

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN
BẢO HIỂM SỨC KHỎE – CHI TRẢ CHI PHÍ Y TẾ THỰC TẾ 2025
(BẢO HIỂM – SỐNG CHẤT 2.0)

(Sản phẩm được phê chuẩn theo Công văn số 8158/BTC-QLBH ngày 11/06/2025.
Quy tắc, Điều khoản được ban hành theo Quyết định số 178/2025/SLV-A&P ngày
11/06/2025 của Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ Sun Life Việt Nam)

Mục lục

ĐIỀU 1: LỰA CHỌN KẾ HOẠCH BẢO HIỂM, QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	2
ĐIỀU 2: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	3
ĐIỀU 3: ĐIỀU KHOẢN LOẠI TRỪ.....	10
CHƯƠNG II: THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	11
ĐIỀU 4: THỨ TỰ ƯU TIÊN NHẬN QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	11
ĐIỀU 5: THỜI HẠN NỘP YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM.....	12
ĐIỀU 6: HỒ SƠ YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	12
ĐIỀU 7: NGHĨA VỤ GIẢI THÍCH CỦA CÔNG TY TRONG TRƯỜNG HỢP TỪ CHỐI GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	13
ĐIỀU 8: THỜI GIAN GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM VÀ HÌNH THỨC CHI TRẢ	13
CHƯƠNG III: QUY ĐỊNH VỀ THỜI HẠN BẢO HIỂM VÀ PHÍ BẢO HIỂM	14
ĐIỀU 9: THỜI HẠN BẢO HIỂM	14
ĐIỀU 10: PHÍ BẢO HIỂM.....	14
ĐIỀU 11: THỜI GIAN GIA HẠN ĐÓNG PHÍ	15
ĐIỀU 12: MẤT HIỆU LỰC VÀ KHÔI PHỤC HIỆU LỰC SẢN PHẨM	15
CHƯƠNG IV: QUYỀN CỦA BÊN MUA BẢO HIỂM	15
ĐIỀU 13: THAY ĐỔI KẾ HOẠCH BẢO HIỂM, QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	15
CHƯƠNG V: CÁC QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA CÔNG TY	17
ĐIỀU 14: QUYỀN CỦA CÔNG TY	17
ĐIỀU 15: NGHĨA VỤ CỦA CÔNG TY	17
CHƯƠNG VI: NHỮNG ĐIỀU KHOẢN CHUNG	18
ĐIỀU 16: CHẤP THUẬN BẢO HIỂM CÓ ĐIỀU KIỆN.....	18
ĐIỀU 17: NHẦM LẤN KHI KÊ KHAI TUỔI	19
ĐIỀU 18: THÔNG BÁO CÁC THAY ĐỔI THÔNG TIN/NGHỀ NGHIỆP/NƠI CƯ TRÚ/RA KHỎI HOẶC TRỞ VỀ VIỆT NAM.....	19
ĐIỀU 19: TÌM HIỂU, KÊ KHAI VÀ CUNG CẤP THÔNG TIN	20
ĐIỀU 20: CHẤM DỨT HIỆU LỰC SẢN PHẨM.....	22
ĐIỀU 21: LUẬT ÁP DỤNG VÀ GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP	22
CHƯƠNG VII: ĐỊNH NGHĨA	23
ĐIỀU 22: CÁC ĐỐI TƯỢNG TRONG HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM.....	23
ĐIỀU 23: ĐỊNH NGHĨA KHÁC	23

CHƯƠNG I: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

ĐIỀU 1: LỰA CHỌN KẾ HOẠCH BẢO HIỂM, QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Tại thời điểm tham gia Sản phẩm này, Bên mua bảo hiểm có thể lựa chọn kế hoạch bảo hiểm và quyền lợi bảo hiểm cho mỗi Người được bảo hiểm như mô tả trong Bảng 1, cụ thể như sau:

- Quyền lợi điều trị nội trú là quyền lợi mặc định;
- Bên mua bảo hiểm có thể lựa chọn thêm Quyền lợi điều trị ngoại trú/Quyền lợi điều trị nha khoa/Quyền lợi chăm sóc thai sản. Quyền lợi điều trị nha khoa/Quyền lợi chăm sóc thai sản chỉ có thể được lựa chọn nếu có tham gia Quyền lợi điều trị ngoại trú;
- Bên mua bảo hiểm có thể chọn 1 trong 5 kế hoạch bảo hiểm cho từng quyền lợi bảo hiểm. Quy định về lựa chọn kế hoạch bảo hiểm của mỗi quyền lợi bảo hiểm như sau:
 - Tại thời điểm tham gia Sản phẩm này: Kế hoạch bảo hiểm của Quyền lợi điều trị ngoại trú/Quyền lợi điều trị nha khoa được lựa chọn có thể thấp hơn/bằng/cao hơn kế hoạch bảo hiểm của Quyền lợi điều trị nội trú. Kế hoạch bảo hiểm của Quyền lợi chăm sóc thai sản được lựa chọn không được cao hơn kế hoạch bảo hiểm của Quyền lợi điều trị nội trú.
 - Sau thời điểm tham gia Sản phẩm này: Kế hoạch bảo hiểm của Quyền lợi điều trị ngoại trú/Quyền lợi điều trị nha khoa/Quyền lợi chăm sóc thai sản được lựa chọn không được cao hơn kế hoạch bảo hiểm hiện tại của Quyền lợi điều trị nội trú.

Bảng 1: Kế hoạch bảo hiểm và quyền lợi bảo hiểm

Đơn vị: Đồng

Kế hoạch bảo hiểm	Nước	Đất	Mây	Sao	Trăng
Phạm vi địa lý được bảo hiểm	Việt Nam	Việt Nam	Châu Á	Toàn cầu (trừ Mỹ)	Toàn cầu
Số tiền bảo hiểm					
Quyền lợi điều trị nội trú	120 triệu	300 triệu	500 triệu	1 tỷ	3 tỷ
Quyền lợi điều trị ngoại trú	5 triệu	12 triệu	20 triệu	40 triệu	120 triệu
Quyền lợi điều trị nha khoa	2 triệu	4 triệu	10 triệu	15 triệu	30 triệu
Quyền lợi chăm sóc thai sản	15 triệu	25 triệu	35 triệu	50 triệu	120 triệu

ĐIỀU 2: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Trong thời gian Sản phẩm này có hiệu lực, ngoại trừ các trường hợp quy định tại Điều 3 của Quy tắc và Điều khoản Sản phẩm này, Công ty sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế theo mức Công ty chi trả tối đa và trừ Khoản nợ (nếu có).

2.1. Quyền lợi điều trị nội trú

Trong mọi trường hợp, tổng số tiền thanh toán cho Quyền lợi điều trị nội trú không vượt quá Số tiền bảo hiểm và tổng số tiền thanh toán cho mỗi hạng mục trong Quyền lợi điều trị nội trú không vượt quá Hạn mức như quy định ở Bảng 2.

Bảng 2: Chi tiết Quyền lợi điều trị nội trú

Đơn vị: Đồng

Kế hoạch bảo hiểm		Nước	Đất	Mây	Sao	Trăng
Phạm vi địa lý được bảo hiểm		Việt Nam	Việt Nam	Châu Á	Toàn cầu (trừ Mỹ)	Toàn cầu
Số tiền bảo hiểm		120 triệu	300 triệu	500 triệu	1 tỷ	3 tỷ
1. Mức Công ty chi trả		100% Chi phí y tế thực tế và theo Hạn mức tại mục 2				
2. Các loại Chi phí y tế thực tế được chi trả		Theo Hạn mức như sau				
2.1. Viện phí và các Chi phí y tế/Đợt điều trị (bao gồm các hạng mục từ 2.1.1 đến 2.1.9)						
- Không có phẫu thuật		30 triệu	75 triệu	150 triệu	300 triệu	Theo Chi phí y tế thực tế
- Có phẫu thuật		60 triệu	150 triệu	300 triệu	600 triệu	
2.1.1. Phòng và giường/ ngày	Điều trị trong nước	750 nghìn	1,5 triệu	3 triệu	5 triệu	15 triệu
	Điều trị ở nước ngoài	Không áp dụng	Không áp dụng			Theo Chi phí y tế thực tế
			Tối đa 60 ngày/Năm hợp đồng		Không giới hạn	
2.1.2. Phòng và giường cho 1 người		300 nghìn	750 nghìn	1,25 triệu	2,5 triệu	7,5 triệu

Kế hoạch bảo hiểm	Nước	Đất	Mây	Sao	Trăng
thân/ngày (áp dụng đối với Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi hoặc trên 60 tuổi)	Tối đa 10 ngày/Năm hợp đồng				
2.1.3. Dịch vụ chăm sóc y tế tại nhà sau khi xuất viện/ngày	100 nghìn	250 nghìn	500 nghìn	800 nghìn	2,5 triệu
	Tối đa 30 ngày/Năm hợp đồng				
2.1.4. Chi phí Khoa chăm sóc đặc biệt/ngày	Theo Chi phí y tế thực tế				
	Tối đa 30 ngày/Năm hợp đồng		Không giới hạn		
2.1.5. Chi phí phẫu thuật/Đợt điều trị	Theo Chi phí y tế thực tế				
2.1.6. Điều trị trước khi nhập viện					
2.1.7. Điều trị sau khi xuất viện					
2.1.8. Phí khám bệnh của Bác sĩ/Bác sĩ chuyên khoa					
2.1.9. Chi phí y tế nội trú khác/Đợt điều trị					
2.2. Các điều trị đặc biệt					
2.2.1. Cấy ghép nội tạng/Năm hợp đồng					
- Cho người được ghép tạng	Theo Chi phí y tế thực tế				
- Cho người hiến tạng	50% Chi phí phẫu thuật				
2.2.2. Điều trị Ung thư, Đột quy, Nhồi máu cơ tim/Năm hợp đồng	Theo Chi phí y tế thực tế				
2.2.3. Lọc thận/Năm hợp đồng	12 triệu	30 triệu	50 triệu	100 triệu	Theo Chi phí y tế thực tế
2.3. Điều trị cấp cứu do Tai nạn					
2.3.1. Điều trị cấp cứu (bao gồm Điều trị cấp cứu tổn thương răng do Tai nạn)/Tai nạn	2,4 triệu	6 triệu	10 triệu	20 triệu	Theo Chi phí y tế thực tế

Kế hoạch bảo hiểm	Nước	Đất	Mây	Sao	Trăng
2.4. Quyền lợi khác					
2.4.1. Vận chuyển cấp cứu/Năm hợp đồng	1,2 triệu	3 triệu	5 triệu	10 triệu	Theo Chi phí y tế thực tế
2.4.2. Phẫu thuật/Điều trị trong ngày cho mỗi Đợt điều trị	Theo Chi phí y tế thực tế				

2.2. Quyền lợi điều trị ngoại trú

Quyền lợi chỉ áp dụng cho Người được bảo hiểm có tham gia Quyền lợi điều trị ngoại trú.

Trong mọi trường hợp, tổng số tiền thanh toán cho Quyền lợi điều trị ngoại trú không vượt quá Số tiền bảo hiểm và tổng số tiền thanh toán cho mỗi hạng mục trong Quyền lợi điều trị ngoại trú không vượt quá Hạn mức như quy định ở Bảng 3.

