp dụng cho Sản phẩm FWD Đặc quyền đồng hành, trừ khi được định nghĩa hoặc quy định cụ thể khác đi trong Phần II này.

Trong trường hợp có sự khác nhau, Quy tắc, điều khoản áp dụng riêng cho Sản phẩm FWD Đặc quyền đồng hành sẽ được áp dụng để giải thích các quyền, nghĩa vụ của FWD, Bên mua bảo hiểm, và quyền lợi bảo hiểm được cung cấp theo Sản phẩm này.



1. Tóm tắt Kế hoạch bảo hiểm và Quyền lợi bảo hiểm

Sản phẩm **FWD Đặc quyền đồng hành** cung cấp 04 Kế hoạch bảo hiểm (sau đây gọi tắt là “**Kế hoạch**”) với phạm vi địa lý áp dụng và Số tiền bảo hiểm tối đa khác nhau. Chi tiết của từng Kế hoạch được quy định tại bảng dưới đây.

(Đơn vị: Đồng)

	KẾ HOẠCH			
Phạm vi địa lý	Việt Nam	Châu Á	Toàn cầu (trừ Mỹ)	Toàn cầu
Số tiền bảo hiểm trọn đời	20 tỷ	30 tỷ	50 tỷ	100 tỷ
Số tiền bảo hiểm mỗi ung thư	5 tỷ	10 tỷ	15 tỷ	30 tỷ

Đối với tất cả Kế hoạch (ngoại trừ Kế hoạch Việt Nam), Bên mua bảo hiểm được tham gia một trong hai Lựa chọn bảo hiểm (sau đây gọi tắt là “**Lựa chọn**”): An tâm điều trị hoặc An tâm toàn diện. Riêng đối với Kế hoạch Việt Nam, Bên mua bảo hiểm chỉ được tham gia Lựa chọn An tâm điều trị. Các quyền lợi bảo hiểm tương ứng được quy định chi tiết trong bảng dưới đây:



1. Tóm tắt Kế hoạch bảo hiểm và Quyền lợi bảo hiểm

Nhóm quyền lợi	Quyền lợi bảo hiểm	Lựa chọn	
		An tâm điều trị	An tâm toàn diện
A - Quyền lợi Chi phí điều trị ung thư	A1 - Chi phí trước điều trị A2 - Chi phí trong điều trị A3 - Chi phí sau điều trị	✓	✓
B - Quyền lợi Hỗ trợ điều trị	B1 - Chi phí Y học chính xác B2 - Chi phí ý kiến y tế thứ hai B3 - Chi phí tầm soát ung thư cho Người thân B4 - Chi phí tư vấn tâm lý B5 - Chi phí tư vấn dinh dưỡng	✓	✓
C - Quyền lợi Đi lại và Lưu trú	C1 - Chi phí Đi lại và Hồi hương y tế C2 - Chi phí Lưu trú	✗	✓
D - Quyền lợi Miễn đóng phí trường hợp Ung thư giai đoạn sau	Miễn đóng phí trong vòng 03 năm liên tiếp khi Người được bảo hiểm mắc Ung thư giai đoạn sau lần đầu tiên	✓	✓
E - Dịch vụ Đồng hành y tế	E1 - Cố vấn y tế cá nhân E2 - Đề xuất bệnh viện, giới thiệu Bác sĩ E3 - Đặt lịch hẹn với bệnh viện E4 - Hỗ trợ đi cùng E5 - Ưu tiên khám chữa bệnh tại các Cơ sở y tế lớn E6 - Hỗ trợ trực tuyến 24/7 E7 - Hỗ trợ sắp xếp tầm soát ung thư hàng năm E8 - Phiên dịch và dịch thuật	✓	✓
	E9 - Hỗ trợ sắp xếp Hồi hương y tế E10 - Hỗ trợ sắp xếp Đi lại và Lưu trú	✗	✓

Ghi chú:
✓ : Có áp dụng
✗ : Không áp dụng



1. Tóm tắt Kế hoạch bảo hiểm và Quyền lợi bảo hiểm

Số tiền bảo hiểm trọn đời là Số tiền bảo hiểm tối đa mà FWD chi trả quyền lợi bảo hiểm theo Hợp đồng này trong suốt Thời hạn bảo hiểm, bao gồm tất cả các Năm hợp đồng tái tục.

Số tiền bảo hiểm mỗi ung thư là Số tiền bảo hiểm tối đa mà FWD chi trả quyền lợi bảo hiểm cho Mỗi ung thư trong suốt Thời hạn bảo hiểm, bao gồm tất cả các Năm hợp đồng tái tục.

Mỗi ung thư là một chẩn đoán ung thư cùng loại, bao gồm tất cả các trường hợp di căn, biến chứng hoặc tình trạng phát sinh từ cùng một nguyên nhân ung thư cơ bản hoặc chẩn đoán được xem là cùng một loại bệnh ung thư.

Các trường hợp sau đây được xác định là ung thư khác loại:

- Ung thư giai đoạn đầu và/hoặc Ung thư giai đoạn sau được chẩn đoán gần nhất có kết quả mô bệnh học khác với Ung thư giai đoạn đầu và/hoặc Ung thư giai đoạn sau đã được chẩn đoán trước đó; hoặc
- Ung thư giai đoạn đầu và/hoặc Ung thư giai đoạn sau được chẩn đoán gần nhất có cùng kết quả mô bệnh học nhưng không phải là tái phát hoặc di căn của Ung thư giai đoạn đầu và/hoặc Ung thư giai đoạn sau đã được chẩn đoán trước đó. Kết luận này phải do Bác sĩ chuyên khoa ung bướu hoặc Bác sĩ chuyên khoa liên quan đưa ra sau khi thực hiện các xét nghiệm, kiểm tra cần thiết.

Ví dụ:

Anh A tham gia sản phẩm **FWD Đặc quyền đồng hành**, Kế hoạch Châu Á và Lựa chọn An tâm toàn diện. Nếu không may mắc ung thư thỏa quy định của Hợp đồng, anh A sẽ được nhận quyền lợi như sau:

Ung thư	Số tiền bảo hiểm chi trả cho Nhóm quyền lợi bảo hiểm A, B và C
Lần 1: Ung thư gan	Tối đa 10 tỷ đồng
Lần 2: Ung thư phổi (di căn của ung thư gan)	Được xem là cùng một ung thư với lần 1. Tổng số tiền chi trả cho cả lần 1 và lần 2 không vượt quá 10 tỷ đồng
Lần 3: Ung thư tuyến tiền liệt (không phải tái phát/di căn của ung thư trước đó)	Tối đa 10 tỷ đồng
Lần 4: Ung thư tuyến giáp (không phải tái phát/di căn của ung thư trước đó)	Tối đa 10 tỷ đồng
Số tiền bảo hiểm tối đa trong suốt Thời hạn bảo hiểm	30 tỷ đồng



1. Tóm tắt Kế hoạch bảo hiểm và Quyền lợi bảo hiểm

Hợp đồng sẽ chấm dứt hiệu lực sau khi FWD đã chi trả 100% Số tiền bảo hiểm trọn đời là 30 tỷ đồng.

Tham khảo các định nghĩa sau tại Phụ lục – Định nghĩa:

ĐN-01	Ung thư giai đoạn đầu
ĐN-02	Ung thư giai đoạn sau
ĐN-19	Bác sĩ chuyên khoa
	Bác sĩ chuyên khoa ung bướu



2. Chi tiết quyền lợi bảo hiểm

Trong thời gian Hợp đồng còn hiệu lực, nếu Người được bảo hiểm mắc Ung thư giai đoạn đầu và/hoặc Ung thư giai đoạn sau, FWD sẽ chi trả các quyền lợi bảo hiểm tương ứng với Kế hoạch bảo hiểm và Lựa chọn bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm đã tham gia.

2.1 Nhóm A - Quyền lợi Chi phí điều trị ung thư

FWD sẽ chi trả **Chi phí y tế thực tế** phát sinh liên quan đến việc chẩn đoán và điều trị Ung thư giai đoạn đầu và/hoặc Ung thư giai đoạn sau, bao gồm các chi phí sau đây:

A1 - Chi phí trước điều trị: Là các chi phí phát sinh trong vòng 120 ngày trước khi Người được bảo hiểm thực hiện Điều trị ung thư cho Ung thư giai đoạn đầu và/hoặc Ung thư giai đoạn sau, bao gồm:

A1.1 Chi phí khám bệnh ngoại trú trước điều trị

Là Chi phí y tế thực tế phát sinh từ việc khám bệnh ngoại trú trước điều trị.

A1.2 Chi phí Xét nghiệm và kỹ thuật chẩn đoán trước điều trị

Là Chi phí y tế thực tế phát sinh từ việc thực hiện Xét nghiệm và kỹ thuật chẩn đoán trước Điều trị ung thư.

A1.3 Chi phí trước điều trị khác

Là chi phí Thuốc kê đơn hoặc các chi phí y tế khác liên quan trực tiếp đến Ung thư giai đoạn đầu và/hoặc Ung thư giai đoạn sau mà Người được bảo hiểm điều trị theo chỉ định của Bác sĩ.

A2 - Chi phí trong điều trị: Chi trả các chi phí phát sinh trong khi Người được bảo hiểm thực hiện Điều trị ung thư cho Ung thư giai đoạn đầu và/hoặc Ung thư giai đoạn sau, bao gồm:

A2.1 Chi phí Điều trị ung thư

Là Chi phí y tế thực tế phát sinh từ Điều trị ung thư. Điều trị ung thư là việc Người được bảo hiểm điều trị Ung thư giai đoạn đầu và/hoặc Ung thư giai đoạn sau tại Cơ sở y tế hoặc Phòng khám, bằng một hoặc kết hợp nhiều phương pháp điều trị theo chỉ định hoặc giám sát trực tiếp của Bác sĩ chuyên khoa ung bướu hoặc Bác sĩ chuyên khoa, bao gồm các phương pháp điều trị sau:

- Hóa trị
- Xạ trị (bao gồm xạ trị proton)
- Liệu pháp nhắm trúng đích
- Liệu pháp miễn dịch
- Liệu pháp hormone
- Phẫu thuật

✓ 2. Chi tiết quyền lợi bảo hiểm

- Các phương pháp Điều trị ung thư mới đã được đưa vào thực hành lâm sàng, được chấp nhận là tiêu chuẩn điều trị và được phê duyệt bởi Cơ quan y tế có thẩm quyền.

A2.2 Chi phí phòng và giường

- Là chi phí phòng đơn tiêu chuẩn tại Cơ sở y tế, và bao gồm các bữa ăn nội trú tiêu chuẩn.
- Phòng đơn tiêu chuẩn là phòng bệnh gồm 01 giường, dành riêng cho 01 bệnh nhân Điều trị nội trú, và không phải là các loại phòng tương tự như phòng cao cấp, phòng VIP.
- Trường hợp Cơ sở y tế không còn phòng đơn tiêu chuẩn, FWD sẽ chi trả Chi phí phòng và giường có tiêu chuẩn thấp hơn so với phòng đơn tiêu chuẩn.
- Trường hợp Người được bảo hiểm lựa chọn điều trị tại phòng có mức chi phí cao hơn phòng đơn tiêu chuẩn, FWD sẽ chỉ chi trả Chi phí phòng và giường, chi phí điều trị, chi phí y tế khác tương ứng với hạn mức áp dụng cho phòng đơn tiêu chuẩn. Các khoản chi phí chênh lệch phát sinh sẽ thuộc trách nhiệm thanh toán của Người được bảo hiểm.

Người được bảo hiểm chịu trách nhiệm cung cấp cho FWD các tài liệu, chứng từ phù hợp để chứng minh cho chi phí phòng đơn tiêu chuẩn và chi phí điều trị, chi phí y tế khác liên quan để làm căn cứ giải quyết quyền lợi bảo hiểm. Trường hợp Người được bảo hiểm không cung cấp được tài liệu, chứng từ phù hợp, việc giải quyết quyền lợi bảo hiểm sẽ theo quyết định của FWD.

