

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN

BẢO HIỂM TỬ KỲ

(Được phê chuẩn theo Công văn số 14713/BTC-QLBH ngày 01/11/2011
và Sửa đổi bổ sung số 5454/BTC-QLBH ngày 24/04/2012 của Bộ Tài chính).



Mục lục

| | | |
|---------------|--|-----------|
| CHƯƠNG | NHỮNG QUY ĐỊNH CHUNG | 04 |
| 1 | Điều 01. Định nghĩa | 05 |
| | Điều 02. Hiệu lực - Thời hạn của Hợp đồng Bảo hiểm | 09 |
| | Điều 03. Những quy định chung khác | 09 |
| | Điều 04. Điều khoản miễn truy xét | 10 |
| CHƯƠNG | QUYỀN LỢI BẢO HIỂM PHÍ BẢO HIỂM | 11 |
| 2 | Điều 05. Quyền lợi Bảo hiểm | 12 |
| | Điều 06. Điều khoản loại trừ chung | 12 |
| | Điều 07. Phí Bảo hiểm | 14 |
| | Điều 08. Gia hạn đóng phí Bảo hiểm | 14 |

CHƯƠNG

3

THAM GIA – THAY ĐỔI – KHÔI PHỤC CHẤM DỨT HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM 15

Điều 09. Tham gia 16

Điều 10. Thời gian cân nhắc 16

Điều 11. Thay đổi liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm 16

Điều 12. Khôi phục hiệu lực hợp đồng 18

Điều 13. Các trường hợp nhằm lẫn khi kê khai tuổi và giới tính 18

Điều 14. Giảm số tiền bảo hiểm 19

Điều 15. Tăng số tiền bảo hiểm 19

Điều 16. Chấm dứt hợp đồng bảo hiểm 20

CHƯƠNG

4

THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM 21

Điều 17. Trường hợp Người được bảo hiểm tử vong 22

Điều 18. Trường hợp Người được bảo hiểm
bị Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn 23

Điều 19. Giám định y tế, yêu cầu văn bản của
cơ quan có thẩm quyền 25

Điều 20. Giải quyết quyền lợi bảo hiểm 26

CHƯƠNG

5

ĐIỀU KHOẢN THI HÀNH 27

Điều 21. Giải quyết tranh chấp 28

Điều 22. Tính tách biệt của các điều khoản 28

Điều 23. Quyền của các bên thứ ba 29

CHƯƠNG 1

NHỮNG QUY ĐỊNH CHUNG





CHƯƠNG 1

NHỮNG QUY ĐỊNH CHUNG

Điều 1: Định nghĩa

1.1. “Bác sĩ” là bác sĩ được cấp phép, đăng ký hợp pháp và hành nghề trong phạm vi giấy phép theo pháp luật Việt Nam. Bác sĩ không bao gồm Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, vợ, chồng hoặc thành viên gia đình trực tiếp của Người được bảo hiểm hoặc của Bên mua bảo hiểm.

1.2. “Bản minh họa quyền lợi bảo hiểm” là tài liệu minh họa và tóm tắt quyền lợi bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm.

1.3. “Bản quy tắc và điều khoản” là tài liệu liệt kê chi tiết quyền lợi và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm và của Công ty. Bản quy tắc và điều khoản này là một phần không thể tách rời của Hợp đồng bảo hiểm.

1.4. “Bên mua bảo hiểm” là cá nhân hoặc tổ chức kê khai, ký tên trên Đơn yêu cầu bảo hiểm và thực hiện nghĩa vụ đóng Phí bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm.

Bên mua bảo hiểm phải có Quyền lợi có thể được bảo hiểm với Người được bảo hiểm và phải được sự chấp thuận của Người được bảo hiểm đối với việc bảo hiểm trên sinh mạng của Người được bảo hiểm.

1.5. “Công ty” là Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ Generali Việt Nam hoạt động theo Giấy phép thành lập và hoạt động số 61GP/KDBH do Bộ Tài chính cấp ngày 20 tháng 4 năm 2011.

1.6. “Đơn yêu cầu bảo hiểm” là yêu cầu bảo hiểm của Bên mua bảo hiểm và là một phần không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm.

1.7. “Giấy chứng nhận bảo hiểm” là giấy chứng nhận bảo hiểm được gửi kèm và cấu thành một phần không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm.

1.8. “Hành vi phạm tội” là hành vi được kết luận là vi phạm pháp luật bởi cơ quan Nhà nước có thẩm quyền của Việt Nam theo quy định của pháp luật hình sự Việt Nam.

1.9. “Hợp đồng bảo hiểm” là sự thỏa thuận bằng văn bản giữa Công ty và Bên mua bảo hiểm theo đó Bên mua bảo hiểm hoặc bên được chuyển nhượng (nếu Hợp đồng bảo hiểm được chuyển nhượng) và Công ty cam kết tuân thủ các điều kiện của Bản quy tắc và điều khoản đã thỏa thuận theo Hợp đồng bảo hiểm này.

Hợp đồng bảo hiểm bao gồm Đơn yêu cầu bảo hiểm, Giấy chứng nhận bảo hiểm, Bản minh họa quyền lợi bảo hiểm, Bản quy tắc và điều khoản, các bản phụ lục và các thỏa thuận khác của hai bên trong quá trình giao kết và thực hiện Hợp đồng bảo hiểm.

1.10. “Năm hợp đồng” là khoảng thời gian 01 (một) năm tính từ Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc Ngày kỷ niệm hợp đồng.

1.11. “Ngày kỷ niệm hợp đồng” là ngày kỷ niệm hàng năm của Ngày hiệu lực hợp đồng như quy định trên Giấy chứng nhận bảo hiểm trong suốt thời hạn hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm.

1.12. “Ngày đến hạn đóng phí” là ngày Bên mua bảo hiểm phải đóng Phí bảo hiểm, được xác định theo định kỳ đóng phí như quy định tại điều 7.2 và theo Ngày hiệu lực hợp đồng.

1.13. “Ngày hiệu lực hợp đồng” là ngày mà Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực được quy định tại điều 2.1.

1.14. “Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng” là ngày Công ty chấp thuận bằng văn bản việc khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm theo yêu cầu của Bên mua bảo hiểm, hoặc người nhận chuyển nhượng, trong trường hợp Hợp đồng bảo hiểm bị mất hiệu lực do Bên mua bảo hiểm không đóng Phí bảo hiểm đến hạn. Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng được quy định tại điều 12.2.

1.15. “Ngày phát hành hợp đồng” là ngày mà Công ty phát hành Giấy chứng nhận bảo hiểm sau khi đã nhận và chấp thuận Đơn yêu cầu bảo hiểm và Phí bảo hiểm ban đầu của Bên mua bảo hiểm.

1.16. “Người được bảo hiểm” là cá nhân hiện đang cư trú tại Việt Nam, từ 18 (mười tám) đến 60 (sáu mươi) tuổi (theo sinh nhật vừa qua) tại Ngày hiệu lực hợp đồng, và được Công ty chấp thuận bảo hiểm theo Bản quy tắc và điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm này.

1.17. “Người thụ hưởng” là cá nhân hoặc tổ chức được Bên mua bảo hiểm chỉ định trong Đơn yêu cầu bảo hiểm để nhận quyền lợi bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này.

1.18. “Phí bảo hiểm” là số tiền mà Bên mua bảo hiểm đóng cho Công ty để được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm và Bản quy tắc và điều khoản này.

1.19. “Phí bảo hiểm ban đầu” là phí bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm đóng khi nộp Đơn yêu cầu bảo hiểm.

1.20. “Quyền lợi có thể được bảo hiểm” là quyền sở hữu, quyền chiếm hữu, quyền sử dụng, quyền tài sản; quyền, nghĩa vụ nuôi dưỡng, cấp dưỡng đối với Người được bảo hiểm theo pháp luật kinh doanh bảo hiểm.

1.21. “Số tiền bảo hiểm” là số tiền mà Công ty sẽ chi trả cho Người thụ hưởng hoặc người nhận quyền lợi bảo hiểm khác theo Bản quy tắc và điều khoản này khi xảy ra Sự kiện bảo hiểm. Số tiền bảo hiểm được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc phụ lục (nếu có).

1.22. “Sự kiện bảo hiểm” có nghĩa là sự kiện tử vong hoặc Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn (TTTB&VV) của Người được bảo hiểm xảy ra trong khi Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực.

1.23. “Tai nạn” có nghĩa là một sự kiện hay một chuỗi sự kiện không bị gián đoạn gây ra bởi tác động của một lực hoặc một vật bất ngờ từ bên ngoài, không chủ định và ngoài ý muốn của Người được bảo hiểm lên cơ thể Người được bảo hiểm, xảy ra trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực. Sự kiện hoặc chuỗi sự kiện nêu trên phải là nguyên nhân duy nhất, trực tiếp, và không liên quan đến bất kỳ nguyên nhân nào khác gây ra thương tật và/hoặc tử vong cho Người được bảo hiểm.

1.24. “Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn (“TTTB&VV”) có nghĩa là khi Người được bảo hiểm bị thương tật xảy ra trong khi Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, làm mất hoặc liệt hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng lao động của:

- a. hai tay; hoặc
- b. hai chân; hoặc
- c. một tay và một chân; hoặc
- d. mất thị lực hoàn toàn và vĩnh viễn hai mắt; hoặc
- e. một tay và mất thị lực hoàn toàn và vĩnh viễn một mắt; hoặc
- f. một chân và mất thị lực hoàn toàn và vĩnh viễn một mắt.

Trong trường hợp này, mất thị lực hoàn toàn và vĩnh viễn được hiểu là mất hẳn mắt hoặc mù hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của mắt; tay được tính từ cổ tay trở lên; chân được tính từ mắt cá chân trở lên.

“TTTB&VV” cũng có nghĩa là khi Người được bảo hiểm bị thương tích do tai nạn, ốm đau hay bệnh với tỷ lệ từ 81% trở lên theo Bản Quy định tiêu chuẩn thương tật, tiêu chuẩn mất sức lao động do bệnh tật do Nhà nước quy định, dẫn đến mất hoàn toàn khả năng:

- đảm nhiệm bất kỳ công việc nào mà có thể đem lại thu nhập trong suốt quãng đời còn lại.
- thực hiện ít nhất 03 (ba) trong 06 (sáu) chức năng sinh hoạt hàng ngày dưới đây nếu không có sự trợ giúp thường xuyên của người khác:
 - Tắm rửa: tắm rửa trong bồn tắm hoặc dưới vòi sen (kể cả việc bước vào hay bước ra khỏi bồn tắm, phòng tắm) hoặc tắm rửa bằng các phương tiện khác.
 - Mặc quần áo: mặc hoặc cởi quần áo hay các trang phục khác, mang hoặc tháo các loại niềng răng, chân tay giả hay những thiết bị y tế tương tự.
 - Dịch chuyển: di chuyển từ giường ra ghế hay xe lăn, và ngược lại.
 - Đi lại: đi từ phòng này qua phòng khác ở cùng một tầng.
 - Tiêu, tiểu: kiểm soát chức năng tiêu, tiểu để đảm bảo vệ sinh cá nhân.
 - Ăn uống: tự đưa thức ăn vào miệng ngay cả khi thức ăn đã được chuẩn bị sẵn.

Điều 2: Hiệu lực - Thời hạn của Hợp đồng bảo hiểm

2.1. Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực kể từ Ngày phát hành hợp đồng với điều kiện Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm phải còn sống vào ngày này.

2.2. Thời hạn Hợp đồng bảo hiểm được tính từ Ngày hiệu lực hợp đồng đến ngày kết thúc thời hạn hợp đồng được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm, trừ trường hợp chấm dứt trước hạn theo Bản quy tắc và điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm này.

Điều 3: Những quy định chung khác

3.1. Nghĩa vụ cung cấp thông tin

Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm có nghĩa vụ cung cấp, kê khai đầy đủ và chính xác mọi thông tin liên quan đến Người được bảo hiểm vào Đơn yêu cầu bảo hiểm hoặc các văn bản khác theo yêu cầu của Công ty để làm cơ sở cho việc thẩm định và xem xét bảo hiểm cho Người được bảo hiểm. Việc kiểm tra sức khỏe (nếu có) không thay thế cho nghĩa vụ kê khai đầy đủ và chính xác của Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm theo quy định tại điều này.

Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm vi phạm nghĩa vụ quy định ở điều 3.1 này, Công ty có quyền:

- a. đơn phương chấm dứt thực hiện toàn bộ Hợp đồng bảo hiểm theo quy định của pháp luật kinh doanh bảo hiểm và thu Phí bảo hiểm đến thời điểm chấm dứt, trong trường hợp Sự kiện bảo hiểm chưa xảy ra. Trong trường hợp này, Phí bảo hiểm chưa sử dụng sẽ được tính từ ngày chấm dứt hiệu lực đến ngày kết thúc của kỳ phí bảo hiểm (nếu có) sẽ được hoàn trả cho Bên mua bảo hiểm sau khi trừ đi các khoản nợ (nếu có); hoặc
- b. không giải quyết quyền lợi bảo hiểm và hoàn trả cho Bên mua bảo hiểm toàn bộ Phí bảo hiểm đã đóng sau đi đã trừ đi các chi phí hợp lý và nợ (nếu có) trong trường hợp xảy ra Sự kiện bảo hiểm.

3.2. Khấu trừ các khoản tiền thiếu vào quyền lợi bảo hiểm

Công ty sẽ khấu trừ tất cả các khoản Phí bảo hiểm quá hạn và còn thiếu của Năm hợp đồng (nếu có) trước khi thanh toán bất cứ khoản tiền nào. Công ty có quyền ưu tiên hơn so với bất kỳ chủ nợ, chủ hợp đồng hay bất kỳ bên có quyền lợi liên quan nào khác để giải quyết bất kỳ khoản khấu trừ nào nêu trên. Trong trường hợp có bất kỳ sự mâu thuẫn nào giữa điều 3.2 và các điều khoản còn lại của Bản quy tắc và điều khoản này, điều 3.2 sẽ được áp dụng.

3.3. Chuyển nhượng Hợp đồng bảo hiểm

Trong khi Hợp đồng bảo hiểm này có hiệu lực, Bên mua bảo hiểm có thể chuyển nhượng toàn bộ Hợp đồng bảo hiểm này cho cá nhân hoặc tổ chức khác nếu người nhận chuyển nhượng đáp ứng yêu cầu về Quyền lợi có thể được bảo hiểm và các quy định của pháp luật tại thời điểm chuyển nhượng.

Việc chuyển nhượng Hợp đồng bảo hiểm chỉ có hiệu lực khi:

- a. Bên mua bảo hiểm thông báo yêu cầu chuyển nhượng bằng văn bản và được Công ty chấp thuận và xác nhận việc chuyển nhượng đó bằng văn bản; và
- b. người nhận chuyển nhượng đáp ứng các yêu cầu của Bản quy tắc và điều khoản này và quy định pháp luật liên quan.

Khi việc chuyển nhượng có hiệu lực, người nhận chuyển nhượng sẽ có toàn bộ quyền lợi và nghĩa vụ đối với Hợp đồng bảo hiểm. Tuy nhiên, Người được bảo hiểm sẽ không thay đổi.

Công ty sẽ không chịu trách nhiệm về tính hợp pháp của việc chuyển nhượng giữa Bên mua bảo hiểm và người nhận chuyển nhượng.

Điều 4: Điều khoản miễn truy xét

Công ty sẽ miễn truy xét tính hợp lệ của Hợp đồng bảo hiểm sau 02 (hai) năm kể từ Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng gần nhất, tùy vào ngày nào đến sau.

Quy định trên sẽ không áp dụng trong trường hợp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm cố ý kê khai không trung thực những thông tin mà nếu biết được những thông tin đó, Công ty đã không chấp thuận bảo hiểm hoặc chỉ chấp thuận bảo hiểm với các điều khoản đặc biệt hoặc với mức phí bảo hiểm cao hơn.

CHƯƠNG 2

QUYỀN LỢI BẢO HIỂM PHÍ BẢO HIỂM





CHƯƠNG 2

QUYỀN LỢI BẢO HIỂM - PHÍ BẢO HIỂM

Điều 5: Quyền lợi bảo hiểm

5.1. Quyền lợi khi Người được bảo hiểm tử vong

Nếu Người được bảo hiểm tử vong trong khi Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, Công ty sẽ thanh toán một lần 100% Số tiền bảo hiểm. Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực ngay sau khi Công ty thanh toán đủ quyền lợi bảo hiểm tử vong.

5.2. Quyền lợi khi Người được bảo hiểm bị Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn:

Trong khi Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, nếu Người được bảo hiểm bị TTTB&VV trước hoặc vào Ngày kỷ niệm hợp đồng ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt 65 (sáu mươi lăm) tuổi, Công ty sẽ thanh toán một lần 100% Số tiền bảo hiểm.

Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực ngay sau khi Công ty thanh toán đủ quyền lợi bảo hiểm TTTB&VV.

Điều 6: Điều khoản loại trừ chung

6.1. Người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm gửi thông báo về Sự kiện bảo hiểm và các chứng từ liên quan cho Generali trong vòng 12 tháng kể từ ngày xảy ra Sự kiện bảo hiểm. Thời gian xảy ra sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan theo quy định của pháp luật sẽ không tính vào thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

- a. tự tử khi đang trong trạng thái tinh thần bình thường hoặc mất trí trong thời hạn 24 (hai mươi bốn) tháng kể từ Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng gần nhất, tùy vào ngày nào đến sau; hoặc
- b. bị nhiễm HIV, AIDS và các bệnh có liên quan đến HIV/AIDS; hoặc

- c. Người được bảo hiểm/ Người thụ hưởng/ Bên mua bảo hiểm thực hiện hoặc mưu toan thực hiện Hành vi phạm tội dẫn đến trường hợp tử vong của Người được bảo hiểm. Trong trường hợp có hơn một Người thụ hưởng, và một hoặc một số người trong đó cố ý gây ra các Hành vi phạm tội cho Người được bảo hiểm, Công ty vẫn trả toàn bộ quyền lợi bảo hiểm cho những Người thụ hưởng khác theo số tiền tương ứng với tỷ lệ mà Bên mua bảo hiểm đã chỉ định trong Hợp đồng bảo hiểm theo Bản quy tắc và điều khoản này; hoặc
- d. thi hành án tử hình đối với Người được bảo hiểm; hoặc
- e. chiến tranh hoặc hoạt động liên quan đến chiến tranh.

6.2. Công ty sẽ không thanh toán quyền lợi TTTB&VV nếu Người được bảo hiểm bị TTTB&VV vì những nguyên nhân trực tiếp hoặc gián tiếp sau:

- a. Tự tử, mưu toan tự tử hoặc tự gây ra thương tích hoặc cố ý định gây ra thương tích cho bản thân trong tình trạng tỉnh táo hoặc mất trí trong vòng 24 (hai mươi bốn) tháng kể từ Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng gần nhất, tùy vào ngày nào đến sau; hoặc
- b. Tham gia các hoạt động hàng không trừ khi với tư cách là hành khách trên các chuyến bay dân dụng; hoặc
- c. Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng thực hiện hoặc mưu toan thực hiện Hành vi phạm tội. Trong trường hợp có hơn một Người thụ hưởng, và một hoặc một số người trong đó cố ý gây ra các Hành vi phạm tội cho Người được bảo hiểm, Công ty vẫn trả toàn bộ quyền lợi bảo hiểm cho những Người thụ hưởng khác theo số tiền tương ứng với tỷ lệ mà Bên mua bảo hiểm đã chỉ định trong Hợp đồng bảo hiểm theo Bản quy tắc và điều khoản này; hoặc
- d. Tình trạng y tế có trước.
 “Tình trạng y tế có trước” nghĩa là ốm đau, bệnh hoặc các triệu chứng bệnh hay thương tích:
 - mà Người được bảo hiểm đã được điều trị y tế hoặc tiến hành các xét nghiệm hoặc kiểm tra sức khỏe hoặc tư vấn hợp lý của Bác sĩ trước ngày hiệu lực của Bảo hiểm bổ trợ này, trừ trường hợp đã thông báo và được Công ty chấp thuận;

- có triệu chứng đặc hiệu (được hiểu là các dấu hiệu chỉ điểm cho việc chuẩn đoán bệnh và đã được liệt kê trong phần câu hỏi về thẩm định và sức khỏe của Đơn yêu cầu bảo hiểm) đã xuất hiện trước ngày hiệu lực của Bảo hiểm bổ trợ này, trừ trường hợp đã thông báo và được Công ty chấp thuận.

Trong các trường hợp quy định tại điều 6.2 này, nếu Bên mua bảo hiểm vẫn tiếp tục duy trì Hợp đồng bảo hiểm, các quyền lợi bảo hiểm khác sẽ vẫn được thanh toán theo Bản quy tắc và điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm này.

Điều 7: Phí bảo hiểm

7.1. Phí bảo hiểm được Công ty xác định dựa trên tuổi, giới tính của Người được bảo hiểm và thời hạn của Hợp đồng bảo hiểm này.

7.2. Bên mua bảo hiểm có thể đóng phí theo định kỳ tháng, quý, nửa năm hoặc hàng năm. Bên mua bảo hiểm có quyền yêu cầu thay đổi định kỳ đóng phí vào các Ngày kỷ niệm hợp đồng. Yêu cầu thay đổi định kỳ đóng phí phải được lập thành văn bản và gửi đến Công ty chậm nhất 30 (ba mươi) ngày trước Ngày kỷ niệm hợp đồng.

7.3. Định kỳ đóng phí bảo hiểm và Phí bảo hiểm được quy định tại Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc phụ lục (nếu có).

7.4. Công ty sẽ gửi thông báo Ngày đến hạn đóng phí đến Bên mua bảo hiểm. Tuy nhiên, Bên mua bảo hiểm có trách nhiệm đóng Phí bảo hiểm đúng hạn, ngay cả khi không nhận được thông báo này. Vào Ngày đến hạn đóng phí, Bên mua bảo hiểm phải đóng Phí bảo hiểm bằng séc, chuyển khoản hoặc các phương thức khác theo quy định của Công ty và/hoặc thỏa thuận khác. Bên mua bảo hiểm có thể ủy quyền cho người khác đóng Phí bảo hiểm.

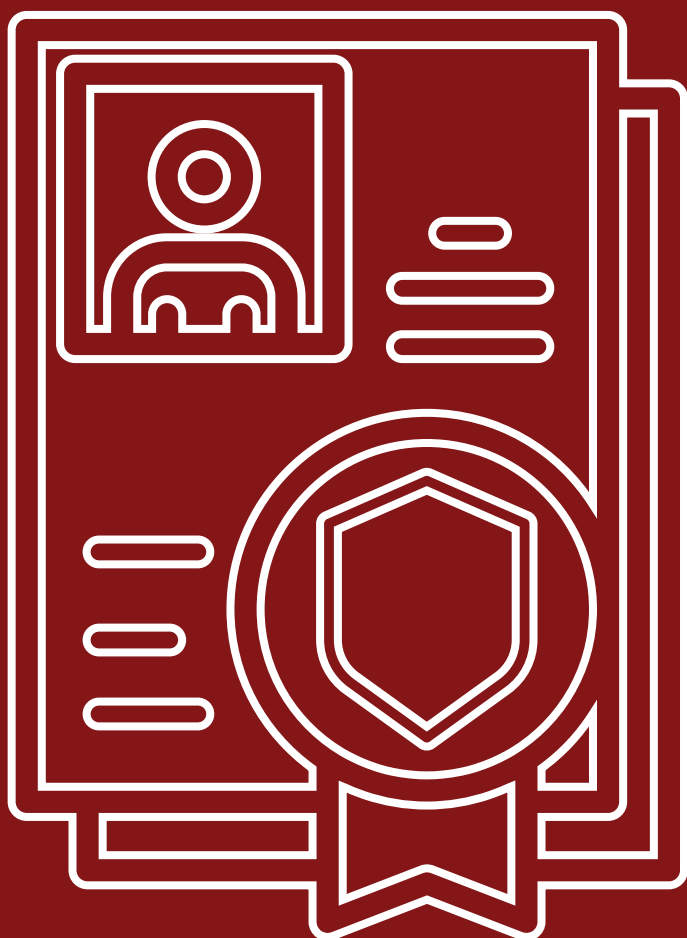
Điều 8: Gia hạn đóng phí bảo hiểm

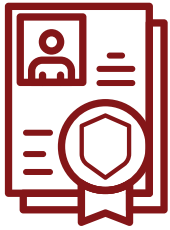
8.1. Thời gian gia hạn đóng phí bảo hiểm là 60 (sáu mươi) ngày kể từ Ngày đến hạn đóng phí nếu Bên mua bảo hiểm không đóng phí bảo hiểm vào Ngày đến hạn đóng phí. Trong thời gian gia hạn đóng phí bảo hiểm, Hợp đồng bảo hiểm vẫn có hiệu lực.

8.2. Sau khi kết thúc thời gian gia hạn đóng phí bảo hiểm, Hợp đồng sẽ bị mất hiệu lực kể từ Ngày đến hạn đóng phí và Công ty sẽ thông báo tình trạng Hợp đồng bảo hiểm và không hoàn trả lại các khoản Phí bảo hiểm đã đóng.

CHƯƠNG 3

THAM GIA – THAY ĐỔI KHÔI PHỤC – CHẤM DỨT HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM





CHƯƠNG 3

THAM GIA – THAY ĐỔI – KHÔI PHỤC CHẤM DỨT HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

Điều 9: Tham gia

9.1. Bên mua bảo hiểm có nghĩa vụ điền đầy đủ và chính xác vào Đơn yêu cầu bảo hiểm, cung cấp thông tin và tài liệu liên quan khác theo yêu cầu của Công ty và đóng Phí bảo hiểm ban đầu.

9.2. Để được phát hành hợp đồng, Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm phải có Quyền lợi có thể được bảo hiểm và đáp ứng các điều kiện về thẩm định của Công ty.

