

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN
BẢO HIỂM BỔ TRỢ CHĂM SÓC SỨC KHỎE
(Được chấp thuận theo Công văn số 12475/BTC-QLBH
ngày 09 tháng 10 năm 2020 của Bộ Tài chính)

MỘT SỐ ĐIỂM CẦN LƯU Ý ĐỐI VỚI KHÁCH HÀNG KHI THAM GIA SẢN PHẨM

▪ **Quyền của khách hàng**

1. Chương trình bảo hiểm và Quyền lợi bảo hiểm Điều 3, Điều 5, Điều 6, Điều 7
Bên mua bảo hiểm có thể lựa chọn Chương trình bảo hiểm và Quyền lợi bảo hiểm có Hạn mức quyền lợi tối đa như sau:

Chương trình bảo hiểm	Bạc	Vàng	Bạch Kim	Kim Cương
Quyền lợi Điều trị nội trú	180 triệu đồng/năm	300 triệu đồng/năm	600 triệu đồng/năm	1,2 tỷ đồng/năm
Quyền lợi Điều trị ngoại trú	8 triệu đồng/năm	12 triệu đồng/năm	20 triệu đồng/năm	40 triệu đồng/năm
Quyền lợi Chăm sóc nha khoa	Không áp dụng	7 triệu đồng/năm	10 triệu đồng/năm	15 triệu đồng/năm

2. Thủ tục giải quyết Quyền lợi bảo hiểm Điều 17
Khi xảy ra sự kiện bảo hiểm, Người nhận quyền lợi bảo hiểm có thể yêu cầu Công ty giải quyết quyền lợi bảo hiểm. Các chứng từ cần thiết được quy định tại điều này.

▪ **Trách nhiệm của khách hàng**

1. Đóng phí bảo hiểm Điều 11
Bên mua bảo hiểm có trách nhiệm đóng đầy đủ phí bảo hiểm vào Ngày đến hạn đóng phí.
2. Nghĩa vụ kê khai trung thực và thông báo thông tin Điều 14
Bên mua bảo hiểm phải kê khai thông tin trung thực và thông báo đến Công ty khi có thay đổi các thông tin liên quan đến Hợp đồng. Việc kê khai không trung thực về sức khỏe và tiền sử bệnh sẽ dẫn đến rủi ro khách hàng không được Công ty giải quyết quyền lợi bảo hiểm của sản phẩm.

▪ **Các điểm quan trọng khác cần lưu ý**

1. Định nghĩa Điều 1
Bên mua bảo hiểm cần đọc kỹ các định nghĩa để hiểu rõ các thuật ngữ sử dụng trong Quy tắc và Điều khoản này.
2. Loại trừ Điều 10
Các trường hợp Công ty không giải quyết quyền lợi bảo hiểm được quy định tại điều này.

ĐIỀU 1: ĐỊNH NGHĨA

Trừ những khái niệm được định nghĩa dưới đây, các thuật ngữ, từ/cụm từ viết hoa trong Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ sẽ có nghĩa như quy định, giải thích trong Quy tắc và Điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm chính.

Các thuật ngữ về y học sử dụng trong Quy tắc và Điều khoản này, trừ khi được quy định cụ thể khác đi, sẽ có cùng nghĩa về mặt y học theo như cách hiểu và sử dụng chung của các chuyên gia về y học trong lĩnh vực tương ứng.

1.1 Người được bảo hiểm: là cá nhân có độ tuổi từ không (0) đến Tuổi bảo hiểm tối đa theo quy định tại Điều 1.2 vào Ngày hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ, đang sinh sống tại Việt Nam tại thời điểm nộp hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và được Công ty chấp nhận bảo hiểm theo Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này. Tuổi gia hạn tối đa kết thúc Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ được quy định tại Điều 1.3. Người được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ phải có mối quan hệ với Người được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm chính như sau:

1.1.1 Là bản thân Người được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm chính;

1.1.2 Là vợ hoặc chồng của Người được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm chính;

1.1.3 Là con cái của Người được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm chính.

1.2 Tuổi bảo hiểm tối đa: Tuổi bảo hiểm tối đa của Người được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ được quy định như sau:

1.2.1 Sáu mươi lăm (65) tuổi trong trường hợp là bản thân Người được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm chính;

1.2.2 Sáu mươi lăm (65) tuổi trong trường hợp là vợ hoặc chồng của Người được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm chính;

1.2.3 Hai mươi lăm (25) tuổi trong trường hợp là con cái của Người được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm chính.

1.3 Tuổi gia hạn tối đa: Tuổi gia hạn tối đa của Người được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ được quy định như sau:

1.3.1 Bảy mươi (70) tuổi trong trường hợp là bản thân Người được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm chính;

1.3.2 Bảy mươi (70) tuổi trong trường hợp là vợ hoặc chồng của Người được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm chính;

1.3.3 Hai mươi lăm (25) tuổi trong trường hợp là con cái của Người được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm chính.

1.4 Người nhận quyền lợi bảo hiểm: là Người được bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ này và không được thay đổi trong suốt Thời hạn hợp đồng. Trường hợp Người được bảo hiểm dưới mười tám (18) tuổi, Người nhận quyền lợi bảo hiểm là cha, mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp.

1.5 Tuổi bảo hiểm: là tuổi của Người được bảo hiểm tính theo ngày sinh nhật gần nhất trước Ngày hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ hoặc Ngày kỷ niệm hợp đồng trong các Năm hợp đồng tiếp theo.

1.6 Ngày hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ:

Nếu Bên mua bảo hiểm nộp hồ sơ yêu cầu bảo hiểm Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ đồng thời với Hợp đồng bảo hiểm chính thì Ngày hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ là ngày hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm chính.

Nếu Bên mua bảo hiểm nộp hồ sơ yêu cầu bảo hiểm Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ sau ngày hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm chính thì Bên mua bảo hiểm phải yêu cầu trong vòng ba mươi (30) ngày trước Ngày kỷ niệm của Hợp đồng bảo hiểm chính và Ngày hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ này là ngày kỷ niệm hàng năm tiếp theo gần nhất của Hợp đồng bảo hiểm chính.

Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm phải còn sống vào ngày Công ty phát hành Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ.

1.7 Ngày gia hạn: của Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ là Ngày kỷ niệm hợp đồng theo Hợp đồng bảo hiểm chính.

1.8 Ngày khôi phục hiệu lực: là ngày mà hiệu lực của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ được khôi phục theo sự chấp thuận bằng văn bản của Công ty.

1.9 Thời hạn hợp đồng: một (1) năm, tính từ Ngày hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ, được thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các văn bản sửa đổi, bổ sung (nếu có).

Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ sẽ được gia hạn hàng năm cho đến ngày Người được bảo hiểm đạt Tuổi gia hạn tối đa hoặc Thời hạn đóng phí của Hợp đồng bảo hiểm chính chấm dứt, tùy thời điểm nào đến trước.

Bên mua bảo hiểm và/hoặc Công ty có quyền không gia hạn Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ. Trường hợp Công ty từ chối gia hạn, Công ty sẽ thông báo bằng văn bản cho Bên mua bảo hiểm ít nhất ba mươi (30) ngày trước Ngày gia hạn.

1.10 Phí bảo hiểm: là khoản tiền mà Bên mua bảo hiểm phải đóng cho Công ty theo định kỳ đóng phí và phương thức đóng phí được áp dụng theo Hợp đồng bảo hiểm chính.

Phí bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ có thể thay đổi tùy theo sự chấp thuận của Bộ Tài chính. Mức phí bảo hiểm mới sẽ được áp dụng vào Ngày gia hạn kế tiếp và Công ty sẽ thông báo cho Bên mua bảo hiểm bằng văn bản ít nhất ba mươi (30) ngày trước khi áp dụng.

1.11 Chương trình bảo hiểm: là các Chương trình bảo hiểm do Công ty quy định và được Bên mua bảo hiểm lựa chọn khi tham gia Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ, được thể hiện trong Giấy chứng nhận bảo hiểm, văn bản sửa đổi, bổ sung (nếu có).

Các Chương trình bảo hiểm sau bao gồm:

1.11.1 Chương trình Bạc;

1.11.2 Chương trình Vàng;

1.11.3 Chương trình Bạch Kim;

1.11.4 Chương trình Kim Cương.

Công ty có quyền ngưng phân phối bất kỳ Chương trình bảo hiểm nào theo từng thời điểm với điều kiện Công ty sẽ thông báo bằng văn bản cho Bên mua bảo hiểm ít nhất ba mươi (30) ngày trước Ngày gia hạn gần nhất.