A2.3 Chi phí điều trị tại Phòng chăm sóc đặc biệt (ICU)

Là Chi phí y tế thực tế cho mỗi ngày nằm viện tại Phòng chăm sóc đặc biệt (ICU).

A2.4 Chi phí phòng và giường cho Người đi cùng

Là chi phí cho 01 giường hoặc phòng dành cho 01 Người đi cùng của Người được bảo hiểm, lưu trú cùng Người được bảo hiểm tại Cơ sở y tế trong thời gian Người được bảo hiểm Điều trị nội trú.

Trong cùng một ngày, FWD chỉ chi trả cho một trong hai chi phí sau đây, với chi phí nào cao hơn:

- Chi phí phòng và giường cho Người đi cùng; hoặc
- Chi phí Lưu trú.

A2.5 Chi phí Phẫu thuật và Phẫu thuật tái tạo

Là Chi phí y tế thực tế phát sinh từ Phẫu thuật và Phẫu thuật tái tạo.

A2.6 Chi phí vận chuyển cấp cứu/cấp cứu bằng đường hàng không

Là chi phí vận chuyển cấp cứu và chăm sóc trong quá trình vận chuyển Người được bảo hiểm cần được điều trị khẩn cấp do tình trạng đe dọa tính mạng hoặc có nguy cơ tổn hại sức khỏe nghiêm trọng đến Cơ sở y tế hoặc Phòng khám gần nhất, hoặc từ Cơ sở y tế hoặc Phòng khám gần nhất đến một Cơ sở y tế hoặc Phòng khám khác bằng xe cứu thương hoặc máy bay cứu thương.

Việc vận chuyển cấp cứu Người được bảo hiểm phải được thực hiện bởi Cơ sở y tế hoặc Phòng khám hoặc tổ chức có chức năng cung cấp dịch vụ vận chuyển cấp cứu.

✓ 2. Chi tiết quyền lợi bảo hiểm

A2.7 Chi phí trong điều trị khác

Là Chi phí y tế thực tế phát sinh từ điều trị Cần thiết và hợp lý về mặt y tế trong quá trình Điều trị ung thư của Người được bảo hiểm, bao gồm:

- Chi phí khám Bác sĩ;
- Chi phí Thuốc kê đơn;
- Chi phí Xét nghiệm và kỹ thuật chẩn đoán;
- Chi phí máu và các chế phẩm từ máu;
- Chi phí sử dụng các thiết bị, máy móc y tế hỗ trợ;
- Chi phí chăm sóc và điều trị giảm nhẹ (không bao gồm chăm sóc tại cơ sở chăm sóc cuối đời hoặc cơ sở chăm sóc dài hạn);
- Chi phí vật tư tiêu hao.

Các khoản chi phí phát sinh khác không liên quan đến việc điều trị sẽ không được chi trả, bao gồm chi phí ăn uống của khách tới thăm, Wi-Fi cá nhân, điện thoại, photocopy và các vật dụng cá nhân.

A3 - Chi phí sau điều trị: Là các chi phí phát sinh trong vòng 180 ngày sau Lần điều trị ung thư gần nhất, bao gồm:

A3.1 Chi phí khám bệnh ngoại trú sau điều trị

Là Chi phí y tế thực tế phát sinh từ việc khám bệnh ngoại trú sau điều trị.

A3.2 Chi phí Xét nghiệm và kỹ thuật chẩn đoán sau điều trị

Là Chi phí y tế thực tế phát sinh từ việc thực hiện Xét nghiệm và kỹ thuật chẩn đoán sau Điều trị ung thư.

A3.3 Chi phí Thuốc kê đơn

Là chi phí cho thuốc do Bác sĩ điều trị kê đơn để điều trị Ung thư giai đoạn đầu và/hoặc Ung thư giai đoạn sau.

Thuốc kê đơn phải được liệt kê trong danh mục thuốc đã đăng ký và được phê duyệt bởi Cơ quan y tế có thẩm quyền.

A3.4 Chi phí chăm sóc y tế tại nhà sau điều trị

Là chi phí cho việc chăm sóc y tế thỏa điều kiện Cần thiết và hợp lý về mặt y tế tại nơi cư trú của Người được bảo hiểm theo chỉ định của Bác sĩ, được thực hiện bởi y tá hoặc Bác sĩ sau khi Người được bảo hiểm xuất viện, theo các giới hạn sau:

- Đối với Ung thư giai đoạn sau bao gồm ung thư não, ung thư tủy sống và ung thư xương: Trong vòng 180 ngày kể từ khi xuất viện.
- Đối với tất cả các Ung thư giai đoạn sau khác: Trong vòng 60 ngày kể từ khi xuất viện.

Quyền lợi này không áp dụng đối với Ung thư giai đoạn đầu.

2. Chi tiết quyền lợi bảo hiểm

A3.5 Chi phí phục hồi chức năng

Là chi phí cho việc điều trị bằng vật lý trị liệu, trị liệu thần kinh cột sống, hoạt động trị liệu và ngôn ngữ trị liệu nhằm phục hồi chức năng cơ bắp hoặc khả năng thực hiện các hoạt động sinh hoạt thường ngày của Người được bảo hiểm theo chỉ định của Bác sĩ. Việc điều trị phải được thực hiện tại Cơ sở y tế, Phòng khám hoặc trung tâm phục hồi chức năng phù hợp, và tuân theo các giới hạn sau:

- Đối với Ung thư giai đoạn sau bao gồm ung thư não, ung thư tủy sống và ung thư xương: Trong thời gian đang Điều trị ung thư và trong vòng 180 ngày kể từ ngày kết thúc Lần điều trị ung thư gần nhất.
- Đối với tất cả các Ung thư giai đoạn sau khác: Trong thời gian đang Điều trị ung thư và trong vòng 60 ngày kể từ ngày kết thúc Lần điều trị ung thư gần nhất.

Quyền lợi này không áp dụng đối với Ung thư giai đoạn đầu và chỉ được chi trả tối đa 90 ngày cộng dồn cho Mỗi ung thư.

Ví dụ:

Anh A tham gia sản phẩm **FWD Đặc quyền đồng hành**, Kế hoạch Châu Á, Lựa chọn An tâm toàn diện.

Anh A mắc ung thư não giai đoạn sau và trải qua 03 lần điều trị. Quyền lợi Chi phí phục hồi chức năng được áp dụng đối với các Chi phí y tế thực tế phát sinh trong các khoảng thời gian như sau:

Lần điều trị	Thời gian được áp dụng quyền lợi	Thực tế điều trị	Số ngày được chi trả
Lần 1 – Xạ trị đợt 1 01/03/2027	▪ Trong thời gian điều trị: 01/03/2027 ▪ Trong vòng 180 ngày sau điều trị: 02/03/2027 – 27/08/2027	Vật lý trị liệu: 40 ngày	40 ngày
Lần 2 – Xạ trị đợt 2 01/09/2027	▪ Trong thời gian điều trị: 01/09/2027 ▪ Trong vòng 28 ngày giữa 2 lần điều trị: 02/09/2027 – 29/09/2027	Vật lý trị liệu: 15 ngày	15 ngày
Lần 3 – Xạ trị đợt 3 01/10/2027	▪ Trong thời gian điều trị: 01/10/2027 ▪ Trong vòng 180 ngày sau điều trị: 02/10/2027 – 29/03/2028	Vật lý trị liệu: 40 ngày	35 ngày (*)

(*) Tổng số ngày được chi trả theo quyền lợi Chi phí phục hồi chức năng cho Mỗi ung thư không vượt quá 90 ngày.

2. Chi tiết quyền lợi bảo hiểm

A3.6 Chi phí sau điều trị khác

Là các chi phí y tế khác liên quan trực tiếp đến Ung thư giai đoạn đầu và/hoặc Ung thư giai đoạn sau mà Người được bảo hiểm đã điều trị trong Lần điều trị ung thư gần nhất, theo chỉ định của Bác sĩ.

Các giới hạn chi trả quyền lợi của Nhóm A:

	Giới hạn chi trả quyền lợi bảo hiểm
Điều trị ung thư tại Việt Nam	Không giới hạn số ngày nằm viện tối đa.
Điều trị ung thư ngoài lãnh thổ Việt Nam	Với mỗi Ung thư giai đoạn đầu: FWD chi trả cho tối đa 30 ngày nằm viện cho mỗi Năm hợp đồng, tối đa 90 ngày nằm viện trong suốt Thời hạn bảo hiểm, bao gồm tất cả những Năm hợp đồng tái tục. Với mỗi Ung thư giai đoạn sau: FWD chi trả cho tối đa 60 ngày nằm viện cho mỗi Năm hợp đồng, tối đa 180 ngày nằm viện trong suốt Thời hạn bảo hiểm, bao gồm tất cả những Năm hợp đồng tái tục.
Ung thư tuyến giáp giai đoạn đầu	FWD chỉ chi trả quyền lợi nếu việc chẩn đoán hoặc điều trị được thực hiện tại Việt Nam, bất kể Người được bảo hiểm tham gia Kế hoạch bảo hiểm nào.
Liệu pháp hormone bổ trợ	

Tham khảo các định nghĩa sau tại Phụ lục – Định nghĩa:

ĐN-04	Chi phí y tế thực tế
ĐN-05	Cơ quan y tế có thẩm quyền
ĐN-06	Cần thiết và hợp lý về mặt y tế
ĐN-07	Lần điều trị ung thư
ĐN-08	Liệu pháp hormone bổ trợ
ĐN-09	Phẫu thuật và Phẫu thuật tái tạo
ĐN-11	Thuốc kê đơn
ĐN-13	Xét nghiệm và kỹ thuật chẩn đoán
ĐN-16	Người đi cùng

2. Chi tiết quyền lợi bảo hiểm

Tham khảo các định nghĩa sau tại Phụ lục – Định nghĩa:

ĐN-20	Cơ sở y tế
ĐN-21	Điều trị nội trú
ĐN-23	Phòng chăm sóc đặc biệt
ĐN-24	Phòng khám

2.2 Nhóm B - Quyền lợi Hỗ trợ điều trị ung thư

FWD sẽ chi trả **Chi phí y tế thực tế** phát sinh liên quan đến việc tiếp cận các giải pháp điều trị, tư vấn và chăm sóc hỗ trợ trong quá trình Điều trị ung thư, bao gồm các chi phí sau đây:

B1 - Chi phí Y học chính xác

- Là Chi phí y tế thực tế cho Y học chính xác do Bác sĩ chuyên khoa ung bướu hoặc Bác sĩ chuyên khoa huyết học chỉ định để Điều trị ung thư, bao gồm xét nghiệm giải mã gen toàn diện và các thủ thuật liên quan đến điều trị cá thể hóa ung thư theo Y học chính xác hoặc Điều trị ung thư tích hợp Y học chính xác, theo phê duyệt của Cơ quan y tế có thẩm quyền.
- Quyền lợi này chi trả cho các chi phí phát sinh trong thời gian từ 120 ngày trước Lần điều trị ung thư đến 180 ngày sau Lần điều trị ung thư.