Điều 10: Thời gian cân nhắc

Trong thời hạn 21 (hai mươi mốt) ngày, kể từ ngày Bên mua bảo hiểm xác nhận là đã nhận được Hợp đồng bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm có quyền từ chối tham gia bảo hiểm bằng cách thông báo bằng văn bản đến Công ty. Công ty sẽ hoàn trả lại toàn bộ Phí bảo hiểm đã đóng, không có lãi, sau khi trừ đi các chi phí khám, xét nghiệm y khoa hoặc bất kỳ các chi phí khác liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm (nếu có).

Điều 11: Thay đổi liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm

11.1. Nếu Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm thay đổi nơi cư trú, Bên mua bảo hiểm phải thông báo cho Công ty bằng văn bản kèm theo các tài liệu liên quan đến nơi cư trú mới.

11.2. Nếu Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm thay đổi chứng minh nhân dân hoặc hộ chiếu, Bên mua bảo hiểm phải thông báo cho Công ty biết về sự thay đổi này bằng văn bản kèm theo bản sao chứng minh nhân dân hoặc hộ chiếu mới.

11.3. Nếu Người được bảo hiểm ra khỏi lãnh thổ Việt Nam trên 06 (sáu) tháng hoặc thay đổi nghề nghiệp, Bên mua bảo hiểm phải thông báo cho Công ty bằng văn bản. Trong trường hợp này, Công ty có thể quyết định (i) tiếp tục bảo hiểm với mức Phí bảo hiểm không đổi, (ii) tăng Phí bảo hiểm hoặc (iii) chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm.

- a. Trường hợp Người được bảo hiểm đến các quốc gia khác hoặc thay đổi nghề nghiệp dẫn đến việc tăng Phí bảo hiểm theo điểm (ii), Bên mua bảo hiểm phải đóng phí bổ sung trong thời gian Người được bảo hiểm có mặt ở quốc gia đó.
- b. Trường hợp chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm theo quy định tại điểm (iii), Công ty sẽ hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm toàn bộ Phí bảo hiểm chưa sử dụng tính từ ngày chấm dứt hiệu lực đến ngày kết thúc của kỳ Phí bảo hiểm sau đi trừ đi các khoản nợ (nếu có).

11.4. Trong khi Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, Bên mua bảo hiểm có thể thay đổi Người thụ hưởng với sự đồng ý của Người được bảo hiểm. Quy định liên quan đến Người thụ hưởng mới sẽ chỉ được áp dụng sau khi Công ty phát hành thư thông báo chấp thuận các yêu cầu thay đổi đó. Văn bản chấp thuận đó là một phần không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm.

11.5. Bên mua bảo hiểm phải thông báo bằng văn bản cho Công ty mọi thay đổi các điều kiện của Hợp đồng bảo hiểm như quy định tại các điều từ 11.1 đến 11.4 trong vòng 30 (ba mươi) ngày kể từ ngày có sự thay đổi đó. Các điều kiện mới của Hợp đồng bảo hiểm chỉ được áp dụng nếu Công ty chấp thuận các yêu cầu thay đổi đó bằng văn bản. Văn bản chấp thuận đó là một phần không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm.

11.6. Nếu Bên mua bảo hiểm không còn Quyền lợi có thể được bảo hiểm với Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm phải thông báo bằng văn bản cho Công ty trong vòng 30 (ba mươi) ngày kể từ ngày Bên mua bảo hiểm không còn Quyền lợi có thể được bảo hiểm với Người được bảo hiểm. Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực ngay khi Công ty nhận được thông báo bằng văn bản của Bên mua bảo hiểm. Nếu Công ty phát hiện ra Bên mua bảo hiểm không còn Quyền lợi có thể được bảo hiểm với Người được bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm đã không thông báo bằng văn bản cho Công ty trong vòng 30 (ba mươi) ngày như trên, Công ty có quyền chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm kể từ ngày Bên mua bảo hiểm không còn Quyền lợi có thể được bảo hiểm với Người được bảo hiểm và thu các khoản Phí bảo hiểm đến hạn mà Bên mua bảo hiểm còn nợ đến ngày chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm.

Trong tất cả các trường hợp quy định tại điều 11.6, toàn bộ Phí bảo hiểm chưa sử dụng tính từ ngày chấm dứt hiệu lực đến ngày kết thúc của kỳ Phí bảo hiểm (nếu có) sẽ được hoàn trả cho Bên mua bảo hiểm sau khi đã trừ đi các khoản nợ (nếu có). Công ty sẽ không thanh toán bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào phát sinh sau ngày chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm theo điều này.

Điều 12: Khôi phục hiệu lực hợp đồng

12.1. Nếu Hợp đồng bảo hiểm bị mất hiệu lực theo quy định tại điều 8.2, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm trong thời gian 24 (hai mươi bốn) tháng kể từ ngày Hợp đồng bảo hiểm bị mất hiệu lực nhưng không muộn hơn ngày kết thúc thời hạn của Hợp đồng bảo hiểm với các điều kiện sau:

- a. Bên mua bảo hiểm đóng tất cả các khoản Phí bảo hiểm quá hạn và đến hạn cộng với các khoản lãi (nếu có); và
- b. Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm phải đáp ứng đủ các điều kiện tham gia bảo hiểm do Công ty quy định.

12.2. Nếu được Công ty chấp thuận khôi phục hiệu lực hợp đồng, thời điểm có hiệu lực của việc khôi phục hiệu lực hợp đồng này, được tính từ Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng, là ngày Công ty cấp giấy xác nhận khôi phục hiệu lực Hợp đồng, với điều kiện cả Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm phải còn sống vào thời điểm Công ty cấp giấy xác nhận khôi phục hiệu lực hợp đồng. Công ty sẽ không bảo hiểm cho bất kỳ sự kiện nào xảy ra trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm bị mất hiệu lực.

12.3. Bên mua bảo hiểm có nghĩa vụ cung cấp cho Công ty các thông tin chính xác để khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm và tuân theo các quy định tại Bản quy tắc và điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm này. Nghĩa vụ cung cấp thông tin chính xác được quy định tại điều 3.1.

Điều 13: Các trường hợp nhầm lẫn khi kê khai tuổi và giới tính

Trường hợp nhầm lẫn khi kê khai tuổi và/hoặc giới tính của Người được bảo hiểm, Số tiền bảo hiểm hoặc Phí bảo hiểm sẽ được điều chỉnh lại tương ứng theo tuổi và/hoặc giới tính đúng. Cụ thể như sau:

13.1. Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm thông báo sai tuổi/giới tính của Người được bảo hiểm làm giảm Phí bảo hiểm phải đóng, nhưng tuổi đúng của Người được bảo hiểm vẫn thuộc nhóm tuổi của Người được bảo hiểm thì Công ty có quyền điều chỉnh giảm Số tiền bảo hiểm tương ứng với Phí bảo hiểm đã đóng.

13.2. Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm thông báo sai tuổi/giới tính của Người được bảo hiểm làm tăng Phí bảo hiểm phải đóng, nhưng tuổi đúng của Người được bảo hiểm vẫn thuộc nhóm tuổi của Người được bảo hiểm thì Công ty sẽ hoàn trả Phí bảo hiểm vượt trội đã đóng, không có lãi.

13.3. Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm thông báo sai tuổi của Người được bảo hiểm nhưng tuổi đúng của Người được bảo hiểm không thuộc nhóm tuổi có thể được bảo hiểm, Công ty có quyền hủy Hợp đồng bảo hiểm và hoàn trả cho Bên mua bảo hiểm toàn bộ Phí bảo hiểm đã đóng, không có lãi sau khi trừ đi các khoản nợ và chi phí có liên quan khác (nếu có).

Điều 14: Giảm số tiền bảo hiểm

Trong khi Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu giảm Số tiền bảo hiểm bằng cách thông báo bằng văn bản đến Công ty. Việc giảm Số tiền bảo hiểm sẽ chỉ có hiệu lực kể từ Ngày kỷ niệm hợp đồng ngay sau khi Công ty chấp thuận bằng văn bản. Phí bảo hiểm mới và các điều kiện liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm sẽ được điều chỉnh tương ứng theo Số tiền bảo hiểm mới và được thông báo bằng văn bản đến Bên mua bảo hiểm.

Điều 15: Tăng số tiền bảo hiểm

Trong khi Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu tăng Số tiền bảo hiểm đến mức tối đa theo quy định của Công ty. Việc tăng Số tiền bảo hiểm sẽ chỉ có hiệu lực kể từ Ngày kỷ niệm hợp đồng ngay sau khi Công ty chấp thuận bằng văn bản. Phí bảo hiểm mới và các điều kiện liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm sẽ được điều chỉnh tương ứng theo Số tiền bảo hiểm mới và được thông báo bằng văn bản đến Bên mua bảo hiểm.

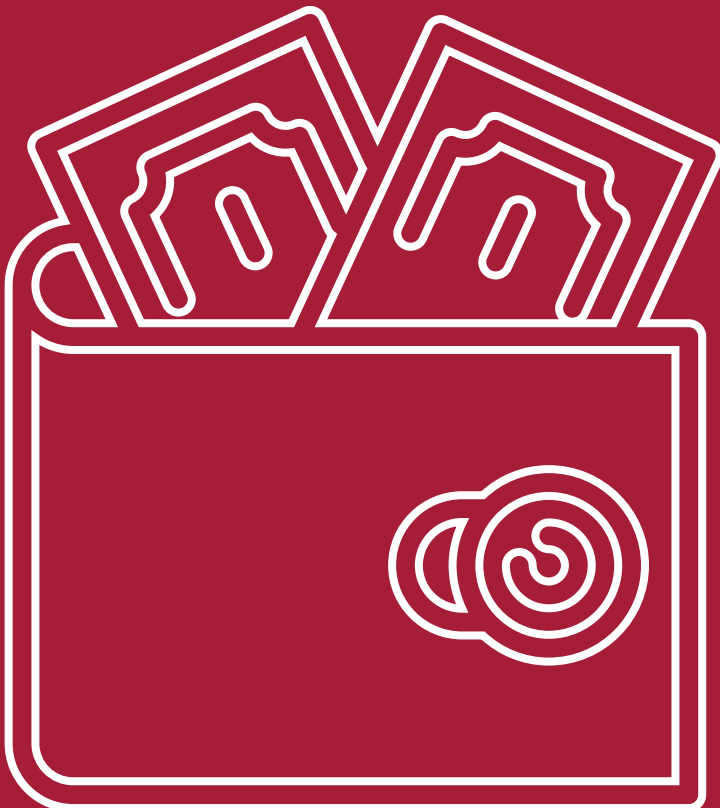
Điều 16: Chấm dứt hợp đồng bảo hiểm

Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực khi một trong những trường hợp sau đây xảy ra:

- a. Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt hiệu lực theo quy định tại Bản quy tắc và điều khoản này; hoặc
- b. 100% Số tiền bảo hiểm đã được Công ty thanh toán hết; hoặc
- c. Bên mua bảo hiểm không còn Quyền lợi có thể được bảo hiểm đối với Người được bảo hiểm; hoặc
- d. Hợp đồng bảo hiểm bị mất hiệu lực trên 24 (hai mươi bốn) tháng liên tục; hoặc
- e. Hợp đồng bảo hiểm hết hạn; hoặc
- f. Bên mua bảo hiểm là pháp nhân bị giải thể, phá sản hoặc chấm dứt hoạt động; hoặc
- g. Các trường hợp khác theo quy định của pháp luật.

CHƯƠNG 4

THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM





CHƯƠNG 4

**THỦ TỤC GIẢI QUYẾT
QUYỀN LỢI BẢO HIỂM****Điều 17: Trường hợp Người được bảo hiểm tử vong****17.1. Người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm là:**

- Người thụ hưởng được chỉ định trong Đơn yêu cầu bảo hiểm; hoặc
- Bên mua bảo hiểm nếu không có chỉ định Người thụ hưởng trong Đơn yêu cầu bảo hiểm hoặc tất cả những Người thụ hưởng được chỉ định tử vong trước khi Người được bảo hiểm tử vong; hoặc
- Trong trường hợp có nhiều hơn một Người thụ hưởng, nếu có bất kỳ Người thụ hưởng nào tử vong trước khi Người được bảo hiểm tử vong, phần quyền lợi của người đó sẽ được trả cho Bên mua bảo hiểm; hoặc
- Người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm nếu Bên mua bảo hiểm đã tử vong.

17.2. Thủ tục yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm:

Người nhận quyền lợi bảo hiểm phải gửi cho Công ty trong thời gian sớm nhất có thể những giấy tờ sau đây:

- Đơn yêu cầu thanh toán quyền lợi đã được khai đầy đủ, chính xác; hoặc
- Bản gốc của Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các văn bản gốc cấu thành Hợp đồng bảo hiểm;
- Bảng chứng về quyền nhận quyền lợi bảo hiểm (giấy ủy quyền, di chúc, bản sao y giấy chứng minh nhân dân, hoặc những giấy tờ xác nhận hợp pháp khác);
- Bảng chứng về sự kiện tử vong bao gồm:
 - Giấy chứng tử (bản gốc hoặc sao y bản chính được chứng nhận bởi cơ quan có thẩm quyền);
 - Biên bản tai nạn hoặc giấy xác nhận tai nạn của cơ quan công an nếu tử vong do tai nạn;

- Biên bản giải phẫu pháp y (nếu có giải phẫu);
- Giấy ra viện, đơn thuốc, kết quả xét nghiệm, chứng từ y khoa bản gốc (nếu Người được bảo hiểm có khám, xét nghiệm và điều trị trước khi tử vong).

Công ty bảo lưu quyền yêu cầu Bên mua bảo hiểm hoặc người nhận quyền lợi bảo hiểm quy định tại điều 17.1 thực hiện công chứng, chứng thực, hợp pháp hóa lãnh sự các giấy tờ, bằng chứng (bằng Tiếng Anh hoặc Tiếng Việt) nêu trên. Chi phí cho việc cung cấp các giấy tờ này sẽ do Bên mua bảo hiểm hoặc người nhận quyền lợi bảo hiểm chịu trách nhiệm thanh toán.

17.3. Thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm:

Thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm là 01 (một) năm kể từ ngày Người được bảo hiểm tử vong.

Điều 18: Trường hợp Người được bảo hiểm bị Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn

18.1. Người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm là:

- a. Người thụ hưởng được chỉ định trong Đơn yêu cầu bảo hiểm; hoặc
- b. Bên mua bảo hiểm nếu không có chỉ định Người thụ hưởng trong Đơn yêu cầu bảo hiểm hoặc tất cả những Người thụ hưởng được chỉ định tử vong trước khi Người được bảo hiểm bị TTTB&VV; hoặc
- c. Trong trường hợp có nhiều hơn một Người thụ hưởng, nếu có bất kỳ Người thụ hưởng nào tử vong trước khi Người được bảo hiểm bị TTTB&VV, phần quyền lợi bảo hiểm của người đó sẽ được trả cho Bên mua bảo hiểm; hoặc
- d. Người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm nếu Bên mua bảo hiểm đã tử vong.

18.2. Thủ tục yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm:

Người nhận quyền lợi bảo hiểm phải gửi cho Công ty trong thời gian sớm nhất có thể những giấy tờ sau đây:

- a. Đơn yêu cầu thanh toán quyền lợi đã được khai đầy đủ, chính xác; hoặc

- b. Bản gốc của Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các văn bản gốc cấu thành Hợp đồng bảo hiểm;
- c. Bảng chứng về quyền nhận quyền lợi bảo hiểm (giấy ủy quyền, di chúc, bản sao y giấy chứng minh nhân dân, hoặc những giấy tờ xác nhận hợp pháp khác);
- d. Bảng chứng về Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn bao gồm:
 - Giấy chứng nhận Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn hoặc giấy giám định tình trạng thương tật do cơ quan có thẩm quyền cấp (bản gốc hoặc sao y bản chính được chứng nhận bởi cơ quan có thẩm quyền);
 - Biên bản tai nạn hoặc giấy xác nhận tai nạn của cơ quan công an nếu Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn do tai nạn;
 - Giấy ra viện, đơn thuốc, kết quả xét nghiệm, chứng từ y khoa bản gốc (nếu Người được bảo hiểm có khám, xét nghiệm và điều trị trước và sau khi bị Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn).

Công ty bảo lưu quyền yêu cầu Bên mua bảo hiểm hoặc người nhận quyền lợi bảo hiểm quy định tại điều 18.1 thực hiện công chứng, chứng thực, hợp pháp hóa lãnh sự các giấy tờ, bảng chứng (bằng Tiếng Anh hoặc Tiếng Việt) nêu trên. Chi phí cho việc cung cấp các giấy tờ này sẽ do Bên mua bảo hiểm hoặc người nhận quyền lợi bảo hiểm chịu trách nhiệm thanh toán.

18.3 Điều kiện chi trả quyền lợi Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn:

- a. Người được bảo hiểm phải thực hiện và/hoặc tuân thủ tất cả các biện pháp và/hoặc các yêu cầu cần thiết nhằm ngăn ngừa các tổn thương có thể dẫn đến TTTB&VV;
- b. Nếu Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm biết một sự kiện có thể dẫn đến TTTB&VV thì Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm phải áp dụng tất cả các biện pháp cần thiết để ngăn ngừa và hạn chế thiệt hại có thể xảy ra;
- c. Trường hợp cần thiết, nếu Công ty yêu cầu, Người được bảo hiểm phải tiến hành kiểm tra sức khỏe bởi một chuyên gia y tế do Công ty chỉ định liên quan đến TTTB&VV và chi phí này do Công ty chi trả;

- d. Việc chứng nhận liệt hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của các bộ phận cơ thể phải được thực hiện không sớm hơn 180 (một trăm tám mươi) ngày kể từ ngày xảy ra Sự kiện bảo hiểm. Việc chứng nhận Người được bảo hiểm bị mất hoàn toàn tay hoặc chân hoặc mắt có thể được thực hiện ngay sau khi xảy ra Sự kiện bảo hiểm;
- e. Công ty sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm khi các điều kiện và điều khoản trên đây được đáp ứng đầy đủ.
Mọi yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm hợp lệ theo Bản quy tắc và điều khoản này sẽ hủy bỏ:
 - (i) Tất cả các bảo hiểm bổ trợ kèm theo Hợp đồng bảo hiểm này; và
 - (ii) Các quyền lựa chọn, giá trị và quyền lợi khác theo Hợp đồng bảo hiểm này.

18.4 Thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm:

Thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm là 01 (một) năm kể từ ngày cơ quan có thẩm quyền xác nhận tình trạng TTTB&VV của Người được bảo hiểm.

Điều 19: Giám định y tế, yêu cầu văn bản của cơ quan có thẩm quyền

Công ty bảo lưu quyền yêu cầu giám định y tế đối với Người được bảo hiểm tại các cơ quan giám định/chuyên viên giám định được Công ty chỉ định hoặc chấp thuận.

Đối với những trường hợp khác, Công ty có thể yêu cầu cung cấp các văn bản/xác nhận của cơ quan nhà nước có thẩm quyền để phục vụ cho việc giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

Điều 20: Giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Công ty có trách nhiệm giải quyết quyền lợi bảo hiểm cho người nhận quyền lợi bảo hiểm trong thời hạn 30 (ba mươi) ngày kể từ ngày nhận được tài liệu đầy đủ và hợp lệ theo yêu cầu của Công ty. Nếu quá thời hạn trên mà chưa thanh toán quyền lợi bảo hiểm, Công ty sẽ trả thêm lãi trên số tiền chậm trả theo lãi suất do Ngân hàng Nhà nước Việt Nam quy định tại thời điểm thanh toán đối với thời gian quá hạn.

Quyền lợi bảo hiểm sẽ được trả cho người nhận quyền lợi bảo hiểm bằng tiền mặt tại trụ sở Công ty, hoặc các văn phòng chi nhánh, hoặc bằng các phương thức thích hợp khác như chuyển khoản, séc, tùy theo từng trường hợp cụ thể.

CHƯƠNG 5

ĐIỀU KHOẢN THI HÀNH





CHƯƠNG 5

ĐIỀU KHOẢN THI HÀNH

Điều 21: Giải quyết tranh chấp

21.1. Mọi tranh chấp phát sinh từ hoặc liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm sẽ được giải quyết thông qua thương lượng và hòa giải giữa các bên. Nếu tranh chấp không thể được giải quyết thông qua thương lượng và hòa giải, tranh chấp đó sẽ được giải quyết tại tòa án nơi có trụ sở chính của Công ty hay nơi thường trú của Bên mua bảo hiểm.

21.2. Phí xét xử do bên thua chịu trách nhiệm thanh toán.

21.3. Thời hiệu khởi kiện trong vòng 03 (ba) năm, tính từ ngày xảy ra tranh chấp.

21.4. Trường hợp có bất kỳ thay đổi nào về pháp luật và/hoặc chính sách liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm, Công ty có quyền sửa đổi Hợp đồng bảo hiểm một cách tương ứng để phù hợp với sự thay đổi của pháp luật và/hoặc chính sách đó, với điều kiện Công ty đã thông báo cho Bên mua bảo hiểm về sự thay đổi đó của pháp luật và/hoặc chính sách đó theo sự chấp thuận của cơ quan có thẩm quyền.

21.5 Hợp đồng bảo hiểm được điều chỉnh theo pháp luật Việt Nam.

Điều 22: Tính tách biệt của các điều khoản

22.1. Nếu bất kỳ điều khoản nào trong Hợp đồng bảo hiểm bị cho là bất hợp pháp, vô hiệu hoặc không thể thực thi vì bất kỳ lý do gì, sự bất hợp pháp, vô hiệu hoặc không thể thực thi đó sẽ không ảnh hưởng đến bất kỳ điều khoản nào còn lại trong Hợp đồng bảo hiểm, và các điều khoản còn lại của Hợp đồng bảo hiểm sẽ tiếp tục có hiệu lực và có thể thực thi theo quy định của pháp luật hiện hành.

22.2. Nếu bất kỳ điều khoản nào của Hợp đồng bảo hiểm bị cho là bất hợp pháp, vô hiệu hoặc không thể thực thi vì bất kỳ lý do gì, Công ty có quyền, với sự chấp thuận của cơ quan có thẩm quyền, sửa đổi các điều khoản đó trong Hợp đồng bảo hiểm, với điều kiện là sửa đổi đó áp dụng cho tất cả các Hợp đồng bảo hiểm thuộc loại này và Bên mua bảo hiểm đã được thông báo về các sửa đổi đó ít nhất 30 (ba mươi) ngày trước khi các sửa đổi có hiệu lực.

Điều 23: Quyền của các bên thứ ba

Không có một bên thứ ba nào có quyền thực hiện Hợp đồng bảo hiểm. Các đối tượng liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm chỉ bao gồm Bên mua bảo hiểm, Công ty và người có quyền lợi trực tiếp trong Hợp đồng bảo hiểm.

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN

SẢN PHẨM BẢO HIỂM BỔ TRỢ BẢO HIỂM TỬ VONG VÀ THƯƠNG TẬT DO TAI NẠN

(Được phê chuẩn theo Công văn số 14713/BTC-QLBH ngày 01/11/2011 của Bộ Tài chính)



Mục lục

| | | |
|-----------------|---|-----------|
| Điều 01. | Những quy định chung | 04 |
| Điều 02. | Thời hạn của Bảo hiểm bổ trợ | 05 |
| Điều 03. | Số tiền bảo hiểm, Phí bảo hiểm và định kỳ đóng phí bảo hiểm | 06 |
| Điều 04. | Hiệu lực của Bảo hiểm bổ trợ | 06 |
| Điều 05. | Quyền lợi bảo hiểm | 07 |
| Điều 06. | Điều khoản loại trừ | 12 |
| Điều 07. | Thay đổi nghề nghiệp của Người được bảo hiểm | 13 |
| Điều 08. | Thủ tục giải quyết quyền lợi bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm tử vong do Tai nạn | 15 |
| Điều 09. | Thủ tục giải quyết quyền lợi bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm bị thương tật do Tai nạn | 17 |
| Điều 10. | Thủ tục giải quyết quyền lợi bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm Bỏ do Tai nạn | 19 |

Bản quy tắc, điều khoản bảo hiểm này là những nội dung thỏa thuận bổ sung giữa **Công ty** và **Bên mua bảo hiểm** nhằm bảo hiểm bổ sung cho người được định nghĩa là Người được bảo hiểm theo Bảo hiểm bổ trợ này, khi Bên mua bảo hiểm yêu cầu tham gia thêm sản phẩm **“Bảo hiểm tử vong và thương tật do tai nạn”** và đóng thêm khoản phí bảo hiểm bổ trợ.

Sản phẩm bổ trợ **“Bảo hiểm tử vong và thương tật do tai nạn”** là loại sản phẩm không chia lãi và không có giá trị hoàn lại.

Điều 1. Những quy định chung

1.1 Trừ những khái niệm được định nghĩa dưới đây, các thuật ngữ, từ được viết hoa trong quy tắc, điều khoản của bảo hiểm bổ trợ này sẽ có nghĩa như quy định, giải thích trong **Bản quy tắc và điều khoản** của Hợp đồng bảo hiểm chính.

1.1.1 “Bác sĩ” là bác sĩ được cấp phép, đăng ký hợp pháp và hành nghề trong phạm vi giấy phép theo pháp luật Việt Nam. Bác sĩ không bao gồm Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, vợ, chồng hoặc thành viên gia đình trực tiếp của Người được bảo hiểm hoặc của Bên mua bảo hiểm.

1.1.2 “Bản quy tắc và điều khoản bảo hiểm bổ trợ” là bản quy tắc và điều khoản của Bảo hiểm bổ trợ này.

1.1.3 “Bảo hiểm bổ trợ” là bảo hiểm được Công ty cung cấp cho Bên mua bảo hiểm theo quy định tại Bản quy tắc và điều khoản bảo hiểm bổ trợ này.