Bảng 3: Chi tiết Quyền lợi điều trị ngoại trú

Đơn vị: Đồng

Kế hoạch bảo hiểm	Nước	Đất	Mây	Sao	Trăng
Phạm vi địa lý được bảo hiểm	Việt Nam	Việt Nam	Châu Á	Toàn cầu (trừ Mỹ)	Toàn cầu
Số tiền bảo hiểm	5 triệu	12 triệu	20 triệu	40 triệu	120 triệu
1. Mức Công ty chi trả: % Chi phí y tế thực tế và theo Hạn mức tại mục 2					
1.1. Ngoài Hệ thống bảo lãnh viện phí	80%				90%
1.2. Trong Hệ thống bảo lãnh viện phí	90%				100%
1.3. Khám/điều trị tại Bệnh viện công hoặc đã được chi trả bởi bảo hiểm y tế hoặc công ty bảo hiểm khác	100% Chi phí y tế thực tế còn lại sau khi trừ số tiền đã được thanh toán bởi bảo hiểm y tế hoặc các công ty bảo hiểm khác và theo Hạn mức tại mục 2				
2. Các loại Chi phí y tế thực tế/Lần thăm khám	Theo Hạn mức như sau				

Kế hoạch bảo hiểm	Nước	Đất	Mây	Sao	Trăng
2.1. Chi phí thăm khám, Vật lý trị liệu, Thuốc kê toa, chi phí xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh	500 nghìn	1,2 triệu	2 triệu	4 triệu	12 triệu
2.2. Y học thay thế	250 nghìn	600 nghìn	1 triệu	2 triệu	6 triệu

2.3. Quyền lợi điều trị nha khoa

Quyền lợi chỉ áp dụng cho Người được bảo hiểm có tham gia Quyền lợi điều trị nha khoa.

Trong mọi trường hợp, tổng số tiền thanh toán cho Quyền lợi điều trị nha khoa không vượt quá Số tiền bảo hiểm và tổng số tiền thanh toán cho mỗi hạng mục trong Quyền lợi điều trị nha khoa không vượt quá Hạn mức như quy định ở Bảng 4.

Bảng 4: Chi tiết Quyền lợi điều trị nha khoa

Đơn vị: Đồng

Kế hoạch bảo hiểm	Nước	Đất	Mây	Sao	Trăng
Phạm vi địa lý được bảo hiểm	Việt Nam	Việt Nam	Châu Á	Toàn cầu (trừ Mỹ)	Toàn cầu
Số tiền bảo hiểm	2 triệu	4 triệu	10 triệu	15 triệu	30 triệu
1. Mức Công ty chi trả: % Chi phí y tế thực tế và theo Hạn mức tại mục 2					
1.1. Ngoài Hệ thống bảo lãnh viện phí	80%				90%
1.2. Trong Hệ thống bảo lãnh viện phí	90%				100%
1.3. Khám/điều trị tại Bệnh viện công hoặc đã được chi trả bởi bảo hiểm y tế hoặc công ty bảo hiểm khác	100% Chi phí y tế thực tế còn lại sau khi trừ số tiền đã được thanh toán bởi bảo hiểm y tế hoặc các công ty bảo hiểm khác và theo Hạn mức tại mục 2				
2. Các loại Chi phí y tế thực tế	Theo Hạn mức như sau				
2.1. Cạo vôi răng/Năm hợp đồng (tối đa 2 lần)	1 triệu	2 triệu	3 triệu	5 triệu	10 triệu
2.2. Chi phí điều trị nha khoa (bao gồm	Theo Chi phí y tế thực tế				

Kế hoạch bảo hiểm	Nước	Đất	Mây	Sao	Trăng
chi phí xét nghiệm, chẩn đoán và thuốc) phát sinh trong các điều trị sau: - Viêm nướu - Nhổ răng sâu (không phẫu thuật) - Trám răng bằng chất liệu thông thường (amalgam, composite, GIC, fuji hoặc tương đương) - Chữa tủy răng - Chụp X-quang theo chỉ định của Bác sĩ/Bác sĩ chuyên khoa - Cắt mô cứng của răng, cắt cuống răng - Răng giả, mão răng (không bao gồm trồng răng)					

2.4. Quyền lợi chăm sóc thai sản

Quyền lợi chỉ áp dụng cho Người được bảo hiểm có lựa chọn tham gia Quyền lợi chăm sóc thai sản.

Trong mọi trường hợp, tổng số tiền thanh toán cho Quyền lợi chăm sóc thai sản không vượt quá Số tiền bảo hiểm và tổng số tiền thanh toán cho mỗi hạng mục trong Quyền lợi chăm sóc thai sản không vượt quá Hạn mức như quy định ở Bảng 5.

Bảng 5: Chi tiết Quyền lợi chăm sóc thai sản

Đơn vị: Đồng

Kế hoạch bảo hiểm	Nước	Đất	Mây	Sao	Trăng
Phạm vi địa lý được bảo hiểm	Việt Nam	Việt Nam	Châu Á	Toàn cầu (trừ Mỹ)	Toàn cầu
Số tiền bảo hiểm	15 triệu	25 triệu	35 triệu	50 triệu	120 triệu
1. Mức Công ty chi trả: % Chi phí y tế thực tế và theo Hạn mức tại mục 2					
1.1. Năm hợp đồng thứ 1, 2	80%	100%			
1.2. Năm hợp đồng thứ 3 trở đi	100%				
2. Các loại Chi phí y tế thực tế	Theo Hạn mức như sau				
2.1. Phòng và Giường/ngày	750 nghìn	1,5 triệu	3 triệu	5 triệu	15 triệu
	Tối đa 60 ngày/Năm hợp đồng				
2.2. Chi phí Khoa chăm sóc đặc biệt/ngày	Theo Chi phí y tế thực tế				
	Tối đa 30 ngày/Năm hợp đồng				
2.3. Khám thai/lần	500 nghìn	1 triệu	1,5 triệu	2 triệu	5 triệu
	Tối đa 8 lần/Năm hợp đồng				
2.4. Xét nghiệm chẩn đoán thai kì	Theo Chi phí y tế thực tế				
2.5. Chi phí chăm sóc trẻ sơ sinh (trong vòng 7 ngày kể từ ngày sinh)					
2.6. Điều trị Biến chứng thai sản					
2.7. Chi phí y tế khác					

2.5. Quyền lợi san sẻ yêu thương

Người được bảo hiểm được áp dụng Quyền lợi san sẻ yêu thương là Người được bảo hiểm thỏa 1 trong các mối quan hệ với Người được bảo hiểm của Hợp đồng Bảo hiểm mà Sản phẩm này bán kèm được liệt kê như sau: bản thân, vợ/chồng, con ruột hoặc con nuôi, cha/mẹ ruột hoặc cha/mẹ nuôi, anh/chị/em cùng cha/mẹ, anh/chị/em cùng cha khác mẹ, anh/chị/em cùng mẹ khác cha.

Quyền lợi san sẻ yêu thương áp dụng cho tất cả Người được bảo hiểm có tham gia cùng kế hoạch bảo hiểm của (i) Quyền lợi điều trị nội trú; hoặc (ii) Quyền lợi điều trị nội trú và Quyền lợi điều trị ngoại trú. Cụ thể quy định áp dụng như sau:

Nếu tất cả Người được bảo hiểm tham gia		Quyền lợi san sẻ yêu thương áp dụng cho
Quyền lợi điều trị nội trú	Quyền lợi điều trị ngoại trú	
Cùng kế hoạch bảo hiểm	Khác kế hoạch bảo hiểm	Quyền lợi điều trị nội trú
Cùng kế hoạch bảo hiểm	Cùng kế hoạch bảo hiểm	Quyền lợi điều trị nội trú và Quyền lợi điều trị ngoại trú

Quyền lợi:

Số tiền bảo hiểm của Quyền lợi san sẻ yêu thương cho mỗi Quyền lợi bằng Số tiền bảo hiểm của (các) Quyền lợi đó nhân với số lượng Người được bảo hiểm có tham gia.

Tại cuối mỗi Năm hợp đồng, nếu tổng số tiền thanh toán cho 1 Người được bảo hiểm thấp hơn Số tiền bảo hiểm của mỗi Quyền lợi của Người được bảo hiểm đó, phần chênh lệch này sẽ được dùng để thanh toán các Chi phí y tế thực tế phát sinh vượt quá Số tiền bảo hiểm của Quyền lợi tương ứng trong Năm hợp đồng đó cho các Người được bảo hiểm còn lại có Chi phí y tế thực tế phát sinh vượt quá Số tiền bảo hiểm của họ, nếu có.

Ghi chú:

- Trong mọi trường hợp, tổng số tiền thanh toán cho toàn bộ Người được bảo hiểm ở mỗi Quyền lợi không vượt quá Số tiền bảo hiểm của Quyền lợi san sẻ yêu thương cho Quyền lợi đó. Đồng thời, đối với các hạng mục có quy định Hạn mức, tổng số tiền thanh toán cho mỗi hạng mục trong mỗi Quyền lợi cho từng Người được bảo hiểm không vượt quá Hạn mức như quy định ở Quyền lợi điều trị nội trú (Bảng 2) và Quyền lợi điều trị ngoại trú (Bảng 3). Chi phí y tế thực tế nào phát sinh trước sẽ được ưu tiên thanh toán trước.
- Khi số lượng Người được bảo hiểm tham gia Sản phẩm này được tăng thêm và thỏa quy định trên, Quyền lợi san sẻ yêu thương sẽ tự động áp dụng cho Người được bảo hiểm mới và sẽ có hiệu lực vào Ngày kỷ niệm năm ngay sau khi Công ty chấp thuận.
- Công ty sẽ áp dụng Thời gian chờ đối với Người được bảo hiểm mới được bổ sung và đối với phần Số tiền bảo hiểm tăng thêm của Quyền lợi san sẻ yêu thương.
- Khi Quyền lợi san sẻ yêu thương đang được áp dụng, nếu Người được bảo hiểm thay đổi kế hoạch bảo hiểm/quyền lợi bảo hiểm thì Quyền lợi san sẻ yêu thương sẽ được điều chỉnh theo quy định tương ứng tại thời điểm thay đổi.