B2 - Chi phí ý kiến y tế thứ hai

- Là chi phí cho việc đánh giá y khoa độc lập, nhằm mục đích xác nhận, làm rõ hoặc đánh giá lại chẩn đoán, giai đoạn bệnh, mô bệnh học hoặc kế hoạch điều trị đề xuất cho một Ung thư giai đoạn đầu và/hoặc Ung thư giai đoạn sau.
- Ý kiến y tế thứ hai phải đáp ứng các điều kiện sau:
 - Được thực hiện bởi Bác sĩ chuyên khoa ung bướu hoặc Bác sĩ chuyên khoa liên quan (không phải do Bác sĩ đang điều trị trực tiếp thực hiện); và
 - Dựa trên các thông tin y khoa hiện có, không yêu cầu thực hiện thêm các xét nghiệm hoặc chẩn đoán mới đối với Người được bảo hiểm; và
 - Có tính chất tư vấn, không mang tính điều trị, chăm sóc cấp cứu hoặc quản lý lâm sàng trực tiếp.
- Quyền lợi này chi trả cho các chi phí phát sinh trong thời gian từ 120 ngày trước Lần điều trị ung thư đến 180 ngày sau Lần điều trị ung thư.
- Quyền lợi này được chi trả tối đa 02 lần cho Mỗi ung thư và việc sắp xếp cần được thực hiện qua Đối tác cung cấp dịch vụ.

2. Chi tiết quyền lợi bảo hiểm

B3 - Chi phí tầm soát ung thư cho Người thân

- Là chi phí tầm soát ung thư phát sinh tại Việt Nam cho tối đa 03 Người thân của Người được bảo hiểm, nếu Người được bảo hiểm mắc Ung thư giai đoạn đầu và/hoặc Ung thư giai đoạn sau.
- Người thân được hiểu là: vợ, chồng, cha đẻ, cha nuôi, mẹ đẻ, mẹ nuôi, con đẻ, con nuôi của Người được bảo hiểm.
- Quyền lợi này chỉ được chi trả 01 lần duy nhất trong suốt Thời hạn bảo hiểm, bao gồm toàn bộ các Năm hợp đồng tái tục, áp dụng cho tối đa 03 Người thân của Người được bảo hiểm. Tất cả Người thân hưởng quyền lợi này phải được chỉ định trong cùng 01 lần yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm và mỗi Người thân chỉ được hưởng quyền lợi tầm soát ung thư 01 lần duy nhất.
- Việc tầm soát ung thư phải được thực hiện đối với cùng cơ quan hoặc vị trí ung thư của Ung thư giai đoạn đầu và/hoặc Ung thư giai đoạn sau mà Người được bảo hiểm mắc phải. Trường hợp Người được bảo hiểm mắc ung thư đặc thù theo giới tính, Người thân có giới tính khác với Người được bảo hiểm có thể sử dụng quyền lợi này đối với các loại ung thư đặc thù theo giới tính của mình. Ung thư đặc thù theo giới tính là ung thư chỉ xảy ra đối với một giới tính và không xảy ra với giới tính còn lại.

Ví dụ:

Chị B (55 tuổi) tham gia sản phẩm **FWD Đặc quyền đồng hành**, Kế hoạch Châu Á, Lựa chọn An tâm toàn diện.

Chị B mắc Ung thư cổ tử cung giai đoạn sau. Chị B có thể sử dụng quyền lợi Chi phí tầm soát ung thư cho 03 Người thân như sau:

Người thân	Chi phí tầm soát ung thư được chi trả
Chồng (60 tuổi)	Ung thư tuyến tiền liệt/Ung thư tinh hoàn
Con gái (30 tuổi)	Ung thư cổ tử cung
Con gái (28 tuổi)	Ung thư cổ tử cung

B4 - Chi phí tư vấn tâm lý

- Là chi phí tư vấn tâm lý liên quan đến Ung thư giai đoạn đầu và/hoặc Ung thư giai đoạn sau, theo chỉ định của chuyên viên tư vấn tâm lý hoặc nhà tâm lý học.
- Chuyên viên tư vấn tâm lý hoặc nhà tâm lý học phải có chứng chỉ đào tạo về tư vấn tâm lý hoặc bằng cử nhân tâm lý học, và được cơ quan có thẩm quyền công nhận đủ điều kiện hành nghề theo pháp luật của quốc gia nơi Người được bảo hiểm tiến hành việc khám và/hoặc điều trị.

✓ 2. Chi tiết quyền lợi bảo hiểm

- Quyền lợi này chi trả cho các chi phí phát sinh trong thời gian từ 120 ngày trước Lần điều trị ung thư đến 180 ngày sau Lần điều trị ung thư.
- Quyền lợi này được chi trả tối đa 04 lần cho Mỗi ung thư.

B5 - Chi phí tư vấn dinh dưỡng

- Là chi phí tư vấn dinh dưỡng liên quan đến Ung thư giai đoạn đầu và/hoặc Ung thư giai đoạn sau theo chỉ định của chuyên gia dinh dưỡng.
- Chuyên gia dinh dưỡng phải có chứng chỉ đào tạo về tư vấn dinh dưỡng, hoặc bằng cử nhân tư vấn dinh dưỡng và được cơ quan có thẩm quyền công nhận đủ điều kiện hành nghề theo pháp luật của quốc gia nơi Người được bảo hiểm tiến hành việc khám và/hoặc điều trị.
- Quyền lợi này chi trả cho các chi phí phát sinh trong thời gian từ 120 ngày trước Lần điều trị ung thư đến 180 ngày sau Lần điều trị ung thư.
- Quyền lợi này được chi trả tối đa 04 lần cho Mỗi ung thư.

Tham khảo các định nghĩa sau tại Phụ lục – Định nghĩa:

ĐN-14	Y học chính xác
ĐN-19	Bác sĩ chuyên khoa huyết học
ĐN-22	Đối tác cung cấp dịch vụ

2.3 Nhóm C - Quyền lợi Đi lại và Lưu trú (chỉ áp dụng cho Lựa chọn An tâm toàn diện)

Các quyền lợi này được áp dụng khi Người được bảo hiểm thực hiện Điều trị ung thư tại:

- Việt Nam: Ngoài Tỉnh/Thành phố đăng ký cư trú; hoặc
- Nước ngoài: Theo phạm vi địa lý được bảo hiểm tương ứng của từng Kế hoạch bảo hiểm.

FWD sẽ chi trả **Chi phí thực tế** cho các quyền lợi sau:

C1 - Chi phí Đi lại và Hồi hương y tế

C1.1 Chi phí Đi lại

Đi lại là việc di chuyển của Người được bảo hiểm và 01 Người đi cùng:

- Từ địa chỉ cư trú tới sân bay/ga tàu, khách sạn và Cơ sở y tế hoặc Phòng khám tại quốc gia hoặc tỉnh/thành phố nơi thực hiện Điều trị ung thư; và

2. Chi tiết quyền lợi bảo hiểm

- Từ Cơ sở y tế hoặc Phòng khám tại quốc gia hoặc tỉnh/thành phố nơi thực hiện điều trị tới khách sạn, sân bay/ga tàu, và địa chỉ cư trú.

Phương tiện vận chuyển bao gồm:

- Taxi, xe dịch vụ công nghệ (là các phương tiện vận tải được điều hành thông qua các ứng dụng công nghệ hoặc nền tảng trực tuyến);
- Phương tiện giao thông công cộng;
- Máy bay thương mại, trong đó chi phí Đi lại được chi trả cho vé hạng phổ thông của tất cả các hãng hàng không thương mại.

Chi phí Đi lại được chi trả không bao gồm chi phí hành lý, suất ăn, chọn chỗ ngồi và các dịch vụ cộng thêm khác không bao gồm trong giá vé.

C1.2 Chi phí Hồi hương y tế

Là các Chi phí thực tế phát sinh từ việc thực hiện Hồi hương y tế.

C2 - Chi phí Lưu trú

Lưu trú là việc lưu lại của Người được bảo hiểm và 01 Người đi cùng trong cùng 01 phòng tiêu chuẩn tại khách sạn tối đa 04 sao tại quốc gia hoặc tỉnh/thành phố nơi thực hiện điều trị.

Chi phí Lưu trú được bảo hiểm:

- Bao gồm chi phí Lưu trú (bao gồm bữa sáng tại khách sạn) phát sinh trong khoảng thời gian từ 03 ngày trước đến 03 ngày sau mỗi Lần điều trị ung thư;
- Không bao gồm các chi phí cho các dịch vụ giặt là, spa, và các dịch vụ cộng thêm không bao gồm trong giá phòng.

Ví dụ:

Chị C tham gia sản phẩm **FWD Đặc quyền đồng hành**, Kế hoạch Châu Á, Lựa chọn An tâm toàn diện. Năm 2027, chị C mắc Ung thư phổi giai đoạn sau và thực hiện điều trị tại Singapore theo kế hoạch điều trị chi tiết như sau:

Lần điều trị	Thời gian	Chi phí Lưu trú được chi trả
Lần 1: Nằm viện và Phẫu thuật	01/04 – 07/04	03 ngày trước lần điều trị 1: 29/03 – 31/03
		03 ngày sau lần điều trị 1: 08/04 – 10/04
Lần 2: Hóa trị trong ngày (không lưu lại Cơ sở y tế qua đêm)	01/05	03 ngày trước lần điều trị 2: 28/04 – 30/04
		Ngày thực hiện lần điều trị 2: 01/05
		03 ngày sau lần điều trị 2: 02/05 – 04/05

2. Chi tiết quyền lợi bảo hiểm

Các giới hạn chi trả quyền lợi của Nhóm C			
Chi phí Đi lại			
Lượt di chuyển: là một hành trình hoàn chỉnh bao gồm toàn bộ các hoạt động Đi lại từ địa chỉ cư trú đến Cơ sở y tế hoặc Phòng khám và từ Cơ sở y tế hoặc Phòng khám quay trở lại địa chỉ cư trú.			
Ví dụ:			
Chị D tham gia sản phẩm FWD Đặc quyền đồng hành , Kế hoạch bảo hiểm Châu Á, Lựa chọn An tâm toàn diện. Chị D mắc ung thư vú giai đoạn sau và điều trị tại Nhật Bản. Trong quá trình điều trị, chị D thực hiện di chuyển giữa địa chỉ cư trú, sân bay, Cơ sở y tế như sau:			
Di chuyển từ	Di chuyển đến	Phương tiện di chuyển	Chi trả
Địa chỉ cư trú	Sân bay (Việt Nam)	Taxi	Có
Sân bay (Việt Nam)	Sân bay (Nhật Bản)	Máy bay thương mại	Có
Sân bay (Nhật Bản)	Khách sạn	Taxi	Có
Khách sạn	Cơ sở y tế	Taxi	Có
Hoàn thành điều trị lần 1 tại Cơ sở y tế			
Cơ sở y tế	Khách sạn	Taxi	Có
Khách sạn	Nhà hàng	Taxi	Không
Nhà hàng	Khách sạn	Taxi	Không
Khách sạn	Cơ sở y tế	Taxi	Có
Hoàn thành điều trị lần 2 tại Cơ sở y tế			
Cơ sở y tế	Khách sạn	Taxi	Có
Khách sạn	Sân bay (Nhật Bản)	Taxi	Có
Sân bay (Nhật Bản)	Sân bay (Việt Nam)	Máy bay thương mại	Có
Sân bay (Việt Nam)	Địa chỉ cư trú	Taxi	Có
Tất cả việc di chuyển trên được tính là 01 Lượt di chuyển.			

👍 2. Chi tiết quyền lợi bảo hiểm

Với mỗi Ung thư giai đoạn đầu, FWD sẽ chi trả như sau:

- Tối đa 02 Lượt di chuyển cho mỗi Năm hợp đồng;
- Tối đa 06 Lượt di chuyển trong suốt Thời hạn bảo hiểm, bao gồm tất cả những Năm hợp đồng tái tục.

Với mỗi Ung thư giai đoạn sau, FWD sẽ chi trả như sau:

- Tối đa 03 Lượt di chuyển cho mỗi Năm hợp đồng;
- Tối đa 09 Lượt di chuyển trong suốt Thời hạn bảo hiểm, bao gồm tất cả những Năm hợp đồng tái tục.

Quy định về Người đi cùng

- Người được bảo hiểm và Người đi cùng phải di chuyển cùng nhau trong cùng một ngày; và
- Ở mỗi Lượt di chuyển, Người được bảo hiểm có thể lựa chọn những Người đi cùng khác nhau. Giới hạn số Lượt di chuyển là được áp dụng chung cho tất cả những Người đi cùng.