1.1.4 “Bên mua bảo hiểm” được hiểu là Bên mua bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm chính.

1.1.5 “Bỏng” nghĩa là bỏng độ III (ba) mô mềm của các cơ quan trong cơ thể Người được bảo hiểm do Tai nạn gây ra. Tiêu chuẩn của bỏng độ III là tổn thương toàn bộ lớp da (thượng bì và mô dưới da). Việc xác định tỷ lệ bỏng trên diện tích da cơ thể (mức độ bỏng) theo Biểu đồ bề mặt cơ thể Lund & Browder.

1.1.6 “Người được bảo hiểm” là cá nhân hiện đang cư trú tại Việt Nam, tuổi từ 30 (ba mươi) ngày tuổi đến 60 (sáu mươi) tuổi (theo sinh nhật vừa qua) vào ngày hiệu lực của Bảo hiểm bổ trợ này, và được Công ty chấp thuận bảo hiểm theo Bản quy tắc và điều khoản bảo hiểm bổ trợ này.

1.1.7 “Người thụ hưởng” là cá nhân hoặc tổ chức được Bên mua bảo hiểm chỉ định trong Đơn yêu cầu bảo hiểm để nhận quyền lợi bảo hiểm theo Bảo hiểm bổ trợ này.

1.1.8 “Tai nạn” có nghĩa là một sự kiện hoặc một chuỗi sự kiện không bị gián đoạn gây ra bởi tác động của một lực hoặc một vật bất ngờ từ bên ngoài, không chủ định và ngoài ý muốn của Người được bảo hiểm lên cơ thể Người được bảo hiểm, xảy ra trong thời gian Bảo hiểm bổ trợ này còn hiệu lực. Sự kiện hoặc chuỗi sự kiện nêu trên phải là nguyên nhân duy nhất, trực tiếp, và không liên quan đến bất kỳ nguyên nhân nào khác gây ra thương tật và/hoặc tử vong cho Người được bảo hiểm.

1.2 Các điều khoản và điều kiện của Hợp đồng bảo hiểm sẽ được áp dụng cho Bảo hiểm bổ trợ này.

- a. Nếu có những mâu thuẫn giữa Bản quy tắc và điều khoản bảo hiểm bổ trợ này với Bản quy tắc và điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm chính, những quy định của Bản quy tắc và điều khoản bảo hiểm bổ trợ này sẽ được áp dụng.
- b. Nếu Bản quy tắc và điều khoản bảo hiểm bổ trợ không có quy định về một vấn đề mà vấn đề đó đã được quy định tại Bản quy tắc và điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm chính, Bản quy tắc và điều khoản bảo hiểm bổ trợ này sẽ được hiểu là đã bao gồm các quy định về vấn đề đó.

Điều 2. Thời hạn của Bảo hiểm bổ trợ

Thời hạn của Bảo hiểm bổ trợ được tính từ ngày hiệu lực của Bảo hiểm bổ trợ đến ngày kết thúc thời hạn của Bảo hiểm bổ trợ và được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm, trừ trường hợp chấm dứt trước hạn theo Bản quy tắc và điều khoản của bảo hiểm bổ trợ này. Trong mọi trường hợp, thời hạn của Bảo hiểm bổ trợ không được vượt quá thời hạn của Hợp đồng bảo hiểm chính.

Điều 3. Số tiền bảo hiểm, Phí bảo hiểm và định kỳ đóng phí bảo hiểm

3.1 Số tiền bảo hiểm của Bảo hiểm bổ trợ này được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các phụ lục (nếu có).

3.2 Định kỳ và hệ số đóng phí của Hợp đồng bảo hiểm chính đã ký kết sẽ được áp dụng cho định kỳ và hệ số đóng phí bảo hiểm của Bảo hiểm bổ trợ này. Khi có sự thay đổi về định kỳ hoặc hệ số đóng phí bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm chính đã ký kết, định kỳ và hệ số đóng phí của Bảo hiểm bổ trợ này sẽ được thay đổi tương ứng.

3.3 Tùy theo chấp thuận của Bộ Tài chính, tỷ lệ phí bảo hiểm có thể thay đổi trong thời hạn hiệu lực của Bảo hiểm bổ trợ này và Công ty sẽ thông báo bằng văn bản cho Bên mua bảo hiểm trước 30 (ba mươi) ngày. Trong trường hợp khôi phục hiệu lực Bảo hiểm bổ trợ này, phí bảo hiểm sẽ được áp dụng theo tỷ lệ phí bảo hiểm hiện hành và phù hợp với các quy định về thẩm định của Công ty.

Điều 4. Hiệu lực của Bảo hiểm bổ trợ

4.1 Ngày hiệu lực của Bảo hiểm bổ trợ này là ngày Công ty chấp thuận bảo hiểm cho Người được bảo hiểm sau khi Bên mua bảo hiểm đã điền vào Đơn yêu cầu bảo hiểm và đóng đủ Phí bảo hiểm ban đầu của Bảo hiểm bổ trợ này với điều kiện Người được bảo hiểm phải còn sống. Ngày hiệu lực của Bảo hiểm bổ trợ này được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các phụ lục (nếu có).

4.2 Bảo hiểm bổ trợ sẽ chấm dứt hiệu lực khi một trong những trường hợp sau xảy ra:

- a. Bảo hiểm bổ trợ chấm dứt hiệu lực theo quy định tại Bản quy tắc và điều khoản này; hoặc
- b. Bảo hiểm bổ trợ hết hạn; hoặc
- c. 100% Số tiền bảo hiểm của Bảo hiểm bổ trợ này đã được Công ty thanh toán hết trong trường hợp thương tật do Tai nạn theo điều 5.1 hoặc Bỏ do Tai nạn theo điều 5.2; hoặc
- d. Quyền lợi bảo hiểm tử vong theo điều 5.3 đã được thanh toán hết; hoặc
- e. Công ty nhận được yêu cầu chấm dứt Bảo hiểm bổ trợ này bằng văn bản của Bên mua bảo hiểm; hoặc
- f. Hợp đồng bảo hiểm chính chấm dứt hiệu lực hoặc chuyển sang tình trạng duy trì hiệu lực với Số tiền bảo hiểm giảm; hoặc
- g. Các trường hợp khác theo quy định pháp luật.

Điều 5. Quyền lợi bảo hiểm

5.1 Quyền lợi bảo hiểm khi Người được bảo hiểm bị thương tật do Tai nạn

Trong khi Bảo hiểm bổ trợ này có hiệu lực, nếu Người được bảo hiểm bị thương tật hoàn toàn, vĩnh viễn và không thể phục hồi do Tai nạn, theo nhận định của Bác sĩ, trong vòng 180 (một trăm tám mươi) ngày kể từ ngày xảy ra Tai nạn, Công ty sẽ thanh toán quyền lợi bảo hiểm theo một tỷ lệ phần trăm Số tiền bảo hiểm của Bảo hiểm bổ trợ này theo bảng 1 sau khi trừ đi Phí bảo hiểm chưa thanh toán và các khoản nợ (nếu có).

Bảng 1: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM THƯƠNG TẬT DO TAI NẠN

| Mục | Mức độ thương tật | % Số tiền bảo hiểm |
|-----|---|--------------------|
| 1 | Mất hoặc liệt hoàn toàn và vĩnh viễn cả hai bàn tay | 100% |
| 2 | Mất hoặc liệt hoàn toàn và vĩnh viễn cả hai bàn chân | 100% |
| 3 | Mất hoặc liệt hoàn toàn và vĩnh viễn của một bàn tay và một bàn chân | 100% |
| 4 | Mù hoàn toàn và vĩnh viễn hai mắt | 100% |
| 5 | Mất hoàn toàn và vĩnh viễn chức năng nói | 100% |
| 6 | Mất hoàn toàn và vĩnh viễn thính lực của cả hai tai | 100% |
| 7 | Mất hoặc liệt hoàn toàn và vĩnh viễn một bàn tay | 50% |
| 8 | Mất hoặc liệt hoàn toàn và vĩnh viễn một bàn chân | 50% |
| 9 | Mù hoàn toàn và vĩnh viễn một mắt | 50% |
| 10 | Mất hoàn toàn và vĩnh viễn thính lực của một tai | 50% |
| 11 | Mất hoàn toàn và vĩnh viễn năm ngón tay trên một bàn tay | 50% |
| 12 | Mất hoàn toàn và vĩnh viễn năm ngón chân trên một bàn chân | 25% |
| 13 | Mất hoàn toàn và vĩnh viễn ngón tay cái | 15% |
| 14 | Mất hoàn toàn và vĩnh viễn ngón tay trỏ | 10% |
| 15 | Mất hoàn toàn và vĩnh viễn chức năng của khớp gối | 10% |
| 16 | Thương tật của một chân khiến chân này ngắn đi tối thiểu là 5cm hoàn toàn và vĩnh viễn. | 7.5% |

| Mục | Mức độ thương tật | % Số tiền bảo hiểm |
|-----|--|--------------------|
| 17 | Mất hoàn toàn và vĩnh viễn ngón tay giữa | 6% |
| 18 | Mất hoàn toàn và vĩnh viễn ngón tay đeo nhẫn | 5% |
| 19 | Mất hoàn toàn và vĩnh viễn ngón chân cái | 5% |
| 20 | Mất hoàn toàn và vĩnh viễn ngón tay út | 4% |
| 21 | Mất hoàn toàn và vĩnh viễn xương bàn tay thứ nhất hoặc thứ hai | 3% |
| 22 | Mất hoàn toàn và vĩnh viễn xương bàn tay thứ ba, thứ tư hoặc thứ năm | 2% |
| 23 | Mất hoàn toàn và vĩnh viễn mỗi ngón chân (ngoại trừ ngón chân cái) | 1% |

Vì mục đích của Bảo hiểm bồi trợ này:

- Mất hoàn toàn và vĩnh viễn ngón tay được hiểu là tình trạng ngón tay bị mất hoàn toàn từ khớp gian đốt gần trở lên (khớp gian đốt đối với ngón tay cái).
- Mất hoàn toàn và vĩnh viễn ngón chân được hiểu là tình trạng ngón chân bị mất hoàn toàn từ khớp bàn ngón.
- Mất hoàn toàn và vĩnh viễn thính lực là tình trạng mất thính lực nghiêm trọng hoặc trên 90 dB với các tần số âm thanh là 500, 1000 và 2000 Hz.
- Mất hoàn toàn và vĩnh viễn chức năng nói được hiểu là không phải do hậu quả trực tiếp hoặc gián tiếp của sang chấn tâm lý hoặc bệnh lý tâm thần.

Nếu cùng một Tai nạn gây ra hai thương tật trở lên, Công ty sẽ thanh toán tổng số tiền cần trả cho mỗi thương tật, nhưng giới hạn tối đa của tất cả khoản tiền thanh toán là 100% Số tiền bảo hiểm của Bảo hiểm bồi trợ này.

5.2 Quyền lợi bảo hiểm khi Người được bảo hiểm bị Bỏng do Tai nạn

Trong khi Bảo hiểm bồi trợ này có hiệu lực, nếu Người được bảo hiểm bị Bỏng do Tai nạn, Công ty sẽ thanh toán quyền lợi bảo hiểm theo một tỷ lệ phần trăm Số tiền bảo hiểm của Bảo hiểm bồi trợ này theo bảng 2 sau khi trừ đi Phí bảo hiểm chưa thanh toán và các khoản nợ (nếu có):

Bảng 2: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM BỎNG DO TAI NẠN

| Phần bị bỏng | Tỷ lệ (%) diện tích da cơ thể | % Số tiền bảo hiểm |
|------------------------|--------------------------------------|---------------------------|
| Đầu | Tối thiểu 2% nhưng dưới 5% | 50% |
| | Tối thiểu 5% nhưng dưới 8% | 75% |
| | Từ 8% trở lên | 100% |
| Thân mình và tay, chân | Tối thiểu 10% nhưng dưới 15% | 50% |
| | Tối thiểu 15% nhưng dưới 20% | 75% |
| | Từ 20% trở lên | 100% |

5.3 Quyền lợi bảo hiểm khi Người được bảo hiểm tử vong do Tai nạn

- a. Trong khi Bảo hiểm bồi trợ này có hiệu lực, nếu Người được bảo hiểm tử vong do Tai nạn trong vòng 90 (chín mươi) ngày kể từ ngày xảy ra Tai nạn, Công ty sẽ thanh toán 100% Số tiền bảo hiểm của Bảo hiểm bồi trợ này sau khi trừ đi Phí bảo hiểm chưa thanh toán và các khoản nợ (nếu có).

- b. Trong khi Bảo hiểm bổ trợ này có hiệu lực, nếu Người được bảo hiểm tử vong do Tai nạn trong vòng 90 (chín mươi) ngày kể từ ngày xảy ra Tai nạn, và Tai nạn xảy ra trong khi Người được bảo hiểm đó đang di chuyển với tư cách là hành khách trên các phương tiện giao thông công cộng được cấp phép và có hành trình cụ thể gồm xe buýt, xe lửa, không bao gồm taxi hay bất kỳ phương tiện thuê nào sử dụng như phương tiện di chuyển cá nhân, hoặc khi đang ở trong thang máy công cộng (không bao gồm thang máy hoạt động trong hầm mỏ hay tại các công trình xây dựng) hoặc do hậu quả trực tiếp của hỏa hoạn tại các tòa nhà công cộng (được hiểu là nhà hát, rạp chiếu phim, hội trường công cộng, khách sạn, trường học, bệnh viện và các trung tâm thể thao), Công ty sẽ thanh toán 200% Số tiền bảo hiểm của Bảo hiểm bổ trợ này sau khi trừ đi Phí bảo hiểm chưa thanh toán và các khoản nợ (nếu có).
- c. Trong khi Bảo hiểm bổ trợ này có hiệu lực, nếu Người được bảo hiểm tử vong do Tai nạn trong vòng 90 (chín mươi) ngày kể từ ngày xảy ra Tai nạn, và Tai nạn xảy ra trong khi Người được bảo hiểm đó đang di chuyển trên các chuyến bay dân dụng với tư cách là hành khách, Công ty sẽ thanh toán 300% Số tiền bảo hiểm của Bảo hiểm bổ trợ này sau khi trừ đi Phí bảo hiểm chưa thanh toán và các khoản nợ (nếu có).

5.4 Khi thanh toán quyền lợi bảo hiểm theo điều 5.1, 5.2 và 5.3, quyền lợi bảo hiểm của Bảo hiểm bổ trợ này sẽ được thanh toán theo nguyên tắc sau:

- a. Giới hạn tối đa chi trả cho quyền lợi thương tật do Tai nạn và/hoặc quyền lợi Bồng do Tai nạn theo điều 5.1 và 5.2 sẽ không vượt quá 100% Số tiền bảo hiểm của Bảo hiểm bổ trợ này; và
- b. Nếu trước đó đã có yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo điều 5.1 và/hoặc điều 5.2, khi thanh toán quyền lợi bảo hiểm tử vong do Tai nạn theo điều 5.3, Số tiền bảo hiểm làm căn cứ để tính quyền lợi bảo hiểm tử vong sẽ là số tiền sau khấu trừ phần quyền lợi bảo hiểm đã được thanh toán trước đó.

Điều 6. Điều khoản loại trừ

Công ty không thanh toán bất kỳ quyền lợi nào nếu trường hợp tử vong hoặc tình trạng thương tật hoặc Bồng của Người được bảo hiểm trực tiếp hoặc gián tiếp được gây ra bởi các nguyên nhân sau:

- a. tham gia chiến tranh hoặc các hành động gây chiến, bao gồm hành động xâm lược, các hành động thù địch (cho dù có tuyên chiến hay không), nội chiến, khởi nghĩa, cách mạng, nổi loạn, đảo chính quân sự hoặc tiếm quyền;
- b. là hậu quả của vũ khí hạt nhân, tia phóng xạ hoặc chất phóng xạ từ bất kỳ nguồn nhiên liệu hạt nhân hoặc chất thải hạt nhân phát sinh từ quy trình đốt trong năng lượng hạt nhân hoặc quy trình tự duy trì sự phân hạch/ tổng hợp hạt nhân;
- c. tự tử, mưu toan tự tử, hoặc tự gây ra thương tích hoặc có ý định gây ra thương tích cho bản thân trong tình trạng tinh táo hoặc mất trí hoặc trong trạng thái bị ảnh hưởng bởi rượu bia hoặc các chất gây nghiện, trừ khi được kê toa bởi bác sĩ có chứng chỉ hành nghề hợp pháp;
- d. Người được bảo hiểm hành động dưới tác động của thức uống có cồn, thuốc kích thích, ma túy đến mức mất khả năng kiểm soát ý thức;

Thuật ngữ “dưới tác động của thức uống có cồn” là trong trường hợp xét nghiệm máu hoặc các hình thức xét nghiệm khác có nồng độ cồn vượt mức cho phép theo quy định pháp luật;

- e. nhiễm trùng, nhiễm độc trừ khi là hậu quả trực tiếp từ Tai nạn;
- f. trong khi Người được bảo hiểm tham gia các hoạt động thể thao chuyên nghiệp, hoạt động đống thể mạo hiểm mà qua đó Người được bảo hiểm sẽ hoặc có thể kiếm được thu nhập hoặc thù lao, hoặc hoạt động thể thao nguy hiểm như săn bắn thú vật, đua thuyền, trượt tuyết hoặc đua trượt tuyết, đua trượt ván tốc độ, nhảy dù, leo núi, săn bắn, đua xe, đua ngựa, lặn có bình khí nén, lái tàu lượn, nhảy bungee hoặc các hoạt động có tính chất nguy hiểm tương tự;

- g. tham gia ẩu đả, đánh nhau, bị bắt giữ hoặc chống cự việc bắt giữ, hành vi khiêu khích của Người được bảo hiểm;
- h. động kinh, thoát vị, bệnh hoa liễu, hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS), các trường hợp đột tử không rõ nguyên nhân hoặc do tai biến trong quá trình điều trị bệnh, phẫu thuật;
- i. các Hành vi phạm tội của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc của Người thụ hưởng.

Điều 7. Thay đổi nghề nghiệp của Người được bảo hiểm

7.1 Nếu Người được bảo hiểm thay đổi nghề nghiệp, Bên mua bảo hiểm phải thông báo bằng văn bản cho Công ty trong vòng 30 (ba mươi) ngày kể từ ngày có sự thay đổi đó.

7.2 Trong vòng 30 (ba mươi) ngày kể từ ngày Công ty nhận được thông báo về sự thay đổi này của Bên mua bảo hiểm, Công ty có thể quyết định (i) tiếp tục bảo hiểm với mức Phí bảo hiểm không đổi, (ii) tăng Phí bảo hiểm hoặc (iii) chấm dứt Bảo hiểm bồi trợ.

- a. Trường hợp Người được bảo hiểm thay đổi nghề nghiệp dẫn đến việc tăng Phí bảo hiểm theo điểm (ii), Bên mua bảo hiểm phải đóng phí bảo hiểm bổ sung. Phí bảo hiểm mới (nếu có) sẽ có hiệu lực kể từ Ngày đến hạn đóng phí kế tiếp.
- b. Trường hợp chấm dứt Bảo hiểm bồi trợ theo quy định tại điểm (iii), Công ty sẽ hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm toàn bộ Phí bảo hiểm chưa sử dụng tính từ ngày chấm dứt hiệu lực đến ngày kết thúc của kỳ Phí bảo hiểm sau đi trừ đi các khoản nợ và khoản vay (nếu có).

7.3 Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm không thông báo về nghề nghiệp mới của Người được bảo hiểm mà nghề nghiệp mới làm tăng Phí bảo hiểm phải đóng, nhưng nghề nghiệp mới của Người được bảo hiểm vẫn thuộc nhóm nghề nghiệp có thể được bảo hiểm, Công ty có quyền điều chỉnh giảm Số tiền bảo hiểm tương ứng với Phí bảo hiểm đã đóng kể từ ngày có sự thay đổi.

7.4 Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm không thông báo về nghề nghiệp mới của Người được bảo hiểm mà nghề nghiệp mới làm giảm Phí bảo hiểm phải đóng, nhưng nghề nghiệp mới của Người được bảo hiểm vẫn thuộc nhóm nghề nghiệp có thể được bảo hiểm, Công ty sẽ hoàn trả Phí bảo hiểm vượt trội đã đóng, không có lãi.

7.5 Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm không thông báo về nghề nghiệp mới của Người được bảo hiểm mà nghề nghiệp mới của Người được bảo hiểm không thuộc nhóm nghề nghiệp có thể được bảo hiểm, Công ty có quyền chấm dứt Bảo hiểm bồi trợ và thu Phí bảo hiểm đến ngày xảy ra sự thay đổi đó.

Điều 8. Thủ tục giải quyết quyền lợi bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm tử vong do Tai nạn

8.1 Người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm là:

- a. Người thụ hưởng được chỉ định trong Đơn yêu cầu bảo hiểm; hoặc
- b. Bên mua bảo hiểm nếu không có chỉ định Người thụ hưởng trong Đơn yêu cầu bảo hiểm hoặc tất cả những Người thụ hưởng được chỉ định tử vong trước khi Người được bảo hiểm tử vong; hoặc
- c. Trong trường hợp có nhiều hơn một Người thụ hưởng, nếu có bất kỳ Người thụ hưởng nào tử vong trước khi Người được bảo hiểm tử vong, phần quyền lợi của người đó sẽ được trả cho Bên mua bảo hiểm; hoặc
- d. Người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm nếu Bên mua bảo hiểm đã tử vong.

8.2 Thủ tục yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm:

Người nhận quyền lợi bảo hiểm phải gửi cho Công ty trong thời gian sớm nhất có thể, những giấy tờ sau đây:

- a. Đơn yêu cầu thanh toán quyền lợi đã được kê khai đầy đủ, chính xác;
- b. Bản gốc Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các văn bản gốc cấu thành Bảo hiểm bổ trợ;
- c. Bảng chứng về quyền nhận quyền lợi bảo hiểm (giấy ủy quyền, di chúc, bản sao y giấy chứng minh nhân dân, hoặc những giấy tờ xác nhận hợp pháp khác);

d. Bảng chứng về sự kiện tử vong bao gồm:

- Giấy chứng tử (bản gốc hoặc sao y bản chính được chứng nhận bởi cơ quan có thẩm quyền);
- Biên bản tai nạn hoặc giấy xác nhận tai nạn của cơ quan công an nếu tử vong do tai nạn;
- Biên bản giải phẫu pháp y (nếu có giải phẫu);
- Giấy ra viện, đơn thuốc, kết quả xét nghiệm, chứng từ y khoa bản gốc (nếu Người được bảo hiểm có khám, xét nghiệm và điều trị trước khi tử vong).

e. Nơi chốn và tình huống xảy ra Tai nạn nếu yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo điều 5.3b hoặc 5.3c.

Công ty sẽ bảo lưu quyền yêu cầu Bên mua bảo hiểm hoặc người nhận quyền lợi bảo hiểm theo quy định tại điều 8.1 thực hiện công chứng, chứng thực, hợp pháp hóa lãnh sự các giấy tờ, bảng chứng (bằng Tiếng Anh hoặc Tiếng Việt) nêu trên. Chi phí cho việc cung cấp các giấy tờ này sẽ do Bên mua bảo hiểm hoặc người nhận quyền lợi bảo hiểm chịu trách nhiệm thanh toán.

8.3 Thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm:

Thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm là 01 (một) năm kể từ ngày Người được bảo hiểm tử vong.

Điều 9. Thủ tục giải quyết quyền lợi bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm bị thương tật do Tai nạn

9.1 Người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm là:

- a. Người thụ hưởng được chỉ định trong Đơn yêu cầu bảo hiểm; hoặc
- b. Bên mua bảo hiểm nếu không có chỉ định Người thụ hưởng trong Đơn yêu cầu bảo hiểm hoặc tất cả những Người thụ hưởng được chỉ định tử vong trước khi Người được bảo hiểm bị thương tật do Tai nạn; hoặc
- c. Trong trường hợp có nhiều hơn một Người thụ hưởng được chỉ định, nếu có bất kỳ Người thụ hưởng nào tử vong trước khi Người được bảo hiểm bị thương tật do Tai nạn, phần quyền lợi của người đó sẽ được trả cho Bên mua bảo hiểm; hoặc
- d. Người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm nếu Bên mua bảo hiểm đã tử vong;

9.2 Thủ tục yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm:

Người nhận quyền lợi bảo hiểm phải gửi cho Công ty trong thời gian sớm nhất có thể những giấy tờ sau đây:

- a. Đơn yêu cầu thanh toán quyền lợi đã được kê khai đầy đủ, chính xác;
- b. Bảng chứng về quyền nhận quyền lợi bảo hiểm (giấy ủy quyền, di chúc, bản sao y giấy chứng minh nhân dân, hoặc những giấy tờ xác nhận hợp pháp khác);

- c. Bảng chứng về thương tật do Tai nạn được chứng nhận bởi cơ quan có thẩm quyền.
- d. Giấy ra viện, đơn thuốc, kết quả xét nghiệm, chứng từ y khoa bản gốc (nếu Người được bảo hiểm có khám, xét nghiệm và điều trị trước và sau khi bị thương tật).

Công ty sẽ bảo lưu quyền yêu cầu Bên mua bảo hiểm hoặc người nhận quyền lợi bảo hiểm được quy định tại điều 9.1 thực hiện công chứng, chứng thực, hợp pháp hóa lãnh sự các giấy tờ, bằng chứng (bằng Tiếng Anh hoặc Tiếng Việt) nêu trên. Chi phí cho việc cung cấp các giấy tờ này sẽ do Bên mua bảo hiểm hoặc người nhận quyền lợi bảo hiểm chịu trách nhiệm thanh toán.