ĐIỀU 3: ĐIỀU KHOẢN LOẠI TRỪ

Công ty sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm như quy định tại Điều 2 của Quy tắc và Điều khoản Sản phẩm này nếu việc điều trị của Người được bảo hiểm có liên quan trực tiếp hay gián tiếp đến các trường hợp sau:

- (i) Việc điều trị y tế của Người được bảo hiểm xảy ra trong Thời gian chờ, trừ trường hợp do Tai nạn; hoặc
- (ii) Bệnh có sẵn; hoặc
- (iii) Bệnh bẩm sinh/Dị tật bẩm sinh; hoặc
- (iv) Tự tử hoặc tự gây Thương tật trong lúc tinh táo hay mất trí trong vòng 2 năm kể từ ngày nộp khoản phí bảo hiểm đầu tiên của Sản phẩm này, hoặc ngày khôi phục hiệu lực của Sản phẩm này gần nhất (nếu có). Thời hạn 2 năm sẽ được áp dụng lại trong trường hợp Bên mua bảo hiểm tham gia thêm quyền lợi bảo hiểm (áp dụng cho quyền lợi chọn thêm) và/hoặc yêu cầu tăng kế hoạch bảo hiểm (áp dụng cho phần tăng thêm); hoặc
- (v) Điều trị các Thương tật phát sinh từ hành vi phạm tội được quy định tại Bộ Luật Hình Sự của Việt Nam của bất kỳ Người được bảo hiểm và/hoặc Bên mua bảo hiểm; hoặc
- (vi) Chiến tranh (tuyên chiến hay không tuyên chiến) hoặc các hoạt động gây chiến, bao gồm hành động xâm lược, hành động của nước thù địch, nội chiến, nổi loạn, cách mạng, khởi nghĩa, đảo chính quân sự hoặc tiếm quyền; hoặc
- (vii) Điều trị nhiễm bức xạ hoặc phóng xạ; hoặc
- (viii) Điều trị các Thương tật phát sinh từ việc Người được bảo hiểm tham gia vào các hoạt động nguy hiểm bao gồm: lặn có bình dưỡng khí, nhảy bungee, nhảy dù, leo núi, đua ngựa hay đua trên các phương tiện có bánh xe; hoặc phát sinh từ việc Người được bảo hiểm tham gia các hoạt động thể thao chuyên nghiệp, ngoại trừ cờ vua và cờ tướng đối kháng; hoặc
- (ix) Bất kỳ phương pháp điều trị, xét nghiệm cận lâm sàng, thuốc hoặc vật tư y tế nào không liên quan đến chẩn đoán; và chẩn đoán không liên quan đến chấn thương hoặc bệnh tật; các chi phí không phục vụ trực tiếp cho mục đích khám, điều trị Bệnh; hoặc
- (x) Điều trị thử nghiệm, nghỉ dưỡng, phục hồi sức khỏe, điều trị phòng ngừa (tiêm chủng, vaccin, ngoại trừ vaccin bệnh dại cần thiết sau khi bị động vật tấn công hoặc chích ngừa uốn ván cần thiết sau khi bị Tai nạn hoặc bị Thương tật được chỉ định bởi Bác sĩ/Bác sĩ chuyên khoa); hoặc
- (xi) Điều trị các vấn đề về thẩm mỹ da và cơ thể (bao gồm cả mụn trứng cá, gàu); hoặc thiết bị chỉnh hình, thiết bị khắc phục, thiết bị trợ thính hoặc thị lực, nạng hoặc xe lăn; hoặc bất kỳ chi phí nào liên quan đến thiết bị, bộ phận cơ thể giả; hoặc
- (xii) Điều trị giảm cân hoặc tăng cân, chương trình kiểm soát cân nặng hoặc phẫu thuật giảm béo ngoại trừ điều trị cho các trường hợp béo phì bệnh lý có BMI >40; hoặc
- (xiii) Mua nội tạng để ghép tạng; hoặc
- (xiv) Điều trị liên quan đến bệnh phong; hoặc

- (xv) Điều trị các chứng nghiện rượu, nghiện thuốc lá, ma túy, chất kích thích hoặc các chất gây nghiện khác, hoặc ảnh hưởng của việc sử dụng thức uống có cồn trái với quy định của pháp luật hoặc bất kỳ loại thuốc, loại chất kích thích, chất gây nghiện, chất độc nào, trừ trường hợp theo chỉ định của Bác sĩ/Bác sĩ chuyên khoa; hoặc
- (xvi) Điều trị liên quan đến HIV/AIDS hoặc bệnh lây truyền qua đường tình dục, ngoại trừ trường hợp nhiễm HIV/AIDS do Tai nạn nghề nghiệp khi đang làm nhiệm vụ với tư cách là công an, nhân viên y tế; hoặc
- (xvii) Các tật khúc xạ hoặc bệnh lý của mắt bao gồm cận thị, viễn thị, loạn thị, lão thị (bao gồm cả dụng cụ trực quan, LASIK), rối loạn điều tiết, mờ mắt điều tiết, khô mắt, đục thủy tinh thể không do bệnh lý, bất kỳ phẫu thuật nào để hiệu chỉnh các khuyết tật thoái hóa thính giác và thị giác; hoặc
- (xviii) Điều trị bệnh tâm thần hoặc rối loạn tâm lý, trầm cảm, điều trị rối loạn giấc ngủ, chứng ngưng thở khi ngủ; hoặc
- (xix) Sa sút trí tuệ, Bệnh Alzheimer, Bệnh Parkinson, Bệnh thần kinh vận động có triệu chứng vĩnh viễn, Bệnh thoái hóa vỏ não – hạch nền, Suy giảm nhận thức; hoặc
- (xx) Các phương pháp điều trị không phải tây y bao gồm y học cổ truyền, phục hồi chức năng, vật lý trị liệu trừ khi:
 - Các phương pháp điều trị này là một phần cần thiết của lần Điều trị nội trú theo chỉ định của Bác sĩ chuyên khoa tại Khoa y học cổ truyền tại Cơ sở y tế; hoặc
 - Trường hợp có tham gia quyền lợi điều trị ngoại trú.
- (xxi) Các chi phí y tế liên quan đến nha khoa (ngoại trừ trường hợp tham gia quyền lợi điều trị nha khoa hoặc Điều trị cấp cứu tổn thương răng do Tai nạn); hoặc
- (xxii) Các chi phí khám và điều trị liên quan đến thai sản (ngoại trừ trường hợp có tham gia Quyền lợi chăm sóc thai sản); hoặc
- (xxiii) Điều trị liên quan đến nạo phá thai (trừ trường hợp theo chỉ định của Bác sĩ chuyên khoa), hiếm muộn, vô sinh, rối loạn chức năng tình dục, thụ tinh nhân tạo, phòng tránh thai, triệt sản.

CHƯƠNG II: THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

ĐIỀU 4: THỨ TỰ ƯU TIÊN NHẬN QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

4.1. Bên mua bảo hiểm là cá nhân

	Ưu tiên 1	Ưu tiên 2	Ưu tiên 3
Quyền lợi bảo hiểm	Bên mua bảo hiểm	Người thụ hưởng	Người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm

4.2. Bên mua bảo hiểm là tổ chức

	Ưu tiên 1	Ưu tiên 2	Ưu tiên 3
Quyền lợi bảo hiểm	Người được bảo hiểm	Người thụ hưởng	Người thừa kế hợp pháp của Người được bảo hiểm

Ghi chú:

- Thứ tự ưu tiên được áp dụng lần lượt khi đối tượng thuộc ưu tiên trước đó:
 - Không có; hoặc
 - Đã tử vong (nếu là cá nhân) trước hoặc tại thời điểm phát sinh quyền lợi.
- Đối với trường hợp Người thụ hưởng nhận quyền lợi, nếu có nhiều hơn một Người thụ hưởng, quyền lợi bảo hiểm sẽ được chi trả cho những Người thụ hưởng theo tỷ lệ đã được chỉ định và được Công ty chấp thuận. Nếu một Người thụ hưởng không còn sống, phần quyền lợi bảo hiểm của người này sẽ được chia theo tỷ lệ đã được chỉ định cho (những) Người thụ hưởng còn lại.

ĐIỀU 5: THỜI HẠN NỘP YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Đối với các trường hợp không sử dụng dịch vụ bảo lãnh viện phí, thời hạn nộp yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm tối đa là 1 năm kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm, thời gian 1 năm này không bao gồm thời gian trì hoãn do các trở ngại khách quan và sự kiện bất khả kháng.

Ghi chú: Bên yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm nên thông báo cho Công ty về sự kiện bảo hiểm trong thời gian sớm nhất kể từ khi bên yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm biết được sự kiện bảo hiểm và cung cấp các chứng từ theo quy định để giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

ĐIỀU 6: HỒ SƠ YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm đối với các trường hợp không sử dụng dịch vụ bảo lãnh viện phí:

1. Hồ sơ yêu cầu quyền lợi bảo hiểm trên cổng thông tin điện tử được điền đầy đủ, chính xác;
2. Thẻ căn cước hoặc Hộ chiếu của người nhận quyền lợi bảo hiểm;
Trong trường hợp Người được bảo hiểm điều trị y tế ngoài lãnh thổ Việt Nam: Bản sao hợp lệ đầy đủ các trang Hộ chiếu, bản sao hợp lệ Visa giấy hoặc/và bản sao hợp lệ Visa điện tử và vé máy bay đi và về Việt Nam.
3. Bảng chứng y tế, bao gồm các chứng từ liên quan đến việc điều trị:
 - Giấy ra viện, Bảng kê chi phí điều trị, Tóm tắt bệnh án;
 - Giấy chỉ định chăm sóc y tế tại nhà;
 - Giấy chứng nhận phẫu thuật (trong trường hợp Phẫu thuật);
 - Sơ đồ bông, chứng từ thực hiện việc ghép da;

- Kết quả khám, xét nghiệm, toa thuốc (có đầy đủ chẩn đoán, chữ ký, họ tên đầy đủ của Bác sĩ/Bác sĩ chuyên khoa và được đóng dấu của Cơ sở y tế nơi thực hiện tư vấn, khám hoặc điều trị);
 - Trong trường hợp Tai nạn, các chứng từ bản gốc/sao y bao gồm: Giấy phép lái xe; Biên bản tai nạn giao thông, báo cáo kết luận điều tra, được cơ quan có thẩm quyền cấp (nếu có); hoặc bản tường trình Tai nạn (nếu không có biên bản Tai nạn);
 - Trong trường hợp nhiễm HIV/AIDS do Tai nạn nghề nghiệp, bằng chứng chuyển đổi huyết thanh từ HIV âm tính sang HIV dương tính xảy ra trong vòng 180 ngày kể từ khi xảy ra Tai nạn. Bằng chứng này phải bao gồm xét nghiệm kháng thể HIV âm tính trong vòng 5 ngày kể từ khi xảy ra Tai nạn;
 - Trong trường hợp Phẫu thuật/Điều trị trong ngày: cần cung cấp giấy ra viện. Nếu không cung cấp được giấy ra viện thì điều trị sẽ được xem là điều trị ngoại trú;
 - Phiếu điều trị nha khoa trong đó có ghi rõ phương pháp điều trị chi tiết (đối với Quyền lợi điều trị nha khoa);
4. Bản gốc biên lai hoặc hóa đơn tài chính theo quy định của pháp luật. Nếu đã được công ty bảo hiểm khác hoặc bảo hiểm y tế chi trả một phần quyền lợi bảo hiểm, cần cung cấp bản sao các chứng từ y tế và hóa đơn có xác nhận từ công ty bảo hiểm hoặc bảo hiểm y tế về quyền lợi và số tiền bảo hiểm đã được chi trả.

Nếu hồ sơ, chứng từ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm có ngôn ngữ khác tiếng Việt hoặc tiếng Anh, các hồ sơ, chứng từ này cần phải được dịch thuật sang tiếng Việt. Chi phí cho việc dịch thuật các hồ sơ, chứng từ này sẽ do người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm thanh toán.

Công ty bảo lưu quyền thu thập, yêu cầu cung cấp thêm các tài liệu hoặc bằng chứng bổ sung để trợ giúp cho việc giải quyết quyền lợi bảo hiểm. Mọi chi phí liên quan đến việc cung cấp các tài liệu bổ sung sẽ do Công ty chịu trách nhiệm thanh toán theo hóa đơn, chứng từ thanh toán hợp lệ.