Quy định về nâng hạng vé máy bay

Người được bảo hiểm và Người đi cùng có thể nâng hạng vé máy bay. Trong trường hợp này, FWD sẽ chỉ chi trả cho chi phí hạng vé phổ thông thuộc phạm vi quyền lợi bảo hiểm, và phần chi phí chênh lệch giữa hạng vé phổ thông và hạng vé đã nâng hạng sẽ do Người được bảo hiểm và Người đi cùng tự chi trả.

Người được bảo hiểm chịu trách nhiệm cung cấp cho FWD các tài liệu, chứng từ phù hợp để chứng minh cho chi phí hạng vé phổ thông để làm căn cứ giải quyết quyền lợi bảo hiểm. Trường hợp Người được bảo hiểm không cung cấp được tài liệu, chứng từ phù hợp, việc giải quyết quyền lợi bảo hiểm sẽ theo quyết định của FWD.

Chi phí Lưu trú

Với mỗi Ung thư giai đoạn đầu, FWD sẽ chi trả như sau:

- Tối đa 30 ngày Lưu trú cho mỗi Năm hợp đồng;
- Tối đa 90 ngày Lưu trú trong suốt Thời hạn bảo hiểm, bao gồm tất cả những Năm hợp đồng tái tục.

Với mỗi Ung thư giai đoạn sau, FWD sẽ chi trả như sau:

- Tối đa 60 ngày Lưu trú cho mỗi Năm hợp đồng;
- Tối đa 180 ngày Lưu trú trong suốt Thời hạn bảo hiểm, bao gồm tất cả những Năm hợp đồng tái tục.

Quy định về hạn mức số ngày Lưu trú

Giới hạn số ngày Lưu trú được áp dụng chung cho cả Người được bảo hiểm và Người đi cùng. Hạn mức này được tính riêng và không cộng dồn với giới hạn số ngày nằm viện.

2. Chi tiết quyền lợi bảo hiểm

Ví dụ:

Anh A tham gia sản phẩm **FWD Đặc quyền đồng hành**, Kế hoạch Toàn cầu, Lựa chọn An tâm toàn diện. Năm 2027, anh A mắc ung thư gan giai đoạn sau và điều trị tại Singapore. Chị B – vợ anh A là Người đi cùng đồng hành với anh A trong suốt quá trình điều trị.

Anh A và chị B cùng lưu trú tại một phòng khách sạn trong 20 ngày, thì được tính là đã sử dụng 20 ngày trong hạn mức 60 ngày Lưu trú trong Năm hợp đồng đó. Hạn mức còn lại có thể sử dụng trong Năm hợp đồng là 40 ngày.

Quy định về nâng hạng phòng khách sạn

Người được bảo hiểm và Người đi cùng có thể lựa chọn nâng hạng phòng khách sạn. Trong trường hợp này, FWD sẽ chỉ chi trả cho chi phí hạng phòng tiêu chuẩn thuộc phạm vi quyền lợi bảo hiểm, và phần chi phí chênh lệch giữa hạng phòng tiêu chuẩn và hạng phòng đã nâng cấp sẽ do Người được bảo hiểm tự chi trả.

Người được bảo hiểm chịu trách nhiệm cung cấp cho FWD các tài liệu, chứng từ phù hợp để chứng minh cho chi phí phòng tiêu chuẩn tại khách sạn tối đa 04 sao để làm căn cứ giải quyết quyền lợi bảo hiểm. Trường hợp Người được bảo hiểm không cung cấp được tài liệu, chứng từ phù hợp, việc giải quyết quyền lợi bảo hiểm sẽ theo quyết định của FWD.

Tham khảo các định nghĩa sau tại Phụ lục – Định nghĩa:

ĐN-03	Chi phí thực tế
ĐN-15	Hồi hương y tế
ĐN-17	Phương tiện giao thông công cộng
ĐN-18	Tỉnh/Thành phố đăng ký cư trú

2.4 Nhóm D - Quyền lợi Miễn đóng phí trường hợp Ung thư giai đoạn sau

FWD sẽ miễn đóng phí bảo hiểm 03 năm liên tiếp kể từ Ngày đến hạn đóng phí tiếp theo sau ngày Người được bảo hiểm có kết quả chẩn đoán của Ung thư giai đoạn sau đầu tiên.

Quyền lợi này chỉ được chi trả 01 lần trong suốt Thời hạn bảo hiểm, bao gồm tất cả các Năm hợp đồng tái tục và sẽ tự động chấm dứt khi kết thúc thời hạn miễn đóng phí.

2. Chi tiết quyền lợi bảo hiểm

2.5 Nhóm E - Dịch vụ Đồng hành y tế

Dịch vụ Đồng hành y tế được cung cấp bởi Đối tác cung cấp dịch vụ của FWD thực hiện tại các Cơ sở y tế hoặc Phòng khám thuộc mạng lưới liên kết. Danh sách các Cơ sở y tế và Phòng khám này được đăng tải và cập nhật trên trang thông tin điện tử của FWD.

Các dịch vụ này được thiết kế nhằm hỗ trợ Người được bảo hiểm trong suốt quá trình Điều trị ung thư, bao gồm:

E1 - Cố vấn y tế cá nhân

Là điều phối viên chăm sóc riêng, trực tiếp đồng hành và hỗ trợ Người được bảo hiểm trong toàn bộ quá trình khám và Điều trị ung thư, bao gồm:

- Hỗ trợ đặt lịch khám tầm soát, đặt lịch hẹn với Cơ sở y tế hoặc Phòng khám;
- Hỗ trợ thủ tục tại Cơ sở y tế hoặc Phòng khám;
- Hỗ trợ xử lý thủ tục bảo lãnh viện phí;
- Kết nối Người được bảo hiểm với đội ngũ chuyên gia y tế của Cơ sở y tế hoặc Phòng khám trong mạng lưới để được tư vấn về phác đồ điều trị phù hợp;
- Hỗ trợ sau điều trị;
- Hỗ trợ sắp xếp Đi lại và Lưu trú.

E2 - Đề xuất bệnh viện, giới thiệu Bác sĩ

Là dịch vụ sàng lọc và đề cử Cơ sở y tế hoặc Phòng khám, Bác sĩ phù hợp dựa trên tình trạng bệnh cụ thể của Người được bảo hiểm.

E3 - Đặt lịch hẹn với bệnh viện

Là dịch vụ liên hệ và đặt lịch khám với Cơ sở y tế hoặc Phòng khám, gửi xác nhận lịch hẹn và nhắc lịch cho Người được bảo hiểm tối thiểu 24 giờ trước thời điểm hẹn.

E4 - Hỗ trợ đi cùng

Là dịch vụ hỗ trợ trong đó Cố vấn y tế cá nhân trực tiếp có mặt cùng Người được bảo hiểm tại Cơ sở y tế hoặc Phòng khám trong ngày khám, hướng dẫn di chuyển trong bệnh viện, hỗ trợ hoàn thiện thủ tục hành chính, phiên dịch (nếu cần), đại diện nhận kết quả xét nghiệm hoặc chẩn đoán hình ảnh, và hỗ trợ thủ tục thanh toán hoặc bảo lãnh viện phí (nếu có).

✓ 2. Chi tiết quyền lợi bảo hiểm

E5 - Ưu tiên khám chữa bệnh tại các Cơ sở y tế lớn

Ưu tiên khám chữa bệnh tại các Cơ sở y tế lớn được cung cấp tùy thuộc vào phạm vi dịch vụ, khả năng cung cấp dịch vụ và các quy định của từng Cơ sở y tế tại từng thời điểm. FWD có quyền điều chỉnh, thay đổi hoặc cập nhật phạm vi, nội dung và phương thức triển khai quyền lợi này theo tình hình thực tế và/hoặc thỏa thuận với Đối tác cung cấp dịch vụ. Danh sách Cơ sở y tế lớn theo quyền lợi này sẽ được đăng tải và cập nhật trên trang thông tin điện tử của FWD.

E6 - Hỗ trợ trực tuyến 24/7

Là kênh liên lạc khẩn cấp hoạt động liên tục 24 giờ/ngày, 07 ngày/tuần, 365 ngày/năm qua điện thoại, email và các kênh liên lạc khác theo từng thời điểm; phục vụ việc tiếp nhận thông tin y tế khẩn cấp, giải đáp thắc mắc về quy trình và hướng dẫn xử lý các tình huống bệnh lý phát sinh đột xuất.

Dịch vụ này chỉ nhằm mục đích cung cấp thông tin và hướng dẫn, không thay thế các dịch vụ cấp cứu y tế (ví dụ: điều phối xe cấp cứu). Trong trường hợp khẩn cấp đe dọa đến tính mạng, Người được bảo hiểm cần liên hệ trực tiếp với số điện thoại cấp cứu tại địa phương.

E7 - Hỗ trợ sắp xếp tầm soát ung thư hàng năm cho Người được bảo hiểm

Là dịch vụ tư vấn, sắp xếp, đặt lịch khám, đồng thời hỗ trợ trực tiếp tại Cơ sở y tế hoặc Phòng khám hoặc hỗ trợ từ xa cho Người được bảo hiểm khi thực hiện khám tầm soát ung thư tại các Cơ sở y tế hoặc Phòng khám nằm trong mạng lưới của Đối tác cung cấp dịch vụ.

Mục đích của dịch vụ này là giúp Người được bảo hiểm phát hiện sớm các dấu hiệu ung thư hoặc tiền ung thư thông qua thăm khám lâm sàng, xét nghiệm máu, siêu âm và các chỉ định chẩn đoán hình ảnh cơ bản phù hợp với độ tuổi và yếu tố nguy cơ.

Chi phí khám tầm soát ung thư do Người được bảo hiểm tự chi trả và không thuộc phạm vi bảo hiểm của Sản phẩm này.

Dịch vụ này được áp dụng 01 lần trong mỗi Năm hợp đồng và chỉ cung cấp tại Việt Nam, Malaysia, Singapore, Thái Lan và Nhật Bản.

- Tại Việt Nam, Malaysia, Singapore, và Thái Lan, Người được bảo hiểm có thể lựa chọn để nhận hỗ trợ trực tiếp tại Cơ sở y tế hoặc Phòng khám hoặc hỗ trợ từ xa.
- Riêng tại Nhật Bản, dịch vụ này chỉ được cung cấp dưới hình thức hỗ trợ từ xa.

Ví dụ:

Chị B tham gia sản phẩm **FWD Đặc quyền đồng hành**, Kế hoạch Châu Á, Lựa chọn An tâm toàn diện. Chị B sử dụng dịch vụ Hỗ trợ sắp xếp tầm soát ung thư hàng năm cho Người được bảo hiểm, chi tiết như sau:

2. Chi tiết quyền lợi bảo hiểm

Năm hợp đồng	Khám tầm soát	Nơi thực hiện	Sắp xếp khám tầm soát	Chi phí khám tầm soát
1	Ung thư vú	Việt Nam	Không mất phí	Chị B chi trả
2	Ung thư đại tràng	Thái Lan		
3	Ung thư dạ dày	Singapore		
4	Ung thư vú	Hàn Quốc	Không hỗ trợ	Chị B chi trả

E8 - Phiên dịch và dịch thuật

Là dịch vụ biên dịch, phiên dịch chuyên ngành y khoa áp dụng cho trường hợp điều trị tại nước ngoài, bao gồm:

- Biên dịch toàn bộ hồ sơ bệnh án từ tiếng Việt sang ngôn ngữ đích hoặc ngược lại theo chuẩn thuật ngữ y khoa quốc tế;
- Phiên dịch trực tiếp hoặc qua điện thoại trong quá trình trao đổi giữa Người được bảo hiểm với chuyên viên tư vấn tâm lý, nhà tâm lý học, chuyên gia dinh dưỡng, hoặc Bác sĩ tại Cơ sở y tế hoặc Phòng khám nước ngoài.