9.3 Điều kiện chi trả quyền lợi thương tật do Tai nạn:

Trường hợp cần thiết, nếu được Công ty yêu cầu, Người được bảo hiểm phải tiến hành kiểm tra sức khỏe bởi một chuyên gia y tế do Công ty chỉ định liên quan đến thương tật do Tai nạn và chi phí này do Công ty chi trả. Công ty sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm khi điều kiện này được đáp ứng đầy đủ.

9.4 Thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm:

Thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm là 01 (một) năm kể từ ngày cơ quan có thẩm quyền xác nhận tình trạng thương tật do Tai nạn của Người được bảo hiểm.

Điều 10. Thủ tục giải quyết quyền lợi bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm Bỏ do Tai nạn

10.1 Người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm là:

- a. Người thụ hưởng được chỉ định trong Đơn yêu cầu bảo hiểm; hoặc
- b. Bên mua bảo hiểm nếu không có chỉ định Người thụ hưởng trong Đơn yêu cầu bảo hiểm hoặc tất cả những Người thụ hưởng được chỉ định tử vong trước khi Người được bảo hiểm bị Bỏ do Tai nạn; hoặc
- c. Trong trường hợp có nhiều hơn một Người thụ hưởng, nếu có bất kỳ Người thụ hưởng nào tử vong trước khi Người được bảo hiểm bị Bỏ do Tai nạn, phần quyền lợi của người đó sẽ được trả cho Bên mua bảo hiểm; hoặc
- d. Người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm nếu Bên mua bảo hiểm đã tử vong.

10.2 Thủ tục yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm:

Người nhận quyền lợi bảo hiểm phải gửi cho Công ty trong thời gian sớm nhất có thể những giấy tờ sau đây:

- a. Đơn yêu cầu thanh toán quyền lợi đã được kê khai đầy đủ, chính xác;
- b. Bảng chứng về quyền nhận quyền lợi bảo hiểm (giấy ủy quyền, di chúc, bản sao y giấy chứng minh nhân dân, hoặc những giấy tờ xác nhận hợp pháp khác);

c. Bằng chứng về sự kiện Bỏng do Tai nạn bao gồm:

- Nguyên nhân Tai nạn gây ra Bỏng cho Người được bảo hiểm; và
- Bằng chứng y khoa về Bỏng do Tai nạn được xác nhận bởi Bác sĩ hoặc cơ quan có thẩm quyền.
- Giấy ra viện, đơn thuốc, kết quả xét nghiệm, chứng từ y khoa bản gốc (nếu Người được bảo hiểm có khám, xét nghiệm và điều trị trước và sau khi bị Bỏng).

Công ty sẽ bảo lưu quyền yêu cầu Bên mua bảo hiểm hoặc người nhận quyền lợi bảo hiểm theo quy định tại điều 8.1 thực hiện công chứng, chứng thực, hợp pháp hóa lãnh sự các giấy tờ, bằng chứng (bằng Tiếng Anh hoặc Tiếng Việt) nêu trên. Chi phí cho việc cung cấp các giấy tờ này sẽ do Bên mua bảo hiểm hoặc người nhận quyền lợi bảo hiểm chịu trách nhiệm thanh toán.

10.3 Thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm:

Thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm là 01 (một) năm kể từ ngày Người được bảo hiểm bị Bỏng do Tai nạn.

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN

SẢN PHẨM BẢO HIỂM BỔ TRỢ BỆNH HIỂM NGHÈO

(Được phê chuẩn theo Công văn số: 2431/BTC-QLBH ngày 22/02/2013 của Bộ Tài chính)



Mục lục

| | |
|---|----------------|
| QUY TẮC, ĐIỀU KHOẢN SẢN PHẨM BẢO HIỂM BỔ TRỢ - BỆNH HIỂM NGHÈO | 03 - 10 |
| Điều 01. Những quy định chung | 04 - 06 |
| Điều 02. Thời hạn của Bảo hiểm bổ trợ | 06 |
| Điều 03. Số tiền bảo hiểm, Phí bảo hiểm và định kỳ đóng phí bảo hiểm | 06 |
| Điều 04. Hiệu lực của Bảo hiểm bổ trợ | 07 |
| Điều 05. Quyền lợi bảo hiểm | 07 |
| Điều 06. Điều khoản loại trừ | 07 - 08 |
| Điều 07. Thủ tục giải quyết quyền lợi bảo hiểm | 08 - 10 |
| Điều 08. Điều khoản giới hạn | 10 |
| PHỤ LỤC - DANH SÁCH BỆNH HIỂM NGHÈO | 11 - 25 |

QUY TẮC, ĐIỀU KHOẢN SẢN PHẨM BẢO HIỂM BỔ TRỢ BỆNH HIỂM NGHÈO





Quy tắc, Điều khoản Sản phẩm Bảo hiểm bổ trợ - bệnh hiểm nghèo

Điều 1: Những quy định chung

1.1 Trừ những khái niệm được định nghĩa dưới đây, các thuật ngữ, từ được viết hoa trong quy tắc, điều khoản của bảo hiểm bổ trợ này sẽ có nghĩa như quy định, giải thích trong **Bản quy tắc và điều khoản** của Hợp đồng bảo hiểm chính.

1.1.1 “Bác sĩ” là người có bằng cấp chuyên môn y khoa được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc thừa nhận được thực hành nghề y hợp pháp. Bác sĩ không được đồng thời là:

- Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng; hoặc
- Vợ, chồng, cha nuôi, mẹ nuôi, con nuôi, bố dượng, mẹ kế của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng; hoặc
- Đối tác kinh doanh của Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm, Người thụ hưởng; hoặc
- Những người cùng dòng máu về trực hệ với Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm, Người thụ hưởng; với vợ hoặc chồng của Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm, Người thụ hưởng. Người cùng dòng máu về trực hệ là cha, mẹ đối với con; ông, bà đối với cháu nội và cháu ngoại.

1.1.2 “Bản quy tắc và điều khoản bảo hiểm bổ trợ” là quy tắc và điều khoản của Bảo hiểm bổ trợ này.

1.1.3 “Bảo hiểm bổ trợ” là bảo hiểm được Công ty cung cấp cho Bên mua bảo hiểm theo quy định tại Bản quy tắc và điều khoản bảo hiểm bổ trợ này.

1.1.4 “Bên mua bảo hiểm” được hiểu là Bên mua bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm chính.

1.1.5 “Bệnh hiểm nghèo” là những bệnh được liệt kê trong phụ lục đính kèm với Bản quy tắc và điều khoản của Bảo hiểm bổ trợ này.

1.1.6 “Cơ sở y tế” là tổ chức được thành lập hợp pháp và hoạt động theo pháp luật Việt Nam và đáp ứng được các yêu cầu sau:

- được thành lập nhằm tiếp nhận, chăm sóc, khám và điều trị y tế cho người bị ốm đau, bệnh tật, thương tích;

- b. có đầy đủ năng lực và phương tiện để thực hiện các ca phẫu thuật y khoa;
- c. có đầy đủ điều kiện cho hoạt động điều trị nội trú và theo dõi bệnh nhân;
- d. không phải là một nơi điều dưỡng, dưỡng bệnh, nơi cho người già an dưỡng, nơi cho người nghiện ma túy hay một tổ chức tương tự.

1.1.7 “Đơn yêu cầu bảo hiểm” bao gồm tất cả các mẫu đơn yêu cầu, bản kê khai, bản trả lời hay bất cứ chứng từ nào được cung cấp cho Công ty vì mục đích yêu cầu cấp Bảo hiểm bổ trợ này và là một phần không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm chính.

1.1.8 “Người được bảo hiểm” là cá nhân hiện đang cư trú tại Việt Nam, từ 18 (mười tám) đến 55 (năm mươi lăm) tuổi (theo sinh nhật vừa qua) vào ngày hiệu lực của Bảo hiểm bổ trợ này, và được Công ty chấp thuận bảo hiểm theo Bản quy tắc và điều khoản bảo hiểm bổ trợ này.

1.1.9 “Người thụ hưởng” là cá nhân hoặc tổ chức được Bên mua bảo hiểm chỉ định trong Đơn yêu cầu bảo hiểm, hoặc phụ lục (nếu có) để nhận quyền lợi bảo hiểm theo Bảo hiểm bổ trợ này.

1.1.10 “Số tiền bảo hiểm” là số tiền thỏa thuận giữa Công ty và Bên mua bảo hiểm và được thể hiện tại Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc phụ lục (nếu có) mà Công ty sẽ chi trả cho người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm theo Bảo hiểm bổ trợ này khi xảy ra Sự kiện bảo hiểm.

1.1.11 “Sự kiện bảo hiểm” có nghĩa là sự kiện dẫn đến yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo Bảo hiểm bổ trợ này.

1.1.12 “Tình trạng y tế có trước” nghĩa là ốm đau, bệnh hoặc các triệu chứng bệnh hay thương tích:

- tác động trực tiếp hay gián tiếp đến Sự kiện bảo hiểm;
- mà Người được bảo hiểm đã được điều trị y tế hoặc tiến hành các xét nghiệm hoặc kiểm tra sức khỏe hoặc tư vấn hợp lý của Bác sĩ trước ngày hiệu lực của Bảo hiểm bổ trợ này, trừ trường hợp đã thông báo và được Công ty chấp thuận;
- có triệu chứng đặc hiệu (được hiểu là các dấu hiệu chỉ điểm cho việc chẩn đoán bệnh và đã được liệt kê trong phần câu hỏi về thẩm định và sức khỏe của Đơn yêu cầu bảo hiểm) đã xuất hiện trước ngày hiệu lực hoặc Ngày khôi phục hiệu lực sản phẩm bảo hiểm gần nhất, tùy vào ngày nào đến đến sau của Bảo hiểm bổ trợ này, trừ trường hợp đã thông báo và được Công ty chấp thuận.

1.2 Các điều khoản và điều kiện của Hợp đồng bảo hiểm sẽ được áp dụng cho Bảo hiểm bổ trợ này:

- a. Nếu có những mâu thuẫn giữa Bản quy tắc và điều khoản bảo hiểm bổ trợ này với Bản quy tắc và điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm chính, những quy định của Bản quy tắc và điều khoản bảo hiểm bổ trợ này sẽ được áp dụng.
- b. Nếu Bản quy tắc và điều khoản bảo hiểm bổ trợ này không có quy định về một vấn đề mà vấn đề đó đã được quy định tại Bản quy tắc và điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm chính, Bản quy tắc và điều khoản bảo hiểm bổ trợ này sẽ được hiểu là đã bao gồm các quy định về vấn đề đó.

Điều 2: Thời hạn của Bảo hiểm bổ trợ

Bảo hiểm bổ trợ này có thời hạn từ 1 (một) năm đến 30 (ba mươi) năm tính từ ngày hiệu lực của Bảo hiểm bổ trợ này và được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc phụ lục (nếu có), trừ trường hợp chấm dứt trước hạn theo Bản quy tắc và điều khoản bảo hiểm bổ trợ này. Trong mọi trường hợp, thời hạn của Bảo hiểm bổ trợ không được vượt quá thời hạn của Hợp đồng bảo hiểm chính.

Điều 3: Số tiền bảo hiểm, Phí bảo hiểm và định kỳ đóng phí bảo hiểm.

3.1 Số tiền bảo hiểm của Bảo hiểm bổ trợ này được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các phụ lục (nếu có).

3.2 Phí bảo hiểm của Bảo hiểm bổ trợ này được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các phụ lục (nếu có). Phí bảo hiểm phải được đóng khi đến hạn.

3.3 Định kỳ và hệ số đóng phí của Hợp đồng bảo hiểm chính đã ký kết sẽ được áp dụng cho định kỳ và hệ số đóng phí bảo hiểm của Bảo hiểm bổ trợ này. Khi có sự thay đổi về định kỳ hoặc hệ số đóng phí bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm chính đã ký kết, định kỳ và hệ số đóng phí của Bảo hiểm bổ trợ này sẽ được thay đổi tương ứng.

3.4 Tùy theo chấp thuận của Bộ Tài chính, tỷ lệ phí bảo hiểm có thể thay đổi trong thời hạn hiệu lực của Bảo hiểm bổ trợ này và Công ty sẽ thông báo bằng văn bản cho Bên mua bảo hiểm trước 30 (ba mươi) ngày.

Điều 4: Hiệu lực của Bảo hiểm bổ trợ

4.1 Ngày hiệu lực của Bảo hiểm bổ trợ này là ngày Công ty chấp thuận bảo hiểm cho Người được bảo hiểm sau khi Bên mua bảo hiểm đã điền vào Đơn yêu cầu bảo hiểm và đóng đủ Phí bảo hiểm ban đầu của Bảo hiểm bổ trợ này với điều kiện Người được bảo hiểm phải còn sống. Ngày hiệu lực của Bảo hiểm bổ trợ này được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các phụ lục (nếu có).

4.2 Bảo hiểm bổ trợ này sẽ chấm dứt hiệu lực khi một trong các trường hợp sau xảy ra:

- a. Bảo hiểm bổ trợ hết hạn; hoặc
- b. Khi quyền lợi bảo hiểm theo Bảo hiểm bổ trợ này được Công ty chấp thuận thanh toán; hoặc
- c. Công ty nhận được yêu cầu chấm dứt Bảo hiểm bổ trợ này bằng văn bản của Bên mua bảo hiểm; hoặc
- d. Hợp đồng bảo hiểm chính chấm dứt hiệu lực hoặc chuyển sang tình trạng duy trì hiệu lực với Số tiền bảo hiểm giảm; hoặc
- e. Ngày kỷ niệm hợp đồng ngay sau khi Tuổi của Người được bảo hiểm đạt 65 (sáu mươi lăm); hoặc
- f. Các trường hợp khác theo quy định pháp luật.

Điều 5: Quyền lợi bảo hiểm

Trong khi Bảo hiểm bổ trợ này còn hiệu lực, nếu Người được bảo hiểm còn sống sau 30 (ba mươi) ngày kể từ ngày bị chẩn đoán mắc Bệnh hiểm nghèo, Công ty sẽ thanh toán một lần 100% Số tiền bảo hiểm sau khi đã khấu trừ các khoản tạm ứng, nợ và lãi, nếu có.

Điều 6: Điều khoản loại trừ

Công ty sẽ không thanh toán bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào nếu Người được bảo hiểm bị chẩn đoán mắc Bệnh hiểm nghèo do một trong những nguyên nhân trực tiếp hoặc gián tiếp liên quan đến:

- a. tự tử, mưu toan tự tử hoặc tự gây ra thương tích hoặc có ý định gây ra thương tích cho bản thân trong tình trạng tỉnh táo hoặc mất trí trong vòng 02 (hai) năm kể từ Ngày hiệu lực của Bảo hiểm bổ trợ hoặc Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng gần nhất, tùy vào ngày nào đến sau; hoặc

- b. hành động của Người được bảo hiểm dưới tác động của thức uống có cồn, sử dụng thuốc kích thích, chất gây nghiện, ma túy đến mức mất khả năng kiểm soát ý thức, trừ khi được kê toa bởi Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề hợp pháp.
Thuật ngữ “dưới tác động của thức uống có cồn” là trong trường hợp xét nghiệm máu hoặc các hình thức xét nghiệm khác có nồng độ cồn vượt mức cho phép theo quy định pháp luật.
- c. Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng thực hiện hoặc mưu toan thực hiện Hành vi vi phạm pháp luật. Trong trường hợp có nhiều hơn một Người thụ hưởng, và một hoặc một số người trong đó cố ý gây ra các Hành vi vi phạm pháp luật với Người được bảo hiểm, Công ty vẫn trả toàn bộ quyền lợi bảo hiểm cho những Người thụ hưởng khác theo số tiền tương ứng với tỷ lệ mà Bên mua bảo hiểm đã chỉ định trong Hợp đồng Bảo hiểm này; hoặc
- d. chiến tranh hoặc hoạt động liên quan đến chiến tranh; hoặc
- e. vũ khí hạt nhân, tia phóng xạ hoặc chất phóng xạ từ bất kỳ nguồn nguyên liệu hạt nhân hoặc chất thải hạt nhân phát sinh từ quy trình đốt trong năng lượng hạt nhân hoặc quy trình tự duy trì sự phân hạch, tổng hợp hạt nhân; hoặc
- f. tham gia ẩu đả, đánh nhau, bị bắt giữ hoặc chống cự việc bắt giữ, hành vi khiêu khích của Người được bảo hiểm; hoặc
- g. do dị tật bẩm sinh; hay bị nhiễm HIV, AIDS và các bệnh có liên quan đến HIV/AIDS; hoặc
- h. các bệnh liên quan đến lạm dụng rượu bia, thức uống có cồn hay các hóa chất dược chất, chất gây ảo giác, chất hướng tâm thần dù trong tình trạng tỉnh táo hay mất trí; hoặc
- i. các biến chứng do phẫu thuật hay tai nạn trong quá trình phẫu thuật;
- j. Tình trạng y tế có trước.

Điều 7: Thủ tục giải quyết quyền lợi bảo hiểm

7.1 Người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm là:

- a. Người thụ hưởng được chỉ định trong Đơn yêu cầu bảo hiểm; hoặc
- b. Bên mua bảo hiểm nếu không có chỉ định Người thụ hưởng trong Đơn yêu cầu bảo hiểm hoặc tất cả những Người thụ hưởng được chỉ định đã tử vong trước khi Người được bảo hiểm bị chẩn đoán mắc Bệnh hiểm nghèo; hoặc

- c. Trong trường hợp có nhiều hơn một Người thụ hưởng, nếu có bất kỳ Người thụ hưởng nào tử vong trước khi Người được bảo hiểm bị chẩn đoán mắc Bệnh hiểm nghèo, phần quyền lợi của người đó sẽ được trả cho Bên mua bảo hiểm; hoặc
- d. Người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm nếu Bên mua bảo hiểm đã tử vong.

7.2 Thủ tục yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm:

Người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm phải gửi cho Công ty trong thời gian sớm nhất có thể, những giấy tờ sau đây:

- a. Đơn yêu cầu thanh toán quyền lợi đã được kê khai đầy đủ, chính xác; và
- b. Bảng chứng về quyền nhận quyền lợi bảo hiểm (giấy chứng minh nhân dân/hộ chiếu, hoặc những giấy tờ xác nhận hợp pháp khác có ảnh (trong trường hợp nộp thay và/hoặc nhận thay phải có giấy ủy quyền hợp pháp)); và
- c. Bảng chứng Người được bảo hiểm mắc Bệnh hiểm nghèo do cơ quan có thẩm quyền hoặc Bác sĩ điều trị cho Người được bảo hiểm cấp, bao gồm:
 - i. Trích lục hồ sơ bệnh án;
 - ii. Giấy chứng nhận phẫu thuật (trong trường hợp phẫu thuật);
 - iii. Chứng từ y tế liên quan đến Bệnh hiểm nghèo được Bác sĩ xác nhận, sổ kiểm tra sức khỏe, toa thuốc (có đầy đủ chẩn đoán, chữ ký, họ tên đầy đủ và con dấu của Cơ sở y tế nơi thực hiện việc tư vấn, khám hoặc điều trị), kết quả xét nghiệm, hóa đơn của Cơ sở y tế cấp và các hóa đơn cho việc điều trị Bệnh hiểm nghèo.

Công ty bảo lưu quyền yêu cầu Bên mua bảo hiểm hoặc người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm được quy định tại điều 7.1 thực hiện:

- công chứng, chứng thực, hợp pháp hóa lãnh sự các giấy tờ, bảng chứng (bằng Tiếng Anh hoặc Tiếng Việt) nêu trên. Chi phí do việc cung cấp các giấy tờ này sẽ do Bên mua bảo hiểm hoặc người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm chịu trách nhiệm thanh toán.
- Bổ sung các chứng từ y khoa cần thiết để xác định tình trạng bệnh tật của Người được bảo hiểm.

Công ty chỉ chấp nhận bản sao y chứng thực được thực hiện trong vòng không quá 03 (ba) tháng tính đến thời điểm nhận hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

7.3 Thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm:

Thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm là 01 (một) năm kể từ ngày Người được bảo hiểm bị chẩn đoán mắc Bệnh hiểm nghèo.

Điều 8: Điều khoản giới hạn

Công ty sẽ chỉ thanh toán quyền lợi bảo hiểm theo Bản quy tắc và điều khoản bảo hiểm bổ trợ này nếu:

- Người được bảo hiểm bị chẩn đoán mắc Bệnh hiểm nghèo sau 90 (chín mươi) ngày kể từ ngày hiệu lực của Bảo hiểm bổ trợ hoặc Ngày khôi phục hợp đồng gần nhất, tùy vào ngày nào đến sau; và
- Người được bảo hiểm còn sống sau 30 (ba mươi) ngày kể từ ngày bị chẩn đoán mắc Bệnh hiểm nghèo.

PHỤ LỤC:

DANH SÁCH BỆNH HIỂM NGHÈO

KÈM THEO QUY TẮC, ĐIỀU KHOẢN

SẢN PHẨM BẢO HIỂM BỔ TRỢ

BỆNH HIỂM NGHÈO





Danh sách bệnh hiểm nghèo

Bệnh lý toàn thân

01. Ung thư

Ung thư được định nghĩa là là bệnh ác tính do sự phát triển không thể kiểm soát, lan rộng của những tế bào ác tính và xâm lấn, phá hủy những mô lành xung quanh cần phải điều trị bằng phẫu thuật hoặc can thiệp nghiêm trọng (loại trừ những trường hợp chỉ can thiệp bằng nội soi đơn thuần).

Bệnh phải được xác định bằng kết quả giải phẫu bệnh lý thực hiện bởi một Bác sĩ chuyên khoa giải phẫu bệnh hoặc ung thư học đang làm việc hợp pháp tại Cơ sở y tế.

Không chấp nhận bảo hiểm những trường hợp sau:

- Những khối u ác tính có kết quả giải phẫu bệnh lý ở giai đoạn ung thư biểu mô tại chỗ (carcinoma-in-situ) và các giai đoạn tiền ung thư hay ung thư chưa xâm lấn bao gồm nhưng không giới hạn:
 - Ung thư biểu mô tại chỗ của vú;
 - Loạn sản cổ tử cung giai đoạn CIN-1, CIN-2 và CIN-3;
- Tất cả những dạng ung thư da sau đây, trừ khi có bằng chứng của ung thư di căn:
 - Tăng sinh tế bào sừng,
 - Ung thư tế bào nền và tế bào vảy và
 - Ung thư tế bào hắc tố có độ sâu dưới 1,5mm theo Breslow hoặc dưới Độ 3 (ba) theo Clark.
- Ung thư tiền liệt tuyến có kết quả giải phẫu bệnh lý được phân loại TNM là T1a và T1b hay được phân loại tương đương hoặc giai đoạn sớm hơn;
- Ung thư biểu mô vi thể dạng nhú của tuyến giáp được phân loại T1N0M0 và có đường kính khối u dưới 1 cm;
- Ung thư biểu mô vi thể dạng nhú của bàng quang;
- Ung thư bạch cầu hệ tân bào mãn tính được phân loại nhóm 0, I, II theo RAJ;
- Tất cả các loại u, bướu ở những người đang nhiễm HIV.

02. Phẫu thuật ghép tạng chủ

Người được bảo hiểm đã phải được ghép nội tạng bao gồm:

- Tủy xương dùng tế bào gốc tạo máu do bị suy tủy xương hoàn toàn;
- Tim;
- Phổi;
- Gan;
- Tụy tạng hoặc
- Thận

Việc ghép tạng chủ này phải thật sự cần thiết về y khoa để điều trị các tình trạng suy chức năng giai đoạn cuối, không thể phục hồi của các tạng tương ứng.

Loại trừ việc ghép các tế bào gốc, tế bào đảo và ghép một phần của các tạng chủ nêu trên.

03. Bỏng, (phồng) nặng

Bỏng hay phỏng độ III (ba) trên diện tích da tối thiểu là 20% (hai mươi phần trăm) diện tích da toàn cơ thể được xác định theo "Quy tắc số 9" của Biểu đồ diện tích da cơ thể Lund & Browder.

04. Hôn mê

Là tình trạng Người được bảo hiểm:

- Mất ý thức, không thể đáp ứng hoặc phản ứng với những kích thích từ bên ngoài hay từ những nhu cầu bên trong cơ thể và
- Cần sự trợ giúp của hệ thống máy giúp thở và hồi sức cấp cứu trong 96 (chín mươi sáu) giờ liên tục và
- Để lại di chứng thần kinh kéo dài hơn 30 (ba mươi) ngày và
- Phải được Bác sĩ chuyên khoa thần kinh xác nhận.

Loại trừ các tình trạng hôn mê trực tiếp gây ra bởi tự gây thương tích, sử dụng rượu bia, chất kích thích hoặc dược phẩm không theo chỉ định của Bác sĩ.

05. Thiếu máu bất sản

Là tình trạng suy tủy xương mãn tính và vĩnh viễn, gây ra tình trạng thiếu máu 3 (ba) dòng là:

- Thiếu dòng hồng cầu;
- Thiếu dòng bạch cầu; và
- Thiếu dòng tiểu cầu.

Bệnh khiến Người được bảo hiểm phải được điều trị bằng một trong những phương pháp sau đây:

- Truyền các chế phẩm máu;
- Dùng thuốc kích thích tủy xương;
- Dùng thuốc ức chế hệ miễn dịch;
- Thay tủy xương.

Bệnh được xác định bởi một Bác sĩ chuyên khoa huyết học.

06. Viêm thận do bệnh Lupus ban đỏ

Bệnh Lupus ban đỏ là một bệnh tự miễn đa cơ quan, đa yếu tố xảy ra chủ yếu ở nữ giới trong độ tuổi sinh đẻ, đặc trưng bởi sự phát triển của các tự kháng thể, kháng lại trực tiếp các tự kháng nguyên.