ĐIỀU 7: NGHĨA VỤ GIẢI THÍCH CỦA CÔNG TY TRONG TRƯỜNG HỢP TỪ CHỐI GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Sau khi nhận được đầy đủ hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm, nếu Công ty từ chối chi trả quyền lợi bảo hiểm, Công ty phải nêu rõ lý do từ chối bằng văn bản cho người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

ĐIỀU 8: THỜI GIAN GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM VÀ HÌNH THỨC CHI TRẢ

Kể từ ngày Công ty nhận được đầy đủ hồ sơ hợp lệ, Công ty sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm trong vòng 30 ngày.

Hình thức chi trả: chuyển khoản, nhận tiền mặt tại ngân hàng, đóng phí bảo hiểm cho Sản phẩm này tại Công ty, hoặc các hình thức khác theo quy định của Công ty tại thời điểm chi trả.

Ghi chú:

Trong trường hợp Người được bảo hiểm điều trị y tế ngoài lãnh thổ Việt Nam và thanh toán Chi phí y tế thực tế cho các Cơ sở y tế theo loại tiền tệ hoặc USD của nước sở tại, Công ty sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm hợp lệ và quy đổi theo tỷ giá ngoại tệ được đề cập trên trang thông tin điện tử chính thức của Công ty www.sunlife.com.vn.

Nếu việc trì hoãn chi trả quyền lợi bảo hiểm là do lỗi Công ty, Công ty sẽ trả thêm tiền lãi của số tiền chậm trả này. Mức lãi suất áp dụng cho khoản chậm trả này bằng mức lãi suất tạm ứng từ Giá trị hoàn lại do Công ty công bố trên trang thông tin điện tử chính thức của Công ty www.sunlife.com.vn.

CHƯƠNG III: QUY ĐỊNH VỀ THỜI HẠN BẢO HIỂM VÀ PHÍ BẢO HIỂM**ĐIỀU 9: THỜI HẠN BẢO HIỂM**

Thời hạn bảo hiểm: 1 năm và được tái tục hàng năm.

Sản phẩm này được xem xét tái tục tại mỗi Ngày kỷ niệm năm cho đến khi Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt hiệu lực Sản phẩm này; hoặc Người được bảo hiểm không còn đáp ứng điều kiện về tuổi được bảo hiểm theo quy định tại Quy tắc và Điều khoản Sản phẩm này; hoặc Công ty ngưng cung cấp Sản phẩm hoặc (các) kế hoạch bảo hiểm.

Công ty sẽ thông báo phí bảo hiểm tái tục cho Bên mua bảo hiểm trong khoảng thời gian từ trước Ngày đến hạn đóng phí cho đến hết thời gian gia hạn đóng phí 60 ngày. Bằng việc đóng phí bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm được xem như là đã tái tục Sản phẩm này.

ĐIỀU 10: PHÍ BẢO HIỂM

- Phí bảo hiểm được tính theo tuổi, kế hoạch bảo hiểm và quyền lợi bảo hiểm của Người được bảo hiểm tại thời điểm phát hành Sản phẩm này và sau đó được điều chỉnh theo tuổi tại các Ngày kỷ niệm năm.
- Bên mua bảo hiểm có nghĩa vụ đóng phí bảo hiểm đầy đủ, đúng hạn theo định kỳ đóng phí đã lựa chọn của Hợp đồng bảo hiểm để đảm bảo các quyền lợi bảo hiểm, cho dù không nhận được thông báo nhắc đóng phí.
- Phí bảo hiểm và định kỳ đóng phí của Sản phẩm này được thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các sửa đổi, bổ sung liên quan gần nhất (nếu có).

Ghi chú:

Trong trường hợp được sự chấp thuận của Bộ Tài chính, Công ty có thể thay đổi phí bảo hiểm của Sản phẩm này. Công ty sẽ thông báo cho Bên mua bảo hiểm ít nhất 3 tháng trước khi việc thay đổi này có hiệu lực và phí bảo hiểm mới sẽ được áp dụng vào Ngày kỷ niệm năm kế tiếp.

ĐIỀU 11: THỜI GIAN GIA HẠN ĐÓNG PHÍ

Thời gian gia hạn đóng phí là 60 ngày kể từ Ngày đến hạn đóng phí nếu phí bảo hiểm của Sản phẩm này không được đóng đủ và đúng hạn theo quy định tại Điều 10.

Ghi chú:

- Trong thời gian gia hạn đóng phí, Công ty không tính lãi đối với khoản phí chưa thanh toán. Nếu sự kiện bảo hiểm xảy ra trong thời gian gia hạn đóng phí và được Công ty chấp thuận, quyền lợi bảo hiểm sẽ chi trả sau khi đã khấu trừ Khoản nợ (nếu có).
- Nếu phí bảo hiểm vẫn không được đóng đủ khi kết thúc thời gian gia hạn đóng phí, Sản phẩm này sẽ mất hiệu lực kể từ Ngày đến hạn đóng phí.

ĐIỀU 12: MẤT HIỆU LỰC VÀ KHÔI PHỤC HIỆU LỰC SẢN PHẨM

Sản phẩm này sẽ bị mất hiệu lực trong bất kỳ trường hợp sau đây:

- Phí bảo hiểm của Sản phẩm này chưa được đóng đầy đủ khi kết thúc thời gian gia hạn 60 ngày kể từ Ngày đến hạn đóng phí;
- Hợp đồng bảo hiểm mà Sản phẩm này được bán kèm bị mất hiệu lực.

Khi Sản phẩm này mất hiệu lực, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu khôi phục hiệu lực Sản phẩm này nếu đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

- Bên mua bảo hiểm đưa ra yêu cầu khôi phục hiệu lực Sản phẩm này trong thời gian 24 tháng kể từ ngày mất hiệu lực; và
- Bên mua bảo hiểm đóng toàn bộ các khoản phí bảo hiểm quá hạn; và
- Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm đủ điều kiện tham gia theo quy định của Quy tắc và Điều khoản Sản phẩm này và đáp ứng yêu cầu về thẩm định; và
- Hợp đồng bảo hiểm mà Sản phẩm này được bán kèm (nếu có) vẫn còn hiệu lực.

CHƯƠNG IV: QUYỀN CỦA BÊN MUA BẢO HIỂM**ĐIỀU 13: THAY ĐỔI KẾ HOẠCH BẢO HIỂM, QUYỀN LỢI BẢO HIỂM**

Trong thời gian Sản phẩm này có hiệu lực, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu thay đổi kế hoạch bảo hiểm và/hoặc quyền lợi bảo hiểm như sau:

13.1. Thay đổi kế hoạch bảo hiểm

Yêu cầu thay đổi	Tăng kế hoạch bảo hiểm	Giảm kế hoạch bảo hiểm
Thời điểm bắt đầu được yêu cầu	Bất kỳ lúc nào	Từ năm thứ 3 kể từ ngày hiệu lực của kế hoạch bảo hiểm hiện tại

Thời gian nộp yêu cầu	Trong vòng 30 ngày trước Ngày kỷ niệm năm	Trong vòng 30 ngày trước Ngày kỷ niệm năm
Điều kiện	Áp dụng cho từng Quyền lợi điều trị nội trú, Quyền lợi điều trị ngoại trú, Quyền lợi điều trị nha khoa khi Người được bảo hiểm không vượt quá 70 tuổi và Quyền lợi chăm sóc thai sản khi Người được bảo hiểm không vượt quá 45 tuổi tại thời điểm yêu cầu và đáp ứng các yêu cầu về thẩm định của Công ty.	Áp dụng cho Quyền lợi điều trị nội trú, Quyền lợi điều trị ngoại trú, Quyền lợi điều trị nha khoa, Quyền lợi chăm sóc thai sản.
Thời điểm có hiệu lực	Việc tăng kế hoạch bảo hiểm sẽ có hiệu lực từ Ngày kỷ niệm năm ngay sau khi Công ty chấp thuận yêu cầu thay đổi.	Việc giảm kế hoạch bảo hiểm sẽ có hiệu lực từ Ngày kỷ niệm năm ngay sau khi Công ty chấp thuận yêu cầu thay đổi.

13.2. Thay đổi quyền lợi bảo hiểm

Yêu cầu thay đổi	Thêm quyền lợi bảo hiểm	Hủy quyền lợi bảo hiểm
Thời điểm bắt đầu được yêu cầu	Bất kỳ lúc nào	Từ năm thứ 3 kể từ ngày hiệu lực của quyền lợi bảo hiểm
Thời gian nộp yêu cầu		Trong vòng 30 ngày trước Ngày đến hạn đóng phí.
Điều kiện	Áp dụng cho Quyền lợi điều trị ngoại trú, Quyền lợi điều trị nha khoa khi Người được bảo hiểm không vượt quá 70 tuổi và Quyền lợi chăm sóc thai sản khi Người được bảo hiểm không vượt quá 45 tuổi tại thời điểm yêu cầu và đáp ứng các yêu cầu về thẩm định của Công ty.	Áp dụng cho Quyền lợi điều trị ngoại trú, Quyền lợi điều trị nha khoa, Quyền lợi chăm sóc thai sản.

Yêu cầu thay đổi	Thêm quyền lợi bảo hiểm	Hủy quyền lợi bảo hiểm
Thời điểm có hiệu lực	Việc thêm quyền lợi bảo hiểm sẽ có hiệu lực từ ngày kỷ niệm tháng của Hợp đồng bảo hiểm mà Sản phẩm này bán kèm, ngay sau khi Công ty chấp thuận yêu cầu thay đổi.	Việc hủy quyền lợi bảo hiểm sẽ có hiệu lực từ Ngày đến hạn đóng phí ngay sau khi Công ty chấp thuận yêu cầu thay đổi.

13.3. Các lưu ý khi thay đổi kế hoạch bảo hiểm/quyền lợi bảo hiểm

- Kế hoạch bảo hiểm và quyền lợi bảo hiểm phải thỏa điều kiện theo quy định tại Điều 1.
- Công ty sẽ áp dụng Thời gian chờ kể từ ngày hiệu lực của kế hoạch bảo hiểm mới (cho phần tăng thêm) hoặc ngày hiệu lực của quyền lợi bảo hiểm mới.
- Việc hủy Quyền lợi điều trị ngoại trú sẽ dẫn đến việc Quyền lợi điều trị nha khoa và/hoặc Quyền lợi chăm sóc thai sản cũng sẽ bị hủy.
- Việc thay đổi kế hoạch bảo hiểm và/hoặc quyền lợi bảo hiểm của Người được bảo hiểm có thể ảnh hưởng đến việc áp dụng Quyền lợi san sẻ yêu thương.
- Phí bảo hiểm cũng sẽ được điều chỉnh tương ứng với kế hoạch bảo hiểm mới/quyền lợi bảo hiểm mới.

CHƯƠNG V: CÁC QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA CÔNG TY

ĐIỀU 14: QUYỀN CỦA CÔNG TY

- Thu các khoản phí tính cho Bên mua bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm;
- Yêu cầu Bên mua bảo hiểm kê khai/cung cấp đầy đủ, trung thực mọi thông tin có liên quan đến việc giao kết và thực hiện Hợp đồng bảo hiểm;
- Hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm/đơn phương chấm dứt thực hiện Hợp đồng bảo hiểm theo quy định tại Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm này và theo quy định của pháp luật;
- Từ chối chi trả quyền lợi bảo hiểm trong trường hợp không thuộc phạm vi trách nhiệm bảo hiểm hoặc trường hợp loại trừ trách nhiệm bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm;
- Các quyền khác theo quy định của pháp luật.