E9 - Hỗ trợ sắp xếp Hồi hương y tế

Là dịch vụ tư vấn, hỗ trợ và sắp xếp các thủ tục cần thiết cho Hồi hương y tế.

Dịch vụ này chỉ áp dụng cho Lựa chọn An tâm toàn diện.

E10 - Sắp xếp Đi lại và Lưu trú

Là dịch vụ hậu cần y tế hỗ trợ Người được bảo hiểm điều trị tại nước ngoài hoặc tỉnh/ thành phố khác nơi cư trú, bao gồm:

- Lập kế hoạch di chuyển và đặt vé máy bay hoặc vé tàu xe phù hợp với tình trạng sức khỏe;
- Tìm kiếm và đặt phòng khách sạn có tiêu chuẩn phù hợp gần Cơ sở y tế hoặc Phòng khám;
- Hỗ trợ thủ tục đặt lại khi có thay đổi lịch điều trị.

Dịch vụ này chỉ áp dụng cho Lựa chọn An tâm toàn diện.

3. Quy định về chi trả quyền lợi bảo hiểm

3.1. Quy định chung

Việc Điều trị ung thư phải thỏa mãn đồng thời các điều kiện sau:

- Ung thư không thuộc Tình trạng tồn tại trước; và
- Thỏa định nghĩa Điều trị ung thư theo Quy tắc và điều khoản này; và
- Các Chi phí y tế thực tế và Chi phí thực tế phát sinh trong thời gian Hợp đồng đang còn hiệu lực; và
- Việc chẩn đoán và/hoặc điều trị được thực hiện sau Thời gian chờ; và
- Các Chi phí y tế thực tế phát sinh từ các điều trị Cần thiết và hợp lý về mặt y tế cho Người được bảo hiểm và không thuộc các trường hợp loại trừ bảo hiểm; và
- FWD sẽ không chi trả vượt quá Số tiền bảo hiểm mỗi ung thư và Số tiền bảo hiểm trọn đời tương ứng với từng Kế hoạch bảo hiểm.

Tham khảo các định nghĩa sau tại Phụ lục – Định nghĩa:

ĐN-10	Thời gian chờ
ĐN-12	Tình trạng tồn tại trước

3.2 Tổng quyền lợi bảo hiểm chi trả

Trong suốt Thời hạn bảo hiểm, bao gồm tất cả các Năm hợp đồng tái tục:

- Tổng Quyền lợi Chi phí Điều trị ung thư (Nhóm A), Quyền lợi Hỗ trợ điều trị (Nhóm B) và Quyền lợi Đi lại và Lưu trú (Nhóm C, nếu có) được chấp thuận chi trả cho Mỗi ung thư tối đa bằng Số tiền bảo hiểm mỗi ung thư tương ứng theo từng Kế hoạch bảo hiểm.
- Tổng Quyền lợi Chi phí Điều trị ung thư (Nhóm A), Quyền lợi Hỗ trợ điều trị (Nhóm B) và Quyền lợi Đi lại và Lưu trú (Nhóm C, nếu có) được chấp thuận chi trả cho Sản phẩm này trong suốt Thời hạn bảo hiểm, bao gồm cả các Năm hợp đồng tái tục tối đa bằng Số tiền bảo hiểm trọn đời tương ứng theo từng Kế hoạch bảo hiểm.

3.3 Tỷ giá quy đổi ngoại tệ áp dụng trong thanh toán quyền lợi bảo hiểm điều trị tại nước ngoài

Trong trường hợp Người được bảo hiểm thực hiện việc khám/điều trị ung thư ngoài lãnh thổ Việt Nam, quyền lợi bảo hiểm mà FWD chi trả sẽ được tính theo tỷ giá bán của ngoại tệ tương ứng tại Ngân hàng Thương mại cổ phần Ngoại thương Việt Nam (Vietcombank) tại ngày phát sinh chi phí ghi trên hóa đơn. Quy định này có thể được thay đổi tùy theo quyết định của FWD tại từng thời kỳ. FWD sẽ không chịu trách nhiệm đối với bất kỳ khoản phí ngân hàng, phí tín dụng hoặc chênh lệch tỷ giá nào.

3. Quy định về chi trả quyền lợi bảo hiểm

3.4 Yêu cầu chấp thuận trước

- Để đảm bảo quyền lợi bảo hiểm được chi trả theo Hợp đồng, trước khi thực hiện việc điều trị ngoài lãnh thổ Việt Nam, Người được bảo hiểm hoặc người được ủy quyền cần hoàn tất Phiếu yêu cầu chấp thuận trước và cung cấp đầy đủ hồ sơ bệnh án, kết quả xét nghiệm, chẩn đoán cùng các chứng từ y khoa liên quan theo yêu cầu của FWD. Căn cứ trên các thông tin và tài liệu được cung cấp, FWD sẽ đánh giá và chấp thuận chi trả trước đối với kế hoạch điều trị và chi phí điều trị dự kiến.

FWD sẽ thực hiện đánh giá và xác nhận bằng văn bản trong vòng 07 ngày làm việc kể từ khi nhận được đầy đủ các thông tin, tài liệu cần thiết. Trường hợp yêu cầu được chấp thuận, FWD sẽ thanh toán chi phí cho Cơ sở y tế hoặc Phòng khám tại quốc gia nơi Người được bảo hiểm khám hoặc điều trị trong phạm vi bảo hiểm và theo Quy tắc, điều khoản này.

- Trường hợp Người được bảo hiểm hoặc người được ủy quyền không thực hiện hoặc chưa hoàn tất thủ tục yêu cầu chấp thuận trước khi điều trị, Người được bảo hiểm hoặc người được ủy quyền vẫn có quyền nộp yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm để được xem xét và chi trả theo Quy tắc, điều khoản này.

3.5 Các trường hợp loại trừ bảo hiểm

FWD sẽ không chi trả bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào của Sản phẩm này nếu:

Việc chẩn đoán và/hoặc điều trị Ung thư giai đoạn đầu và/hoặc Ung thư giai đoạn sau phát sinh từ, liên quan đến hoặc là hậu quả của một trong các trường hợp sau đây:

- (i). Phóng xạ, năng lượng hạt nhân hoặc bất kỳ hình thức nhiễm phóng xạ nào, ngoại trừ trường hợp phơi nhiễm phóng xạ trong Điều trị ung thư; hoặc
- (ii). Người được bảo hiểm bị nhiễm HIV, hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS) và các bệnh lây qua đường tình dục theo danh mục của Bộ Y tế.

Hoặc

Chi phí y tế thực tế phát sinh thuộc một trong các trường hợp sau đây:

- (iii). Chi phí điều trị hoặc phẫu thuật dị tật hoặc bất thường bẩm sinh, bao gồm cả các tình trạng di truyền; hoặc
- (iv). Chi phí khám sức khỏe tổng quát, khám sức khỏe định kỳ hoặc thực hiện các xét nghiệm sàng lọc theo ý muốn của Người được bảo hiểm, bao gồm tiêm chủng, trừ trường hợp thuộc phạm vi chi trả theo Nhóm A1 - Chi phí trước điều trị; hoặc
- (v). Chi phí xét nghiệm di truyền hoặc tư vấn di truyền, trừ trường hợp cần thiết cho Y học chính xác hoặc Điều trị ung thư tích hợp Y học chính xác; hoặc
- (vi). Chi phí phẫu thuật thẩm mỹ, phẫu thuật tạo hình, điều trị sẹo, các phương pháp điều trị thẩm mỹ và các biến chứng liên quan, trừ trường hợp Phẫu thuật tái tạo; hoặc
- (vii). Chi phí phẫu thuật kiểm soát cân nặng, điều trị về tóc và rụng tóc; hoặc

3. Quy định về chi trả quyền lợi bảo hiểm

- (viii). Chi phí sử dụng các sản phẩm mỹ phẩm, chi phí tóc giả dưới mọi hình thức; hoặc
- (ix). Tất cả các chi phí xét nghiệm, thuốc và phương pháp điều trị không được Bác sĩ chỉ định; hoặc
- (x). Các phương pháp điều trị và thuốc điều trị ung thư mang tính phòng ngừa, thử nghiệm và/hoặc chưa được sự chấp thuận, phê duyệt bởi Cơ quan y tế có thẩm quyền; hoặc
- (xi). Y học thay thế, y học cổ truyền, Đông y hoặc các hình thức điều trị khác không thuộc y học hiện đại; hoặc
- (xii). Chi phí thực phẩm bổ sung, chất bổ sung, vitamin (trừ trường hợp vitamin cần thiết cho việc điều trị và được Bác sĩ kê toa và có giá thành thấp hơn giá của thuốc điều trị chính), khoáng chất, các sản phẩm bổ sung dinh dưỡng, các sản phẩm dùng cho mục đích ăn kiêng, giảm cân hoặc tăng cân, thuốc Đông y hoặc thuốc cổ truyền; hoặc
- (xiii). Chi phí điều trị nha khoa hoặc phẫu thuật răng – hàm – mặt, trừ khi cần thiết như một phần của Điều trị ung thư hoặc các biến chứng liên quan; hoặc
- (xiv). Chi phí cung cấp, thuê, bảo trì, lắp ráp hoặc sửa chữa các thiết bị sau: thiết bị hỗ trợ (ví dụ: máy trợ thính, thiết bị hỗ trợ thị lực), thiết bị phục hồi chức năng (ví dụ: thiết bị kéo giãn cổ), máy tạo nhịp tim cấy ghép, máy khử rung tim cấy ghép, chân tay giả, dụng cụ chỉnh hình (ví dụ: xe lăn, nẹp, thiết bị hỗ trợ di chuyển), thiết bị hỗ trợ y tế (ví dụ: máy lọc thận, máy thở áp lực âm, máy tạo oxy); hoặc
- (xv). Chi phí điều trị hoặc chăm sóc tại các cơ sở chăm sóc dài hạn, nhà dưỡng lão, trung tâm giảm cân, bệnh viện tâm thần; hoặc
- (xvi). Chi phí sử dụng các chất ma túy, chất kích thích, chất gây nghiện mà không có chỉ định của Bác sĩ.

Đối với các trường hợp FWD có áp dụng thêm loại trừ bảo hiểm bổ sung, nội dung loại trừ bảo hiểm bổ sung này sẽ được thể hiện bằng văn bản thỏa thuận giữa FWD và Bên mua bảo hiểm.



4. Yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

4.1 Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

(i). Các giấy tờ chứng minh sự kiện bảo hiểm:

Các chứng từ liên quan đến chẩn đoán và điều trị	▪ Giấy ra viện (trong trường hợp Điều trị nội trú); ▪ Giấy chứng nhận Phẫu thuật, giấy chứng nhận thủ thuật, hoặc các giấy tờ khác có giá trị tương đương được FWD chấp thuận (trong trường hợp có Phẫu thuật); ▪ Kết quả giải phẫu bệnh; ▪ Sổ khám bệnh; ▪ Đơn thuốc; ▪ Tóm tắt hồ sơ bệnh án (trong trường hợp Điều trị nội trú); ▪ Chỉ định và kết quả xét nghiệm; ▪ Các chứng từ y tế liên quan đến việc khám, chẩn đoán và điều trị.
Các chứng từ liên quan đến việc thanh toán chi phí y tế	▪ Hóa đơn thu tiền viện phí; ▪ Hóa đơn thuốc; ▪ Bảng kê chi tiết chi phí điều trị.
Các chứng từ liên quan đến việc thanh toán chi phí Đi lại và Lưu trú	▪ Chứng từ chứng minh lịch trình di chuyển: ▪ Xác nhận đặt vé máy bay; ▪ Thẻ lên máy bay; ▪ Vé tàu hỏa, vé xe khách hoặc các chứng từ di chuyển tương đương. ▪ Hóa đơn, chứng từ gốc: ▪ Hóa đơn khách sạn hoặc cơ sở lưu trú; ▪ Hóa đơn, chứng từ cho các chi phí di chuyển (bao gồm nhưng không giới hạn ở chi phí máy bay, tàu hỏa, xe khách, taxi, xe công nghệ); ▪ Các chi phí đi lại hợp lệ khác thuộc phạm vi quyền lợi bảo hiểm. ▪ Chứng từ chứng minh thanh toán: ▪ Biên lai thanh toán bằng thẻ tín dụng hoặc thẻ ghi nợ; ▪ Chứng từ giao dịch ngân hàng; ▪ Xác nhận thanh toán điện tử.



4. Yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

- (ii). Các chứng từ khác, bao gồm:
 - Các xét nghiệm y khoa hỗ trợ cho việc chẩn đoán và điều trị;
 - Giấy xác nhận nghỉ bệnh của cơ quan.
- (iii). Bằng chứng hợp pháp xác nhận người nhận quyền lợi bảo hiểm được phép nhận quyền lợi bảo hiểm: căn cước công dân/giấy khai sinh/giấy chứng nhận đăng ký kết hôn và giấy ủy quyền, di chúc hoặc văn bản khai nhận và phân chia di sản thừa kế hoặc các bằng chứng hợp pháp khác.
- (iv). Trong mọi trường hợp, FWD có quyền yêu cầu Người được bảo hiểm tiến hành xét nghiệm y khoa tại một Cơ sở y tế độc lập theo sự thỏa thuận giữa FWD và Bên mua bảo hiểm. FWD và Bên mua bảo hiểm phải tuân theo kết quả cuối cùng này. Tất cả chi phí khám y khoa do FWD yêu cầu trong trường hợp này sẽ do FWD chịu.
- (v). Đối với chi phí y tế phát sinh tại quốc gia, vùng lãnh thổ nằm trong danh sách do Lực lượng đặc nhiệm tài chính công bố nhằm chống rửa tiền hoặc Danh sách cảnh báo theo quy định của Luật phòng, chống rửa tiền, FWD sẽ áp dụng các biện pháp tăng cường để kiểm tra thông tin. Trường hợp có nghi ngờ, FWD sẽ xem xét, đánh giá và có thể từ chối chi trả bồi thường theo quy định của Luật phòng, chống rửa tiền.

Lưu ý: FWD có thể yêu cầu các giấy tờ bản gốc chứng minh sự kiện bảo hiểm. Trường hợp bản gốc của các giấy tờ được yêu cầu bị mất, giấy tờ thay thế phải có giá trị tương đương và theo hướng dẫn của FWD tùy từng trường hợp cụ thể.

4.2 Thứ tự ưu tiên giải quyết quyền lợi bảo hiểm

FWD chi trả các quyền lợi bảo hiểm theo thứ tự ưu tiên tương ứng với từng trường hợp sau:

4.2.1 Trường hợp Bên mua bảo hiểm là cá nhân

- (i). Bên mua bảo hiểm;
- (ii). Người được bảo hiểm;
- (iii). Người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm trong trường hợp Bên mua bảo hiểm đã tử vong.

4.2.2 Trường hợp Bên mua bảo hiểm là tổ chức

- (i). Người được bảo hiểm;
- (ii). Người thừa kế hợp pháp của Người được bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm đã tử vong.

5. Thời hạn bảo hiểm và tái tục

Thời hạn bảo hiểm của Sản phẩm này là 01 năm và được tái tục hàng năm cho đến Ngày kỷ niệm năm sau khi Người được bảo hiểm đạt 75 tuổi.

Sản phẩm này sẽ được FWD xem xét tái tục tại mỗi Ngày kỷ niệm năm với điều kiện:

- (i). Hợp đồng đang còn hiệu lực; và
- (ii). FWD còn cung cấp Sản phẩm này; và vẫn còn triển khai Kế hoạch bảo hiểm/Lựa chọn bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm tham gia; và
- (iii). Bên mua bảo hiểm không có yêu cầu chấm dứt hiệu lực Hợp đồng; và
- (iv). Người được bảo hiểm còn đáp ứng các điều kiện được bảo hiểm theo quy định của Sản phẩm này; và
- (v). Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm và/hoặc người nhận quyền lợi bảo hiểm không có hành vi gian lận bảo hiểm; và
- (vi). Phí bảo hiểm tái tục của Sản phẩm này được đóng đủ khi đến hạn hoặc trong Thời gian gia hạn đóng phí.

Trường hợp FWD từ chối tái tục Sản phẩm này, FWD sẽ thông báo trước 30 ngày bằng văn bản cho Bên mua bảo hiểm.

Trường hợp FWD dừng cung cấp Sản phẩm này, FWD sẽ thông báo trước 30 ngày bằng văn bản cho Bên mua bảo hiểm, khi đó, Sản phẩm này sẽ chấm dứt kể từ ngày kết thúc Năm hợp đồng hiện tại.

Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu chấm dứt hiệu lực Hợp đồng tại bất kỳ thời điểm nào, tuy nhiên FWD sẽ không có trách nhiệm hoàn lại khoản phí bảo hiểm đã đóng cho thời gian còn lại của Sản phẩm này.



6. Phí bảo hiểm

6.1 Phí bảo hiểm

Phí bảo hiểm của Sản phẩm này được xác định như sau:

Trong Năm hợp đồng đầu tiên	- Phí bảo hiểm được tính theo tuổi, tình trạng sức khỏe, giới tính của Người được bảo hiểm và Kế hoạch bảo hiểm, Lựa chọn bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm tham gia tại Ngày hiệu lực hợp đồng. - Phí bảo hiểm được thể hiện trên Chứng nhận bảo hiểm hoặc Thư xác nhận có thông tin phí bảo hiểm của Sản phẩm này.
Kể từ Năm hợp đồng thứ 2 trở đi	Phí bảo hiểm của các Năm hợp đồng tiếp theo sẽ thay đổi theo tuổi, Kế hoạch bảo hiểm và Lựa chọn bảo hiểm tại Ngày kỷ niệm năm.

Bên mua bảo hiểm cần đóng đủ phí bảo hiểm vào các Ngày đến hạn đóng phí.

Ngày đến hạn đóng phí được xác định dựa trên định kỳ đóng phí bảo hiểm tính từ Ngày hiệu lực hợp đồng.

Thời hạn đóng phí bằng Thời hạn bảo hiểm của Sản phẩm này.

FWD có thể thay đổi mức phí bảo hiểm trong thời gian Hợp đồng đang có hiệu lực theo sự chấp thuận của Bộ Tài chính. Mức phí bảo hiểm mới chỉ được áp dụng vào Ngày đến hạn đóng phí tiếp theo. FWD sẽ thông báo bằng văn bản cho Bên mua bảo hiểm ít nhất 60 ngày trước ngày áp dụng phí bảo hiểm mới. Trường hợp Bên mua bảo hiểm không đồng ý với thông báo của FWD và/hoặc không đóng phí theo mức phí bảo hiểm mới, FWD sẽ chấm dứt hiệu lực Hợp đồng và thông báo bằng văn bản cho Bên mua bảo hiểm.

6.2 Thời gian gia hạn đóng phí bảo hiểm

FWD sẽ áp dụng một khoảng thời gian gia hạn đóng phí 60 ngày kể từ Ngày đến hạn đóng phí của Sản phẩm này.

Trong thời gian gia hạn đóng phí, Hợp đồng vẫn được duy trì hiệu lực, FWD sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm (ngoại trừ Dịch vụ Đồng hành y tế), sau khi trừ đi phí bảo hiểm đã đến hạn nhưng chưa đóng. Riêng Dịch vụ Đồng hành y tế sẽ chỉ được áp dụng sau khi phí bảo hiểm đến hạn đã được đóng đủ.

Vào ngày kết thúc thời gian gia hạn đóng phí bảo hiểm, nếu Bên mua bảo hiểm chưa đóng đủ phí bảo hiểm đến hạn, Hợp đồng sẽ chấm dứt hiệu lực kể từ Ngày đến hạn đóng phí.



7. Điều chỉnh Hợp đồng bảo hiểm

7.1 Thay đổi Kế hoạch bảo hiểm/Lựa chọn bảo hiểm

Trong thời gian Hợp đồng có hiệu lực, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu điều chỉnh Kế hoạch bảo hiểm và/hoặc Lựa chọn bảo hiểm vào các Ngày kỷ niệm năm của Sản phẩm này với điều kiện:

- (i). Chưa có sự kiện bảo hiểm nào của Sản phẩm này xảy ra trước đó; và
- (ii). FWD còn đang triển khai Kế hoạch bảo hiểm/Lựa chọn bảo hiểm đó; và
- (iii). Người được bảo hiểm đáp ứng các điều kiện về thẩm định của FWD.

Nếu Bên mua bảo hiểm yêu cầu thay đổi Kế hoạch bảo hiểm và/hoặc Lựa chọn bảo hiểm theo hướng tăng Số tiền bảo hiểm hoặc chuyển từ Lựa chọn An tâm điều trị sang Lựa chọn An tâm toàn diện, Người được bảo hiểm cần đáp ứng các điều kiện về thẩm định của FWD. FWD có thể chấp thuận, chấp thuận có điều kiện hoặc từ chối yêu cầu thay đổi Kế hoạch bảo hiểm và/hoặc Lựa chọn bảo hiểm.

FWD có thể dừng áp dụng lựa chọn thay đổi Kế hoạch/Lựa chọn bảo hiểm tại từng thời điểm và sẽ thông báo trên trang thông tin điện tử của FWD ít nhất 30 ngày trước ngày áp dụng.

Ngày hiệu lực của Kế hoạch bảo hiểm và/hoặc Lựa chọn bảo hiểm mới sẽ được FWD xác nhận bằng văn bản.

Sau khi Kế hoạch bảo hiểm và/hoặc Lựa chọn bảo hiểm mới có hiệu lực, các quyền lợi bảo hiểm và phí bảo hiểm sẽ được điều chỉnh tương ứng.

7.2 Nhầm lẫn khi kê khai tuổi, giới tính

Nếu phí bảo hiểm đã đóng thấp hơn phí bảo hiểm tính theo tuổi và/hoặc giới tính đúng của Người được bảo hiểm	▪ Phí bảo hiểm sẽ được điều chỉnh theo tuổi, giới tính đúng của Người được bảo hiểm kể từ Ngày hiệu lực hợp đồng. ▪ Bên mua bảo hiểm đóng thêm phần phí bảo hiểm chênh lệch giữa phí bảo hiểm đã đóng và phí bảo hiểm tính theo tuổi và/hoặc giới tính đúng của Người được bảo hiểm. ▪ Trường hợp Bên mua bảo hiểm không thực hiện việc đóng thêm phí bảo hiểm chênh lệch và/hoặc không đồng ý với phí bảo hiểm mới, FWD sẽ chấm dứt hiệu lực Hợp đồng và hoàn trả lại phần phí bảo hiểm trong thời gian còn lại chưa được bảo vệ, không có lãi.
Nếu phí bảo hiểm đã đóng cao hơn phí bảo hiểm tính theo tuổi và/hoặc giới tính đúng của Người được bảo hiểm	▪ Phí bảo hiểm sẽ được điều chỉnh theo tuổi, giới tính đúng của Người được bảo hiểm kể từ Ngày hiệu lực hợp đồng. ▪ FWD sẽ hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm phần phí bảo hiểm chênh lệch giữa phí bảo hiểm đã đóng và phí bảo hiểm tính theo tuổi và/hoặc giới tính đúng của Người được bảo hiểm.