Theo định nghĩa này, bệnh chỉ bao gồm những thể bệnh Lupus đỏ (SLE) đã có biến chứng thận thuộc từ nhóm III (ba) đến nhóm IV (bốn) của bệnh viêm thận do Lupus, được xác định qua kết quả sinh thiết thận.

Chẩn đoán phải được xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa miễn dịch.

Loại trừ các thể Lupus ban đỏ dạng đĩa (discoid Lupus) và các thể chỉ có biến chứng khớp và huyết học.

Bảng Phân loại bệnh Lupus của Tổ chức Y tế thế giới (WHO)

- Nhóm I (Viêm cầu thận sang thương tối thiểu) - Nước tiểu bình thường, âm tính.
- Nhóm II (Viêm cầu thận gian mạch)- tiểu đạm trung bình, cận lắng dương tính.
- Nhóm III (Viêm cầu thận tăng sinh cục bộ) - tiểu đạm, cận lắng dương tính.
- Nhóm IV (Viêm cầu thận tăng sinh lan tỏa) - viêm cầu thận cấp tính với cận lắng dương tính và/hoặc hội chứng thận.
- Nhóm V (Viêm cầu thận màng) - Hội chứng thận và tiểu đạm nặng.

07. mù

Là tình trạng mất thị lực hoàn toàn và vĩnh viễn cả hai mắt do bệnh tật hoặc tai nạn. mù được khám và kết luận bởi một Bác sĩ chuyên khoa Mắt do Công ty chỉ định.

Quyền lợi Bệnh Hiểm nghèo sẽ không được chi trả nếu như dùng bất kỳ thiết bị hỗ trợ hay cấy ghép để khôi phục một phần hay toàn bộ thị lực.

08. Câm

Là tình trạng mất hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng phát âm do bệnh tật hay tai nạn, trong thời gian ít nhất 12 (mười hai) tháng kể từ ngày phát bệnh và không thể cải thiện được nhờ các tiến bộ của y học.

Câm được chẩn đoán bởi một Bác sĩ chuyên khoa tai mũi họng và được xác nhận là do tổn thương dây thanh quản do bệnh hoặc tai nạn.

Quyền lợi Bệnh Hiểm nghèo sẽ không được chi trả nếu tình trạng câm này liên quan đến tâm thần.

09. Điếc vĩnh viễn

Là tình trạng bị mất hoàn toàn và không thể hồi phục thính lực của cả 2 (hai) tai cho dù có hay không có thiết bị hỗ trợ do bị bệnh cấp tính hoặc do tai nạn. Chẩn đoán phải được Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng xác nhận và được chứng minh bằng kết quả kiểm tra thính lực và ngưỡng nghe.

10. Mất khả năng tồn tại độc lập

Chẩn đoán xác định bởi một Bác sĩ về tình trạng mất khả năng sống độc lập kéo dài trong một thời gian tối thiểu 06 (sáu) tháng và Người được bảo hiểm mất hoàn toàn và vĩnh viễn khả năng thực hiện ít nhất 03 (ba) trong 06 (sáu) "Chức năng sinh hoạt hằng ngày"^(*) cho dù có hay không có sử dụng thiết bị hỗ trợ, thiết bị chuyên dụng hoặc thiết bị được thiết kế hỗ trợ riêng cho người bị thương tật. Theo định nghĩa này, "vĩnh viễn" nghĩa là không thể hồi phục với trình độ và kỹ thuật y tế hiện nay.

Bệnh lý hệ tuần hoàn (tim mạch)

11. Đột quỵ

Là sự xuất hiện đột ngột của các thiếu sót thần kinh cục bộ do tổn thương mạch máu não bao gồm nhồi máu não, xuất huyết mạch máu nội sọ hoặc thuyên tắc mạch, xuất hiện các triệu chứng sau:

- Triệu chứng kéo dài trên 24 (hai mươi bốn) giờ.
- Mất vĩnh viễn chức năng vận động hoặc cảm giác, hoặc phát âm.
- Tổn thương thần kinh vĩnh viễn.

Tổn thương thần kinh vĩnh viễn phải được bác sĩ chuyên khoa thần kinh xác định. Sự tổn thương thần kinh này kéo dài trên 180 (một trăm tám mươi) ngày kể từ ngày bị đột quỵ và phải được kiểm chứng bằng kết quả chẩn đoán hình ảnh như CT hoặc MRI.

Bệnh Hiểm nghèo theo điều này sẽ không bao gồm:

- Các cơn thiếu máu cục bộ thoáng qua;
- Tai nạn dẫn đến thay đổi trí nhớ hoặc hành vi;
- Triệu chứng não do Chứng đau nửa đầu;
- Tổn thương não do tai nạn hoặc thiếu oxy não;
- Bệnh Thiếu máu làm ảnh hưởng đến mắt, thần kinh thị giác hoặc hệ thống tiền đình.

12. Bệnh nhồi máu cơ tim

Là tình trạng hoại tử một phần cơ tim do gián đoạn bất ngờ nguồn máu tới nuôi phần cơ tim đó.

Bệnh được chẩn đoán và xác định bởi một Bác sĩ chuyên khoa tim mạch dựa trên ít nhất 3 trong 4 tiêu chí sau đây:

- Có cơn đau thắt ngực điển hình của bệnh nhồi máu cơ tim;
- Có biến đổi trên điện tâm đồ theo kiểu nhồi máu cơ tim
- Tăng men tim CK-MB hoặc Troponin tăng cao ở mức
 - Troponin T > 1,0 ng / ml;
 - Accu TnI > 0,5 ng / ml, hoặc tương đương nếu áp dụng phương pháp troponin I;
- Phân suất tống máu của tâm thất trái (EF) giảm xuống dưới 50%; chỉ số này được đo sau khi sự cố xảy ra ít nhất 3 (ba) tháng.

Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo sẽ không bao gồm:

- Đau thắt ngực.
- Hội chứng mạch vành cấp tính khác.

13. Phẫu thuật động mạch chủ

Người được bảo hiểm đã phải được phẫu thuật động mạch chủ bụng qua phẫu thuật mở khoang bụng hoặc động mạch chủ ngực qua phẫu thuật mở lồng ngực để sửa chữa dị dạng, hẹp, nghẽn hoặc bóc tách của động mạch chủ. Định nghĩa này chỉ bao gồm động mạch chủ bụng và động mạch chủ ngực, không bao gồm các nhánh phụ của động mạch chủ

Loại trừ những trường hợp sau đây:

- Phẫu thuật được thực hiện chỉ là những can thiệp tối thiểu hoặc kỹ thuật nội động mạch;
- Phẫu thuật do chấn thương.

14. Bệnh lý cơ tim

Bệnh phải được Bác sĩ chuyên khoa tim mạch chẩn đoán xác định là Bệnh lý cơ tim gây ra suy giảm chức năng tâm thu, điện tâm đồ bất thường và được xác nhận bởi kết quả siêu âm tim. Bệnh xảy ra do nhiều nguyên nhân và dẫn đến suy tim độ 3 (ba) trở lên theo Bảng phân loại của Hiệp hội phân loại Tim mạch New York.

Độ 3 – Suy tim hạn chế - Bệnh nhân thấy thoải mái khi nghỉ ngơi hoàn toàn, nhưng khi vận động thì sẽ xuất hiện các triệu chứng của suy tim.

Độ 4 - Bệnh nhân cảm thấy khó chịu khi thực hiện bất kỳ hoạt động nào. Các triệu chứng của suy tim sẽ xuất hiện ngay cả khi nghỉ ngơi. Bất kỳ hoạt động nào cũng gây ra những khó chịu.

Loại trừ các Bệnh cơ tim liên quan trực tiếp đến sử dụng rượu bia.

15. Phẫu thuật thay van tim

Người được bảo hiểm đã phải được phẫu thuật tim hở để thay hoặc sửa chữa một hay nhiều van do bất thường van tim hoặc khiếm khuyết van tim mà các bất thường hay khiếm khuyết này xảy ra sau ngày phát hành hợp đồng bảo hiểm hoặc sau ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng bảo hiểm (theo ngày nào đến sau). Các bằng chứng qua kết quả Siêu âm hoặc thông tim chứng minh tình trạng bất thường van tim phải được cung cấp cho Công ty và Phẫu thuật này phải theo chỉ định của Bác sĩ chuyên khoa tim mạch.

Loại trừ các phẫu thuật sửa chữa qua mở van tim, phương pháp dùng ống thông nội mạch, mở van bằng bong bóng, phẫu thuật key-hole hoặc những phương pháp tương tự.

16. Phẫu thuật bắc cầu động mạch vành

Người được bảo hiểm đã phải được phẫu thuật tim hở để ghép nối qua chỗ hẹp hoặc tắc của một hay nhiều động mạch vành.

Bệnh được chẩn đoán bằng phim chụp mạch vành với thuốc cản quang và phẫu thuật này phải được chỉ định của một Bác sĩ chuyên khoa tim mạch.

Loại trừ những trường hợp điều trị không phẫu thuật tim hở như:

- Đặt stent chỉnh hình mạch máu;
- Các kỹ thuật nong mạch vành qua ống thông nội mạch;
- Kỹ thuật giải quyết chỗ hẹp hay tắc bằng tia laze.

Bệnh lý hệ hô hấp

17. Bệnh phổi giai đoạn cuối

Là bệnh phổi giai đoạn cuối gây suy phổi mãn tính.

Bệnh được chẩn đoán và xác định bởi một Bác sĩ chuyên khoa hô hấp và dựa trên tất cả những tiêu chí sau:

- Thể tích thở ra gắng sức trong 1 giây đầu (FEV1) nhỏ hơn 1 lít được đo tình cờ 3 (ba) lần trong 3 (ba) tháng.
- Đòi hỏi phải điều trị oxy bổ sung thường xuyên do thiếu oxy.
- Nồng độ bão hòa oxy trong động mạch nhỏ hơn 55mmHg (PaO₂ < 55 mmHg).
- Khó thở ngay cả khi nghỉ ngơi.

18. Tăng áp lực động mạch phổi nguyên phát

Là tình trạng tăng áp lực động mạch phổi nguyên phát đi kèm với phì đại tâm thất phải được chẩn đoán xác định qua thủ thuật thông tim, tình trạng này khiến Người được bảo hiểm bị suy tim tối thiểu là độ 4 theo phân loại suy tim của Hiệp hội tim mạch New York, Hoa Kỳ.

Loại trừ những nguyên nhân thứ phát của tình trạng tăng áp lực động mạch phổi, bao gồm nhưng không giới hạn: bệnh phổi mãn tính, thuyên tắc phổi, bệnh van tim và bệnh tim trái.

Bệnh lý hệ tiêu hóa

19. Viêm tụy mãn tái phát

Là tình trạng viêm tụy mãn với nhiều hơn 3 (ba) đợt tái phát viêm tụy do rối loạn chức năng tụy, vôi hóa và nang tụy dẫn đến tình trạng kém hấp thu khiến phải điều trị bằng liệu pháp men (enzyme) thay thế.

Chẩn đoán phải được xác định bằng kết quả nội soi tuyến tụy ngược dòng (ERCP).

Loại trừ Viêm tụy mãn tái phát có nguyên nhân do sử dụng rượu bia.

20. Suy gan giai đoạn cuối

Là suy gan mãn tính giai đoạn cuối thể hiện tất cả các tình trạng sau:

- Vàng da kéo dài;
- Báng bụng hay cổ trướng;

- Bệnh não do gan;
- Tăng áp động mạch cửa.

Loại trừ những trường hợp suy gan liên quan đến sử dụng rượu bia, chất kích thích hay dược phẩm và bệnh não Wernicke.

21. Viêm gan siêu vi thể tối cấp

Là bệnh viêm gan do siêu vi khuẩn, làm hoại tử phần lớn nhu mô gan và dẫn đến hội chứng suy gan tối cấp.

Bệnh được chẩn đoán xác định dựa trên những tiêu chuẩn sau đây:

- Thể tích gan giảm nhanh;
- Hoại tử toàn bộ các phân thùy gan; chỉ còn khung lưới của gan;
- Kết quả xét nghiệm chức năng gan suy giảm nhanh;
- Vàng da đậm

Loại trừ các tình trạng viêm gan siêu vi B hoặc mang mầm bệnh.

Bệnh lý hệ tiết niệu

22. Suy thận

Là suy thận giai đoạn cuối, mãn tính và không thể phục hồi chức năng của cả 2 (hai) thận. Tình trạng này khiến Người được bảo hiểm phải được điều trị bằng:

- Thẩm phân phúc mạc hay chạy thận nhân tạo định kỳ; hoặc
- Ghép thận.

23. Nang tủy thận

Là một bệnh di truyền theo gen trội, có đặc điểm nhiều nang tủy thận ở hai thận, teo ống thận và xơ hóa mô kẽ với các biểu hiện lâm sàng thiếu máu, đa niệu và mất natri niệu.

Điều kiện là nang tủy thận dẫn đến suy thận mãn cả hai thận không hồi phục, cần lọc thận thường xuyên. Chẩn đoán phải bằng sinh thiết thận.

Bệnh lý hệ thần kinh

24. Bệnh ALZHEIMER

Là tình trạng thoái hóa não tiến triển hoặc mất khả năng tư duy hoặc có hành vi ứng xử bất thường được xác định qua các biểu hiện lâm sàng và qua Bảng câu hỏi tiêu chuẩn được chấp thuận hoặc xét nghiệm xác nhận bệnh Alzheimer hoặc những bệnh não thoái hóa hệ thống không thể hồi phục. Các tình trạng này gây ra sự suy giảm về tâm thần và các chức năng xã hội đòi hỏi Người được bảo hiểm phải được chăm sóc và giám sát liên tục.

Bệnh được chẩn đoán và xác định bởi một Bác sĩ chuyên khoa thần kinh và phải có ít nhất một trong các tiêu chí sau:

- Teo toàn bộ vỏ não được xác nhận bởi kết quả chụp cắt lớp vi tính (CT scanner) hoặc chụp cộng hưởng từ (MRI).
- Được chứng nhận mất vĩnh viễn khả năng thực hiện 03 (ba) trong 06 (sáu) "Chức năng sinh hoạt hàng ngày" ít nhất 180 (một trăm tám mươi) ngày kể từ ngày chẩn đoán.

Bệnh hiểm nghèo theo điều này sẽ không bao gồm Bệnh Alzheimer và các tình trạng mất trí do rối loạn tâm thần, do sử dụng rượu bia, chất kích thích hoặc dược phẩm và các rối loạn não có thể hồi phục và trách nhiệm bảo hiểm cho bệnh Alzheimer sẽ chấm dứt khi Người được bảo hiểm đạt 65 (sáu mươi lăm) tuổi hoặc khi Hợp đồng bảo hiểm này hết hạn, tùy theo điều kiện nào đến trước dù có hay không có các quy định khác của Hợp đồng.

25. Bệnh PARKINSON

Là bệnh thoái hóa tiến triển chậm của hệ thần kinh do thoái hóa nhân xám trung ương của hệ thần kinh.

Bệnh được chẩn đoán và xác định bởi một Bác sĩ chuyên khoa thần kinh dựa trên tất cả các tiêu chí sau:

- Không thể kiểm soát được bằng thuốc; và
- Có dấu hiệu bệnh đang tiến triển và sẽ dẫn đến thương tật; và
- Mất toàn bộ và vĩnh viễn khả năng thực hiện ít nhất 03 (ba) trong 06 (sáu) "Chức năng sinh hoạt hàng ngày" (*) từ 180 (một trăm tám mươi) ngày trở lên kể từ ngày phát bệnh.

Bệnh hiểm nghèo theo điều này sẽ không bao gồm bệnh Parkinson thứ phát do thuốc, chất độc, chất kích thích, hóa chất.

Trách nhiệm bảo hiểm cho bệnh Parkinson sẽ chấm dứt khi Người được bảo hiểm đạt 65 (sáu mươi lăm) tuổi hoặc khi Hợp đồng bảo hiểm này hết hạn, tùy theo điều kiện nào đến trước dù có hay không có các quy định khác của Hợp đồng.

26. Bệnh xơ cứng rải rác từng đám

Bệnh phải được Bác sĩ chuyên khoa thần kinh chẩn đoán xác định là bệnh xơ cứng rải rác từng đám biểu hiện lâm sàng đầy đủ toàn bộ các tình trạng sau và kéo dài ít nhất là 6 (sáu) tháng:

- Các triệu chứng liên quan đến chất trắng bao gồm thần kinh thị giác, thân não và tủy sống gây ra các khiếm khuyết thần kinh rõ ràng;
- Nhiều tổn thương hoặc các tổn thương riêng biệt;
- Bệnh sử ghi nhận rõ ràng về tình trạng trầm trọng và giảm đi của các triệu chứng/ khiếm khuyết thần kinh đó.

Các kỹ thuật xác định bệnh xơ cứng rải rác từng đám như Hình ảnh Cộng hưởng từ nhân (MRI), Chụp điện toán cắt lớp (CT) hoặc các kỹ thuật hình ảnh tin cậy khác phải cho kết quả chẩn đoán chắc chắn bệnh xơ cứng rải rác từng đám.

Loại trừ các nguyên nhân tổn thương thần kinh khác như Hội chứng Lupus ban đỏ (SLE) và HIV.

27. Bệnh viêm não

Là tình trạng viêm trầm trọng các cấu trúc não (bán cầu não, cuống não hoặc tiểu não) thường do nhiễm vi khuẩn hay vi rút, hậu quả là để lại tổn thương thần kinh trầm trọng, vĩnh viễn. Các tổn thương này phải được xác nhận và tồn tại ít nhất 180 (một trăm tám mươi) ngày kể từ ngày chẩn đoán.

Bệnh hiếm nghèo theo điều này sẽ không bao gồm các bệnh viêm não do nhiễm HIV, nhiễm ký sinh trùng như ký sinh trùng sốt rét...

28. Chấn thương đầu

Là chấn thương đầu thực thể gây ra suy giảm nghiêm trọng và liên tục các chức năng của não, kéo dài trong một thời gian tối thiểu là 03 (ba) tháng kể từ ngày chấn thương hoặc tổn thương. Chẩn đoán suy giảm nghiêm trọng và liên tục các chức năng của não phải được Bác sĩ chuyên khoa thần kinh chẩn đoán xác định và phải được sự chấp thuận của Bác sĩ Công ty. Chấn thương này phải để lại các di chứng thần kinh vĩnh viễn khiến Người được bảo hiểm mất hoàn toàn và vĩnh viễn khả năng thực hiện ít nhất 03 (ba) trong 06 (sáu) "Chức năng sinh hoạt hằng ngày"^(*) cho dù có hay không có sử dụng thiết bị hỗ trợ, thiết bị chuyên dụng hoặc thiết bị được thiết kế hỗ trợ riêng cho người bị thương tật. Theo định nghĩa này, "vĩnh viễn" nghĩa là không thể hồi phục với trình độ và kỹ thuật y tế hiện nay.

29. Phẫu thuật sọ não

Người được bảo hiểm phải trải qua phẫu thuật mở hộp sọ hay khoan lỗ hộp sọ sau khi đã được gây mê toàn thân.

Phẫu thuật này phải được một Bác sĩ chuyên khoa thần kinh xác nhận là cần thiết.

Bệnh Hiểm nghèo theo điều này sẽ không bao gồm các trường hợp phẫu thuật hay khoan sọ não do chấn thương.

30. Bệnh teo cơ tủy (SMA)

Bệnh thoái hóa của các tế bào sừng trước tủy sống và các nhân vận động của thân não, đặc trưng bởi sự suy giảm trầm trọng chức năng của các cơ đầu gần, chủ yếu là cơ ở chân, sau đó là sự suy yếu của các cơ đầu xa.

Bệnh dẫn đến mất hoàn toàn và vĩnh viễn khả năng thực hiện ít nhất 03 (ba) trong 06 (sáu) "Chức năng sinh hoạt hàng ngày"^(*) hoặc phải nằm liệt giường và không thể ngồi dậy nếu không có sự trợ giúp của người khác.

Tình trạng này được ghi nhận trong chứng từ y khoa ít nhất là 3 (ba) tháng.

Bệnh được chẩn đoán và kết luận do bác sĩ chuyên khoa thần kinh và xác nhận bằng những xét nghiệm thần kinh cơ chẳng hạn đo điện cơ (EMG).

31. Bệnh xơ cứng cột bên teo cơ

Đây là một bệnh thoái hoá thần kinh, tiến triển mạn tính liên quan đến cột sống hay các trung tâm vận động của vỏ não dẫn đến liệt cứng, teo cơ của các chi, thân mình, đầu, thanh quản, đường hô hấp, bệnh nhân phải nằm liệt giường và phải có sự giúp đỡ của người khác khi cần ngồi dậy. Tình trạng này của người bệnh phải được ghi nhận trong chứng từ y khoa ít nhất 3 (ba) tháng.

Bệnh được chẩn đoán và xác định bởi một Bác sĩ chuyên khoa thần kinh, được xác định bằng kết quả đo điện cơ (EMG) và đo điện thần kinh (ENG).

32. Viêm màng não do vi khuẩn

Là tình trạng viêm màng não do vi khuẩn gây ra, khiến cho màng não hoặc tủy sống bị viêm dẫn đến các di chứng thần kinh không hồi phục trong ít nhất 90 (chín mươi) ngày.

Bệnh được xác nhận bởi một Bác sĩ chuyên khoa thần kinh. Chẩn đoán nhiễm trùng dịch não tủy bằng phương pháp chọc dò tủy sống là yếu tố bắt buộc.

33. Bệnh u não lành tính

Là khối u trong não lành tính, đe dọa tính mạng, gây ra những dấu hiệu đặc trưng của tăng áp lực nội sọ như phù gai thị, các triệu chứng tâm thần, co giật và rối loạn cảm giác, suy giảm trầm trọng và vĩnh viễn chức năng thần kinh trong ít nhất sáu (6) tháng liên tục. Sự hiện diện của các khối u phải được xác nhận qua các chẩn đoán hình ảnh như CT Scan hoặc MRI.

Loại trừ những trường hợp sau:

- Nang.
- U hạt.
- Dị dạng mạch máu (động mạch và tĩnh mạch).
- U mạch máu.
- U tuyến yên, hay u cột sống.
- U dây thần kinh âm thanh.

34. Sốt bại liệt

Chẩn đoán phải được một Bác sĩ chuyên khoa thần kinh chẩn đoán xác định về tình trạng nhiễm trùng cấp tính do siêu vi trùng bại liệt (polio virus) gây ra tình trạng liệt biểu hiện qua suy giảm chức năng vận động hoặc chức năng hô hấp kéo dài trong thời gian tối thiểu là 3 (ba) tháng. Nguyên nhân bệnh do siêu vi trùng bại liệt (polio virus) phải được chứng minh bằng kết quả xét nghiệm.

Loại trừ những tình trạng không bị liệt hoặc các nguyên nhân gây ra liệt khác (như Hội chứng Guillain - Barre).

Bệnh lý hệ vận động (cơ, xương, khớp)

35. Viêm đa khớp dạng thấp nặng

Viêm khớp dạng thấp nặng được chẩn đoán dựa trên tất cả các tiêu chí sau:

- Đáp ứng các tiêu chuẩn chẩn đoán của Hiệp hội Thấp khớp Hoa Kỳ;
- Vĩnh viễn không có khả năng để thực hiện ít nhất 03 (ba) trong 06 (sáu) "Chức năng sinh hoạt hàng ngày"^(*); và
- Phá hủy và biến dạng lâm sàng trầm trọng của ba hoặc nhiều hơn các khớp sau: tay, cổ tay, khuỷu tay, đầu gối, háng, cổ chân, cột sống cổ; và
- Tình trạng bệnh kéo dài ít nhất 6 (sáu) tháng.

TIÊU CHUẨN CỦA HIỆP HỘI THẤP KHỚP HOA KỲ

- (1) Tê cứng vào buổi sáng trong khoảng thời gian hơn 1 giờ.
- (2) Tổ chức phần mềm của 3 hoặc trên 4 khớp được các bác sĩ quan sát thấy bị sưng.
- (3) Sưng viêm khớp cổ tay, ngón tay, khớp giữa đầu gần ngón tay hơn 6 tuần.
- (4) Sưng (viêm) các khớp có tính đối xứng. Nghĩa là các khớp giống nhau ở 2 bên cơ thể đồng thời hoặc lần lượt phát bệnh.
- (5) Có kết mấu dạng phong thấp.
- (6) Có các nhân tố dạng phong thấp dương tính.
- (7) Phim chụp X-quang cho thấy xương sụn khớp tay và (hoặc) khớp cổ tay có dạng vụn và (hoặc) chất xương xung quanh khớp bị loãng.

Có bị 1 đến 4 điểm nói trên xuất hiện kéo dài ít nhất 6 tuần.

Người bị 4 điểm hoặc hơn 4 điểm nói ở trên có thể chẩn đoán là bị viêm khớp dạng phong thấp.

36. Cụt nhiều chi

Là tình trạng bị cắt cụt ít nhất 2 (hai) chi từ cổ tay trở lên đối với chi trên, từ mắt cá chân trở lên đối với chi dưới.

37. Liệt chi

Mất hoàn toàn và vĩnh viễn khả năng vận động của cả hai tay hoặc hai chân, hoặc một tay và một chân, do bệnh tật hay tai nạn khiến cho Người được bảo hiểm không thể vận động được tay, chân ít nhất là 06 (sáu) tháng kể từ ngày bị bệnh hay xảy ra tai nạn.

38. Bệnh loạn dưỡng cơ

Bệnh phải được Bác sĩ chuyên khoa thần kinh chẩn đoán xác định là Bệnh loạn dưỡng cơ khiến Người được bảo hiểm mất hoàn toàn và vĩnh viễn khả năng thực hiện ít nhất 03 (ba) trong 06 (sáu) “Chức năng sinh hoạt hàng ngày” (*), bao gồm tối thiểu 3 trong số 4 tình trạng sau:

- Tiền sử gia đình đã có người mắc bệnh này;
- Biểu hiện lâm sàng không ghi nhận các rối loạn giác quan, dịch não tủy bình thường và giảm phản xạ gân nhẹ;
- Dấu hiệu điển hình đặc trưng trên điện cơ đồ (EMG);
- Sinh thiết cơ xác nhận các biểu hiện lâm sàng của bệnh.