1.12 Quyền lợi bảo hiểm: bao gồm:

1.12.1 Quyền lợi Điều trị nội trú;

1.12.2 Quyền lợi Điều trị ngoại trú;

1.12.3 Quyền lợi Chăm sóc nha khoa.

Các quyền lợi này được Bên mua bảo hiểm lựa chọn và được thể hiện trong Giấy chứng nhận bảo hiểm.

1.13 Phạm vi bảo hiểm: Công ty chấp nhận chi trả các chi phí y tế phát sinh trên phạm vi châu Á khi Người được bảo hiểm khám, điều trị trong thời hạn Hợp đồng bảo hiểm hỗ trợ còn hiệu lực theo Quy tắc và Điều khoản này và tương ứng với Chương trình bảo hiểm được lựa chọn.

1.14 Bảng liệt kê các quyền lợi: là bảng liệt kê chi tiết các quyền lợi của Chương trình bảo hiểm của Người được bảo hiểm.

1.15 Hạn mức quyền lợi tối đa: là số tiền tối đa có thể được chi trả trong suốt Năm hợp đồng đối với từng Quyền lợi bảo hiểm và được quy định cụ thể tại Bảng liệt kê các quyền lợi.

1.16 Hạn mức phụ: là giới hạn chi trả tối đa đối với từng hạng mục quyền lợi được nêu tại Bảng liệt kê các quyền lợi.

1.17 Đồng thanh toán: là tỷ lệ phần trăm của Chi phí hợp lý theo thông lệ của từng hạng mục quyền lợi có liên quan mà Người được bảo hiểm phải tự trả. Công ty sẽ xem xét chi trả phần Chi phí hợp lý theo thông lệ còn lại của từng hạng mục quyền lợi có liên quan dựa trên các chi tiết về quyền lợi bảo hiểm của Người được bảo hiểm được quy định trong Bảng liệt kê các quyền lợi.

1.18 Chi phí hợp lý theo thông lệ: là các chi phí cần thiết về mặt y khoa thuộc Phạm vi bảo hiểm, nhưng không vượt quá các chi phí thông thường cho việc điều trị Bệnh/Thương tích tương tự hoặc cho các dịch vụ và vật dụng tương tự tại khu vực địa lý nơi chi phí phát sinh.

1.19 Bệnh: là tình trạng sức khỏe thay đổi có tính bệnh lý khác với tình trạng sức khỏe bình thường, cần phải được Bác sĩ điều trị.

1.20 Thương tích: là thương tích trên thân thể (loại trừ những tình trạng tâm thần), phát sinh hoàn toàn và duy nhất từ một Tai nạn.

1.21 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 ra thương tích hoặc tử vong cho Người được bảo hiểm trong vòng 180 ngày kể từ ngày xảy ra sự kiện hoặc chuỗi sự kiện đó.

1.22 Bác sĩ: là người có bằng cấp chuyên môn y khoa được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc thừa nhận được hành nghề y trong phạm vi giấy phép theo pháp luật của nước sở tại nơi người này tiến hành việc khám, điều trị.

Nha sĩ: là người có bằng cấp chuyên môn nha khoa được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc thừa nhận được hành nghề nha hợp pháp trong phạm vi giấy phép theo pháp luật của nước sở tại nơi người này tiến hành việc khám, điều trị.

Cho mục đích của Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ này, Bác sĩ và Nha sĩ không được đồng thời là:

1.22.1 Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người nhận quyền lợi bảo hiểm; hoặc

1.22.2 Vợ, chồng, cha ruột, mẹ ruột, cha nuôi, mẹ nuôi, cha dượng, mẹ kế, con ruột, con nuôi, anh ruột, chị ruột, em ruột, ông nội, bà nội, ông ngoại, bà ngoại của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người nhận quyền lợi bảo hiểm; hoặc

1.22.3 Con riêng của vợ hoặc chồng của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người nhận quyền lợi bảo hiểm; hoặc

1.22.4 Đại lý bảo hiểm của Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm.

1.23 Bệnh viện: là một cơ sở khám chữa bệnh được thành lập và hoạt động hợp pháp theo luật pháp nước sở tại, thực hiện điều trị bằng phương pháp tây y để chăm sóc và điều trị cho những người bị Bệnh hoặc bị Thương tích, có đủ các thiết bị chuyên môn để tiến hành chẩn đoán, điều trị, phẫu thuật, có y tá chăm sóc 24/7 và có Bác sĩ trực thường xuyên. Bệnh viện không bao gồm:

1.23.1 Viện nghỉ dưỡng, nhà dưỡng lão hoặc các cơ sở khác chủ yếu dành cho việc chăm sóc cho người già;

1.23.2 Trung tâm cai nghiện, cơ sở cai nghiện;

1.23.3 Bệnh viện tâm thần, viện tâm thần;

1.23.4 Khoa, viện, bệnh viện y học dân tộc;

1.23.5 Bệnh viện phong, trại phong;

1.23.6 Trung tâm y tế dự phòng;

1.23.7 Nơi điều trị suối khoáng, xông hơi, mát-xa, spa.

- 1.24 Phòng khám:** là một cơ sở khám chữa bệnh được thành lập và hoạt động hợp pháp theo luật pháp nước sở tại, hoạt động với mục đích chủ yếu là khám và điều trị y tế mà không có chức năng lưu bệnh qua đêm.
- 1.25 Điều trị nội trú:** là việc điều trị Bệnh hoặc Thương tích tại Bệnh viện và Người được bảo hiểm cần thiết về mặt y tế phải nằm viện trong một thời gian liên tục từ mười tám (18) tiếng trở lên để điều trị Bệnh hoặc Thương tích đó.
- 1.26 Điều trị ngoại trú:** là việc điều trị Bệnh hoặc Thương tích tại một Phòng khám hoặc tại một Bệnh viện nhưng không phải là Điều trị nội trú.
- 1.27 Một lần thăm khám:** là một lần Người được bảo hiểm được Bác sĩ khám để chẩn đoán bệnh và điều trị hoặc một lần tái khám theo yêu cầu của Bác sĩ điều trị. Trong trường hợp Người được bảo hiểm cần phải khám ở chuyên khoa khác theo yêu cầu của Bác sĩ điều trị, thì một lần khám ở một chuyên khoa được tính là một lần thăm khám.
- 1.28 Chi phí giường và phòng:** là chi phí giường hoặc phòng của Người được bảo hiểm tại Bệnh viện hoặc Phòng khám. Trong Điều trị nội trú thì Chi phí giường và phòng bao gồm cả suất ăn theo tiêu chuẩn của bệnh nhân do Bệnh viện cung cấp và xuất hóa đơn. Nếu Người được bảo hiểm bao cả phòng thì Chi phí giường và phòng của Người được bảo hiểm sẽ được xác định bằng cách lấy chi phí của phòng bao đó chia cho số giường của phòng đó.
- 1.29 Phẫu thuật:** là một phương pháp y khoa để điều trị Bệnh hoặc Thương tích, do Bác sĩ có chuyên môn phù hợp thực hiện. Các phẫu thuật phục vụ cho mục đích chẩn đoán sẽ không được xem là Phẫu thuật theo định nghĩa này. Phẫu thuật gồm có hai loại:
- 1.29.1 **Phẫu thuật nội trú:** là Phẫu thuật được thực hiện ở Bệnh viện và Người được bảo hiểm cần thiết về mặt y khoa phải nằm viện trong một thời gian liên tục từ mười tám (18) tiếng trở lên.
- 1.29.2 **Phẫu thuật ngoại trú:** là Phẫu thuật được thực hiện ở một Phòng khám hoặc một Bệnh viện nhưng không phải là Phẫu thuật nội trú.
- Trong đó, Phẫu thuật nội soi ngoại trú là phẫu thuật ngoại trú được thực hiện bằng phương pháp nội soi.
- 1.30 Phẫu thuật thẩm mỹ:** là phẫu thuật được thực hiện chủ yếu để cải thiện hoặc nâng cao vẻ bề ngoài của một người hoặc phẫu thuật mà người được phẫu thuật nghĩ rằng hoặc tin rằng sẽ cải thiện hoặc nâng cao vẻ bề ngoài của mình và bao gồm cả bất kỳ phẫu thuật nào cần thiết cho những lý do tâm lý, sự thích nghi và sự thỏa mãn cá nhân đối với một Bệnh hoặc Thương tích được bảo hiểm.
- 1.31 Điều trị trước khi nhập viện:** là lần điều trị gần nhất có liên quan trực tiếp đến một tình trạng y tế của Người được bảo hiểm mà cần phải nhập viện để Điều trị nội trú theo chỉ định của Bác sĩ, và được thực hiện trong vòng 30 ngày trước khi nhập viện. Điều trị trước khi nhập viện không áp dụng cho quyền lợi Thai sản.