 7. Điều chỉnh Hợp đồng bảo hiểm

Nếu theo tuổi và/hoặc giới tính đúng, Người được bảo hiểm không được FWD chấp nhận bảo hiểm	FWD sẽ chấm dứt hiệu lực Hợp đồng và hoàn trả cho Bên mua bảo hiểm toàn bộ phí bảo hiểm đã đóng của Sản phẩm này, không có lãi, sau khi trừ đi các khoản sau, nếu có: ▪ Chi phí kiểm tra sức khỏe; và ▪ Quyền lợi đã chi trả trước đó (nếu có).
--	--



8. Chấm dứt hiệu lực Hợp đồng

Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu chấm dứt hiệu lực Hợp đồng trước thời hạn vào bất kỳ lúc nào bằng cách gửi yêu cầu bằng văn bản hoặc bằng các hình thức ứng dụng điện tử do FWD cung cấp.

Ngày chấm dứt hiệu lực Hợp đồng là ngày FWD ghi trên Thư xác nhận chấm dứt Hợp đồng, và FWD sẽ không thực hiện hoàn lại khoản phí bảo hiểm đã đóng cho thời gian còn lại của Sản phẩm này.

Phụ lục: Định nghĩa

Các định nghĩa về Ung thư

ĐN-01

Ung thư giai đoạn đầu

Bao gồm: Ung thư biểu mô tại chỗ và Ung thư giai đoạn đầu của các cơ quan cụ thể như sau:

- (i). **Ung thư biểu mô tại chỗ:** là sự tăng sinh mới, khu trú và tự phát của các tế bào ung thư, chỉ giới hạn trong các tế bào nơi chúng phát sinh và chưa xâm lấn và/hoặc phá hủy các mô xung quanh. Xâm lấn được hiểu là sự thâm nhiễm và/hoặc phá hủy mô bình thường vượt ra ngoài màng đáy. Ung thư biểu mô tại chỗ của tuyến giáp không thuộc phạm vi chi trả của quyền lợi Ung thư biểu mô tại chỗ, mà sẽ được xem xét chi trả theo quyền lợi Ung thư tuyến giáp giai đoạn đầu.
- (ii). **Ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn đầu:** là ung thư tuyến tiền liệt được xác định mô bệnh học ở giai đoạn T1N0M0 (theo phân loại TNM).
- (iii). **Ung thư tuyến giáp giai đoạn đầu:** là ung thư tuyến giáp được xác định mô bệnh học theo 01 trong 02 hệ thống phân loại sau:
 - Theo hệ thống phân loại của Ủy ban Ung thư Hoa Kỳ - Phiên bản số 08 (AJCC - 8th edition): Ung thư tuyến giáp thuộc Giai đoạn I hoặc thấp hơn.
 - Theo hệ thống phân loại TNM:
 - Ung thư tuyến giáp thể biệt hóa (bao gồm thể nhú và/hoặc thể nang):
 - Trường hợp Người được bảo hiểm dưới 55 tuổi tại thời điểm chẩn đoán: Người được bảo hiểm được chẩn đoán Ung thư tuyến giáp thể biệt hóa không có dấu hiệu di căn xa dựa trên kết quả mô bệnh học (không thuộc giai đoạn M1).
 - Trường hợp Người được bảo hiểm từ 55 tuổi trở lên tại thời điểm chẩn đoán: Người được bảo hiểm được chẩn đoán Ung thư tuyến giáp thể biệt hóa có kết quả mô bệnh học thuộc giai đoạn T1N0M0/T1NxM0, hoặc T2N0M0/T2NxM0.
 - Ung thư tuyến giáp thể tủy: được chẩn đoán thuộc giai đoạn T1N0M0.
- (iv). **Ung thư bàng quang giai đoạn đầu:** là ung thư bàng quang được xác định mô bệnh học ở giai đoạn T1N0M0 (theo phân loại TNM) và ung thư biểu mô niệu mạc dạng nhú không xâm lấn của bàng quang (giai đoạn Ta).

ĐN-01 <i>Ung thư giai đoạn đầu</i>	(v). Bệnh bạch cầu lympho mạn tính giai đoạn đầu: là bệnh bạch cầu lympho mạn tính (CLL) ở giai đoạn RAI 1 hoặc 2. (vi). Ung thư hắc tố tại chỗ/Ung thư hắc tố giai đoạn đầu: là ung thư hắc tố tại chỗ, hoặc ung thư hắc tố xâm lấn có độ dày Breslow dưới 1.5mm hoặc dưới mức Clark độ 3. (vii). Ung thư buồng trứng giai đoạn đầu: là ung thư buồng trứng được xác định ở giai đoạn FIGO 1a/1b. (viii). Ung thư da không hắc tố: không phân biệt giai đoạn. Việc chẩn đoán Ung thư giai đoạn đầu nêu trên bắt buộc phải được hỗ trợ bởi báo cáo mô bệnh học (dựa trên việc kiểm tra vi thể mẫu mô đã được cố định). Theo định nghĩa trên, các trường hợp sau sẽ không được bảo hiểm: ▪ Tất cả các khối u được phân loại mô bệnh học thuộc bất kỳ loại nào sau đây: ▪ Lành tính; ▪ Loạn sản; ▪ Tiền ác tính; có ranh giới ác tính; hoặc có tiềm năng ác tính thấp; ▪ Khối u tân sinh có hành vi không chắc chắn hoặc chưa xác định; ▪ Loạn sản cổ tử cung CIN-1, CIN-2 và CIN-3 và các tổn thương biểu mô vảy cấp mức độ thấp và mức độ cao, trừ khi được chẩn đoán rõ ràng là Ung thư biểu mô tại chỗ; ▪ Khối u tân sinh nội biểu mô tuyến tiền liệt (PIN); ▪ Khối u tân sinh nội biểu mô âm hộ (VIN); ▪ Tất cả các trường hợp bệnh bạch cầu lympho mạn tính (CLL) giai đoạn RAI 0 hoặc thấp hơn; ▪ Tất cả các khối u thần kinh nội tiết tuyến yên (PitNET); ▪ Tất cả các khối u phát sinh đi kèm với sự hiện diện của việc nhiễm HIV/AIDS.
ĐN-02 <i>Ung thư giai đoạn sau</i>	Là bất kỳ khối u ác tính nào được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học, đặc trưng bởi sự phát triển tăng sinh không kiểm soát của các tế bào ác tính và sự xâm lấn mô. Thuật ngữ khối u ác tính bao gồm bệnh bạch cầu, u lympho và sarcoma.

ĐN-02

***Ung thư giai
đoạn sau***

Theo định nghĩa trên, các trường hợp sau sẽ không được bảo hiểm:

- Tất cả các loại ung thư được phân loại mô học là tiền ác tính, không xâm lấn; Ung thư biểu mô tại chỗ; có ranh giới ác tính; hoặc có tiềm năng ác tính thấp;
- Tất cả các ung thư được định nghĩa là “Ung thư giai đoạn đầu” theo quy định Sản phẩm này;
- Tất cả các khối u phát sinh đi kèm với sự hiện diện của việc nhiễm HIV/AIDS.

Các định nghĩa về Điều trị ung thư

ĐN-03 Chi phí thực tế	Là các chi phí phát sinh khi Người được bảo hiểm, Người thân, Người đi cùng thực hiện việc khám, điều trị, Đi lại và Lưu trú theo quyền lợi bảo hiểm thuộc Nhóm B – Quyền lợi Hỗ trợ điều trị và Nhóm C – Quyền lợi Đi lại và Lưu trú.
ĐN-04 Chi phí y tế thực tế	Là các chi phí điều trị Cần thiết và hợp lý về mặt y tế theo chỉ định của Bác sĩ điều trị và phát sinh khi Người được bảo hiểm được chẩn đoán, điều trị Ung thư giai đoạn đầu và/hoặc Ung thư giai đoạn sau tại Cơ sở y tế hoặc Phòng khám (không bao gồm các chi phí được bảo hiểm y tế của Nhà nước hoặc các chương trình bảo hiểm khác chi trả).
ĐN-05 Cơ quan y tế có thẩm quyền	Là Cơ quan y tế có thẩm quyền tại Việt Nam và/hoặc các quốc gia/khu vực sau: ▪ Mỹ: Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA); ▪ Châu Âu: Cơ quan Y tế Châu Âu (EMA); ▪ Canada: Bộ Y tế Canada (Health Canada); ▪ Úc: Cục Quản lý Dược phẩm và Thiết bị y tế (TGA); ▪ Thụy Sĩ: Cơ quan Quản lý Sản phẩm Y tế Thụy Sĩ (Swissmedic); ▪ Vương quốc Anh: Cơ quan Quản lý thuốc và sản phẩm chăm sóc sức khỏe (MHRA); ▪ Nhật Bản: Cơ quan Dược phẩm và Thiết bị Y tế (PMDA) và Bộ Y tế, Lao động và Phúc lợi Nhật Bản (MHLW); ▪ Singapore: Bộ Y tế Singapore; ▪ Thái Lan: Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Thái Lan (Thai FDA), thuộc Bộ Y tế Thái Lan (MOPH); ▪ Malaysia: Cơ quan Quản lý Dược phẩm Quốc gia (NPRA), thuộc Bộ Y tế Malaysia (MOH).
ĐN-06 Cần thiết và hợp lý về mặt y tế	Là dịch vụ y tế hoặc điều trị y tế: ▪ Phù hợp với chẩn đoán và điều trị y tế thông thường đối với Ung thư giai đoạn đầu và/hoặc Ung thư giai đoạn sau; ▪ Phù hợp với các tiêu chuẩn theo đúng thông lệ y tế, phù hợp với các tiêu chuẩn hiện hành về chăm sóc y tế chuyên nghiệp, và các phúc lợi y tế đã được chứng minh; ▪ Không vì lợi ích hay mong muốn cá nhân của Người được bảo hiểm hoặc Bác sĩ; ▪ Không có tính chất thử nghiệm, tầm soát hoặc nghiên cứu, hoặc phòng ngừa, hoặc liên quan đến các biện pháp y tế chưa được chứng minh và chưa được sự chấp thuận, phê duyệt của Cơ quan y tế có thẩm quyền;

	Chi phí y tế hợp lý, không vượt quá mức chi phí chung do các cơ sở y tế, đơn vị cung cấp dịch vụ khác có cùng tiêu chuẩn tại địa phương khi cung cấp việc điều trị, dịch vụ tương đương.
ĐN-07 <i>Lần điều trị ung thư</i>	Là một lần Người được bảo hiểm thực hiện Điều trị ung thư đối với Ung thư giai đoạn đầu và/hoặc Ung thư giai đoạn sau và các biến chứng phát sinh từ bệnh ung thư đó (nếu có).
ĐN-08 <i>Liệu pháp hormone bổ trợ</i>	Là liệu pháp hormone được Bác sĩ chỉ định sau khi hoàn tất Điều trị ung thư ban đầu.
ĐN-09 <i>Phẫu thuật và Phẫu thuật tái tạo</i>	Phẫu thuật: là phẫu thuật, thủ thuật trên cơ thể Người được bảo hiểm để điều trị bệnh hoặc tổn thương. Phẫu thuật cần được thực hiện bởi Bác sĩ và trong phòng Phẫu thuật của Cơ sở y tế. Giấy chứng nhận Phẫu thuật, giấy chứng nhận thủ thuật, hoặc các giấy tờ khác có giá trị tương đương được FWD chấp thuận là bằng chứng chứng minh cho việc Phẫu thuật. Phẫu thuật tái tạo: là thủ thuật, phẫu thuật được thực hiện nhằm phục hồi cấu trúc hoặc chức năng cơ thể đã bị suy giảm hoặc thay đổi trực tiếp do ung thư, các biến chứng liên quan đến ung thư, hoặc việc Điều trị ung thư. Các thủ thuật, phẫu thuật được thực hiện chỉ nhằm mục đích thẩm mỹ hoặc làm đẹp mà không phải điều trị Cần thiết và hợp lý về mặt y tế và không liên quan đến ung thư hoặc việc Điều trị ung thư sẽ không thuộc phạm vi chi trả.
ĐN-10 <i>Thời gian chờ</i>	Là khoảng thời gian mà nếu việc chẩn đoán và/hoặc điều trị ung thư của Người được bảo hiểm xảy ra trong khoảng thời gian này, FWD sẽ không chi trả các quyền lợi bảo hiểm được liệt kê trong Quy tắc, điều khoản này. Thời gian chờ đối với Sản phẩm này là 90 ngày, tính kể từ 1 trong 2 ngày được liệt kê dưới đây, tùy ngày nào đến sau: - Ngày hiệu lực hợp đồng; hoặc - Ngày Kế hoạch bảo hiểm và/hoặc Lựa chọn bảo hiểm mới có hiệu lực (chỉ áp dụng cho phần tăng thêm trong trường hợp tăng Kế hoạch bảo hiểm/thay đổi từ Lựa chọn An tâm điều trị sang Lựa chọn An tâm toàn diện).
ĐN-11 <i>Thuốc kê đơn</i>	Là thuốc do Bác sĩ điều trị kê đơn để điều trị Ung thư giai đoạn đầu và/hoặc Ung thư giai đoạn sau. Thuốc kê đơn phải được liệt kê trong danh mục thuốc đã đăng ký và được phê duyệt bởi Cơ quan y tế có thẩm quyền.