ĐIỀU 15: NGHĨA VỤ CỦA CÔNG TY

15.1. Cung cấp, giải thích và bảo mật thông tin

Cung cấp và giải thích thông tin: Cung cấp đầy đủ, chính xác thông tin liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm, giải thích rõ ràng, đầy đủ các quyền lợi bảo hiểm, điều khoản loại trừ, quyền, nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm khi giao kết Hợp đồng bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm.

Bảo mật thông tin do Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm cung cấp, trừ trường hợp theo yêu cầu của cơ quan nhà nước có thẩm quyền hoặc được sự đồng ý của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm.

Ghi chú:

Nếu Công ty cố ý không thực hiện nghĩa vụ cung cấp thông tin hoặc cung cấp thông tin sai sự thật nhằm giao kết Hợp đồng bảo hiểm:

- (i) Bên mua bảo hiểm có quyền đơn phương hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm và được hoàn lại toàn bộ phí bảo hiểm đã đóng trừ đi các quyền lợi đã chi trả và chi phí khám sức khỏe (nếu có);
- (ii) Công ty bồi thường thiệt hại phát sinh cho Bên mua bảo hiểm (nếu có).

15.2. Nghĩa vụ khác

- (i) Cung cấp cho Bên mua bảo hiểm Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, bảng câu hỏi liên quan đến rủi ro được bảo hiểm, đối tượng bảo hiểm, quy tắc, điều kiện, điều khoản bảo hiểm;
- (ii) Cung cấp cho Bên mua bảo hiểm Hợp đồng bảo hiểm và cấp hóa đơn thu phí bảo hiểm;
- (iii) Giải quyết quyền lợi bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm theo Quy tắc và Điều khoản Sản phẩm này;
- (iv) Giải thích lý do từ chối giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo quy định tại Điều 7 Quy tắc và Điều khoản Sản phẩm này;
- (v) Lưu trữ hồ sơ Hợp đồng bảo hiểm theo quy định của pháp luật;
- (vi) Các nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật.

CHƯƠNG VI: NHỮNG ĐIỀU KHOẢN CHUNG

ĐIỀU 16: CHẤP THUẬN BẢO HIỂM CÓ ĐIỀU KIỆN

Trong trường hợp chấp nhận bảo hiểm với những điều kiện và thỏa thuận đặc biệt phù hợp với quy định của pháp luật bao gồm: chấp nhận bảo hiểm với Số tiền bảo hiểm/quyền lợi bảo hiểm điều chỉnh, phí bảo hiểm điều chỉnh, hoặc điều chỉnh phạm vi loại trừ trách nhiệm bảo hiểm dựa trên kết quả đánh giá, thẩm định Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm hoặc Hồ sơ yêu cầu tham gia Sản phẩm này; Công ty sẽ gửi thông báo bằng văn bản đến Bên mua bảo hiểm, trong đó ghi rõ những điều kiện và thỏa thuận đặc biệt này.

Ghi chú:

Sản phẩm này chỉ được phát hành khi Bên mua bảo hiểm chấp thuận những điều kiện và thỏa thuận đặc biệt này và Công ty đã nhận đủ phí bảo hiểm bổ sung (nếu có). Những điều kiện và thỏa thuận đặc biệt được Bên mua bảo hiểm và Công ty chấp thuận sẽ trở thành bộ phận không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm và được ghi rõ tại thư thỏa thuận hoặc các sửa đổi, bổ sung liên quan gần nhất (nếu có).

ĐIỀU 17: NHẦM LẤN KHI KÊ KHAI TUỔI

Trường hợp nhầm lẫn khi kê khai ngày sinh của Người được bảo hiểm, phí bảo hiểm sẽ được điều chỉnh lại theo tuổi đúng theo quyền lợi bảo hiểm đã lựa chọn.

Cụ thể như sau:

Nếu theo tuổi đúng	Công ty sẽ
Phí bảo hiểm cao hơn phí bảo hiểm đã đã đóng	Thu thêm phí bảo hiểm còn thiếu cho phù hợp với tuổi đúng.
Phí bảo hiểm thấp hơn phí bảo hiểm đã đóng	Hoàn lại phần chênh lệch của phí bảo hiểm.
Người được bảo hiểm không thể được bảo hiểm	Hủy hiệu lực Sản phẩm này và hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm toàn bộ phí bảo hiểm đã đóng của Sản phẩm này, trừ các quyền lợi bảo hiểm đã chi trả và chi phí khám sức khỏe (nếu có).

ĐIỀU 18: THÔNG BÁO CÁC THAY ĐỔI THÔNG TIN/NGHỀ NGHIỆP/NƠI CƯ TRÚ/RA KHỎI HOẶC TRỞ VỀ VIỆT NAM

Loại thay đổi	Thời điểm Bên mua bảo hiểm cần thông báo
Thay đổi thông tin liên hệ của Bên mua bảo hiểm, thông tin cá nhân của Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm, nghề nghiệp của Người được bảo hiểm	Trong vòng 30 ngày kể từ ngày có thay đổi
Người được bảo hiểm ra khỏi Việt Nam trong thời gian từ 3 tháng liên tục trở lên	Tối thiểu 30 ngày trước ngày xuất cảnh
Người được bảo hiểm trở về Việt Nam (nếu có tăng phí bảo hiểm hoặc thay đổi điều kiện bảo hiểm tại thời điểm ra khỏi lãnh thổ Việt Nam)	Trong vòng 30 ngày kể từ ngày trở về Việt Nam

Ghi chú:

Đối với trường hợp thay đổi nghề nghiệp hoặc ra khỏi lãnh thổ Việt Nam trong thời gian từ 3 tháng liên tục trở lên hoặc trở về Việt Nam, Công ty sẽ thẩm định lại rủi ro có thể được bảo hiểm. Nếu kết quả thẩm định lại làm thay đổi mức độ rủi ro được bảo hiểm:

Nếu mức độ rủi ro được bảo hiểm giảm xuống	Nếu mức độ rủi ro được bảo hiểm tăng lên
Bên mua bảo hiểm có quyền yêu cầu Công ty: (i) Giảm phí bảo hiểm; hoặc	Công ty có quyền thực hiện: (i) Tăng phí bảo hiểm; hoặc (ii) Thu hẹp phạm vi bảo hiểm; hoặc (iii) Loại trừ trách nhiệm bảo hiểm.

Nếu mức độ rủi ro được bảo hiểm giảm xuống	Nếu mức độ rủi ro được bảo hiểm tăng lên
(ii) Mở rộng phạm vi bảo hiểm (áp dụng khi Người được bảo hiểm trở về Việt Nam). Nếu Công ty không chấp nhận yêu cầu của Bên mua bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm có quyền gửi văn bản thông báo đơn phương chấm dứt Sản phẩm này và Công ty hoàn lại số phí bảo hiểm của Sản phẩm đã đóng tương ứng với thời gian còn lại của Sản phẩm này.	Nếu Bên mua bảo hiểm không chấp nhận theo cách thức thực hiện của Công ty, Công ty có quyền thông báo bằng văn bản việc đơn phương chấm dứt bảo hiểm và hoàn trả cho Bên mua bảo hiểm số phí bảo hiểm của Sản phẩm đã đóng tương ứng với thời gian còn lại của Sản phẩm này.

Các thay đổi sau khi thẩm định sẽ có hiệu lực kể từ thời điểm Người được bảo hiểm thay đổi nghề nghiệp, ra khỏi lãnh thổ Việt Nam, trở về Việt Nam, cho dù Bên mua bảo hiểm có thông báo cho Công ty theo đúng quy định hay không.

Trường hợp Người được bảo hiểm tham gia kế hoạch bảo hiểm có phạm vi địa lý được bảo hiểm ngoài lãnh thổ Việt Nam: khi Người được bảo hiểm có sự kiện bảo hiểm xảy ra ngoài lãnh thổ Việt Nam mà tính đến thời điểm đó Người được bảo hiểm không cư trú liên tục tại Việt Nam từ 6 tháng trở lên trong vòng 12 tháng gần nhất, Công ty sẽ thanh toán các Chi phí y tế thực tế của Quyền lợi điều trị nội trú do Tai nạn và/hoặc điều trị Cấp cứu do Tai nạn hoặc Bệnh.

ĐIỀU 19: TÌM HIỂU, KÊ KHAI VÀ CUNG CẤP THÔNG TIN

Tìm hiểu thông tin	- Bên mua bảo hiểm có trách nhiệm đọc và hiểu rõ điều kiện, điều khoản bảo hiểm, quyền, nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm khi giao kết Hợp đồng bảo hiểm và các nội dung khác được quy định tại Quy tắc và Điều khoản Sản phẩm này. - Bên mua bảo hiểm có thể tìm hiểu thông tin về sản phẩm trên trang thông tin điện tử chính thức www.sunlife.com.vn của Công ty hoặc gọi Tổng đài Chăm sóc khách hàng 1800 1786 (miễn cước) để biết thêm chi tiết.
Kê khai/cung cấp thông tin	Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm có trách nhiệm kê khai đầy đủ và trung thực theo hiểu biết của mình tất cả các thông tin cần thiết để Công ty đánh giá khả năng chấp nhận bảo hiểm cho Sản phẩm này. Việc thẩm định sức khỏe, nếu có, không thay thế cho nghĩa vụ kê khai đầy đủ và trung thực của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm theo quy định tại Điều này.
Cách xử lý khi Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm cố ý kê	(i) Nếu Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm cố ý kê khai không trung thực các thông tin cần thiết theo yêu cầu của Công ty, theo đó, nếu với thông tin chính xác, Công ty sẽ không chấp nhận bảo hiểm và có quyền hủy bỏ Sản phẩm này hoặc hủy bỏ quyết định chấp nhận khôi phục hiệu lực hợp

khai/cung cấp không đầy đủ và/hoặc không trung thực các thông tin cần thiết theo yêu cầu của Công ty	đồng ngay sau khi phát hiện ra hành vi vi phạm của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm. Khi đó, Công ty sẽ hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm theo một trong 2 trường hợp sau: Trường hợp 1: Công ty hủy bỏ Sản phẩm này Toàn bộ phí bảo hiểm đã đóng (không có lãi) của Sản phẩm này kể từ Ngày hiệu lực của sản phẩm sau khi trừ các khoản sau đây (nếu có): - Chi phí kiểm tra sức khỏe; - Các quyền lợi đã được chi trả trước đó. Các khoản khấu trừ trên được tính từ Ngày hiệu lực của sản phẩm đến ngày Công ty ra quyết định hủy bỏ Sản phẩm này. Trường hợp 2: Công ty hủy bỏ quyết định chấp nhận khôi phục hiệu lực Sản phẩm này Toàn bộ phí bảo hiểm đã đóng (không có lãi) của Sản phẩm này kể từ Ngày khôi phục hiệu lực mà Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm vi phạm nghĩa vụ kê khai thông tin trung thực sau khi trừ các quyền lợi đã được chi trả trước đó (nếu có). Các khoản khấu trừ trên được tính từ Ngày khôi phục hiệu lực Sản phẩm này mà Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm vi phạm nghĩa vụ kê khai thông tin trung thực đến ngày Công ty hủy bỏ quyết định chấp nhận khôi phục hiệu lực hợp đồng. (ii) Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm vi phạm nghĩa vụ kê khai thông tin tại Điều này nhưng việc vi phạm này không làm ảnh hưởng tới quyết định chấp thuận bảo hiểm/chấp nhận khôi phục hiệu lực Sản phẩm này theo quy định của Công ty tại từng thời điểm, Công ty vẫn sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm nếu có sự kiện bảo hiểm xảy ra theo Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm này và thu phí bảo hiểm tăng thêm tương ứng, nếu có. Trong trường hợp Sản phẩm này tiếp tục duy trì hiệu lực, Công ty và Bên mua bảo hiểm có thể thỏa thuận về việc thu thêm phí bảo hiểm tăng thêm hoặc điều chỉnh kế hoạch bảo hiểm thấp hơn hoặc thu hẹp phạm vi bảo hiểm tương ứng với mức rủi ro (nếu có). Nếu Bên mua bảo hiểm không đồng ý với các yêu cầu mới của Công ty về việc thu thêm phí bảo hiểm tăng thêm hoặc điều chỉnh kế hoạch bảo hiểm thấp hơn hoặc thu hẹp phạm vi bảo hiểm, Công ty có quyền chấm dứt hiệu lực Sản phẩm này.
--	---