- 1.32 Điều trị sau khi xuất viện:** là việc điều trị tiếp theo sau khi xuất viện theo chỉ định của Bác sĩ điều trị, có liên quan trực tiếp đến tình trạng y tế mà Người được bảo hiểm vừa được Điều trị nội trú trước đó, và được thực hiện trong vòng 30 ngày sau khi xuất viện. Điều trị sau khi xuất viện không áp dụng cho quyền lợi Thai sản.
- 1.33 Điều dưỡng tại nhà:** là việc chăm sóc y tế tại nơi ở của Người được bảo hiểm ngay sau khi xuất viện sau khi Điều trị nội trú, do một điều dưỡng có giấy phép thực hiện, và phải có xác nhận của Bác sĩ điều trị là cần thiết về mặt y khoa. Điều dưỡng tại nhà không áp dụng cho quyền lợi Thai sản.
- 1.34 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 hay các hoạt động bình thường hằng ngày của Người được bảo hiểm theo chỉ định của Bác sĩ điều trị (không phải là phương pháp mát-xa các loại, spa hay tập sửa dáng đi) và được thực hiện tại Bệnh viện hoặc Phòng khám.
- 1.35 Vật tư y tế:** là những vật dụng được bác sĩ kê đơn để sử dụng trong y tế như là găng tay, băng, khẩu trang, bộ dụng cụ cho máy khí dung, bơm tiêm, bông, thạch cao, ... cũng như những vật tư tiêu hao khác được sử dụng cho các thiết bị cơ học.
- 1.36 Thuốc:** là thuốc được lưu hành hợp pháp do Bác sĩ kê đơn yêu cầu cụ thể cho việc điều trị một Bệnh hoặc Thương tích.
- 1.37 Dịch vụ xe cấp cứu:** là dịch vụ xe cấp cứu của Bệnh viện/Phòng khám, trung tâm cấp cứu để đưa Người được bảo hiểm trong tình trạng khẩn cấp do Bệnh hoặc Thương tích đến một Bệnh viện/Phòng khám hoặc từ Bệnh viện/Phòng khám này đến Bệnh viện/Phòng khám khác.
- 1.38 Tình trạng khẩn cấp:** là tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm thay đổi đột ngột, cần phải có sự can thiệp khẩn cấp về mặt y khoa hoặc phẫu thuật để tránh sự nguy hiểm đến tính mạng hoặc sức khỏe sắp xảy ra.
- 1.39 Sự cần thiết về mặt y khoa:** là sự điều trị y khoa mà đáp ứng những điều kiện sau:
- 1.39.1 theo đúng chẩn đoán của Bác sĩ; và
 - 1.39.2 theo đúng chỉ dẫn y khoa của y học hiện đại; và
 - 1.39.3 không phải chủ yếu vì sự tiện lợi của bệnh nhân hoặc gia đình của bệnh nhân hoặc Bác sĩ; và
 - 1.39.4 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 hoặc Thương tích của bệnh nhân.
- 1.40 Biến chứng thai sản:** gồm có:
- 1.40.1 Dọa sảy thai, dọa sinh non;
 - 1.40.2 Sảy thai hoặc thai nhi chết lưu trong tử cung;
 - 1.40.3 Phá thai hoặc chấm dứt thai kỳ theo chỉ định của Bác sĩ:
 - Do các bệnh lý di truyền hoặc dị tật bẩm sinh của thai nhi, hoặc
 - Để bảo vệ tính mạng của người mẹ là Người được bảo hiểm;

- 1.40.4 Thai trứng;
- 1.40.5 Thai ngoài tử cung;
- 1.40.6 Sinh khó;
- 1.40.7 Băng huyết sau sinh;
- 1.40.8 Sốt nhau thai sau khi sinh;
- 1.40.9 Biến chứng của các tình trạng nói trên.

- 1.41 Chi phí chăm sóc trẻ sơ sinh:** là chi phí cho các dịch vụ cần thiết thông thường cho trẻ sơ sinh trong vòng bảy (7) ngày kể từ khi sinh như là vệ sinh cho trẻ sơ sinh, chích ngừa, kiểm tra sơ sinh. Chi phí chăm sóc trẻ sơ sinh không bao gồm các chi phí cho việc xét nghiệm chẩn đoán và điều trị các Tình trạng bẩm sinh của trẻ sơ sinh.
- 1.42 Tình trạng bẩm sinh:** là sự bất thường về mặt thể chất hoặc y học có từ khi sinh ra cũng như những bất thường về mặt thể chất hoặc tinh thần phát triển sau đó do những nhân tố vốn có từ khi sinh ra, cho dù Người được bảo hiểm có nhận biết được hay không, và có thể được các cơ quan y tế mô tả dưới nhiều tên gọi khác nhau như bệnh bẩm sinh, dị tật bẩm sinh, khuyết tật bẩm sinh, bất thường của nhiễm sắc thể.
- 1.43 Tình trạng thực vật dai dẳng:** là
- 1.43.1 một sự sút giảm nghiêm trọng về ý thức trong đó Người được bảo hiểm bị tổn thương hệ thần kinh ở trong trạng thái thức tỉnh một phần chứ không phải nhận thức thật sự, mặc dù các dấu hiệu bề ngoài như là mở mắt, nuốt và thở tự nhiên và những điều tương tự có thể tồn tại; và
 - 1.43.2 tình trạng đã kéo dài liên tục trong ít nhất bốn (4) tuần mà không có dấu hiệu cải thiện, trong khi tất cả các cố gắng hợp lý đã được thực hiện để làm nhẹ bớt tình trạng này.
- 1.44 Tình trạng tồn tại trước:** là tình trạng Bệnh hoặc Thương tích của Người được bảo hiểm đã được Bác sĩ khám, chẩn đoán hoặc điều trị trước Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc Ngày khôi phục hiệu lực gần nhất (nếu có). Hồ sơ y tế, tiền sử bệnh được lưu giữ tại Bệnh viện/Phòng khám được thành lập hợp pháp hoặc các thông tin do Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm tự kê khai được xem là bằng chứng đầy đủ và hợp pháp về Tình trạng tồn tại trước.
- 1.45 Bệnh đặc biệt:** bao gồm các loại nang và polyp, các loại sỏi, rò hậu môn, các tình trạng của tuyến tiền liệt, các bệnh về tai mũi họng cần phải phẫu thuật bao gồm cả cắt Amidan và nạo VA, các bệnh về phổi (ngoại trừ viêm phổi cấp), thoát vị đĩa đệm, viêm dạ dày, viêm tá tràng, loét dạ dày, loét tá tràng, viêm xoang, tất cả các loại viêm gan, lạc nội mạc tử cung, các bệnh tim mạch và huyết áp, đột quy/tai biến mạch máu não, cơn thiếu máu não thoáng qua, viêm khớp, hội chứng ống cổ tay, các loại u/bướu, các loại ung thư, bệnh trĩ, suy giãn tĩnh mạch, đái tháo đường.
- 1.46 Điều trị nha khoa:** là bất kỳ sự điều trị nào đối với các tình trạng bệnh lý của răng hoặc nướu hoặc hàm trong trường hợp có liên quan đến răng và được thực hiện bởi Nha sĩ.

ĐIỀU 2: HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM BỔ TRỢ

2.1 Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ: là thỏa thuận giữa Bên mua bảo hiểm và Công ty, ghi nhận quyền và nghĩa vụ của các bên trong quá trình thực hiện hợp đồng và được đính kèm theo Hợp đồng bảo hiểm chính dựa trên hồ sơ yêu cầu của Bên mua bảo hiểm.

Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ bao gồm các tài liệu sau:

- Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm;
- Giấy chứng nhận bảo hiểm;
- Quy tắc và Điều khoản sản phẩm bảo hiểm được Bộ Tài chính phê chuẩn;
- Tài liệu minh họa bán hàng;
- Các văn bản sửa đổi (nếu có).

2.2 Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm: là văn bản yêu cầu bảo hiểm theo mẫu của Công ty, trong đó ghi các nội dung đề nghị tham gia bảo hiểm và thông tin do người đề nghị tham gia bảo hiểm cung cấp để Công ty đánh giá rủi ro, làm căn cứ chấp nhận bảo hiểm hoặc từ chối bảo hiểm. Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm do Bên mua bảo hiểm (và Người được bảo hiểm hoặc Người đại diện theo pháp luật của Người được bảo hiểm) kê khai, ký tên và cung cấp cho Công ty.

2.3 Giấy chứng nhận bảo hiểm: là văn bản do Công ty cấp cho Bên mua bảo hiểm cùng với Hợp đồng bảo hiểm chính trong đó thể hiện các thông tin cơ bản của Hợp đồng bảo hiểm, và là một phần không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm.

2.4 Tài liệu minh họa bán hàng: là tài liệu minh họa về sản phẩm được cung cấp cho Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm cùng với Hợp đồng bảo hiểm chính, thể hiện các thông tin cơ bản về Hợp đồng bảo hiểm theo điều kiện, điều khoản bảo hiểm được thỏa thuận giữa Bên mua bảo hiểm và Công ty.

2.5 Trường hợp có sự mâu thuẫn giữa Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ và Hợp đồng bảo hiểm chính thì các quy định theo Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ được ưu tiên áp dụng.

ĐIỀU 3: CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM VÀ QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

3.1 Hạn mức quyền lợi tối đa chi trả cho các Quyền lợi bảo hiểm được quy định như sau:

Chương trình bảo hiểm	Bạc	Vàng	Bạch Kim	Kim Cương
Quyền lợi Điều trị nội trú	180 triệu đồng/năm	300 triệu đồng/năm	600 triệu đồng/năm	1,2 tỷ đồng/năm
Quyền lợi Điều trị ngoại trú	8 triệu đồng/năm	12 triệu đồng/năm	20 triệu đồng/năm	40 triệu đồng/năm
Quyền lợi Chăm sóc nha khoa	Không áp dụng	7 triệu đồng/năm	10 triệu đồng/năm	15 triệu đồng/năm

- 3.2 Lựa chọn Quyền lợi bảo hiểm:** Bên mua bảo hiểm khi tham gia Sản phẩm bảo hiểm hỗ trợ có thể lựa chọn Quyền lợi bảo hiểm như sau:
- Quyền lợi Điều trị nội trú: Công ty sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm theo Điều 5 của Quy tắc và Điều khoản này; hoặc
 - Quyền lợi Điều trị nội trú và Quyền lợi Điều trị ngoại trú: Công ty sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm theo Điều 5 và Điều 6 của Quy tắc và Điều khoản này; hoặc
 - Quyền lợi Điều trị nội trú, Quyền lợi Điều trị ngoại trú và Quyền lợi Chăm sóc nha khoa: Công ty sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm theo Điều 5, Điều 6 và Điều 7 của Quy tắc và Điều khoản này.
- 3.3** Bên mua bảo hiểm chỉ có thể lựa chọn Quyền lợi Điều trị ngoại trú và Quyền lợi Chăm sóc nha khoa chỉ trong cùng một Chương trình bảo hiểm với Quyền lợi Điều trị nội trú.
- 3.4** Công ty không có trách nhiệm chi trả bất kỳ quyền lợi nào cho bất kỳ trường hợp nào mà ngày nhập viện là trước Ngày hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm hỗ trợ và ngày xuất viện là sau hoặc vào Ngày hiệu Hợp đồng bảo hiểm hỗ trợ.

ĐIỀU 4: BẢO HIỂM CÓ ĐIỀU KIỆN

Căn cứ vào kết quả thẩm định Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm hoặc kết quả chi trả cho các yêu cầu giải quyết quyền lợi, Công ty có thể chấp thuận bảo hiểm hoặc gia hạn Hợp đồng bảo hiểm hỗ trợ với những điều kiện và thỏa thuận đặc biệt với Quyền lợi bảo hiểm có điều chỉnh, Phí bảo hiểm có điều chỉnh hoặc điều chỉnh phạm vi trách nhiệm bảo hiểm. Các điều kiện và thoả thuận đặc biệt này chỉ được áp dụng sau khi Người được bảo hiểm chấp thuận bằng văn bản.

ĐIỀU 5: CHI TRẢ QUYỀN LỢI ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ

5.1 Bảng liệt kê các quyền lợi và Hạn mức phụ (Đơn vị: đồng):

Chương trình bảo hiểm	Bạc	Vàng	Bạch Kim	Kim Cương
Hạn mức quyền lợi tối đa	180 triệu/năm	300 triệu/năm	600 triệu/năm	1,2 tỷ/năm
Điều trị nội trú có phẫu thuật	25 triệu/lần năm viện. Trong đó, Chi phí giường và phòng tối đa 1 triệu/ngày.	50 triệu/lần năm viện. Trong đó, Chi phí giường và phòng tối đa 1,6 triệu/ngày.	100 triệu/lần năm viện. Trong đó, Chi phí giường và phòng tối đa 2,4 triệu/ngày.	240 triệu/lần năm viện. Trong đó, Chi phí giường và phòng tối đa 4 triệu/ngày.
	Bao gồm: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Chi phí giường và phòng; ▪ Chi phí phòng chăm sóc đặc biệt; ▪ Chi phí phẫu thuật: Chi phí Bác sĩ phẫu thuật, chi phí phòng phẫu thuật, chi phí gây mê/ gây tê, chi phí đánh giá tiền phẫu thuật và chăm sóc hậu phẫu thuật thông thường; và ▪ Các chi phí khác: các chi phí xét nghiệm chẩn đoán, chẩn đoán hình ảnh theo chỉ định của bác sĩ, thuốc được kê đơn, phí bác sĩ, máu, huyết tương, thuê xe lăn sử dụng trong Bệnh viện, vật tư y tế, dụng cụ và trang thiết bị phẫu thuật, thiết bị y khoa được đặt /gắn bên trong cơ thể, ... 			
Điều trị nội trú nhưng không có phẫu thuật	12 triệu/lần năm viện. Trong đó, Chi phí giường và phòng tối đa 1 triệu/ngày.	25 triệu/lần năm viện. Trong đó, Chi phí giường và phòng tối đa 1,6 triệu/ngày.	50 triệu/lần năm viện. Trong đó, Chi phí giường và phòng tối đa 2,4 triệu/ngày.	120 triệu/lần năm viện. Trong đó, Chi phí giường và phòng tối đa 4 triệu/ngày.
	Bao gồm: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Chi phí giường và phòng; ▪ Chi phí phòng chăm sóc đặc biệt; và ▪ Các chi phí khác: các chi phí xét nghiệm chẩn đoán, chẩn đoán hình ảnh theo chỉ định của bác sĩ, thuốc được kê đơn, phí bác sĩ, vật tư y tế,... 			