Loại trừ bệnh ở trẻ em.

(*) 06 (sáu) chức năng sinh hoạt hàng ngày:

1. Tắm rửa: tắm rửa trong bồn tắm hoặc dưới vòi sen (kể cả việc bước vào hay bước ra khỏi bồn tắm, phòng tắm) hoặc tắm rửa bằng các phương tiện khác.
2. Mặc quần áo: mặc hoặc cởi quần áo hay các trang phục khác, mang hoặc tháo các loại niềng răng, chân tay giả hay những thiết bị y tế tương tự.
3. Dịch chuyển: di chuyển từ giường ra ghế hay vào xe lăn, và ngược lại.
4. Đi lại: đi từ phòng này qua phòng khác ở cùng một tầng.
5. Tiêu, tiểu: kiểm soát được chức năng tiêu, tiểu để đảm bảo vệ sinh cá nhân.
6. Ăn uống: tự đưa thức ăn vào miệng ngay cả khi thức ăn đã được chuẩn bị sẵn.

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN BẢO HIỂM BỔ TRỢ

BẢO HIỂM SỨC KHỎE CÁ NHÂN

(Được phê chuẩn theo Công văn số 114490/BTC-QLBH ngày 13/10/2016 của Bộ Tài chính)

Quy tắc và Điều khoản Bảo hiểm này là nội dung thỏa thuận bổ sung giữa Công ty và Bên mua bảo hiểm nhằm bảo hiểm bổ sung cho Người được bảo hiểm, khi Bên mua bảo hiểm yêu cầu tham gia thêm sản phẩm **“Bảo hiểm sức khỏe cá nhân”** và đóng thêm khoản phí bảo hiểm bổ sung. Sản phẩm **“Bảo hiểm sức khỏe cá nhân”** là loại sản phẩm không chia lãi và không có giá trị hoàn lại. Nếu có những mâu thuẫn giữa Quy tắc và Điều khoản Bảo hiểm bổ trợ này với Quy tắc và Điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm chính, những quy định của Quy tắc và Điều khoản Bảo hiểm bổ trợ này sẽ được áp dụng. Nếu Quy tắc và Điều khoản Bảo hiểm bổ trợ không có quy định về một vấn đề mà vấn đề đó đã được quy định tại Quy tắc và Điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm chính, thì áp dụng theo quy định tại Quy tắc và Điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm chính.



Mục Lục

| | | |
|---------------|-----------------------------|-----------|
| CHƯƠNG | NHỮNG QUY ĐỊNH CHUNG | 07 |
| 1 | Điều 1. Định nghĩa | 07 |
| | 1.1. Bảo hiểm bổ trợ | 07 |
| | 1.2. Bên mua bảo hiểm | 07 |
| | 1.3. Bác sĩ | 07 |
| | 1.4. Bác sĩ Đông y | 07 |
| | 1.5. Bác sĩ nha khoa | 08 |
| | 1.6. Bác sĩ phẫu thuật | 08 |
| | 1.7. Bác sĩ gây mê | 08 |
| | 1.8. Bệnh | 08 |
| | 1.9. Bệnh đặc biệt | 09 |
| | 1.10. Bệnh có sẵn | 09 |
| | 1.11. Bệnh viện | 10 |
| | 1.12. Bệnh viện công lập | 10 |
| | 1.13. Bệnh nhân nội trú | 10 |
| | 1.14. Bệnh nhân ngoại trú | 10 |

| | |
|--|----|
| 1.15. Chăm sóc y tế tại nhà | 11 |
| 1.16. Chuyên viên vật lý trị liệu | 11 |
| 1.17. Chi phí y tế thông lệ và hợp lý | 11 |
| 1.18. Chi phí y tế được bảo hiểm | 12 |
| 1.19. Chương trình bảo hiểm | 12 |
| 1.20. Dịch vụ y tế cần thiết | 12 |
| 1.21. Dị tật bẩm sinh | 12 |
| 1.22. Giới hạn phụ | 12 |
| 1.23. Khu vực Châu Á | 13 |
| 1.24. Khủng bố | 13 |
| 1.25. Năm hợp đồng | 13 |
| 1.26. Năm viện | 13 |
| 1.27. Ngày nằm viện | 13 |
| 1.28. Ngày gia hạn năm hợp đồng | 14 |
| 1.29. Người được bảo hiểm | 14 |
| 1.30. Người nhà | 14 |
| 1.31. Phòng khám | 14 |
| 1.32. Phòng chăm sóc đặc biệt hoặc ICU | 14 |
| 1.33. Phẫu thuật | 15 |
| 1.34. Phẫu thuật thẩm mỹ | 15 |
| 1.35. Phẫu thuật trong ngày | 15 |
| 1.36. Phòng phẫu thuật | 15 |
| 1.37. Quy tắc và Điều khoản | 15 |
| 1.38. Số tiền bảo hiểm tối đa hàng năm | 15 |
| 1.39. Sự kiện bảo hiểm | 15 |
| 1.40. Tỷ lệ Đồng thanh toán | 16 |
| 1.41. Tai nạn | 16 |
| 1.42. Thương tật | 16 |
| 1.43. Thương tích | 16 |
| 1.44. Tình trạng khẩn cấp | 16 |
| 1.45. Tuổi | 17 |
| 1.46. Tình trạng thực vật | 17 |
| 1.47. Vận chuyển cấp cứu | 17 |
| 1.48. Y tá | 17 |

CHƯƠNG

2

| | |
|---|----|
| Điều 2. Thời hạn của bảo hiểm bổ trợ | 18 |
| Điều 3. Hiệu lực của bảo hiểm bổ trợ | 18 |
| Điều 4. Phí bảo hiểm và định kỳ đóng Phí bảo hiểm | 18 |
| Điều 5. Chấm dứt hiệu lực của bảo hiểm bổ trợ | 20 |

CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM QUYỀN LỢI BẢO HIỂM 22

| | |
|---|----|
| Điều 6. Chương trình bảo hiểm, Lựa chọn quyền lợi bảo hiểm, Phạm vi địa lý | 22 |
| 6.1. Chương trình bảo hiểm | 22 |
| 6.2. Lựa chọn Quyền lợi bảo hiểm | 22 |
| 6.3. Phạm vi địa lý | 23 |
| Điều 7. Bảng liệt kê quyền lợi bảo hiểm | 23 |
| Điều 8. Phạm vi bảo hiểm – Quyền lợi Điều trị nội trú | 27 |
| 8.1. Viện phí và các chi phí y tế | 27 |
| 8.2. Cấy ghép nội tạng | 31 |
| 8.3. Điều trị ung thư | 32 |
| 8.4. Điều trị trong ngày | 32 |
| 8.5. Điều trị cấp cứu do Tai nạn | 32 |
| 8.6. Điều trị tổn thương răng do Tai nạn | 33 |
| 8.7. Vận chuyển cấp cứu trong nước | 33 |
| Điều 9. Phạm vi bảo hiểm – Quyền lợi Điều trị nội trú | 34 |
| Điều 10. Phạm vi bảo hiểm – Quyền lợi Chăm sóc nha khoa | 35 |
| Điều 11. Quyền lợi kiểm tra sức khỏe tổng quát | 35 |

CHƯƠNG

2

| | |
|--|-----------|
| Điều 12. Thời gian chờ | 36 |
| 12.1. Đối với điều trị nội trú và ngoại trú do Bệnh | 36 |
| 12.2. Đối với điều trị nội trú và ngoại trú do Bệnh đặc biệt | 36 |
| 12.3. Đối với Chăm sóc nha khoa | 37 |
| Điều 13. Loại trừ bảo hiểm | 37 |
| Điều 14. Yêu cầu chấp thuận trước | 40 |
| Điều 15. Bảo lãnh thanh toán | 40 |
| Điều 16. Đồng bảo hiểm | 41 |
| Điều 17. Bảo hiểm khác | 41 |
| THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM | 43 |
| Điều 18. Người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm | 43 |
| Điều 19. Thời hạn thông báo, yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm | 45 |
| Điều 20. Giải quyết quyền lợi bảo hiểm | 45 |

CHƯƠNG 1

NHỮNG QUY ĐỊNH CHUNG





CHƯƠNG I:

Những quy định chung

ĐIỀU 1

ĐỊNH NGHĨA

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

1.1. Bảo hiểm bổ trợ

Là bảo hiểm được Công ty cung cấp cho Bên mua bảo hiểm theo quy định tại Quy tắc và Điều khoản Bảo hiểm bổ trợ này.

1.2. Bên mua bảo hiểm

Được hiểu là Bên mua bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm chính.

1.3. Bác sĩ

Là người có bằng cấp chuyên môn y khoa trong lĩnh vực Tây y được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc thừa nhận được hành nghề y hợp pháp trong phạm vi đào tạo chuyên ngành và phạm vi giấy phép theo Luật pháp của nước sở tại tại nơi người đó hành nghề. Bác sĩ không được đồng thời là Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng, Người nhà hoặc đối tác kinh doanh của Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm, Người thụ hưởng.

1.4. Bác sĩ Đông y

Là người có bằng cấp chuyên môn y khoa trong lĩnh vực Đông y (bao gồm châm cứu và nắn xương) được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc thừa nhận được hành nghề y hợp pháp trong phạm vi đào tạo chuyên ngành và phạm vi giấy phép theo Luật pháp của nước sở tại tại nơi người đó hành nghề. Bác sĩ Đông y không được đồng thời là Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng, Người nhà hoặc đối tác kinh doanh của Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm, Người thụ hưởng.

1.5. Bác sĩ nha khoa

Là người có bằng cấp chuyên môn nha khoa được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc thừa nhận được hành nghề nha khoa hợp pháp trong phạm vi đào tạo chuyên ngành và phạm vi giấy phép theo Luật pháp của nước sở tại tại nơi người đó hành nghề. Bác sĩ nha khoa không được đồng thời là Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng, Người nhà hoặc đối tác kinh doanh của Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm, Người thụ hưởng.

1.6. Bác sĩ phẫu thuật

Là Bác sĩ có bằng cấp chuyên môn y khoa trong lĩnh vực phẫu thuật được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc thừa nhận được hành nghề hợp pháp trong phạm vi đào tạo chuyên ngành và phạm vi giấy phép theo Luật pháp của nước sở tại tại nơi người đó hành nghề. Bác sĩ phẫu thuật không được đồng thời là Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng, Người nhà hoặc đối tác kinh doanh của Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm, Người thụ hưởng.

1.7. Bác sĩ gây mê

Là người có bằng cấp chuyên môn y khoa trong lĩnh vực gây mê được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc thừa nhận được hành nghề hợp pháp trong phạm vi đào tạo chuyên ngành và phạm vi giấy phép theo Luật pháp của nước sở tại tại nơi người đó hành nghề. Bác sĩ gây mê không phải là Bác sĩ thực hiện phẫu thuật cho Người được bảo hiểm và không được đồng thời là Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng, Người nhà hoặc đối tác kinh doanh của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng.

1.8. Bệnh

Là tình trạng sức khỏe kém hoặc tình trạng thể chất kém so với tình trạng sức khỏe bình thường do bệnh hay đau ốm gây ra trong khi Bảo hiểm bổ trợ này đang có hiệu lực và sau 30 (ba mươi) ngày kể từ Ngày hiệu lực hoặc Ngày khôi phục hiệu lực gần nhất của Bảo hiểm bổ trợ này tùy theo ngày nào đến sau.

Bệnh phải được Bác sĩ và/hoặc Bác sĩ Đông y chẩn đoán và điều trị và là nguyên nhân trực tiếp, độc lập với các nguyên nhân khác dẫn đến việc điều trị của Người được bảo hiểm.

1.9. Bệnh đặc biệt

Bao gồm các bệnh: Ung thư, tăng huyết áp, tim mạch, bứu cổ, đục thủy tinh thể, tăng nhãn áp, các bệnh về tai mũi họng đòi hỏi phải phẫu thuật, hen suyễn, viêm xoang mãn tính, bệnh lao, viêm gan (A, B, C), viêm túi mật mãn tính, sỏi túi mật, thoát vị mắ phải, rối loạn tuyến tiền liệt, bệnh trĩ và rò hậu môn, khối u lành tính, u xơ tử cung, u nang buồng trứng, lạc nội mạc tử cung, bệnh Buergher, giãn tĩnh mạch, viêm khớp, đau nửa đầu, viêm loét dạ dày, tá tràng, bệnh Parkinson, đái tháo đường.

1.10. Bệnh có sẵn

Được hiểu là:

- Tình trạng bệnh tật, thương tật của Người được bảo hiểm đã được khám, xét nghiệm, chẩn đoán, điều trị, hoặc
- Triệu chứng, dấu hiệu bất thường về tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm mà nếu biết được các triệu chứng, dấu hiệu bất thường này Công ty không chấp thuận bảo hiểm hoặc chấp thuận bảo hiểm với mức phí tăng thêm hoặc áp dụng loại trừ bảo hiểm

phát sinh trong thời gian 730 (bảy trăm ba mươi) ngày ngay trước Ngày hiệu lực hoặc Ngày khôi phục hiệu lực gần nhất của Bảo hiểm bổ trợ này (tùy theo ngày nào đến sau).

Tiền sử sức khỏe được lưu giữ tại cơ sở y tế, hồ sơ y tế, hoặc lời khai của Người được bảo hiểm/Bên mua bảo hiểm được xem là bằng chứng đầy đủ và hợp pháp về bệnh có sẵn.

1.11. Bệnh viện

Là tổ chức được thành lập hợp pháp và hoạt động theo luật Việt Nam, có giấy phép hoạt động và có tên trong Danh sách bệnh viện được Công ty chấp thuận trong phụ lục bệnh viện được công bố trên website của Công ty. Danh sách bệnh viện nếu có thay đổi phải được Bộ Tài chính chấp thuận.

Đối với Bệnh viện ngoài lãnh thổ Việt Nam, Bệnh viện là tổ chức được thành lập hợp pháp và hoạt động theo luật của nước sở tại tại nơi tổ chức này đặt cơ sở và có giấy phép hoạt động và đáp ứng được các yêu cầu sau:

- a. được thành lập và hoạt động liên tục 24 (hai mươi bốn) giờ trong ngày nhằm cung cấp dịch vụ khám, chẩn đoán và điều trị cho người bị ốm đau, bệnh tật, thương tích;

- b. phải có chữ “Bệnh viện” trên con dấu chính thức; đối với Bệnh viện ngoài lãnh thổ Việt Nam, tư cách của bệnh viện phải được thể hiện bằng ngôn ngữ của quốc gia/lãnh thổ đó mà được hiểu là “bệnh viện” theo nghĩa tiếng Việt;
- c. có đầy đủ năng lực và phương tiện để thực hiện các ca phẫu thuật y khoa;
- d. có đầy đủ điều kiện cho hoạt động điều trị nội trú và theo dõi bệnh nhân;
- e. có lưu giữ đầy đủ bệnh án và hồ sơ của bệnh nhân theo tiêu chuẩn quy định của cơ quan có thẩm quyền.

Bệnh viện không bao gồm các tổ chức sau đây:

- Bệnh viện/ viện tâm thần;
- Bệnh viện/ viện phong;
- Nhà điều dưỡng, nhà lưu bệnh;
- Nhà bảo sanh, nhà an dưỡng hay các cơ sở khác chủ yếu dành cho việc chữa trị cho người già, người nghiện rượu, chất ma túy, chất kích thích;
- Trung tâm y tế, Trung tâm y tế dự phòng;
- Trung tâm y tế, Bệnh viện không có tên trong Danh sách bệnh viện được chấp thuận do Công ty công bố trên website tại từng thời điểm.

1.12. Bệnh viện công lập

Là Bệnh viện 100% vốn Nhà nước, được thành lập và quản lý bởi cơ quan Nhà nước có thẩm quyền theo quy định của pháp luật Việt Nam.

1.13. Bệnh nhân nội trú

Được hiểu là Người được bảo hiểm phải nhập viện, Nằm viện và cần được lưu trú tại Bệnh viện liên tục, không ngắt quãng nhằm mục đích điều trị Thương tật để phục hồi sức khỏe theo chỉ định của Bác sĩ trong ít nhất 18 (mười tám) giờ, bao gồm cả trường hợp bệnh nhân nội trú tử vong dưới 18 (mười tám) giờ sau khi nhập viện.

1.14. Bệnh nhân ngoại trú

Là Người được bảo hiểm được điều trị Thương tật ở Phòng khám hoặc khoa ngoại trú của Bệnh viện hoặc khoa cấp cứu ngoại trú của Bệnh viện.

1.15. Chăm sóc y tế tại nhà

Là dịch vụ chăm sóc tại nhà cho Người được bảo hiểm do Y tá thực hiện theo chỉ định của Bác sĩ như một Dịch vụ y tế cần thiết; việc chăm sóc này phải được thực hiện trong vòng 15 (mười lăm) ngày kể từ ngày Người được bảo hiểm xuất viện sau khi Phẫu thuật hoặc điều trị tại khoa Chăm sóc đặc biệt do Thương tật.

1.16. Chuyên viên vật lý trị liệu

Là chuyên viên điều trị những rối loạn vật lý được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc thừa nhận được hành nghề hợp pháp trong lĩnh vực vật lý trị liệu theo Luật pháp của nước sở tại tại nơi người đó hành nghề. Chuyên viên vật lý trị liệu không được đồng thời là Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm.

1.17. Chi phí y tế thông lệ và hợp lý

- a. Là mức phí mà thông thường một Bệnh viện/Phòng khám sẽ áp dụng cho đa số các bệnh nhân của mình; hoặc
- b. Mức phí mà Công ty xác định dựa trên thống kê từ các Bệnh viện/Phòng khám có cùng xếp hạng, xếp loại và trong cùng một khu vực địa lý; hoặc
- c. Đối với các trường hợp y khoa hiếm gặp, là mức phí do Công ty xác định dựa trên chi phí thực tế cho các thiết bị, dịch vụ, loại Bệnh viện/Phòng khám có cung cấp thiết bị, dịch vụ tương tự và mức độ phức tạp của dịch vụ y tế; hoặc
- d. Đối với trường hợp điều trị nội trú, việc Nằm viện để điều trị Thương tật phải được xem là cần thiết về mặt y khoa, có nghĩa là việc nhập viện, thời gian Nằm viện, các dịch vụ y tế và điều trị trong thời gian Nằm viện phải phù hợp với chuẩn mực y khoa và không khác biệt với các tiêu chuẩn thông thường mà các Bệnh viện có cùng xếp hạng, xếp loại và trong cùng một khu vực địa lý đang thực hiện. Ví dụ việc Nằm viện để điều trị Thương tật không được xem là hợp lý nếu việc điều trị y tế này thông thường chỉ cần khám ngoại trú.

1.18. Chi phí y tế được bảo hiểm

Là Chi phí y tế thông lệ và hợp lý phát sinh từ việc điều trị y tế cần thiết đối với Thương tật của Người được bảo hiểm. Trong mọi trường hợp, Chi phí y tế được bảo hiểm sẽ không vượt quá Giới hạn phụ của từng quyền lợi bảo hiểm và Số tiền bảo hiểm tối đa hàng năm.

1.19. Chương trình bảo hiểm

Được hiểu là chương trình bảo hiểm của sản phẩm bảo trợ này do Bên mua bảo hiểm lựa chọn, được Công ty chấp thuận bảo hiểm và ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các sửa đổi bổ sung (nếu có).

1.20. Dịch vụ y tế cần thiết

Là dịch vụ hoặc điều trị y tế mà theo nhận định của Bác sĩ là:

- a. Cần thiết, phù hợp với chẩn đoán, điều trị và hiệu quả đối với tình trạng Thương tật của Người được bảo hiểm; và
- b. Có phương thức, quy trình và thời hạn điều trị thống nhất với các hướng dẫn y khoa của các tổ chức y tế, chăm sóc sức khỏe, nghiên cứu hoặc tổ chức chính phủ được Công ty chấp thuận; và
- c. Không chỉ nhằm đem lại sự tiện ích cho Người được bảo hiểm hay Bác sĩ; và
- d. Không phải là thí nghiệm y tế, xét nghiệm sàng lọc hay dịch vụ phòng ngừa; và
- e. Điều trị ngoại trú không đảm bảo an toàn và hiệu quả nên cần phải Nằm viện điều trị.

1.21. Dị tật bẩm sinh

Là sự phát triển bất thường về mặt thể chất hoặc tâm thần tồn tại ngay từ khi mới sinh ra hoặc phát triển sau đó vì các yếu tố vốn có tại thời điểm sinh theo kết luận, chẩn đoán của Bác sĩ trên phương diện y khoa.

1.22. Giới hạn phụ

Là mức quyền lợi bảo hiểm tối đa mà Công ty chi trả với mỗi phạm vi bảo hiểm được liệt kê trong Bảng tóm tắt quyền lợi bảo hiểm theo Quy tắc và Điều khoản Bảo hiểm bảo trợ này.

Giới hạn phụ được thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các thỏa thuận bổ sung (nếu có).

1.23. Khu vực Châu Á

Gồm các nước và vùng lãnh thổ: Afghanistan, Bangladesh, Bhutan, Brunei, Cambodia, Trung Quốc (gồm Hong Kong và Ma Cao), Ấn Độ, Indonesia, Nhật Bản, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Lào, Malaysia, Maldives, Mông Cổ, Myanmar, Nepal, Bắc Triều Tiên, Pakistan, Philippines, Singapore, Hàn Quốc, Sri Lanka, Đài Loan, Thái Lan, Timor-Leste, Turkmenistan, Uzbekistan và Việt Nam.

1.24. Khủng bố

Là một hành động, bao gồm nhưng không giới hạn việc sử dụng vũ lực hoặc bạo lực và/hoặc đe dọa của bất kỳ người hoặc nhóm người nào, cho dù hành động đơn lẻ hoặc đại diện cho bất kỳ tổ chức hoặc chính phủ nào, được thực hiện vì mục đích chính trị, tôn giáo, ý thức hệ hoặc dân tộc; trong đó, bao gồm cả các ý định gây ảnh hưởng đến bất kỳ chính phủ và/hoặc dân chúng trong sự sợ hãi.

1.25. Năm hợp đồng

Là khoảng thời gian 01 (một) năm tính từ Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc Ngày kỷ niệm hợp đồng. Các từ “năm” nêu tại Điều 7 dưới đây đều được hiểu là “Năm hợp đồng”.

1.26. Năm viện

Là việc Người được bảo hiểm phải nhập viện như là Bệnh nhân nội trú. Năm viện phải là Dịch vụ y tế cần thiết và giấy xuất viện là chứng từ cần thiết để yêu cầu bồi thường cho quyền lợi này.

Theo định nghĩa này, việc điều trị của Người được bảo hiểm sẽ được tính cho cùng 01 (một) lần Năm viện nếu:

- a. Năm viện để điều trị liên quan đến những Thương tật trước đó;
- b. Các lần Năm viện sau đó để điều trị cho bất kỳ Thương tật nào có ngày nhập viện xảy ra trong thời gian 90 (chín mươi) ngày kể từ ngày xuất viện gần nhất. Nếu lần Năm viện tiếp theo có ngày nhập viện xảy ra sau 90 (chín mươi) ngày kể từ ngày xuất viện gần nhất thì lần Năm viện này sẽ được tính là một lần Năm viện mới.

1.27. Ngày nằm viện

Nghĩa là 01 (một) ngày Người được bảo hiểm Nằm viện, phát sinh tiền giường và phòng cho một ngày theo quy định của Bệnh viện.

1.28. Ngày gia hạn năm hợp đồng

Là ngày lặp lại hàng năm của Ngày hiệu lực của Bảo hiểm bổ trợ này nếu không có bên nào thông báo về việc chấm dứt hiệu lực của Bảo hiểm bổ trợ này. Nếu năm không có ngày này, ngày cuối tháng tương ứng sẽ là Ngày gia hạn năm hợp đồng

1.29. Người được bảo hiểm

Là cá nhân đang cư trú tại Việt Nam từ 15 (mười lăm) ngày tuổi đến 65 (sáu mươi lăm) tuổi theo sinh nhật vừa qua xét vào Ngày hiệu lực của Bảo hiểm bổ trợ này.

Tuổi tối đa khi kết thúc Bảo hiểm bổ trợ này của Người được bảo hiểm là 70 (bảy mươi) tuổi.

1.30. Người nhà

Được hiểu là vợ/chồng hợp pháp, con ruột, con nuôi, con riêng của vợ/chồng, anh chị em ruột, anh chị em ruột của vợ/chồng, cha mẹ ruột, cha mẹ của vợ/chồng, ông bà, cháu, bố dượng, mẹ kế của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng.

1.31. Phòng khám

Được hiểu là một khoa của Bệnh viện hoặc một cơ sở khám chữa bệnh được thành lập và hoạt động theo luật của nước sở tại tại nơi tổ chức này đặt cơ sở; hoạt động với mục đích chủ yếu là tư vấn, khám và điều trị ngoại trú. Theo định nghĩa này, Phòng khám có thể được điều hành bởi một hoặc nhiều bác sĩ, bao gồm Bác sĩ, Bác sĩ Đông y, Chuyên viên vật lý trị liệu.