ĐIỀU 20: CHẤM DỨT HIỆU LỰC SẢN PHẨM

Sản phẩm này sẽ chấm dứt hiệu lực vào các ngày sau, tùy thuộc vào sự kiện nào xảy ra trước:

- Ngày kết thúc thời hạn bảo hiểm của Sản phẩm này; hoặc
- Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt hiệu lực Sản phẩm này; hoặc
- Công ty thông báo không tái tục Sản phẩm này; hoặc
- Hợp đồng bảo hiểm mà Sản phẩm này được bán kèm chuyển đổi thành Hợp đồng có số tiền bảo hiểm giảm; hoặc
- Hợp đồng bảo hiểm mà Sản phẩm này được bán kèm bị chấm dứt hiệu lực; hoặc
- Người được bảo hiểm tử vong; hoặc
- Ngày kỷ niệm năm ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt 85 tuổi; hoặc
- Sản phẩm này chấm dứt hiệu lực theo quy định tại Điều 9 hoặc Điều 18 của Quy tắc và Điều khoản này.

ĐIỀU 21: LUẬT ÁP DỤNG VÀ GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP

Hợp đồng bảo hiểm được hướng dẫn và điều chỉnh bởi pháp luật của Việt Nam.

Mọi tranh chấp phát sinh từ Hợp đồng bảo hiểm sẽ được giải quyết thông qua thương lượng giữa các bên. Trường hợp không thương lượng được, tranh chấp được giải quyết thông qua hòa giải hoặc Tòa án có thẩm quyền tại nơi bị đơn cư trú hoặc có trụ sở chính để giải quyết.

Thời hiệu khởi kiện là 3 năm kể từ thời điểm phát sinh tranh chấp.

CHƯƠNG VII: ĐỊNH NGHĨA**ĐIỀU 22: CÁC ĐỐI TƯỢNG TRONG HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM**

1	Bên mua bảo hiểm	Là tổ chức được thành lập và hoạt động hợp pháp tại Việt Nam, hoặc cá nhân tại Việt Nam từ đủ 18 tuổi trở lên, có năng lực hành vi dân sự đầy đủ tại thời điểm giao kết Hợp đồng bảo hiểm.
2	Công ty	Là Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ Sun Life Việt Nam, được Bộ Tài chính cấp Giấy phép Thành lập và Hoạt động số 68 GP/KDBH ngày 24/01/2013 (đã được sửa đổi, bổ sung).
3	Người được bảo hiểm	Là người có tính mạng, sức khỏe, tuổi thọ được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm. Người được bảo hiểm có độ Tuổi tham gia từ 30 ngày tuổi đến 70 tuổi vào Ngày hiệu lực của sản phẩm, có quyền lợi có thể được bảo hiểm với Bên mua bảo hiểm và được Công ty chấp nhận bảo hiểm. Tuổi được tái tục tối đa của Người được bảo hiểm là 84 tuổi. Đối với Quyền lợi chăm sóc thai sản, Người được bảo hiểm là nữ từ 18 tuổi đến 45 tuổi vào Ngày hiệu lực của sản phẩm, có quyền lợi có thể được bảo hiểm với Bên mua bảo hiểm và được Công ty chấp nhận bảo hiểm. Tuổi được tái tục tối đa của Người được bảo hiểm của Quyền lợi chăm sóc thai sản là 49 tuổi.

ĐIỀU 23: ĐỊNH NGHĨA KHÁC

1	Bác sĩ	Cần đáp ứng các điều kiện sau: - Là người có bằng cấp chuyên môn y khoa và/hoặc nha khoa, được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc thừa nhận được thực hành nghề y/nha khoa hợp pháp trong phạm vi giấy phép theo pháp luật của nước sở tại nơi Người được bảo hiểm tiến hành việc khám và điều trị; và - Là người trực tiếp khám bệnh, chẩn đoán, tiên lượng, kê đơn thuốc, ra y lệnh điều trị và chăm sóc cho Người được bảo hiểm. Bác sĩ không được đồng thời là: • Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng; hoặc • Vợ/chồng, cha/mẹ, con, anh chị em ruột của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm; hoặc
----------	---------------	---

		Đại lý bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm mà Sản phẩm này bán kèm.
2	Bác sĩ chuyên khoa	Là Bác sĩ được công nhận có chuyên môn như một chuyên gia trong khoa điều trị đặc thù liên quan đến Bệnh của Người được bảo hiểm.
3	Bệnh	Là tình trạng ốm đau, bệnh tật mà Người được bảo hiểm mắc phải trong thời gian hiệu lực của Sản phẩm này và cần được Bác sĩ/Bác sĩ chuyên khoa chẩn đoán và điều trị.
4	Bệnh bẩm sinh/Dị tật bẩm sinh	Là sự phát triển bất thường về thể chất hoặc tâm thần xuất hiện ngay từ khi sinh, hoặc do các yếu tố tồn tại ngay từ khi sinh.
5	Bệnh có sẵn	a) Là tình trạng bệnh tật hoặc thương tật của Người được bảo hiểm đã được Bác sĩ/Bác sĩ chuyên khoa chẩn đoán hoặc điều trị trước Ngày hiệu lực của sản phẩm, hoặc ngày khôi phục hiệu lực gần nhất của Sản phẩm này, hoặc ngày tăng kế hoạch bảo hiểm/thêm quyền lợi bảo hiểm gần nhất; hoặc b) Là dấu hiệu, triệu chứng đặc thù khởi phát trong vòng 36 tháng trước Ngày hiệu lực của sản phẩm hoặc ngày khôi phục hiệu lực gần nhất của Sản phẩm này, hoặc ngày tăng kế hoạch bảo hiểm/thêm quyền lợi bảo hiểm gần nhất mà nếu biết được các dấu hiệu, triệu chứng này, Công ty sẽ: (i) không chấp nhận bảo hiểm; hoặc (ii) không khôi phục hiệu lực; hoặc (iii) không chấp nhận tăng kế hoạch bảo hiểm/thêm quyền lợi bảo hiểm; hoặc (iv) chấp nhận bảo hiểm có điều kiện hoặc chấp nhận khôi phục hiệu lực có điều kiện (Áp dụng loại trừ Bệnh có sẵn hoặc tăng phí) Việc xác định Bệnh có sẵn phải căn cứ vào Hồ sơ y tế được lưu trữ tại bệnh viện/cơ sở y tế 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 trên Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, phiếu bổ sung thông tin hoặc các tường trình khác.
6	Bệnh đặc biệt	Bao gồm: a. Khối u, nang, polyp lành tính hoặc ác tính; b. Bệnh trĩ hoặc rò hậu môn; c. Tràn dịch màng tinh hoàn; d. Các loại bệnh thoát vị; e. Tăng huyết áp hoặc bệnh lý tim và mạch máu; f. Suy giãn tĩnh mạch; g. Sỏi hệ tiết niệu; h. Phẫu thuật cắt tử cung (toàn phần hoặc bán phần);

		i. Đục thủy tinh thể; j. Thoát vị đĩa đệm cột sống; k. Bệnh túi mật và sỏi mật; l. Bệnh lý xoang hoặc bất thường của khoang mũi, vách ngăn, hoặc xoăn mũi; m. Lạc nội mạc tử cung; n. Rối loạn chức năng tuyến giáp; o. Bệnh động kinh; p. Lao; q. Loét dạ dày hoặc tá tràng; r. Giãn tĩnh mạch thường tĩnh; s. Bệnh ngón chân cái vẹo ngoài; t. Đái tháo đường; u. Phì đại tuyến tiền liệt, U xơ tử cung, Sa tử cung; v. Bệnh thoái hóa khớp, thay khớp gối, khớp háng và bệnh gút.
7	Bệnh nhân nội trú	Là Người được bảo hiểm đã hoàn tất thủ tục nhập viện và theo yêu cầu Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa, Người được bảo hiểm phải nằm viện qua đêm tại Cơ sở y tế để điều trị. Việc nằm viện làm Bệnh nhân nội trú chỉ được chấp nhận khi Người được bảo hiểm nhập viện tại một Cơ sở y tế.
8	Bệnh viện công	Là Cơ sở y tế được thành lập bởi 100% vốn nhà nước Việt Nam, và được quản lý bởi cơ quan nhà nước có thẩm quyền theo quy định của pháp luật Việt Nam.
9	Biến chứng thai sản	Là những biến chứng xảy ra do quá trình mang thai và sinh đẻ, không bao gồm các biện pháp và biến chứng liên quan đến kế hoạch hóa gia đình và liên quan đến điều trị thụ tinh trong ống nghiệm.
10	Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa	Là sự điều trị y khoa do Bác sĩ/Bác sĩ chuyên khoa chỉ định và đáp ứng tất cả điều kiện sau: (i) Phục vụ trực tiếp cho mục đích chẩn đoán và điều trị Bệnh/Thương tật của Người được bảo hiểm; (ii) Theo đúng hướng dẫn, khuyến cáo của các cơ quan y tế về chẩn đoán và điều trị cho Bệnh/Thương tật của Người được bảo hiểm; (iii) Không phải chủ yếu vì sự tiện lợi của Người được bảo hiểm hoặc gia đình, người thân của Người được bảo hiểm hoặc Bác sĩ/Bác sĩ chuyên khoa; (iv) Không phục vụ cho mục đích thử nghiệm, điều tra dịch tễ học, nghiên cứu, sàng lọc; (v) Không phục vụ cho điều trị y tế đang trong giai đoạn thử nghiệm chưa được công nhận ở cả trong nước và quốc tế;