Chương trình bảo hiểm	Bạc	Vàng	Bạch Kim	Kim Cương
Chi phí phẫu thuật nội soi ngoại trú	18 triệu/lần phẫu thuật	30 triệu/lần phẫu thuật	60 triệu/lần phẫu thuật	120 triệu/lần phẫu thuật
	<p>Chi phí bác sĩ phẫu thuật, chi phí phòng phẫu thuật, chi phí gây mê/gây tê, chi phí xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, chi phí vật tư y tế, dụng cụ và trang thiết bị phẫu thuật, thuốc được kê đơn, và các chi phí có liên quan khác.</p> <p>Mức chi trả cho Chi phí giường và phòng (nếu có) không vượt quá hạn mức giới hạn của Chi phí giường và phòng theo Điều trị nội trú có phẫu thuật.</p>			
Điều trị trước khi nhập viện	5 triệu/năm	7 triệu/năm	10 triệu/năm	20 triệu/năm
Điều trị sau khi xuất viện	5 triệu/năm	7 triệu/năm	10 triệu/năm	20 triệu/năm
Điều dưỡng tại nhà	80.000/ngày	150.000/ngày	200.000/ngày	350.000/ngày
	Chi trả tối đa 30 ngày/năm			
Dịch vụ xe cấp cứu	2 triệu/năm	4 triệu/năm	6 triệu/năm	10 triệu/năm
Điều trị ung thư	Theo chi phí thực tế	Theo chi phí thực tế	Theo chi phí thực tế	Theo chi phí thực tế
	Các chi phí cho việc xạ trị và hóa trị trong khi Điều trị nội trú hay ngoại trú.			
Ghép tạng	180 triệu	300 triệu	600 triệu	1,2 tỷ
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bao gồm các chi phí cho việc ghép thận, tim, phổi, gan, tủy xương cho người nhận là Người được bảo hiểm (tối đa 50% cho người hiến tặng và số phần trăm còn lại cho người nhận, tùy theo sự lựa chọn của Người được bảo hiểm). Công ty không thanh toán cho các chi phí để có được tạng. ▪ Quyền lợi này là tổng cộng tối đa cho mỗi tạng trong suốt cuộc đời của Người được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm hỗ trợ này. 			
Điều trị ngoại trú do tai nạn tại phòng cấp cứu	1,2 triệu / Tai nạn	2,5 triệu / Tai nạn	5 triệu / Tai nạn	7,5 triệu / Tai nạn
	Bao gồm các dịch vụ trong phòng cấp cứu của Bệnh viện/Phòng khám cho Tai nạn được bảo hiểm mà được điều trị trong vòng 24 giờ kể từ khi xảy ra Tai nạn.			
Điều trị tổn thương răng do tai nạn	1,2 triệu / Tai nạn	2,5 triệu / Tai nạn	5 triệu / Tai nạn	7,5 triệu / Tai nạn
	Chi trả trong vòng tối đa 7 ngày kể từ khi xảy ra tai nạn gây mất mát hoặc tổn hại cho răng tự nhiên lành mạnh, loại trừ việc làm răng giả.			

Chương trình bảo hiểm	Bạc	Vàng	Bạch Kim	Kim Cương
	Không áp dụng	12 triệu/lần mang thai	20 triệu/lần mang thai	40 triệu/lần mang thai
Thai sản	Bao gồm các chi phí: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Điều trị Biến chứng thai sản ▪ Khám thai ▪ Sinh con (sinh thường hoặc sinh mổ bao gồm cả sinh mổ theo yêu cầu) ▪ Chăm sóc trẻ sơ sinh (trong vòng 7 ngày kể từ khi sinh) 			

- 5.2** Tổng số ngày chi trả tối đa cho Chi phí giường và phòng tại Điều trị nội trú có phẫu thuật và Điều trị nội trú nhưng không có phẫu thuật là 60 ngày cho mỗi Năm hợp đồng.
- 5.3** Tổng số ngày chi trả tối đa cho Chi phí phòng chăm sóc đặc biệt tại Điều trị nội trú có phẫu thuật và Điều trị nội trú nhưng không có phẫu thuật là 30 ngày cho mỗi Năm hợp đồng.
- 5.4** Công ty sẽ chi trả các Chi phí hợp lý theo thông lệ theo đúng Chương trình bảo hiểm của Quyền lợi Điều trị nội trú của Người được bảo hiểm được quy định trong Bảng liệt kê các quyền lợi. Trong mọi trường hợp, tổng số tiền chi trả cho Quyền lợi Điều trị nội trú của Người được bảo hiểm trong một Năm hợp đồng sẽ không vượt quá hạn mức quyền lợi tối đa của Chương trình bảo hiểm của Quyền lợi Điều trị nội trú của Người được bảo hiểm được quy định trong Bảng liệt kê các quyền lợi.

ĐIỀU 6: CHI TRẢ QUYỀN LỢI ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ

6.1 Bảng liệt kê các quyền lợi và Hạn mức phụ (Đơn vị: đồng):

Chương trình bảo hiểm	Bạc	Vàng	Bạch Kim	Kim Cương
Hạn mức quyền lợi tối đa	8 triệu/năm	12 triệu/năm	20 triệu/năm	40 triệu/năm
Điều trị ngoại trú (không phẫu thuật)	Đồng thanh toán 20:80 (Người được bảo hiểm tự trả 20% Chi phí hợp lý theo thông lệ). Hạn mức tối đa Công ty chi trả là 800.000 cho mỗi lần thăm khám.	Đồng thanh toán 20:80 (Người được bảo hiểm tự trả 20% Chi phí hợp lý theo thông lệ). Hạn mức tối đa Công ty chi trả là 1,2 triệu cho mỗi lần thăm khám.	Đồng thanh toán 20:80 (Người được bảo hiểm tự trả 20% Chi phí hợp lý theo thông lệ). Hạn mức tối đa Công ty chi trả là 2 triệu cho mỗi lần thăm khám.	Đồng thanh toán 20:80 (Người được bảo hiểm tự trả 20% Chi phí hợp lý theo thông lệ). Hạn mức tối đa Công ty chi trả là 4 triệu cho mỗi lần thăm khám.
	Bao gồm chi phí Bác sĩ, xét nghiệm chẩn đoán, chẩn đoán hình ảnh theo chỉ định của Bác sĩ, Thuốc được kê đơn, Vật tư y tế, và các chi phí có liên quan khác.			
Chi phí phẫu thuật ngoại trú (không bằng phương pháp nội soi)	8 triệu / năm	12 triệu / năm	20 triệu / năm	25 triệu / năm
	Bao gồm chi phí bác sĩ phẫu thuật, chi phí phòng phẫu thuật, chi phí gây mê/gây tê, chi phí xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, chi phí vật tư y tế, dụng cụ và trang thiết bị phẫu thuật, thuốc được kê đơn, và các chi phí có liên quan khác.			
Chi phí vật lý trị liệu, trị liệu thần kinh cột sống trong điều trị ngoại trú	50.000/ngày	70.000/ngày	100.000/ngày	150.000/ngày
	Chi trả tối đa 30 ngày/năm			

6.2 Công ty sẽ chi trả các Chi phí hợp lý theo thông lệ theo đúng Chương trình bảo hiểm của Quyền lợi Điều trị ngoại trú của Người được bảo hiểm được quy định trong Bảng liệt kê các quyền lợi. Trong mọi trường hợp, tổng số tiền chi trả cho Quyền lợi Điều trị ngoại trú của Người được bảo hiểm trong một Năm hợp đồng sẽ không vượt quá hạn mức quyền lợi tối đa của Chương trình bảo hiểm của Quyền lợi Điều trị ngoại trú của Người được bảo hiểm được quy định trong Bảng liệt kê các quyền lợi.

6.3 Trong mọi trường hợp, tổng số tiền chi trả cho Quyền lợi Điều trị nội trú và Quyền lợi Điều trị ngoại trú của Người được bảo hiểm trong một Năm hợp đồng sẽ không vượt

quá hạn mức quyền lợi tối đa của Chương trình bảo hiểm của Quyền lợi Điều trị nội trú của Người được bảo hiểm được quy định trong Bảng liệt kê các quyền lợi.

ĐIỀU 7: CHI TRẢ QUYỀN LỢI CHĂM SÓC NHA KHOA

7.1 Bảng liệt kê các quyền lợi và Hạn mức phụ (Đơn vị: đồng):

Chương trình bảo hiểm	Bạc	Vàng	Bạch Kim	Kim Cương
Hạn mức quyền lợi tối đa	Không áp dụng	Đồng thanh toán 20:80 (Người được bảo hiểm tự trả 20% Chi phí hợp lý theo thông lệ). Hạn mức tối đa Công ty chi trả là 7 triệu mỗi năm hợp đồng.	Đồng thanh toán 20:80 (Người được bảo hiểm tự trả 20% Chi phí hợp lý theo thông lệ). Hạn mức tối đa Công ty chi trả là 10 triệu mỗi năm hợp đồng.	Đồng thanh toán 20:80 (Người được bảo hiểm tự trả 20% Chi phí hợp lý theo thông lệ). Hạn mức tối đa Công ty chi trả là 15 triệu mỗi năm hợp đồng.
	Các chi phí bao gồm: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Khám, chụp X quang răng bệnh lý ▪ Điều trị viêm nướu, nha chu ▪ Cắt chóp răng, lấy u vôi răng (lấy vôi răng sâu dưới nướu) ▪ Trám răng bệnh lý ▪ Điều trị tủy răng ▪ Nhổ răng bệnh lý ▪ Cạo vôi răng (tối đa 1 lần/năm) 			

7.2 Trong mọi trường hợp, tổng số tiền chi trả cho Quyền lợi Chăm sóc nha khoa của Người được bảo hiểm trong một Năm hợp đồng sẽ không vượt quá hạn mức quyền lợi tối đa của Chương trình bảo hiểm về Quyền lợi Chăm sóc nha khoa của Người được bảo hiểm được quy định trong Bảng liệt kê các quyền lợi.