1.32. Phòng chăm sóc đặc biệt hoặc ICU

Là một khoa của Bệnh viện. Khoa này phải đáp ứng các điều kiện sau:

- a. Được thành lập để thực hiện chương trình chăm sóc và điều trị đặc biệt; và
- b. Dành riêng cho các bệnh nhân trong tình trạng nguy kịch và cần sự theo dõi và kiểm tra y tế liên tục của Bác sĩ; và
- c. Được trang bị các thiết bị, thuốc, phương tiện khác cần thiết cho việc cứu sống bệnh nhân một cách nhanh chóng; và
- d. Không phải là phòng hậu phẫu, phòng hồi sức, phòng chăm sóc đặc biệt thuộc các khoa khám chữa bệnh hoặc phòng cấp cứu.

1.33. Phẫu thuật

Là một phương pháp khoa học để điều trị Thương tật do những yêu cầu cần thiết và hợp lý về mặt y khoa được chỉ định và thực hiện bởi Bác sĩ phẫu thuật có chuyên môn phù hợp của Bệnh viện và được thực hiện trong Phòng phẫu thuật của Bệnh viện.

1.34. Người được bảo hiểm

Là phẫu thuật không cần thiết về mặt y khoa, được thực hiện để cải thiện hoặc nâng cao vẻ bề ngoài của Người được bảo hiểm thông qua các kỹ thuật giải phẫu do Người được bảo hiểm tin rằng việc phẫu thuật này là cần thiết nhằm ổn định tâm lý, mang đến sự thích ứng và hài lòng cá nhân.

1.35. Phẫu thuật trong ngày

Là việc điều trị y tế khi Người được bảo hiểm cần thiết phải làm thủ tục nhập viện để Phẫu thuật, cần thiết phải điều trị trên giường bệnh nhưng không phải ở lại Bệnh viện qua đêm. Phẫu thuật trong ngày phải là Dịch vụ y tế cần thiết.

1.36. Phòng phẫu thuật

Là một bộ phận của Bệnh viện, có biên chế Bác sĩ phẫu thuật, Bác sĩ gây mê, Bác sĩ chuyên khoa hồi sức và được trang bị các thiết bị y tế phù hợp và cần thiết để phục vụ cho việc Phẫu thuật.

1.37. Quy tắc và Điều khoản

Là tài liệu liệt kê chi tiết quyền lợi và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm và của Công ty đối với bảo hiểm bổ trợ này.

1.38. Số tiền bảo hiểm tối đa hàng năm

Là tổng số tiền tối đa mà Công ty sẽ thanh toán cho các quyền lợi bảo hiểm điều trị nội trú, quyền lợi điều trị ngoại trú, quyền lợi chăm sóc nha khoa trong 01 (một) Năm hợp đồng, được quy định theo Điều 7 của Quy tắc và Điều khoản và được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các thỏa thuận bổ sung (nếu có).

1.39. Sự kiện bảo hiểm

Là sự kiện dẫn đến yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo Quy tắc và Điều khoản của Bảo hiểm bổ trợ này.

1.40. Tỷ lệ Đồng thanh toán

Là tỷ lệ phần trăm tính trên Chi phí y tế được bảo hiểm thực tế mà Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm phải tự chịu trách nhiệm chi trả và được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các thỏa thuận bổ sung (nếu có).

1.41. Tai nạn

Là một vật bất ngờ từ bên ngoài, không chủ định và ngoài ý muốn của Người được bảo hiểm lên cơ thể Người được bảo hiểm, xảy ra trong thời gian Bảo hiểm bổ trợ này còn hiệu lực. Sự kiện hoặc chuỗi sự kiện nêu trên phải là nguyên nhân duy nhất, trực tiếp, và không liên quan đến bất kỳ nguyên nhân nào khác gây ra thương tật nhìn thấy được và/hoặc tử vong cho Người được bảo hiểm.

1.42. Thương tật

Là ốm đau, Bệnh hoặc Thương tích xảy ra trong thời gian Bảo hiểm bổ trợ còn hiệu lực, bao gồm các biến chứng, ốm đau, bệnh tật hoặc thương tích kết hợp. Theo định nghĩa này, nếu Người được bảo hiểm nhận được sự điều trị, khám hoặc chỉ định điều trị bổ sung liên quan đến Thương tật cũ mắc phải trước đó, việc điều trị, khám, hoặc chỉ định điều trị bổ sung này sẽ được xem là cùng một Thương tật.

1.43. Thương tích

Là các tổn thương cơ thể bị gây ra bởi nguyên nhân duy nhất và trực tiếp do Tai nạn và không liên quan đến bất kỳ nguyên nhân nào khác. Trong đó, các thương tích này:

- a. Xảy ra trong thời gian Bảo hiểm bổ trợ còn hiệu lực;
- b. Cần phải được điều trị theo chỉ định của Bác sĩ/Bác sĩ Đông y.

1.44. Tình trạng khẩn cấp

Là tình trạng theo nhận định của Bác sĩ là việc thay đổi đột ngột về tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm và cần phải điều trị y tế khẩn cấp hoặc phẫu thuật để tránh tử vong của Người được bảo hiểm.

1.45. Tuổi

Là tuổi của Người được bảo hiểm tính đến sinh nhật liền trước Ngày hiệu lực của Bảo hiểm bổ trợ này hoặc Ngày gia hạn năm hợp đồng. Tuổi của Người được bảo hiểm được dùng làm cơ sở để tính Phí bảo hiểm.

1.46. Tình trạng thực vật

Được hiểu là:

- Một sự sút giảm dữ dội về ý thức trong đó Người được bảo hiểm bị tổn thương hệ thần kinh trong tình trạng thức tỉnh một phần chứ không phải nhận thức thật sự, mặc dù có các dấu hiệu bề ngoài như là mở mắt, nuốt và tự thở và tình trạng này có thể là dai dẳng; và
- Tình trạng đã kéo dài trong ít nhất 04 (bốn) tuần mà không có dấu hiệu cải thiện, trong khi đã thực hiện tất cả các cố gắng hợp lý để làm nhẹ bớt tình trạng này.

1.47. Vận chuyển cấp cứu

Là dịch vụ vận chuyển cấp cứu bằng đường bộ hoặc đường thủy do Bệnh viện/Phòng khám hoặc các tổ chức có giấy phép cung cấp dịch vụ cấp cứu thực hiện trong trường hợp Người được bảo hiểm đang trong Tình trạng khẩn cấp cần vận chuyển tới Bệnh viện gần nhất hoặc giữa các Bệnh viện theo chỉ định của Bác sĩ. Dịch vụ vận chuyển cấp cứu bằng đường hàng không không thuộc phạm vi bảo hiểm của sản phẩm bổ trợ này.

1.48. Y tá

Là nhân viên y tế được cấp phép hành nghề hợp pháp theo Luật pháp của nước sở tại nơi người đó tiến hành việc chăm sóc y tế. Y tá không được đồng thời là Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm.

ĐIỀU 2 THỜI HẠN CỦA BẢO HIỂM BỔ TRỢ

2.1. Thời hạn bảo hiểm của Bảo hiểm bổ trợ này là 01 (một) năm tính từ Ngày hiệu lực của Bảo hiểm bổ trợ và được gia hạn hàng năm tối đa cho đến Ngày gia hạn năm hợp đồng ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt 70 (bảy mươi) tuổi với điều kiện phí bảo hiểm được đóng đầy đủ trước ngày kết thúc thời gian gia hạn đóng phí và được Công ty chấp nhận gia hạn bảo hiểm.

Trong trường hợp Công ty quyết định ngưng triển khai Bảo hiểm bổ trợ, Công ty được bảo lưu quyền chấm dứt hiệu lực của Bảo hiểm bổ trợ bằng cách thông báo bằng văn bản trước ít nhất 30 (ba mươi) ngày cho Bên mua bảo hiểm, với điều kiện là thời gian bảo hiểm tính từ Ngày hiệu lực đến ngày chấm dứt Bảo hiểm bổ trợ kéo dài ít nhất 24 (hai mươi bốn) tháng. Quy định này không phải là căn cứ buộc Công ty phải chấp thuận khôi phục hiệu lực Bảo hiểm bổ trợ theo Điều 4.3 và cũng không áp dụng trong trường hợp Bảo hiểm bổ trợ bị chấm dứt theo quy định tại Điều 5.4.

2.2. Thời hạn bảo hiểm của Bảo hiểm bổ trợ được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các sửa đổi, bổ sung (nếu có).

ĐIỀU 3 HIỆU LỰC CỦA BẢO HIỂM BỔ TRỢ

Ngày hiệu lực của Bảo hiểm bổ trợ này là ngày Công ty chấp thuận bảo hiểm cho Người được bảo hiểm sau khi Bên mua bảo hiểm đã điền vào Đơn yêu cầu bảo hiểm và đóng đủ Phí bảo hiểm ban đầu của Bảo hiểm bổ trợ này với điều kiện Người được bảo hiểm phải còn sống. Ngày hiệu lực của Bảo hiểm bổ trợ này được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các sửa đổi, bổ sung (nếu có).

ĐIỀU 4 PHÍ BẢO HIỂM VÀ ĐỊNH KỲ ĐÓNG PHÍ BẢO HIỂM

4.1. Phí bảo hiểm của Năm hợp đồng đầu tiên của Bảo hiểm bổ trợ này được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các sửa đổi, bổ sung (nếu có). Phí bảo hiểm của các Năm hợp đồng tiếp theo có thể thay đổi tùy theo Tuổi của Người được bảo hiểm đạt được tại Ngày gia hạn năm hợp đồng. Phí bảo hiểm của Bảo hiểm bổ trợ này phải được nộp khi đến hạn ngay cả trong trường hợp Người được bảo hiểm đang Năm viện.

4.2. Định kỳ và hệ số đóng phí của Hợp đồng bảo hiểm chính đã ký kết sẽ được áp dụng cho định kỳ và hệ số đóng phí bảo hiểm của Bảo hiểm bổ trợ này. Khi có sự thay đổi về định kỳ hoặc hệ số đóng phí bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm chính đã ký kết, định kỳ và hệ số đóng phí của Bảo hiểm bổ trợ này sẽ được thay đổi tương ứng.

4.3. Trong trường hợp Bảo hiểm bổ trợ này mất hiệu lực do không đóng phí bảo hiểm đến hạn, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu khôi phục hiệu lực của Bảo hiểm bổ trợ này nếu đáp ứng các yêu cầu sau:

- a. Việc khôi phục Bảo hiểm bổ trợ phải được thực hiện trong vòng 90 (chín mươi) ngày kể từ ngày Bảo hiểm bổ trợ này mất hiệu lực; và
- b. Bên mua bảo hiểm đóng hết các khoản Phí bảo hiểm quá hạn cộng với các khoản lãi và nợ (nếu có); và
- c. Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm phải đáp ứng đủ các điều kiện tham gia bảo hiểm do Công ty quy định.

Khi nhận được yêu cầu khôi phục hiệu lực Bảo hiểm bổ trợ này của Bên mua bảo hiểm, Công ty có thể tái thẩm định và có quyền chấp thuận hoặc từ chối việc yêu cầu khôi phục hiệu lực Bảo hiểm bổ trợ này. Nếu được Công ty chấp thuận khôi phục hiệu lực Bảo hiểm bổ trợ này, thời điểm có hiệu lực của việc khôi phục hiệu lực Bảo hiểm bổ trợ này là ngày Công ty cấp giấy xác nhận khôi phục hiệu lực Bảo hiểm bổ trợ với điều kiện Người được bảo hiểm phải còn sống. Công ty sẽ không bảo hiểm cho bất kỳ sự kiện nào xảy ra trong thời gian Bảo hiểm bổ trợ bị mất hiệu lực.

4.4. Vào bất kỳ Ngày gia hạn năm hợp đồng nào, với sự chấp thuận của Bộ Tài chính, Công ty có thể thay đổi Phí bảo hiểm, quyền lợi bảo hiểm và/hoặc phạm vi, điều kiện bảo hiểm của Quy tắc và Điều khoản Bảo hiểm bổ trợ này. Công ty sẽ thông báo bằng văn bản cho Bên mua bảo hiểm ít nhất 90 (chín mươi) ngày trước khi việc thay đổi này bắt đầu có hiệu lực.

4.5. Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm không chấp thuận việc thay đổi theo quy định tại Điều 4.4 của Quy tắc và Điều khoản Bảo hiểm bổ trợ này, Bên mua bảo hiểm cần thông báo bằng văn bản cho Công ty về việc không chấp thuận này, khi đó Bảo hiểm bổ trợ này sẽ chấm dứt hiệu lực vào Ngày gia hạn năm hợp đồng tiếp theo. Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm chấp thuận hoặc Công ty không nhận được phản hồi thì việc thay đổi này sẽ có hiệu lực.

ĐIỀU 5 CHẤM DỨT HIỆU LỰC CỦA BẢO HIỂM BỔ TRỢ

5.1. Công ty sẽ chấm dứt hiệu lực của Bảo hiểm bổ trợ này hoặc thay đổi quyền lợi và phạm vi bảo hiểm trong trường hợp có bằng chứng về việc gian lận hoặc trục lợi nào từ Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm đối với quyền lợi bảo hiểm của Bảo hiểm bổ trợ này. Với trường hợp này, Công ty sẽ thông báo bằng văn bản ít nhất 30 (ba mươi) ngày trước khi chấm dứt hiệu lực Bảo hiểm bổ trợ hoặc thay đổi điều khoản quyền lợi bảo hiểm.

5.2. Công ty sẽ chấm dứt hiệu lực của Bảo hiểm bổ trợ này trong trường hợp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm không kê khai đầy đủ và chính xác các thông tin về tình trạng sức khỏe thể chất lẫn tinh thần của Người được bảo hiểm mà nếu biết được các thông tin này Công ty không chấp thuận bảo hiểm hoặc chấp thuận bảo hiểm với mức phí tăng thêm hoặc áp dụng loại trừ bảo hiểm.

5.3. Trong trường hợp chấm dứt hiệu lực Bảo hiểm bổ trợ này theo Điều 5.1 và/hoặc Điều 5.2, Công ty sẽ hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm phí bảo hiểm đã đóng cho Năm hợp đồng hiện hành, không có lãi phát sinh, sau khi khấu trừ tổng quyền lợi bảo hiểm đã chi trả trong Năm hợp đồng hiện hành.

5.4. Ngoài ra, Bảo hiểm bổ trợ sẽ chấm dứt hiệu lực khi một trong những trường hợp sau xảy ra:

- a. Vào Ngày gia hạn năm hợp đồng ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt 70 (bảy mươi) tuổi;
- b. Bảo hiểm bổ trợ bị mất hiệu lực trên 90 (chín mươi) ngày liên tục;
- c. Người được bảo hiểm tử vong;
- d. Hợp đồng bảo hiểm chính chấm dứt hiệu lực hoặc chuyển sang tình trạng duy trì hiệu lực với Số tiền bảo hiểm giảm;
- e. Hợp đồng bảo hiểm chính đang được chi trả Quyền lợi miễn thu phí và/hoặc Quyền lợi miễn thu phí bệnh hiểm nghèo;
- f. Công ty nhận được yêu cầu chấm dứt Bảo hiểm bổ trợ này bằng văn bản của Bên mua bảo hiểm;
- g. Bảo hiểm bổ trợ chấm dứt theo quy định tại Điều 2, Điều 4.5, Điều 5.1, Điều 5.2 của Quy tắc và Điều khoản này;
- h. Các trường hợp khác theo quy định của pháp luật.

CHƯƠNG 2

CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM - QUYỀN LỢI BẢO HIỂM





CHƯƠNG II:

Chương trình Bảo hiểm - Quyền lợi Bảo hiểm

ĐIỀU 6

CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM, LỰA CHỌN QUYỀN LỢI BẢO HIỂM, PHẠM VI ĐỊA LÝ

6.1. Chương trình bảo hiểm

Tùy theo lựa chọn của Bên mua bảo hiểm tại thời điểm tham gia Bảo hiểm bổ trợ và được thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các sửa đổi, bổ sung (nếu có), Bên mua bảo hiểm có thể lựa chọn một trong các Chương trình bảo hiểm sau:

- Chương trình bảo hiểm Tiêu chuẩn; hoặc
- Chương trình bảo hiểm Cao cấp; hoặc
- Chương trình bảo hiểm V.I.P.

6.2. Lựa chọn Quyền lợi bảo hiểm

Tùy theo lựa chọn của Bên mua bảo hiểm tại thời điểm tham gia Bảo hiểm bổ trợ hoặc vào các Ngày gia hạn năm hợp đồng và được ghi nhận trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các sửa đổi, bổ sung (nếu có), Bên mua bảo hiểm có thể lựa chọn một trong các Quyền lợi bảo hiểm sau:

- Quyền lợi Điều trị nội trú: Công ty sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm theo Điều 8 của Quy tắc và Điều khoản Bảo hiểm bổ trợ này.
- Quyền lợi Điều trị nội trú và Điều trị ngoại trú: Công ty sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm theo Điều 8 và Điều 9 của Quy tắc và Điều khoản Bảo hiểm bổ trợ này.
- Quyền lợi Điều trị nội trú, Điều trị ngoại trú và Chăm sóc nha khoa: Công ty sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm theo Điều 8, Điều 9 và Điều 10 của Quy tắc và Điều khoản Bảo hiểm bổ trợ này.

6.3. Phạm vi địa lý

Tùy theo lựa chọn Chương trình bảo hiểm của Bên mua bảo hiểm theo Điều 6.1 của Quy tắc và Điều khoản này tại thời điểm tham gia Bảo hiểm bổ trợ và được ghi trên Bản minh họa quyền lợi bảo hiểm, Phạm vi địa lý được bảo hiểm như sau:

| Chương trình bảo hiểm | Phạm vi địa lý |
|----------------------------------|----------------|
| Chương trình bảo hiểm Tiêu chuẩn | Việt Nam |
| Chương trình bảo hiểm Cao cấp | Việt Nam |
| Chương trình bảo hiểm V.I.P | Khu vực Châu Á |

ĐIỀU 7 BẢNG LIỆT KÊ QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Tùy theo lựa chọn vào thời điểm tham gia Bảo hiểm bổ trợ về Chương trình bảo hiểm và Lựa chọn quyền lợi bảo hiểm của Bên mua bảo hiểm theo Điều 6.1 và Điều 6.2 của Quy tắc và Điều khoản này, Công ty sẽ thanh toán Chi phí y tế được bảo hiểm phát sinh thực tế trong Phạm vi địa lý được bảo hiểm theo Điều 6.3 của Quy tắc và điều khoản này, tối đa bằng Giới hạn phụ của từng phạm vi bảo hiểm quy định trong Bảng liệt kê quyền lợi bảo hiểm dưới đây. Trong mọi trường hợp, tổng quyền lợi bảo hiểm thanh toán không vượt quá Số tiền bảo hiểm tối đa hàng năm và Chi phí y tế được bảo hiểm phải phù hợp với phạm vi bảo hiểm quy định chi tiết tại Điều 8, Điều 9 và Điều 10 của Quy tắc và Điều khoản của Bảo hiểm bổ trợ này.

Đơn vị: VNĐ

| Chương trình bảo hiểm | Tiêu chuẩn | Cao cấp | V.I.P |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Phạm vi địa lý | Việt Nam | Việt Nam | Khu vực Châu Á |
| STBH tối đa hàng năm | 250.000.000 | 450.000.000 | 1.000.000.000 |
| Phạm vi bảo hiểm | Giới hạn phụ | | |
| QUYỀN LỢI ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ | | | |
| Viện phí và các chi phí y tế | | | |
| 01. Tiền giường và phòng | Tối đa 1.250.000/ngày | Tối đa 1.650.000/ngày | Tối đa 3.000.000/ngày |
| 02. Chi phí Phòng chăm sóc đặc biệt (tối đa 30 ngày/năm) | Tối đa 2.500.000/ngày | Tối đa 3.300.000/ngày | Tối đa 6.000.000/ngày |
| 03. Giường cho Người nhà (tối đa 10 ngày/năm) | Tối đa 500.000/ngày | Tối đa 750.000/ngày | Tối đa 1.500.000/ngày |
| 04. Chi phí Phẫu thuật | | | |
| 05. Các chi phí điều trị nội trú khác | | | |
| 06. Chi phí Điều trị trước khi nhập viện (30 ngày trước nhập viện) | | | |
| 07. Chi phí Điều trị sau khi xuất viện (60 ngày sau xuất viện) | | | |

Đơn vị: VNĐ

| Chương trình bảo hiểm | Tiêu chuẩn | Cao cấp | V.I.P |
|--|---|---|---|
| 08. Chăm sóc y tế tại nhà (tối đa 30 ngày/năm) | Tối đa 150.000/ngày | Tối đa 330.000/ngày | Tối đa 600.000/ngày |
| 09. Trợ cấp nằm viện tại Bệnh viện công lập (tối đa 30 ngày/năm) | 100.000/ngày | 165.000/ngày | 300.000/ngày |
| Cấy ghép nội tạng (thận, tim, gan, phổi, tủy xương) Chi phí y tế cho Người được bảo hiểm (người nhận tạng) Chi phí y tế cho người hiến tạng tối đa 50% Giới hạn phụ của phạm vi bảo hiểm này | Tối đa 125.000.000 /lần cấy ghép | Tối đa 220.000.000 /lần cấy ghép | Tối đa 500.000.000 /lần cấy ghép |
| Điều trị ung thư | Theo Chi phí y tế được bảo hiểm thực tế | Theo Chi phí y tế được bảo hiểm thực tế | Theo Chi phí y tế được bảo hiểm thực tế |
| Điều trị trong ngày (Phẫu thuật trong ngày, lọc máu thận) | Tối đa 10.000.000 /năm | Tối đa 15.000.000 /năm | Tối đa 30.000.000 /năm |
| Điều trị cấp cứu do Tai nạn (trong vòng 24 giờ từ khi xảy ra tai nạn) | | | |
| 01. Điều trị cấp cứu do tai nạn | Tối đa 2.500.000 /Tai nạn | Tối đa 5.500.000 /Tai nạn | Tối đa 15.000.000 /Tai nạn |
| 02. Điều trị tổn thương răng do tai nạn | Tối đa 2.500.000 /Tai nạn | Tối đa 4.500.000 /Tai nạn | Tối đa 10.000.000 /Tai nạn |

Đơn vị: VNĐ

| Chương trình bảo hiểm | Tiêu chuẩn | Cao cấp | V.I.P |
|--|--|--|--|
| Vận chuyển cấp cứu trong nước | Tối đa 2.500.000 / năm | Tối đa 4.500.000 /năm | Theo Chi phí y tế được bảo hiểm thực tế |
| QUYỀN LỢI ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ | Tối đa 2.500.000 /năm | Tối đa 6.500.000 /năm | Tối đa 10.500.000 /năm |
| Tỷ lệ Đồng thanh toán của Người được bảo hiểm trong trường hợp khám, điều trị tại các Bệnh viện/ Phòng khám tư nhân hoặc quốc tế | 20% | 20% | 0% |
| 01. Chi phí điều trị ngoại trú theo Tây y | Tối đa 550.000 /lần khám | Tối đa 1.250.000 /lần khám | Tối đa 2.500.000 /lần khám |
| 02. Chi phí điều trị ngoại trú theo Đông y | Tối đa 300.000/lần khám (05 lần khám/năm) | Tối đa 300.000/lần khám (10 lần khám/năm) | Tối đa 500.000/lần khám (15 lần khám/năm) |
| QUYỀN LỢI CHĂM SÓC NHA KHOA | - | - | Tối đa 10.500.000 /năm |
| 01. Chi phí kiểm tra, cạo vôi răng (tối đa 02 lần/năm) | - | - | Tối đa 1.000.000 /lần |
| 02. Các chi phí khám và điều trị răng khác | - | - | Theo Chi phí y tế được bảo hiểm thực tế |

ĐIỀU 8

PHẠM VI BẢO HIỂM - QUYỀN LỢI ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ

8.1. Viện phí và các chi phí y tế

Trong thời gian Bảo hiểm bổ trợ còn hiệu lực, nếu Người được bảo hiểm Nằm viện như là Bệnh nhân nội trú nhằm mục đích điều trị Thương tật, Công ty sẽ thanh toán Chi phí y tế được bảo hiểm phát sinh thực tế lên đến Giới hạn phụ của từng quyền lợi và tổng quyền lợi thanh toán không vượt quá Số tiền bảo hiểm tối đa hàng năm. Chi phí y tế được bảo hiểm phải phù hợp phạm vi bảo hiểm được liệt kê chi tiết dưới đây:

8.1.1. Tiền giường và phòng

Công ty sẽ thanh toán Chi phí y tế được bảo hiểm phát sinh thực tế từ tiền giường và phòng cho mỗi Ngày nằm viện lên đến Giới hạn phụ quy định trong Bảng liệt kê quyền lợi tại Điều 7 của Quy tắc và Điều khoản Bảo hiểm bổ trợ này.

Giường và phòng thuộc phạm vi bảo hiểm của quyền lợi này là giường và phòng theo hạng bình thường/tiêu chuẩn của Bệnh viện, không phải là phòng đặc biệt như là phòng VIP hoặc các loại phòng đặc biệt khác được Bệnh viện phục vụ thêm ngoài phòng hạng bình thường/tiêu chuẩn. Tiền giường và phòng bao gồm tiền ăn theo tiêu chuẩn của phòng nằm tại Bệnh viện và các chi phí chăm sóc, dưỡng bệnh đối với Người được bảo hiểm, không bao gồm các chi phí dành cho người chăm sóc người bệnh, chi phí tiền giường khác với giường dành cho Người được bảo hiểm (ngoại trừ Tiền giường cho Người nhà theo quy định tại Điều 8.1.3).

Trường hợp Người được bảo hiểm Nằm viện tại phòng không phải là phòng theo hạng bình thường/tiêu chuẩn, Công ty sẽ thanh toán quyền lợi tối đa bằng tiền giường và phòng theo hạng bình thường/tiêu chuẩn của Bệnh viện đó.