		(vi) Theo đúng tiêu chuẩn được chấp nhận chung để chăm sóc cho các bệnh nhân, và được xem là thích hợp cho việc điều trị Bệnh/Thương tật của Người được bảo hiểm.
11	Cấp cứu	Là tình trạng Người được bảo hiểm chấn thương hoặc tổn thương nghiêm trọng và đòi hỏi phải được chăm sóc y tế, điều trị hoặc phẫu thuật trong vòng 24 giờ kể từ khi bị chấn thương hoặc tổn thương, nếu không có thể nguy hiểm đến tính mạng hoặc mất các cơ quan chức năng quan trọng của cơ thể như chân tay, thị lực.
12	Cấy ghép nội tạng	Là Phẫu thuật cấy ghép tim, phổi, gan, tuyến tụy, thận, tủy xương cho Người được bảo hiểm được tiến hành bởi Bác sĩ chuyên khoa tại một Cơ sở y tế. Công ty sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế liên quan đến người được ghép tạng (Người được bảo hiểm) và Chi phí phẫu thuật cho người hiến tạng (không phải Người được bảo hiểm) với điều kiện: a. Việc cấy ghép tuân thủ Luật cấy ghép nội tạng và mô và các sửa đổi sau đó, và nội tạng được sử dụng cấy ghép cho Người được bảo hiểm; b. Người được bảo hiểm nhận cấy ghép đã được Bác sĩ chuyên khoa tư vấn cần phải thực hiện cấy ghép nội tạng hoặc tủy xương. Công ty sẽ không thanh toán bất kỳ khoản chi phí nào liên quan đến vận chuyển hoặc bảo quản nội tạng/mô.
13	Chi phí chăm sóc trẻ sơ sinh	Là các chi phí y tế cần thiết phát sinh trong vòng 7 ngày kể từ khi sinh để điều trị Bệnh hoặc triệu chứng của trẻ sơ sinh trong Cơ sở y tế. Chi phí chăm sóc trẻ sơ sinh không bao gồm phí khám, chẩn đoán, xét nghiệm hoặc điều trị Bệnh bẩm sinh/Dị tật bẩm sinh.
14	Chi phí phẫu thuật	Là chi phí dùng trong Phẫu thuật, bao gồm: - Chi phí Phòng phẫu thuật, phòng hồi sức sau mổ; - Tiền công Phẫu thuật; - Chi phí cho các Vật tư tiêu hao được sử dụng trong Phẫu thuật; - Chi phí máy tạo nhịp tim, stent mạch vành và/hoặc van tim được cấy ghép vào cơ thể Người được bảo hiểm trong quá trình Phẫu thuật; - Chi phí sử dụng các thiết bị y tế hoặc phẫu thuật Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa trong Phẫu thuật; - Chi phí tiền mê và hồi sức sau mổ. Trong mọi trường hợp, Chi phí y tế thực tế của 1 hay nhiều Phẫu thuật Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa được thực hiện cho Người được bảo hiểm trong cùng 1 lần Điều trị nội trú được xem là 1 lần Phẫu thuật.

15	Chi phí y tế nội trú khác	Là chi phí phát sinh từ việc điều trị y tế Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa tại Cơ sở y tế đối với Bệnh/Thương tật của Người được bảo hiểm, bao gồm khám và chăm sóc y tế; thuốc điều trị; quần áo, băng, nẹp và nẹp thạch cao (loại trừ bộ phận cơ thể giả, dụng cụ lắp ghép nhân tạo); thuốc, dịch hoặc các chất liên quan đến tiêm truyền tĩnh mạch; xét nghiệm; Xquang, MRI, CT, PET hoặc các chẩn đoán hình ảnh khác; thở o-xy và các thiết bị liên quan; đồng vị phóng xạ và các xét nghiệm liên quan; truyền máu, chi phí máu, huyết tương; Vật tư tiêu hao và vật lý trị liệu.
16	Chi phí y tế thực tế	Là chi phí y tế Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa được thể hiện trên bảng kê chi tiết chi phí điều trị, biên lai hoặc hóa đơn tài chính theo quy định của pháp luật, không vượt quá Hạn mức được nêu tại bảng Chi tiết quyền lợi bảo hiểm tại từng mục điều trị và không thuộc các trường hợp loại trừ.
17	Cơ sở y tế	Là cơ sở khám chữa bệnh hợp pháp và được cơ quan nhà nước có thẩm quyền của nước sở tại cấp giấy phép hoạt động. Cơ sở y tế không phải là nơi an dưỡng, dưỡng lão, spa, thẩm mỹ, massage, xông hơi, hay cơ sở chữa trị dành riêng cho người nghiện rượu, ma túy, chất kích thích, người bị bệnh tâm thần.
18	Dịch vụ chăm sóc y tế tại nhà sau khi xuất viện	Là dịch vụ chăm sóc y tế tại nơi ở của Người được bảo hiểm, được thực hiện bởi Y tá/Điều dưỡng hoặc Bác sĩ/Bác sĩ chuyên khoa ngay sau khi xuất viện theo chỉ định của Bác sĩ/Bác sĩ chuyên khoa và được thực hiện trong vòng 30 ngày kể từ ngày xuất viện. Chi phí cho dịch vụ này phải có hóa đơn tài chính của Cơ sở y tế.
19	Điều trị cấp cứu do Tai nạn	Là điều trị y tế do Tai nạn (bất kể có nhập viện và nằm điều trị qua đêm hay không) được thực hiện trong vòng 24 giờ kể từ khi xảy ra Tai nạn tại phòng/khoa cấp cứu của Cơ sở y tế.
20	Điều trị cấp cứu tổn thương răng do Tai nạn	Là điều trị các mất mát hoặc tổn thương do Tai nạn đối với răng lành lặn tự nhiên được điều trị trong phòng cấp cứu trong vòng 7 ngày kể từ khi xảy ra Tai nạn. Chi phí y tế thực tế cho Điều trị cấp cứu tổn thương răng do Tai nạn bao gồm chi phí tư vấn nha khoa, chi phí cầm máu, nhổ răng, lấy tủy răng, chụp X-quang.
21	Điều trị ngoại trú	Là việc Người được bảo hiểm được điều trị y tế tại một Cơ sở y tế và không phải là Điều trị nội trú.
22	Điều trị nội trú	Là việc Người được bảo hiểm được điều trị y tế tại Cơ sở y tế và có làm thủ tục nhập viện và nằm điều trị qua đêm.

23	Điều trị sau khi xuất viện	Là điều trị y tế theo chỉ định của Bác sĩ/Bác sĩ chuyên khoa sau khi xuất viện bao gồm thăm khám, xét nghiệm, chẩn đoán, Thuốc kê toa, điều trị liên quan trực tiếp đến Bệnh hoặc Thương tật đã được Điều trị nội trú trước đó. Điều trị sau khi xuất viện phải được thực hiện trong vòng 60 ngày kể từ ngày xuất viện của Đợt điều trị đó và chỉ được chi trả 1 lần cho một Đợt điều trị.
24	Điều trị trước khi nhập viện	Là dịch vụ thăm khám, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, điều trị liên quan trực tiếp đến Bệnh hoặc Thương tật mà Người được bảo hiểm phải nhập viện để điều trị theo chỉ định của Bác sĩ/Bác sĩ chuyên khoa và phải được thực hiện trong vòng 30 ngày trước ngày nhập viện của Đợt điều trị đó.
25	Điều trị Ung thư	- Ung thư là khối u ác tính được đặc trưng bởi sự tăng trưởng và lan rộng không thể kiểm soát được của những tế bào ác tính, xâm lấn và phá hủy những mô lành xung quanh. - Chẩn đoán Ung thư được xác định dựa trên bằng chứng mô học về tính ác tính. Thuật ngữ Ung thư bao gồm bệnh bạch cầu, u lympho và u mô liên kết. - Công ty sẽ chi trả các Chi phí y tế thực tế cho việc chẩn đoán và điều trị Ung thư dưới hình thức Điều trị nội trú hoặc Điều trị ngoại trú. - Chi phí Điều trị Ung thư: bao gồm các chi phí cho việc tư vấn, thăm khám, Phẫu thuật, xạ trị, hóa trị, liệu pháp nhắm trúng đích, liệu pháp nội tiết, liệu pháp miễn dịch, ghép tủy xương được thực hiện bởi Bác sĩ chuyên khoa liên quan đến chẩn đoán Ung thư đó. Trong phạm vi bảo hiểm của sản phẩm này, Điều trị Ung thư không bao gồm bất kỳ thủ thuật y khoa/thuốc/liệu pháp thử nghiệm và/hoặc khác biệt chưa được chính phủ, các cơ quan có thẩm quyền và hiệp hội y khoa được công nhận chấp thuận. Các trường hợp sau sẽ không được chi trả theo quy định về điều trị đặc biệt tại Mục 2.2.2 – Bảng 2 và được chi trả theo Hạn mức khác quy định tại Bảng 2 – Quyền lợi điều trị nội trú và Bảng 3 – Quyền lợi điều trị ngoại trú (nếu có tham gia Quyền lợi điều trị ngoại trú): Tất cả các khối u có kết quả mô học là lành tính, tiền ác tính, giáp biên ác, khả năng ác tính thấp, khối u chưa rõ bản chất, bao gồm nhưng không giới hạn Loạn sản cổ tử cung giai đoạn CIN-1, CIN -2 và CIN-3.
26	Điều trị Đột quy	Là việc điều trị dưới hình thức Điều trị nội trú hoặc Điều trị ngoại trú dựa trên chẩn đoán xác định tổn thương

		mạch máu não xảy ra đột ngột (bao gồm nhồi máu não, xuất huyết mạch máu nội sọ, thuyên tắc mạch não) và phải đáp ứng tất cả các điều kiện sau: - Điều trị phải được thực hiện trong vòng 180 ngày liên tục kể từ ngày có kết quả chẩn đoán Đột quy; - Tổn thương mạch máu não được xác định bằng kết quả chẩn đoán hình ảnh như chụp cắt lớp vi tính (CT scan) hoặc chụp cộng hưởng từ (MRI); - Triệu chứng kéo dài liên tục trong hơn 24 giờ; - Ảnh hưởng chức năng vận động, hoặc cảm giác, hoặc khả năng nói. Các trường hợp sau sẽ không được chi trả theo quy định về điều trị đặc biệt tại Mục 2.2.2 – Bảng 2 và được chi trả theo Hạn mức khác quy định tại Bảng 2 – Quyền lợi điều trị nội trú và Bảng 3 – Quyền lợi điều trị ngoại trú (nếu có tham gia Quyền lợi điều trị ngoại trú): - Điều trị Đột quy phát sinh sau 180 ngày điều trị liên tục kể từ ngày có kết quả chẩn đoán Đột quy; - Điều trị cơn thiếu máu não cục bộ thoáng qua; Triệu chứng não do chứng đau nửa đầu migraine; Tổn thương não do chấn thương, nhiễm trùng, viêm mạch máu, bệnh viêm nhiễm hệ thần kinh hoặc do thiếu oxy não; Bệnh thiếu máu cục bộ gây tổn thương mắt, thần kinh thị giác hoặc hệ thống tiền đình.
27	Điều trị Nhồi máu cơ tim	Là việc điều trị dưới hình thức Điều trị nội trú hoặc Điều trị ngoại trú dựa trên chẩn đoán xác định là tình trạng hoại tử một phần cơ tim do gián đoạn nguồn cung cấp máu. Tình trạng này được xác định bởi cơn nhồi máu cơ tim cấp, được chẩn đoán bởi Bác sĩ chuyên khoa Tim mạch, và có sự hiện diện của các tiêu chí sau: - Điện tâm đồ xác nhận hoại tử cơ tim mới xảy ra; hoặc - Tăng men tim hoặc tăng Troponins: Troponin T > 1,0 ng/ml, hoặc tương đương với phương pháp xác định Troponin khác. Các trường hợp sau sẽ không được chi trả theo quy định về điều trị đặc biệt tại Mục 2.2.2 – Bảng 2 và được chi trả theo Hạn mức khác quy định tại Bảng 2 – Quyền lợi điều trị nội trú và Bảng 3 – Quyền lợi điều trị ngoại trú (nếu có tham gia Quyền lợi điều trị ngoại trú): - Điều trị cơn đau thắt ngực; - Điều trị hội chứng mạch vành cấp tính khác.
28	Đột điều trị	Là khoảng thời gian từ khi Người được bảo hiểm nhập viện đến khi xuất viện để được điều trị y tế tại Cơ sở y