ĐIỀU 8: THỜI GIAN CHỜ

8.1 Thời gian chờ là khoảng thời gian mà Công ty không có trách nhiệm chi trả bất kỳ quyền lợi nào cho những sự kiện bảo hiểm xảy ra trong khoảng thời gian này, bao gồm cả trường hợp mà ngày nhập viện nằm trong thời gian này nhưng ngày xuất viện nằm ngoài thời gian này.

8.2 Đối với Quyền lợi Điều trị nội trú và Quyền lợi Điều trị ngoại trú, Thời gian chờ được tính từ Ngày hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ, hoặc từ Ngày khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ gần nhất; và được quy định như sau:

8.2.1 Đối với các Bệnh đặc biệt và các biến chứng của chúng: ba (3) tháng;

8.2.2 Đối với tất cả các hình thức tổn thương của dây chằng và sụn chêm: một (1) tháng;

Việc Điều trị nội trú hoặc Phẫu thuật xảy ra sau thời gian một (1) tháng nói trên sẽ được Công ty chi trả trên cơ sở Đồng thanh toán 30:70 (Người được bảo hiểm tự trả 30% Chi phí hợp lý theo thông lệ).

Việc Điều trị ngoại trú xảy ra sau thời gian một (1) tháng nói trên, nếu khách hàng có tham gia Quyền lợi điều trị ngoại trú sẽ được Công ty chi trả theo quy định tại Điều trị ngoại trú (không phẫu thuật);

8.2.3 Đối với các Bệnh khác: một (1) tháng;

8.2.4 Đối với quyền lợi Thai sản: chín (9) tháng.

8.3 Đối với Quyền lợi Chăm sóc nha khoa, Thời gian chờ là một (1) tháng tính từ ngày hiệu lực của quyền lợi hoặc từ ngày khôi phục hiệu lực quyền lợi gần nhất.

ĐIỀU 9: THAY ĐỔI CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM VÀ/HOẶC QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

9.1 Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ còn hiệu lực, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu thay đổi Chương trình bảo hiểm và/hoặc Quyền lợi bảo hiểm bằng cách gửi văn bản cho Công ty ít nhất ba mươi (30) ngày trước Ngày gia hạn tiếp theo.

9.2 Công ty có thể yêu cầu Bên mua bảo hiểm cung cấp bằng chứng về tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm khi thực hiện yêu cầu thay đổi này.

9.3 Nếu được Công ty chấp thuận, việc thay đổi Chương trình bảo hiểm và/hoặc Quyền lợi bảo hiểm sẽ có hiệu lực từ Ngày gia hạn kế tiếp. Phí bảo hiểm và các quyền lợi bảo hiểm sẽ được điều chỉnh tương ứng.

9.4 Trường hợp thay đổi Chương trình bảo hiểm dẫn đến Hạn mức quyền lợi tối đa cao hơn thì Công ty sẽ không áp dụng các hạn mức của Chương trình bảo hiểm mới sau khi thay đổi mà vẫn áp dụng các hạn mức của Chương trình bảo hiểm cũ ngay trước khi thay đổi cho những sự kiện bảo hiểm xảy ra trong các khoảng thời gian dưới đây tính từ ngày Công ty chấp thuận thay đổi, bao gồm cả trường hợp mà ngày nhập viện nằm trong thời gian này nhưng ngày xuất viện nằm ngoài thời gian này:

9.4.1 Đối với các Bệnh đặc biệt và các biến chứng của chúng: ba (3) tháng;

9.4.2 Đối với tất cả các hình thức tổn thương của dây chằng và sụn chêm: một (1) tháng;

Việc Điều trị nội trú hoặc Phẫu thuật xảy ra sau thời gian một (1) tháng nói trên sẽ được Công ty chi trả trên cơ sở Đồng thanh toán 30:70 (Người được bảo hiểm tự trả 30% Chi phí hợp lý theo thông lệ).

Việc Điều trị ngoại trú xảy ra sau thời gian một (1) tháng nói trên, nếu khách hàng có tham gia Quyền lợi điều trị ngoại trú sẽ được Công ty chi trả theo quy định tại Điều trị ngoại trú (không phẫu thuật);

9.4.3 Đối với các Bệnh khác và Quyền lợi Chăm sóc nha khoa: một (1) tháng;

9.4.4 Đối với quyền lợi Thai sản: chín (9) tháng;

ĐIỀU 10: ĐIỀU KHOẢN LOẠI TRỪ

Công ty không có trách nhiệm chi trả bất kỳ quyền lợi nào cho bất kỳ việc điều trị nào và/hoặc chi phí nào của Người được bảo hiểm nếu việc điều trị đó và/hoặc chi phí đó phát sinh từ hoặc thuộc bất kỳ trường hợp hoặc sự việc nào dưới đây:

- 10.1** Do hành vi cố ý của Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người nhận quyền lợi bảo hiểm đối với Người được bảo hiểm; hoặc do hành vi cố ý của Người được bảo hiểm;
- 10.2** Các Tình trạng tồn tại trước và các biến chứng, di chứng của chúng ngoại trừ các Tình trạng tồn tại trước đã được khai báo đầy đủ và trung thực với Công ty và Công ty không loại trừ bảo hiểm, các Bệnh di truyền, các Tình trạng bẩm sinh và các triệu chứng, biến chứng của chúng;
- 10.3** Thay đổi giới tính, kế hoạch hóa sinh đẻ, hủy bỏ triệt sản hoặc phá thai theo ý muốn, và bất kỳ các tình trạng hoặc biến chứng nào phát sinh từ những việc đó, rối loạn chức năng tình dục, vô sinh (bao gồm cả việc thụ tinh nhân tạo, thụ tinh trong ống nghiệm, chuyển phôi), dậy thì sớm, lún/vùi dương vật, dài bao quy đầu, hẹp bao quy đầu và các biến chứng của chúng, cắt bao quy đầu và các biến chứng của việc đó;
- 10.4** Khám sức khỏe tổng quát hoặc kiểm tra sức khỏe, bất kỳ xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thuốc hay dịch vụ nào mà không cần thiết cho việc chẩn đoán hay điều trị một Bệnh/Thương tích được bảo hiểm; hoặc chăm sóc dưỡng bệnh bao gồm cả chữa bệnh bằng cách nghỉ ngơi;
- 10.5** Điều trị phòng ngừa, tiêm chủng/chích ngừa, ngoại trừ chích ngừa 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 tích;
- 10.6** Thoái hóa cột sống, thoái hóa khớp, loãng xương, vẹo cột sống và tất cả các hình thức của bệnh thoái hóa xương; các chứng thoát vị của Người được bảo hiểm dưới 10 tuổi;
- 10.7** Các bệnh lây truyền qua đường tình dục và các biến chứng, di chứng của chúng; xét nghiệm HIV và điều trị các Bệnh có liên quan đến HIV bao gồm cả Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (“AIDS”), phức hợp có liên quan đến AIDS và/hoặc bất kỳ sự đột biến, tiến hóa, hoặc biến dị nào của chúng, ngoại trừ trường hợp nhiễm HIV trong khi đang thực hiện nhiệm vụ tại nơi làm việc như là một nhân viên y tế hoặc công an, cảnh sát;
- 10.8** Vẹo vách ngăn mũi và các biến chứng của nó, đục thủy tinh thể, các tật khúc xạ của mắt hoặc lão thị, mù màu, tất cả các hình thức lác mắt (lé), khô mắt, mỏi mắt, kiểm tra thính lực;
- 10.9** Các dụng cụ/thiết bị hiệu chỉnh, kính đeo mắt, mắt kính, kính sát trùng, thiết bị trợ thính, các bộ phận giả, các dụng cụ/thiết bị chỉnh hình, các thiết bị hỗ trợ di chuyển,

nạng chống, xe lăn ngoại trừ trường hợp thuê xe lăn của Bệnh viện/Phòng khám trong thời gian Điều trị nội trú;