ĐN-12 <i>Tình trạng tồn tại trước</i>	- Bất kỳ triệu chứng, dấu hiệu bất thường và là nguyên nhân dẫn đến việc khám và/hoặc điều trị của Người được bảo hiểm, khởi phát trong vòng 36 tháng trước Ngày hiệu lực hợp đồng, mà nếu biết được FWD đã không chấp thuận bảo hiểm hoặc chấp thuận bảo hiểm có điều kiện. - Tình trạng bệnh hoặc tổn thương của Người được bảo hiểm đã được khám, xét nghiệm, chẩn đoán, điều trị, phẫu thuật trước Ngày hiệu lực hợp đồng. Việc xác định Tình trạng tồn tại trước sẽ căn cứ vào hồ sơ y tế được lưu trữ tại Cơ sở y tế hoặc Phòng khám được thành lập hợp pháp, các tài liệu y khoa được Bộ Y tế và các cơ quan có thẩm quyền ban hành, hoặc các thông tin do Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm tự kê khai trong Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm hoặc các phiếu kê khai thông tin hoặc bảng kê khai sức khỏe.
ĐN-13 <i>Xét nghiệm và kỹ thuật chẩn đoán</i>	Là các xét nghiệm cận lâm sàng thỏa điều kiện Cần thiết và hợp lý về mặt y tế để chẩn đoán xác định Ung thư giai đoạn đầu và/hoặc Ung thư giai đoạn sau, bao gồm: - Xét nghiệm trong phòng thí nghiệm; - Xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh; - Xét nghiệm tế bào học chọc hút bằng kim nhỏ (FNAC); - Sinh thiết mô bệnh học hoặc tế bào học; - Xét nghiệm di truyền nhằm hỗ trợ xác định phương pháp điều trị phù hợp; - Các thăm dò y khoa khác.
ĐN-14 <i>Y học chính xác</i>	Là phương pháp Điều trị ung thư được cá thể hóa dựa trên các yếu tố riêng của từng cá nhân như di truyền, dấu ấn sinh học, thông tin phân tử và các yếu tố liên quan khác, nhằm lựa chọn, điều chỉnh hoặc theo dõi Điều trị ung thư, bao gồm nhưng không giới hạn trong: - Liệu pháp nhắm trúng đích; - Liệu pháp miễn dịch; - Các phương pháp điều trị khác phù hợp với đặc điểm của khối u. Phương pháp điều trị được lựa chọn phải được hỗ trợ bởi các hướng dẫn lâm sàng được công nhận và/hoặc các bằng chứng y khoa và khoa học vững chắc.

Các định nghĩa về Đi lại và Lưu trú

ĐN-15 <i>Hồi hương y tế</i>	Là dịch vụ sắp xếp đưa thi thể hoặc hài cốt của Người được bảo hiểm đã tử vong trong quá trình điều trị ở nước ngoài về Việt Nam.
ĐN-16 <i>Người đi cùng</i>	Là người đi theo chăm sóc Người được bảo hiểm, cùng di chuyển và/hoặc lưu trú với Người được bảo hiểm trong thời gian điều trị.
ĐN-17 <i>Phương tiện giao thông công cộng</i>	Là các phương tiện vận chuyển dành cho các hành khách có mua vé hoạt động với lịch trình thường xuyên, theo những tuyến đường đã được xác lập như: xe buýt, ô tô chở khách tuyến cố định, tàu hỏa chở khách (gồm cả phương tiện đường sắt đô thị), tàu thủy chở khách, phà chở khách, tàu điện, và được vận hành bởi các đơn vị được cấp giấy phép kinh doanh vận tải hành khách hợp pháp.
ĐN-18 <i>Tỉnh/Thành phố đăng ký cư trú</i>	Là đơn vị hành chính cấp tỉnh tương ứng với nơi đăng ký thường trú hoặc tạm trú của Người được bảo hiểm với cơ quan nhà nước (kèm theo các tài liệu liên quan để chứng minh), theo sự công nhận của cơ quan có thẩm quyền tại từng thời điểm.

Các định nghĩa khác

ĐN-19 Bác sĩ	Là người có bằng cấp chuyên môn y khoa, được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc thừa nhận được thực hành nghề y và/hoặc Phẫu thuật hợp pháp trong phạm vi giấy phép theo pháp luật của quốc gia nơi Người được bảo hiểm tiến hành việc khám và/hoặc điều trị. Bác sĩ phải đang làm việc tại một Cơ sở y tế hoặc Phòng khám. Bác sĩ chuyên khoa là: Bác sĩ được đào tạo và công nhận chuyên môn trong một chuyên khoa y tế cụ thể theo quy định của pháp luật nơi Bác sĩ hành nghề, được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc thừa nhận được hành nghề y theo pháp luật của quốc gia nơi Người được bảo hiểm tiến hành việc khám và/hoặc điều trị. Bác sĩ chuyên khoa ung bướu là: Bác sĩ đã hoàn tất chương trình đào tạo chuyên khoa ung bướu, chuyên về chẩn đoán, quản lý và điều trị ung thư, được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc thừa nhận được hành nghề y theo pháp luật của quốc gia nơi Người được bảo hiểm tiến hành việc khám và/hoặc điều trị. Bác sĩ chuyên khoa huyết học là: Bác sĩ có chuyên môn trong lĩnh vực huyết học hoặc huyết học – ung bướu, bao gồm chẩn đoán, điều trị và theo dõi các bệnh lý về máu, cơ quan tạo máu và hệ bạch huyết, được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc thừa nhận được hành nghề y theo pháp luật của quốc gia nơi Người được bảo hiểm tiến hành việc khám và/hoặc điều trị. Bác sĩ, Bác sĩ chuyên khoa, Bác sĩ chuyên khoa ung bướu và Bác sĩ chuyên khoa huyết học không được đồng thời là: ▪ Bên mua bảo hiểm, hoặc Người được bảo hiểm, hoặc Người thụ hưởng; hoặc ▪ Người có liên quan với Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm (bao gồm: cha đẻ, mẹ đẻ, cha nuôi, mẹ nuôi, cha vợ, mẹ vợ, cha chồng, mẹ chồng, vợ, chồng, con đẻ, con nuôi, con dâu, con rể, anh/chị/em) trừ trường hợp những người này làm nhiệm vụ theo sự phân công của cấp có thẩm quyền.
ĐN-20 Cơ sở y tế	Là tổ chức được thành lập và hoạt động theo pháp luật Việt Nam hoặc theo pháp luật của quốc gia nơi Người được bảo hiểm tiến hành việc khám và/hoặc điều trị, có giấy phép hoạt động và đáp ứng các điều kiện sau: ▪ Hoạt động dưới sự giám sát của Bác sĩ và cung cấp dịch vụ chăm sóc điều dưỡng bởi điều dưỡng viên đã đăng ký hành nghề; và ▪ Có đầy đủ năng lực và phương tiện để thực hiện Phẫu thuật y khoa và Điều trị nội trú; và ▪ Lưu trữ đầy đủ hồ sơ y tế và hồ sơ bệnh nhân theo tiêu chuẩn do cơ quan có thẩm quyền quy định.

	Cơ sở y tế không bao gồm: Phòng khám, cơ sở thẩm mỹ, spa, cơ sở massage, cơ sở xông hơi và các trung tâm y tế dự phòng. Đối với các Cơ sở y tế là “bệnh viện” hoặc “trung tâm y tế” tại Việt Nam, phải có con dấu hợp pháp theo quy định hiện hành về con dấu, và trên con dấu phải có từ “bệnh viện” hoặc “trung tâm y tế”. Đối với Cơ sở y tế ngoài lãnh thổ Việt Nam, tình trạng pháp lý của cơ sở đó phải được thể hiện bằng ngôn ngữ của quốc gia/vùng lãnh thổ tương ứng và được hiểu tương đương với “bệnh viện” theo tiếng Việt.
ĐN-21 <i>Điều trị nội trú</i>	Là việc Người được bảo hiểm được điều trị tại một Cơ sở y tế theo thủ tục nhập viện và lưu lại bệnh viện qua thời điểm 00:00 (nửa đêm) theo múi giờ địa phương của quốc gia/tỉnh/thành phố nơi thực hiện điều trị.
ĐN-22 <i>Đối tác cung cấp dịch vụ</i>	Là đối tác do FWD chỉ định để cung cấp các dịch vụ tương ứng cho quyền lợi bảo hiểm sau: ▪ Chi phí ý kiến y tế thứ hai thuộc Nhóm B – Quyền lợi Hỗ trợ điều trị; và ▪ Nhóm C - Quyền lợi Đi lại và Lưu trú; và ▪ Các dịch vụ thuộc nhóm Nhóm E – Dịch vụ Đồng hành y tế.
ĐN-23 <i>Phòng chăm sóc đặc biệt (ICU)</i>	Là một phòng/khoa/bộ phận của Cơ sở y tế, không phải là phòng hồi sức sau Phẫu thuật và/hoặc phòng cấp cứu và: ▪ Được Cơ sở y tế thành lập nhằm mục đích cung cấp chương trình chăm sóc đặc biệt và điều trị tích cực 24/24 giờ; và ▪ Được dành riêng cho những bệnh nhân bị Bệnh nặng đòi hỏi sự theo dõi giám sát liên tục theo chỉ định của Bác sĩ; và ▪ Được trang bị tất cả các thiết bị hỗ trợ chức năng sống, thuốc và các phương tiện cấp cứu cần thiết tại chỗ để có thể can thiệp ngay.
ĐN-24 <i>Phòng khám</i>	Là một cơ sở khám chữa bệnh được thành lập và hoạt động hợp pháp theo luật pháp của quốc gia tại nơi Phòng khám này đặt cơ sở, hoạt động với mục đích chủ yếu là khám và điều trị y tế mà không có chức năng Điều trị nội trú. Trong phạm vi lãnh thổ Việt Nam, tư cách pháp lý của Phòng khám phải được thể hiện bằng chữ “Phòng khám” trên con dấu chính thức.

Hãy liên lạc với chúng tôi ngay hôm nay để được tư vấn.

Trụ sở chính

Tòa nhà Diamond Plaza, 34 Lê Duẩn,
Phường Sài Gòn, Thành phố Hồ Chí Minh

Tel: (84-28) 6256 3688

Email: customerconnect.vn@fwd.com

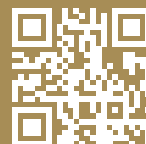
Chi nhánh

Toà nhà VCCI, số 9 Đào Duy Anh,
Phường Kim Liên, TP.Hà Nội

Tel: (84-24) 3938 6757



Hotline
1800 96 96 90



Quét mã QR
để truy cập website