		tế. Giấy ra viện là bằng chứng cho việc kết thúc một đợt điều trị.
29	Hạn mức	Là số tiền chi trả tối đa đối với từng loại chi phí Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa được nêu tại Bảng chi tiết quyền lợi bảo hiểm tại từng mục điều trị.
30	Hệ thống bảo lãnh viện phí	Là hệ thống các Cơ sở y tế có ký kết thỏa thuận cung cấp dịch vụ bảo lãnh với Công ty hoặc đối tác của Công ty. Khi Người được bảo hiểm khám và điều trị tại những Cơ sở y tế này, Công ty sẽ sử dụng quyền lợi bảo hiểm (nếu có) của Người được bảo hiểm để thanh toán chi phí khám và điều trị cho Cơ sở y tế. Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm phải tự thanh toán cho những chi phí vượt quá Hạn mức hoặc Số tiền bảo hiểm hoặc những chi phí không Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa. Các quyền lợi có thể được bảo lãnh viện phí và Danh sách các Cơ sở y tế thuộc Hệ thống bảo lãnh viện phí của Công ty sẽ được cập nhật trên trang thông tin điện tử chính thức của Công ty theo từng thời điểm www.sunlife.com.vn.
31	Khoa chăm sóc đặc biệt	Là một bộ phận của Cơ sở y tế và phải đáp ứng tất cả các điều kiện sau: - Được thiết lập nhằm cung cấp chương trình chăm sóc, theo dõi và điều trị tích cực; - Dành riêng cho những bệnh nhân trong điều kiện nguy kịch, cần sự theo dõi và kiểm tra y tế liên tục của Bác sĩ/Bác sĩ chuyên khoa; - Được trang bị các thiết bị y tế, thuốc men, dụng cụ và các phương tiện cấp cứu cần thiết cho việc cứu sống bệnh nhân một cách nhanh chóng; - Không phải là Khoa/phòng cấp cứu, Khoa/phòng hậu phẫu của Cơ sở y tế.
32	Khoản nợ	Là khoản tiền bao gồm các khoản phí bảo hiểm đến hạn cần đóng và các khoản khác mà Bên mua bảo hiểm còn nợ Công ty theo Quy tắc và Điều khoản Sản phẩm này. Khoản nợ sẽ được khấu trừ từ bất kỳ khoản tiền nào mà Công ty phải chi trả theo Quy tắc và Điều khoản Sản phẩm này.
33	Lần thăm khám	Là một lần Người được bảo hiểm đến khám tại Cơ sở y tế và được Bác sĩ/Bác sĩ chuyên khoa chỉ định làm các xét nghiệm, chẩn đoán và/hoặc kê đơn thuốc điều trị liên quan đến Bệnh, triệu chứng Bệnh hoặc Thương tật. Nhiều lần thăm khám cho cùng 1 chẩn đoán trong cùng 1 ngày được xem là 1 Lần thăm khám.

34	Lọc thận	Là phương pháp điều trị thay thế thận Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa được thực hiện tại một Trung tâm lọc thận được đăng ký hợp pháp hoặc khoa ngoại trú của Cơ sở y tế. Thuốc kê toa cho mục đích lọc thận cũng sẽ được chi trả trong quyền lợi này.
35	Năm hợp đồng	Là một năm dương lịch kể từ ngày hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm mà Sản phẩm này bán kèm hoặc từ Ngày kỷ niệm năm.
36	Ngày đến hạn đóng phí	Là ngày đóng phí bảo hiểm định kỳ theo thỏa thuận tại Hợp đồng bảo hiểm mà Sản phẩm này bán kèm hoặc các văn bản sửa đổi, bổ sung liên quan gần nhất (nếu có).
37	Ngày hiệu lực của sản phẩm	Là ngày được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc thư xác nhận hoặc các sửa đổi, bổ sung liên quan gần nhất (nếu có). Ngày hiệu lực của sản phẩm cũng là Ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm của sản phẩm.
38	Ngày kỷ niệm năm	Là ngày kỷ niệm năm của Hợp đồng bảo hiểm mà Sản phẩm này bán kèm.
39	Ngày nằm viện	Là một ngày Người được bảo hiểm nằm viện qua đêm làm Bệnh nhân nội trú mà viện phí và tiền phòng theo quy định của Cơ sở y tế phải được thể hiện trên hóa đơn viện phí.
40	Phẫu thuật	Là phương pháp y khoa yêu cầu phải rạch mô hoặc các kỹ thuật phẫu thuật xâm lấn khác, được Bác sĩ/Bác sĩ chuyên khoa thực hiện theo mục đích điều trị Bệnh/Thương tật của Người được bảo hiểm. Quy trình cần được thực hiện bằng các thiết bị phẫu thuật, theo quy trình gây mê toàn thân, gây tê khu vực hoặc cục bộ trong Phòng phẫu thuật của Cơ sở y tế. Phẫu thuật không bao gồm phẫu thuật chuyển giới, phẫu thuật thẩm mỹ, phẫu thuật tạo hình (trừ trường hợp cần thiết để khôi phục lại chức năng của Người được bảo hiểm).
41	Phẫu thuật/điều trị trong ngày	Là phương pháp y khoa yêu cầu phẫu thuật hoặc điều trị, được Bác sĩ/Bác sĩ chuyên khoa thực hiện mà chỉ yêu cầu bệnh nhân nhập viện và xuất viện trong cùng một ngày. Bệnh nhân không cần phải nằm viện qua đêm tại Cơ sở y tế.
42	Phòng phẫu thuật	Là một bộ phận của Cơ sở y tế được trang bị các thiết bị y tế phù hợp và cần thiết để phục vụ cho việc Phẫu thuật.
43	Phòng và giường	Là phòng và giường của Cơ sở y tế, bao gồm suất ăn của bệnh nhân trong trường hợp Cơ sở y tế có cung cấp.

44	Sinh mổ	Là việc sinh con của Người được bảo hiểm cần phải can thiệp Phẫu thuật tại Cơ sở y tế và được thể hiện trên giấy ra viện.
45	Sinh thường	Là việc sinh con tự nhiên của Người được bảo hiểm tại Cơ sở y tế không có can thiệp bằng Phẫu thuật và được thể hiện trên giấy ra viện.
46	Số tiền bảo hiểm	Là giới hạn tối đa mà Công ty chấp thuận chi trả trong 1 Năm hợp đồng cho mỗi quyền lợi bảo hiểm tương ứng với từng kế hoạch bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm lựa chọn theo Quy tắc và Điều khoản Sản phẩm này và được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các sửa đổi, bổ sung liên quan gần nhất (nếu có).
47	Tai nạn	Là một sự kiện hoặc một chuỗi sự kiện liên tục, khách quan, xảy ra do tác động của một lực, một vật bất ngờ từ bên ngoài, không chủ động và ngoài ý muốn lên cơ thể của Người được bảo hiểm. Sự kiện hoặc chuỗi sự kiện nêu trên phải là nguyên nhân trực tiếp, duy nhất và không liên quan đến bất kỳ nguyên nhân nào khác gây Thương tật hoặc tử vong cho Người được bảo hiểm trong vòng 180 ngày kể từ ngày xảy ra sự kiện hoặc chuỗi sự kiện đó.
48	Thời gian chờ	Là khoảng thời gian mà các quyền lợi bảo hiểm sẽ không được Công ty chi trả. Thời gian chờ được tính từ các mốc thời gian dưới đây, tùy ngày nào đến sau: - Ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm của sản phẩm, hoặc - Ngày khôi phục hiệu lực gần nhất của Sản phẩm này trong Hợp đồng bảo hiểm, hoặc - Ngày thay đổi kế hoạch bảo hiểm hoặc quyền lợi bảo hiểm gần nhất (cho phần tăng thêm), hoặc - Ngày bổ sung Người được bảo hiểm vào Quyền lợi san sẻ yêu thương (áp dụng đối với phần Số tiền bảo hiểm của Quyền lợi điều trị nội trú/Quyền lợi điều trị ngoại trú của Người được bảo hiểm mới được bổ sung vào Quyền lợi san sẻ yêu thương). Thời gian chờ được quy định như sau: - Đối với Bệnh đặc biệt, Ung thư, Đột quỵ, Nhồi máu cơ tim, Cấy ghép nội tạng, Biến chứng thai sản dẫn đến phẫu thuật/thủ thuật y tế theo chỉ định của Bác sĩ chuyên khoa: 90 ngày; - Đối với Chăm sóc thai sản (ngoại trừ Biến chứng thai sản dẫn đến phẫu thuật/thủ thuật y tế theo chỉ định của Bác sĩ chuyên khoa): 270 ngày; - Đối với các Bệnh khác: 30 ngày; - Đối với trường hợp Tai nạn: không áp dụng.

49	Thuốc kê toa	Là các loại thuốc điều trị Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa và được kê toa bởi Bác sĩ/Bác sĩ chuyên khoa. Thuốc kê toa phải có trong danh mục đăng ký với cơ quan quản lý nhà nước có thẩm quyền và không bao gồm thực phẩm chức năng, thuốc cho mục đích làm đẹp, mỹ phẩm, vitamin/thuốc bổ, trừ các vitamin/thuốc bổ cần thiết và hỗ trợ cho việc điều trị, được chỉ định bởi Bác sĩ/Bác sĩ chuyên khoa.
50	Thương tật	Là các tổn thương cơ thể bị gây ra do Tai nạn và không liên quan đến nguyên nhân nào khác trong thời hạn bảo hiểm.
51	Vận chuyển cấp cứu	Là vận chuyển cấp cứu bằng xe cứu thương và chăm sóc trong quá trình vận chuyển Người được bảo hiểm đang trong tình trạng nguy cấp tới phòng cấp cứu của Cơ sở y tế. Vận chuyển cấp cứu không bao gồm vận chuyển cấp cứu do thai sản, ngoại trừ cấp cứu thai sản do Tai nạn.
52	Vật lý trị liệu	Là phương pháp điều trị sử dụng các biện pháp vật lý để giảm đau, phục hồi chức năng của cơ bắp cho các hoạt động bình thường hàng ngày của Người được bảo hiểm theo chỉ định của Bác sĩ/Bác sĩ chuyên khoa (không phải phương pháp massage, spa hay tập sửa dáng đi) và việc điều trị này phải được thực hiện tại Cơ sở y tế.
53	Vật tư tiêu hao	Là vật tư được sử dụng nhằm mục đích hỗ trợ cho việc điều trị và không được lắp đặt vĩnh viễn trong cơ thể, bao gồm các vật liệu có thể tự tiêu trong cơ thể hoặc có thể lấy ra khỏi cơ thể mà không ảnh hưởng đến chức năng hoạt động của cơ thể.
54	Y học thay thế	Là các phương pháp điều trị theo y học dân tộc cổ truyền và những phương pháp tương tự được thực hiện tại Cơ sở y tế, mà không phải là phương pháp tây y.
55	Y tá/Điều dưỡng	Là nhân viên y tế được cấp phép hành nghề y tá/điều dưỡng hợp pháp theo luật pháp của nước sở tại nơi nhân viên y tế đó thực hiện việc chăm sóc y tế.