- 10.10** Tất cả các dịch vụ nha khoa và Điều trị nha khoa, ngoại trừ trường hợp được bảo hiểm theo quyền lợi “Điều trị tổn thương răng do tai nạn” hoặc quyền lợi chăm sóc nha khoa;
- 10.11** Phẫu thuật thẩm mỹ và bất kỳ các biến chứng hoặc di chứng nào của việc đó, các điều trị mang tính chất thẩm mỹ, điều trị nám da, thiếu sắc tố da, sẹo, tàn nhang, nốt ruồi lành tính, mụn thịt, mụn trứng cá, chứng rụng tóc, gàu và bất kỳ các biến chứng hoặc di chứng nào của việc điều trị đó;
- 10.12** Bệnh Parkinson, bệnh Alzheimer, stress, suy nhược thần kinh, các rối loạn tâm thần, tâm lý, tinh thần hoặc thần kinh, và bất kỳ các biểu hiện sinh lý hoặc thần kinh nào của các rối loạn đó, bệnh động kinh, tất cả các hình thức của não úng thủy;
- 10.13** Suy nhược cơ thể, các rối loạn về ăn, suy dinh dưỡng, còi xương, những vấn đề liên quan đến sự phát triển thể chất;
- 10.14** Thương tích do khủng bố, chiến tranh có tuyên chiến hay không có tuyên chiến, sự xâm lược, hành động của kẻ thù nước ngoài, chiến sự, nội chiến, nổi dậy quân sự, khởi nghĩa, phiến loạn, cách mạng, các hành động quân sự hoặc cướp chính quyền, nổi loạn, bạo động dân sự;
- 10.15** Nhiễm phóng xạ, trừ trường hợp Điều trị ung thư;
- 10.16** Thương tích phát sinh từ hành động của Người được bảo hiểm khi có sử dụng chất có cồn, ma túy, chất gây nghiện, chất kích thích, dung môi hoặc thuốc trừ khi sử dụng theo chỉ định của Bác sĩ;
- 10.17** Thương tích do tham gia ẩu đả, tham gia vào bất kỳ hoạt động bất hợp pháp nào hoặc vi phạm pháp luật, chống lại việc bắt giữ của cơ quan có thẩm quyền;
- 10.18** Thương tích bị trong khi đang phục vụ trong quân đội, công an, lực lượng vũ trang;
- 10.19** Thương tích phát sinh trong khi tập luyện hoặc tham gia các môn thể thao chuyên nghiệp hoặc các hoạt động nguy hiểm bao gồm săn bắn, cưỡi ngựa, các hình thức thử nghiệm xe có động cơ, trượt patin, trượt băng, trượt tuyết, trượt ván trên tuyết, trượt ván, nhảy dù, dù kéo, dù lượn, điều lượn, bay (không phải như là hành khách có mua vé đi trên một máy bay thương mại của một hãng hàng không bay theo lịch được cấp giấy phép hợp lệ), đi lên xuống hoặc di chuyển trên một khí cầu hay bất kỳ phương tiện hoặc thiết bị nào di chuyển trên không, thám hiểm hang động, leo đá hoặc leo núi (có hoặc không có sử dụng dây thừng hoặc thiết bị khác), nhảy bungee, lặn có bình dưỡng khí hoặc lặn có sử dụng không khí nén, quyền anh, võ thuật, vật, bóng bầu dục, polo/mã cầu; hoặc tham gia bất kỳ cuộc đua nào mà không phải là đi bộ, chạy bộ hoặc bơi lội;
- 10.20** Điều trị không theo Sự cần thiết về mặt y khoa hoặc điều trị thí nghiệm hoặc chưa được chứng minh;
- 10.21** Điều trị chứng nghiện rượu, thuốc lá, ma túy hoặc các chất gây nghiện khác;

- 10.22** Điều trị những khó khăn trong việc học, rối loạn tăng động giảm chú ý, tự kỷ, các rối loạn về nói, những vấn đề về cách ứng xử; điều trị những rối loạn về ngủ, những rối loạn về hơi thở có liên quan đến giấc ngủ, ngáy, ngưng thở trong lúc ngủ, mệt mỏi, mệt mỏi sau một chuyến bay dài hoặc bất kỳ tình trạng có liên quan nào;
- 10.23** Quản lý cân nặng, điều trị tăng cân hoặc giảm cân và bất kỳ các tình trạng hoặc biến chứng nào phát sinh từ việc đó; thực phẩm chức năng, vitamin, khoáng chất, sữa, chất dinh dưỡng bổ sung, mỹ phẩm;
- 10.24** Điều trị bằng y học khác không phải là tây y như là y học cổ truyền/y học dân tộc hoặc đông y, trừ trường hợp vật lý trị liệu;
- 10.25** Điều trị từ sau 90 ngày kể từ ngày bắt đầu điều trị và tất cả các điều trị sau đó đối với Tình trạng thực vật dai dẳng hoặc tổn thương thần kinh vĩnh viễn;
- 10.26** Điều trị ở những nơi không có giấy phép khám chữa bệnh hợp pháp hoặc không có chức năng điều trị Bệnh hoặc Thương tích có liên quan.

ĐIỀU 11: ĐÓNG PHÍ BẢO HIỂM VÀ THỜI GIAN GIA HẠN ĐÓNG PHÍ

- 11.1** Bên mua bảo hiểm có nghĩa vụ đóng các khoản Phí bảo hiểm vào ngày đến hạn đóng phí của Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ.
- 11.2** Đối với Hợp đồng bảo hiểm chính thuộc dòng sản phẩm Liên kết chung, Bên mua bảo hiểm phải đóng đầy đủ Phí bảo hiểm cơ bản đến kỳ đóng phí hiện tại để có thể đóng phí cho Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ.
- 11.3** Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm không đóng Phí bảo hiểm đầy đủ và đúng hạn như đã thỏa thuận, Công ty cho phép một khoảng thời gian gia hạn là sáu mươi (60) ngày kể từ Ngày đến hạn đóng Phí bảo hiểm đối với Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ này. Trong thời gian gia hạn đóng phí, Công ty không tính lãi đối với khoản phí chưa thanh toán, Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ vẫn có hiệu lực và Người được bảo hiểm vẫn được bảo hiểm theo các Quyền lợi bảo hiểm tại Quy tắc và Điều khoản này.
- Nếu sự kiện bảo hiểm xảy ra trong thời gian gia hạn đóng phí, Công ty sẽ chi trả Quyền lợi bảo hiểm với điều kiện Bên mua bảo hiểm đã đóng tất cả Phí bảo hiểm đến hạn chưa đóng.
- 11.4** Nếu Bên mua bảo hiểm không tiếp tục đóng Phí bảo hiểm khi kết thúc thời gian gia hạn đóng phí sáu mươi (60) ngày nêu trên, Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ sẽ chấm dứt hiệu lực và Công ty sẽ không chi trả bất kỳ Quyền lợi bảo hiểm nào theo Quy tắc và Điều khoản này.

ĐIỀU 12: KHÔI PHỤC HIỆU LỰC HỢP ĐỒNG

- 12.1** Khi Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ chấm dứt hiệu lực theo Điều 11.4, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu khôi phục hiệu lực hợp đồng nếu đáp ứng tất cả các điều kiện sau:
- 12.1.1 Bên mua bảo hiểm đưa ra yêu cầu khôi phục hiệu lực trong thời gian ba mươi (30) ngày kể từ ngày chấm dứt thời gian gia hạn đóng phí;

- 12.1.2 Bên mua bảo hiểm đóng tất cả Phí bảo hiểm đến hạn chưa đóng;
- 12.2** Công ty sẽ tái thẩm định và có quyền chấp thuận hoặc từ chối yêu cầu khôi phục hiệu lực này.
- 12.3** Nếu được Công ty chấp nhận yêu cầu khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ, thời điểm có hiệu lực của việc khôi phục này được tính từ ngày Công ty xác nhận chấp thuận việc khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ bằng văn bản.
- 12.4** Nếu Hợp đồng bảo hiểm chính chấm dứt hiệu lực và Bên mua bảo hiểm không yêu cầu khôi phục hiệu lực hợp đồng bảo hiểm chính thì việc yêu cầu khôi phục hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ sẽ không có giá trị.
- 12.5** Công ty sẽ không có trách nhiệm chi trả quyền lợi cho:
- 12.5.1 Tất cả các chi phí phát sinh trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ này chấm dứt hiệu lực theo Điều 11.4; và
- 12.5.2 Bất kỳ trường hợp nào mà ngày nhập viện xảy ra trước Ngày khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ.
- 12.6** Nếu Bên mua bảo hiểm không nộp yêu cầu khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ trong vòng ba mươi (30) ngày kể từ ngày chấm dứt thời gian gia hạn đóng phí, Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ sẽ chấm dứt hiệu lực vĩnh viễn.

ĐIỀU 13: CHẤM DỨT HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM BỒI TRỢ

Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ sẽ chấm dứt hiệu lực khi xảy ra một trong các trường hợp sau, tùy trường hợp nào xảy ra trước:

- 13.1** Hợp đồng bảo hiểm chính chấm dứt hiệu lực; hoặc
- 13.2** Thời hạn Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ kết thúc và không được gia hạn; hoặc
- 13.3** Thời hạn đóng phí của Hợp đồng bảo hiểm chính kết thúc; hoặc
- 13.4** Người được bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ tử vong; hoặc
- 13.5** Người được bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ quá Tuổi gia hạn tối đa; hoặc
- 13.6** Bên mua bảo hiểm yêu cầu duy trì Hợp đồng bảo hiểm chính với Số tiền bảo hiểm giảm; hoặc
- 13.7** Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ; hoặc
- 13.8** Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ chấm dứt hiệu lực theo Điều 12.6, Điều 14.2 hoặc Điều 16.2; hoặc
- 13.9** Các trường hợp khác theo quy định của pháp luật.

Nếu Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ chấm dứt theo Điều 13 của Quy tắc điều khoản này mà không có Quyền lợi bảo hiểm nào được chi trả thì Công ty sẽ chi trả cho Bên mua bảo hiểm Phí bảo hiểm đã đóng tương ứng với thời gian còn lại của kỳ phí gần nhất, sau khi trừ đi các chi phí xét nghiệm y khoa (nếu có).

ĐIỀU 14: TRÁCH NHIỆM KÊ KHAI THÔNG TIN TRUNG THỰC, ĐẦY ĐỦ VÀ CHÍNH XÁC

- 14.1** Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm có trách nhiệm kê khai đầy đủ và trung thực tất cả các thông tin cần thiết để Công ty đánh giá khả năng chấp nhận bảo hiểm cho Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ này. Việc thẩm định sức khỏe, nếu có, không thay thế cho nghĩa vụ kê khai trung thực của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm theo quy định tại điều này.
- 14.2** Nếu Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm 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 hoặc chấp nhận bảo hiểm có điều kiện, thì Công ty không có trách nhiệm chi trả các Quyền lợi bảo hiểm nếu xảy ra sự kiện bảo hiểm và có quyền đơn phương chấm dứt hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ này ngay sau khi phát hiện ra hành vi vi phạm của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm.

ĐIỀU 15: CHUYỂN NHƯỢNG HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ có hiệu lực, Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ sẽ được chuyển nhượng khi Bên mua bảo hiểm chuyển nhượng Hợp đồng bảo hiểm chính với điều kiện Người được bảo hiểm không thay đổi.

ĐIỀU 16: THAY ĐỔI LIÊN QUAN ĐẾN HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM BỒ TRỢ

- 16.1** Trường hợp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm thay đổi thông tin liên hệ, thông tin cá nhân, nơi cư trú và/hoặc nghề nghiệp, Bên mua bảo hiểm phải thông báo bằng văn bản cho Công ty trong vòng ba mươi (30) ngày kể từ ngày có thay đổi.
- 16.2** Trường hợp Người được bảo hiểm không còn sinh sống tại Việt Nam ít nhất 183 ngày trong một Năm hợp đồng, thông báo bổ sung sức khỏe và/hoặc thay đổi nghề nghiệp, Công ty sẽ tái thẩm định và có quyền chấm dứt hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ.

ĐIỀU 17: THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

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

Bên mua bảo hiểm hoặc Người nhận quyền lợi bảo hiểm có nghĩa vụ thông báo cho Công ty về Sự kiện bảo hiểm trong thời gian sớm nhất kể từ khi Bên mua bảo hiểm hoặc Người nhận 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.

Thời hạn nộp đầy đủ Hồ sơ yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm tới Công ty tối đa là một (01) năm kể từ ngày xảy ra Sự kiện bảo hiểm, thời gian một (01) năm này không bao gồm thời gian trì hoãn do các trở ngại khách quan và sự kiện bất khả kháng.

17.2 Hồ sơ yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm bao gồm:

17.2.1 Giấy yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo mẫu của Công ty;

- 17.2.2 Bản sao giấy tờ tùy thân hợp pháp của Người nhận quyền lợi bảo hiểm (CMND/hộ chiếu/thẻ căn cước hoặc giấy phép lái xe...) hoặc giấy tờ chứng minh quyền được nhận quyền lợi bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm dưới mười tám (18) tuổi hoặc Người được bảo hiểm tử vong. Công ty có quyền yêu cầu Người nhận quyền lợi bảo hiểm cung cấp bản chính để phục vụ cho việc đối chiếu, kiểm tra;
- 17.2.3 Các chứng từ liên quan đến việc điều trị: đơn thuốc, kết quả xét nghiệm, kết quả chẩn đoán hình ảnh, phiếu phẫu thuật (trong trường hợp phẫu thuật), giấy xuất viện, sổ khám bệnh hoặc hồ sơ bệnh án có ghi rõ chẩn đoán và sự điều trị được áp dụng, giấy xác nhận của bác sĩ điều trị về việc cần phải có điều dưỡng tại nhà, phiếu điều trị nha khoa.
- 17.2.4 Các chứng từ bản chính hợp pháp liên quan đến việc thanh toán chi phí: phiếu thu, hóa đơn (với hóa đơn điện tử thì yêu cầu phải có hóa đơn chuyển đổi), bảng kê chi tiết chi phí.
- 17.2.5 Bản tường trình tai nạn của Người được bảo hiểm, giấy phép lái xe, biên bản của cảnh sát (trong trường hợp tai nạn giao thông), xác nhận của công ty/tổ chức sử dụng Người được bảo hiểm (trong trường hợp tai nạn lao động).
- 17.2.6 Bản dịch có công chứng đối với các giấy tờ, bằng chứng đối với trường hợp giấy tờ không phải bằng tiếng Anh hoặc tiếng Việt.
- 17.3** Để phục vụ cho công tác giải quyết quyền lợi bảo hiểm, Công ty có quyền yêu cầu cung cấp bản chính để kiểm tra và Người nhận quyền lợi bảo hiểm có nghĩa vụ cung cấp các giấy ủy quyền khi Công ty có yêu cầu. Người nhận quyền lợi bảo hiểm có nghĩa vụ hỗ trợ Công ty trong việc thu thập chứng từ.
- 17.4** Nếu Người được bảo hiểm đã được chương trình bảo hiểm khác bao gồm bảo hiểm y tế nhà nước chi trả một phần quyền lợi bảo hiểm và yêu cầu Công ty chi trả phần còn lại, Người nhận quyền lợi bảo hiểm có thể nộp cho Công ty bản sao các chứng từ y tế và hóa đơn có công chứng hợp pháp cùng với xác nhận từ công ty bảo hiểm/bảo hiểm y tế nhà nước (nếu có) về thông tin chi trả Quyền lợi bảo hiểm liên quan đến quyền lợi và số tiền bảo hiểm đã được chi trả một phần.
- 17.5 Nghĩa vụ chứng minh:** Sau khi nhận được đầy đủ hồ sơ yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm, nếu Công ty từ chối chi trả quyền lợi bảo hiểm thì Công ty phải chứng minh và nêu rõ lý do từ chối bằng văn bản cho người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm.
- 17.6 Thời gian giải quyết Quyền lợi bảo hiểm:** Công ty sẽ giải quyết Quyền lợi bảo hiểm trong vòng ba mươi (30) ngày kể từ ngày nhận được hồ sơ đầy đủ và hợp lệ theo yêu cầu. Thời hạn khiếu nại giải quyết quyền lợi bảo hiểm tối đa là chín mươi (90) ngày kể từ ngày nhận được thông báo chi trả quyền lợi bảo hiểm của Công ty. Thời gian này không bao gồm thời gian trì hoãn do các trở ngại khách quan và sự kiện bất khả kháng.