8.1.2. Chi phí Phòng chăm sóc đặc biệt

Công ty sẽ thanh toán Chi phí y tế được bảo hiểm phát sinh thực tế cho mỗi Ngày nằm viện tại Phòng chăm sóc đặc biệt của Bệnh viện theo chỉ định của Bác sĩ lên đến Giới hạn phụ quy định trong Bảng liệt kê quyền lợi tại Điều 7 của Quy tắc và Điều khoản Bảo hiểm bổ trợ này.

Thời gian tối đa Công ty thanh toán cho chi phí Phòng chăm sóc đặc biệt là 30 (ba mươi) ngày cho mỗi Năm hợp đồng

8.1.3. Tiền giường cho Người nhà

Công ty sẽ thanh toán Chi phí y tế được bảo hiểm phát sinh thực tế từ tiền giường mỗi ngày cho 01 (một) Người nhà lưu lại Bệnh viện để chăm sóc Người được bảo hiểm dưới 18 (mười tám) tuổi phải Nằm viện như là Bệnh nhân nội trú để điều trị Thương tật.

Thời gian tối đa Công ty thanh toán cho chi phí Tiền giường cho Người nhà là 10 (mười) ngày cho mỗi Năm hợp đồng. Giới hạn phụ của quyền lợi này quy định trong Bảng liệt kê quyền lợi tại Điều 7 của Quy tắc và Điều khoản Bảo hiểm bổ trợ này.

8.1.4. Chi phí Phẫu thuật

Nếu Người được bảo hiểm phải Nằm viện như là Bệnh nhân nội trú để thực hiện Phẫu thuật theo chỉ định của Bác sĩ, Công ty sẽ thanh toán Chi phí y tế được bảo hiểm phát sinh thực tế liên quan đến Phẫu thuật, bao gồm:

- a. Chi phí phòng phẫu thuật gồm Phòng phẫu thuật, phòng hồi sức;
- b. Chi phí chi trả cho Bác sĩ phẫu thuật;
- c. Chi phí gây mê và chi phí chi trả cho Bác sĩ gây mê;
- d. Chi phí cho các thiết bị dụng cụ được sử dụng trong Phẫu thuật;
- e. Chi phí thông thường cho các chẩn đoán trước khi Phẫu thuật và hồi sức sau khi Phẫu thuật;
- f. Chi phí cho các thiết bị, dụng cụ cần phải cấy ghép vào cơ thể để duy trì sự sống.

Trong mọi trường hợp, Chi phí y tế được bảo hiểm của 01 (một) hay nhiều cuộc Phẫu thuật được thực hiện cho Người được bảo hiểm trong cùng 01 (một) lần Nằm viện được thanh toán không vượt quá Giới hạn phụ quy định trong Bảng liệt kê quyền lợi tại Điều 7 của Quy tắc và Điều khoản Bảo hiểm bổ trợ này. Phẫu thuật phải do Bác sĩ phẫu thuật thực hiện.

8.1.5. Chi phí điều trị nội trú khác

Công ty sẽ thanh toán các Chi phí y tế được bảo hiểm phát sinh thực tế từ việc điều trị nội trú cho mỗi lần Nằm viện, bao gồm:

- a. Chi phí tư vấn Bác sĩ;
- b. Chi phí thuốc theo toa do Bác sĩ chỉ định sử dụng trong thời gian Nằm viện;
- c. Chi phí quần áo, băng, nẹp thông thường và nẹp thạch cao (loại trừ các loại nẹp đặc biệt, chân, tay giả, dụng cụ lắp ghép nhân tạo);
- d. Chi phí tiêm truyền tĩnh mạch;
- e. Xét nghiệm, X-quang, MRI, CT, PET hoặc các chẩn đoán hình ảnh khác phải do Bác sĩ chỉ định và là biện pháp cần thiết để đánh giá tình trạng Thương tật của Người được bảo hiểm;
- f. Chi phí thở o-xy và các thiết bị liên quan;
- g. Chi phí đồng vị phóng xạ và các xét nghiệm liên quan;
- h. Chi phí truyền máu;
- i. Chi phí máu, huyết tương;
- j. Chi phí vật liệu tiêu hao;
- k. Chi phí vật lý trị liệu;
- l. Các chi phí khác theo sự chấp thuận của Công ty.

Trong trường hợp Công ty đánh giá rằng vật lý trị liệu và chẩn đoán bằng hình ảnh theo phương pháp hiện đại như X-quang, MRI, CT, PET không cần thiết phải Nằm viện để thực hiện, các chi phí này sẽ không được Công ty thanh toán theo quyền lợi điều trị nội trú này ngay cả khi Người được bảo hiểm Nằm viện như là Bệnh nhân nội trú.

Chi phí điều trị nội trú khác cộng với Chi phí điều trị trước khi nhập viện theo Điều 8.1.6 và Chi phí điều trị sau khi xuất viện theo Điều 8.1.7 được chi trả cho mỗi lần Nằm viện tối đa không vượt quá Giới hạn phụ quy định trong Bảng liệt kê quyền lợi tại Điều 7 của Quy tắc và Điều khoản Bảo hiểm bổ trợ này.

8.1.6. Chi phí điều trị trước khi nhập viện

Công ty sẽ thanh toán các Chi phí y tế được bảo hiểm phát sinh thực tế bao gồm tiền khám, tiền thuốc, xét nghiệm gần nhất do Bác sĩ chỉ định được thực hiện trong vòng 30 (ba mươi) ngày trước khi nhập viện và liên quan trực tiếp đến Thương tật phải Nằm viện để theo dõi, điều trị.

Chi phí điều trị trước khi nhập viện cộng với Chi phí điều trị nội trú khác theo Điều 8.1.5 và Chi phí điều trị sau khi xuất viện theo Điều 8.1.7 được chi trả cho mỗi lần Nằm viện tối đa không vượt quá Giới hạn phụ quy định trong Bảng liệt kê quyền lợi tại Điều 7 của Quy tắc và điều khoản Bảo hiểm bổ trợ này.

8.1.7. Chi phí điều trị sau khi xuất viện

Công ty sẽ thanh toán các Chi phí y tế được bảo hiểm phát sinh thực tế bao gồm tiền khám, tiền thuốc, xét nghiệm gần nhất do Bác sĩ chỉ định được thực hiện trong vòng 60 (sáu mươi) ngày sau khi xuất viện và liên quan trực tiếp đến Thương tật phải Nằm viện để theo dõi, điều trị trước đó.

Chi phí điều trị sau khi xuất viện cộng với Chi phí điều trị nội trú khác theo Điều 8.1.5 và Chi phí điều trị trước khi nhập viện theo Điều 8.1.6 được chi trả cho mỗi lần Nằm viện tối đa không vượt quá Giới hạn phụ quy định trong Bảng liệt kê quyền lợi tại Điều 7 của Quy tắc và Điều khoản Bảo hiểm bổ trợ này.

Trong trường hợp Người được bảo hiểm cần phải nhập viện lại sau đó để điều trị cho cùng 01 (một) Thương tật, Công ty sẽ không thanh toán quyền lợi này nếu quyền lợi này đã được thanh toán theo Chi phí điều trị trước khi nhập viện tại Điều 8.1.6.

8.1.8. Chăm sóc y tế tại nhà

Công ty sẽ thanh toán Chi phí y tế được bảo hiểm phát sinh thực tế cho mỗi ngày Chăm sóc y tế tại nhà của Người được bảo hiểm do Y tá thực hiện và phải được sự chỉ định của Bác sĩ của Bệnh viện.

Công ty chỉ thanh toán chi phí Chăm sóc y tế tại nhà được thực hiện bởi tối đa 01 (một) Y tá cho mỗi lần chăm sóc. Thời gian tối đa Công ty thanh toán quyền lợi này là 30 (ba mươi) ngày cho mỗi Năm hợp đồng. Quyền lợi Chăm sóc y tế tại nhà được thanh toán tối đa mỗi ngày không vượt quá Giới hạn phụ quy định trong Bảng liệt kê quyền lợi tại Điều 7 của Quy tắc và Điều khoản Bảo hiểm bổ trợ này.

8.1.9. Trợ cấp nằm viện tại Bệnh viện công lập

Công ty sẽ thanh toán một khoản tiền trợ cấp cho mỗi Ngày nằm viện theo quy định trong Bảng liệt kê quyền lợi tại Điều 7 của Quy tắc và Điều khoản Bảo hiểm bổ trợ này trong trường hợp Người được bảo hiểm Nằm viện để điều trị Thương tật tại Bệnh viện công lập.

Thời gian tối đa Công ty thanh toán cho quyền lợi Trợ cấp nằm viện tại Bệnh viện công lập là 30 (ba mươi) ngày cho mỗi Năm hợp đồng.

8.2. Cấy ghép nội tạng

Trong thời gian Bảo hiểm bổ trợ còn hiệu lực, nếu Người được bảo hiểm phải Nằm viện để thực hiện Phẫu thuật cấy ghép nội tạng gồm thận, tim, gan, phổi hoặc tủy xương theo chỉ định của Bác sĩ, Công ty sẽ thanh toán Chi phí y tế được bảo hiểm phát sinh thực tế liên quan người nhận tạng là Người được bảo hiểm, bao gồm:

- a. Tiền giường, phòng và ăn uống theo tiêu chuẩn của phòng;
- b. Tiền giường cho Người nhà;
- c. Chi phí tại Phòng chăm sóc đặc biệt;
- d. Chi phí Phẫu thuật: chi phí phòng phẫu thuật gồm Phòng phẫu thuật, phòng hồi sức; chi phí chi trả cho Bác sĩ phẫu thuật, chi phí gây mê, chi phí cho các thiết bị, dụng cụ được sử dụng trong Phẫu thuật, chi phí thông thường cho các chẩn đoán trước khi Phẫu thuật và hồi sức sau khi Phẫu thuật;
- e. Chi phí điều trị nội trú khác;
- f. Chi phí điều trị trước khi nhập viện và sau khi xuất viện;
- g. Chi phí Chăm sóc y tế tại nhà;
- h. Chi phí y tế khác theo sự chấp thuận của Công ty.

Công ty sẽ thanh toán Chi phí y tế được bảo hiểm phát sinh thực tế liên quan đến người nhận tạng (là Người được bảo hiểm) và người hiến tạng (không phải là Người được bảo hiểm) lên đến Giới hạn phụ quy định trong Bảng liệt kê quyền lợi tại Điều 7 của Quy tắc và Điều khoản Bảo hiểm bổ trợ này. Trong mọi trường hợp, khoản tiền chi trả đối với Chi phí y tế được bảo hiểm phát sinh thực tế liên quan đến người hiến tạng sẽ không vượt quá 50% Giới hạn phụ của phạm vi bảo hiểm này tùy theo sự lựa chọn của Bên mua bảo hiểm tại thời điểm yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

Giới hạn phụ của phạm vi bảo hiểm này là quyền lợi tối đa cho 01 (một) lần cấy ghép và không có bất kỳ quyền lợi nào khác được thanh toán liên quan đến việc cấy ghép nội tạng.

8.3. Điều trị ung thư

Trong thời gian Bảo hiểm bổ trợ còn hiệu lực, Công ty sẽ thanh toán các Chi phí y tế được bảo hiểm phát sinh thực tế cho việc điều trị ung thư bằng phương pháp hóa trị và/hoặc xạ trị theo chỉ định của Bác sĩ đối với Người được bảo hiểm như là Bệnh nhân nội trú hoặc Bệnh nhân ngoại trú hoặc điều trị trong ngày.

Trong mọi trường hợp quyền lợi Điều trị ung thư được chi trả không vượt quá Số tiền bảo hiểm tối đa hàng năm và không có bất kỳ quyền lợi nào khác được thanh toán liên quan đến việc điều trị ung thư này.

8.4. Điều trị trong ngày

Trong thời gian Bảo hiểm bổ trợ còn hiệu lực, Công ty sẽ thanh toán các Chi phí y tế được bảo hiểm phát sinh thực tế từ việc điều trị Thương tật trong ngày theo chỉ định của Bác sĩ đối với các trường hợp sau:

- a. Phẫu thuật trong ngày: Công ty sẽ thanh toán các Chi phí y tế được bảo hiểm phát sinh thực tế do Phẫu thuật trong ngày của Người được bảo hiểm theo chỉ định của Bác sĩ bao gồm chi phí khám, thuốc theo toa, chi phí trả cho Bác sĩ phẫu thuật, chi phí gây mê và chi phí cho các thiết bị, dụng cụ sử dụng trong Phẫu thuật.
- b. Lọc máu thận (bao gồm chạy thận nhân tạo và lọc màng bụng): Công ty sẽ thanh toán các Chi phí y tế được bảo hiểm phát sinh thực tế do điều trị lọc máu thận trong trường hợp Người được bảo hiểm được chẩn đoán là bị suy thận mãn tính do Bệnh và theo chỉ định của Bác sĩ là Người được bảo hiểm cần phải điều trị ngoại trú như là Bệnh nhân ngoại trú.

Quyền lợi Điều trị trong ngày được chi trả không vượt quá Giới hạn phụ quy định trong Bảng liệt kê quyền lợi tại Điều 7 của Quy tắc và Điều khoản Bảo hiểm bổ trợ này.

8.5. Điều trị cấp cứu do Tai nạn

Trong thời gian Bảo hiểm bổ trợ còn hiệu lực, nếu Người được bảo hiểm bị Tai nạn dẫn đến Thương tích (ngoại trừ tổn thương răng do Tai nạn) phải điều trị cấp cứu trong vòng 24 (hai mươi bốn) giờ kể từ khi xảy ra Tai nạn tại khoa/phòng cấp cứu của Bệnh viện, khoa điều trị ngoại trú của Bệnh viện hoặc Phòng khám, Công ty sẽ thanh toán các Chi phí y tế được bảo hiểm phát sinh thực tế từ việc Điều trị cấp cứu do Tai nạn này.

Quyền lợi điều trị cấp cứu do Tai nạn được chi trả cho mỗi Tai nạn không vượt quá Giới hạn phụ quy định trong Bảng liệt kê quyền lợi tại Điều 7 của Quy tắc và Điều khoản Bảo hiểm bổ trợ này.

8.6. Điều trị tổn thương răng do Tai nạn

Trong thời gian Bảo hiểm bổ trợ còn hiệu lực, nếu Người được bảo hiểm bị Tai nạn dẫn đến Thương tích đối với răng lành lặn, tự nhiên và cần phải điều trị răng trong vòng 07 (bảy) ngày kể từ ngày xảy ra Tai nạn tại Phòng khám hoặc Bệnh viện, Công ty sẽ thanh toán các Chi phí y tế được bảo hiểm phát sinh thực tế liên quan đến việc điều trị răng này bao gồm chi phí tư vấn nha khoa, chi phí cầm máu, chi phí nhổ răng, lấy tủy răng, chi phí chụp X-quang.

Quyền lợi Điều trị tổn thương răng do Tai nạn được chi trả cho mỗi Tai nạn không vượt quá Giới hạn phụ quy định trong Bảng liệt kê quyền lợi tại Điều 7 của Quy tắc và Điều khoản Bảo hiểm bổ trợ này.

Theo giới hạn chi trả của quyền lợi này, Công ty sẽ không thanh toán bất kỳ chi phí y tế nào liên quan đến việc điều chỉnh hoặc phục hồi răng, việc sử dụng các chất liệu kim loại quý hiếm; hoặc điều trị chỉnh nha bằng mọi hình thức hoặc phẫu thuật nha khoa thực hiện trong Phòng khám hoặc Bệnh viện trừ khi đây là phương pháp điều trị duy nhất để giảm đau.

Ngoài ra Công ty sẽ không thanh toán bất kỳ chi phí y tế nào liên quan đến việc điều trị tổn thương răng do các nguyên nhân sau:

- a. Các thương tích gây ra trong quá trình ăn uống;
- b. Những thương tích trong quá trình bào mòn tự nhiên của răng;
- c. Những thương tích gây ra trong khi đánh răng hoặc bất kỳ các phương pháp vệ sinh răng miệng nào khác.

8.7. Vận chuyển cấp cứu trong nước

Trong thời gian Bảo hiểm bổ trợ còn hiệu lực, nếu Người được bảo hiểm đang trong Tình trạng khẩn cấp và cần Vận chuyển cấp cứu, Công ty sẽ thanh toán Chi phí y tế được bảo hiểm phát sinh thực tế liên quan đến Vận chuyển cấp cứu này tại Việt Nam.

Quyền lợi Vận chuyển cấp cứu trong nước được chi trả không vượt quá Giới hạn phụ quy định trong Bảng liệt kê quyền lợi tại Điều 7 của Quy tắc và Điều khoản Bảo hiểm bổ trợ này.

ĐIỀU 9 PHẠM VI BẢO HIỂM – QUYỀN LỢI ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ (áp dụng khi Bên mua bảo hiểm có lựa chọn tham gia thêm)

Quyền lợi Điều trị ngoại trú chỉ được thanh toán khi Bên mua bảo hiểm lựa chọn các quyền lợi này tại thời điểm tham gia Bảo hiểm bổ trợ hoặc vào Ngày gia hạn năm hợp đồng và được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các sửa đổi, bổ sung (nếu có).

Quyền lợi điều trị ngoại trú được thanh toán sau khi trừ đi Tỷ lệ Đồng thanh toán. Trong mọi trường hợp tổng số tiền chi trả cho quyền lợi Điều trị ngoại trú không vượt quá Giới hạn phụ và Số tiền bảo hiểm tối đa hàng năm quy định trong Bảng liệt kê quyền lợi tại Điều 7 của Quy tắc và Điều khoản Bảo hiểm bổ trợ này.

Các Chi phí y tế được bảo hiểm phát sinh thực tế từ việc điều trị ngoại trú của Người được bảo hiểm như là Bệnh nhân ngoại trú bao gồm các chi phí sau:

- a. Chi phí điều trị ngoại trú theo Tây y: gồm các chi phí y tế phát sinh từ việc khám, điều trị ngoại trú được thực hiện bởi Bác sĩ, Chuyên viên vật lý trị liệu; chi phí thuốc theo toa (thuốc Tây y), chi phí hỗ trợ y tế như băng, nẹp thông thường, nẹp thạch cao được xem là cần thiết để điều trị gãy tay, chân hay Thương tích khác, nhưng không bao gồm chi phí cho các dụng cụ giả để hỗ trợ điều trị như là gậy, xe lăn; chi phí xét nghiệm hoặc chẩn đoán hình ảnh theo chỉ định của Bác sĩ bao gồm X-quang, siêu âm, điện tâm đồ, chẩn đoán hình ảnh bằng phương pháp CT, MRI, PET được thực hiện nhằm mục đích chẩn đoán Thương tật.
- b. Chi phí điều trị ngoại trú theo Đông y: gồm các chi phí y tế phát sinh từ việc khám, điều trị ngoại trú được thực hiện bởi Bác sĩ Đông y, chi phí thuốc theo toa (thuốc Đông y), chi phí chẩn đoán, xét nghiệm theo chỉ định của Bác sĩ Đông y được thực hiện nhằm mục đích chẩn đoán Thương tật.

Tỷ lệ Đồng thanh toán là 20% sẽ được áp dụng đối với Chương trình bảo hiểm Tiêu chuẩn và Cao cấp trong trường hợp Người được bảo hiểm khám ngoại trú tại các Phòng khám tư nhân/quốc tế hoặc khoa khám ngoại trú của Bệnh viện tư nhân/quốc tế. Trong trường hợp này Công ty sẽ thanh toán 80% Chi phí y tế được bảo hiểm phát sinh thực tế do điều trị ngoại trú nhưng không vượt quá Giới hạn phụ quy định trong Bảng liệt kê quyền lợi tại Điều 7 của Quy tắc và Điều khoản Bảo hiểm bổ trợ này.

ĐIỀU 10 PHẠM VI BẢO HIỂM – QUYỀN LỢI CHĂM SÓC NHA KHOA (áp dụng khi Bên mua bảo hiểm có lựa chọn tham gia thêm)

Trong thời gian Bảo hiểm bổ trợ còn hiệu lực, Công ty sẽ thanh toán các Chi phí y tế được bảo hiểm phát sinh thực tế từ việc chăm sóc nha khoa của Người được bảo hiểm tại Phòng khám hoặc Bệnh viện, bao gồm các chi phí sau:

1. Chi phí kiểm tra, cạo vôi răng tối đa 02 (hai) lần cho mỗi Năm hợp đồng;
2. Các chi phí điều trị nha khoa khác:
 - a. Chi phí khám, chẩn đoán y khoa;
 - b. Chi phí điều trị viêm nướu, viêm nha chu, chi phí lấy tủy răng, nhổ răng sâu;
 - c. Chi phí trám răng bằng chất liệu amalgam, composite, GIC hoặc các chất liệu tương đương;
 - d. Chi phí cắt u mô cứng của răng, cắt cuống răng;
 - e. Chi phí khám răng, trám phủ răng bằng chất liệu kim loại thông thường hoặc sứ (loại trừ chất liệu vàng, chất liệu quý hiếm) trong trường hợp không thể sử dụng các phương pháp phục hồi răng trực tiếp khác bằng chất liệu composite, amalgam;
 - f. Chi phí chẩn đoán bằng hình ảnh X-quang theo chỉ định của Bác sĩ nha khoa.

Chi phí Chăm sóc nha khoa được thanh toán không vượt quá Giới hạn phụ quy định trong Bảng liệt kê quyền lợi tại Điều 7 của Quy tắc và Điều khoản Bảo hiểm bổ trợ này.

ĐIỀU 11 QUYỀN LỢI KIỂM TRA SỨC KHỎE TỔNG QUÁT

Trong thời gian Bảo hiểm bổ trợ còn hiệu lực, nếu không có bất kỳ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm nào của Bảo hiểm bổ trợ này trong Năm hợp đồng thứ nhất, một khoản thưởng tương ứng với 01 (một) lần kiểm tra sức khỏe tổng quát sẽ được Công ty thanh toán khi Người được bảo hiểm thực hiện kiểm tra sức khỏe tổng quát trong Năm hợp đồng thứ 02 (hai).

Tùy theo Chương trình bảo hiểm, Quyền lợi kiểm tra sức khỏe tổng quát được Công ty thanh toán tối đa như sau:

| Chương trình bảo hiểm | Tiêu chuẩn | Cao cấp | V.I.P |
|---|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Chi phí kiểm tra sức khỏe tổng quát tối đa | 1.000.000 đồng /lần khám | 1.500.000 đồng /lần khám | 2.000.000 đồng /lần khám |

Trong trường hợp có bất kỳ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm liên quan đến Chi phí y tế được bảo hiểm phát sinh trong Năm hợp đồng thứ nhất và nộp về Công ty sau khi Người được bảo hiểm đã được thanh toán quyền lợi này, Bên mua bảo hiểm phải hoàn lại cho Công ty khoản tiền đã chi trả theo điều này hoặc Công ty sẽ khấu trừ khoản tiền này vào bất kỳ quyền lợi bảo hiểm trước khi thanh toán cho người nhận quyền lợi bảo hiểm theo quy định tại Hợp đồng bảo hiểm chính và Bảo hiểm bổ trợ này.

Trường hợp Người được bảo hiểm thỏa điều kiện để được hưởng quyền lợi nhưng không thực hiện việc kiểm tra sức khỏe tổng quát theo điều này, Quyền lợi kiểm tra sức khỏe tổng quát sẽ tự động chấm dứt hiệu lực vào Ngày gia hạn năm hợp đồng kế tiếp của Bảo hiểm bổ trợ này.

ĐIỀU 12 THỜI GIAN CHỜ

Công ty sẽ không có nghĩa vụ thanh toán các quyền lợi bảo hiểm cho các Bệnh, Bệnh đặc biệt, Chăm sóc nha khoa thuộc phạm vi bảo hiểm mà Người được bảo hiểm đã được điều trị trong khoảng thời gian sau:

12.1. Đối với điều trị nội trú và ngoại trú do Bệnh

30 (ba mươi) ngày kể từ Ngày hiệu lực của Bảo hiểm bổ trợ hoặc Ngày khôi phục hiệu lực của Bảo hiểm bổ trợ, tùy theo ngày nào đến sau.

12.2. Đối với điều trị nội trú và ngoại trú do Bệnh đặc biệt

365 (ba trăm sáu mươi lăm) ngày kể từ Ngày hiệu lực của Bảo hiểm bổ trợ hoặc Ngày khôi phục hiệu lực của Bảo hiểm bổ trợ, tùy theo ngày nào đến sau.

12.3. Đối với Chăm sóc nha khoa

90 (chín mươi) ngày kể từ Ngày hiệu lực của Bảo hiểm bổ trợ hoặc Ngày khôi phục hiệu lực của Bảo hiểm bổ trợ, tùy theo ngày nào đến sau.

ĐIỀU 13 LOẠI TRỪ BẢO HIỂM

Công ty sẽ không thanh toán bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào nếu Người được bảo hiểm Nằm viện và/hoặc điều trị ngoại trú, chăm sóc nha khoa trong các trường hợp dưới đây hoặc vì những nguyên nhân sau:

- a. Điều trị do Bệnh có sẵn; ngoại trừ Bệnh có sẵn được kê khai trên Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và được Công ty chấp nhận;
- b. Điều trị Bệnh đặc biệt do Bệnh có sẵn ngoại trừ Bệnh có sẵn được kê khai trên Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và được Công ty chấp nhận;
- c. Sử dụng dịch vụ y tế không phải là một Dịch vụ y tế cần thiết;
- d. Người được bảo hiểm tự tử, mưu toan tự tử, hoặc tự gây ra thương tích hoặc có ý định gây ra thương tích cho bản thân trong tình trạng tỉnh táo hoặc mất trí;
- e. Người được bảo hiểm sử dụng và/hoặc lạm dụng thuốc quá liều và không theo chỉ định của Bác sĩ/Bác sĩ Đông y;
- f. Người được bảo hiểm hành động dưới tác động của thức uống có cồn, thuốc kích thích, ma túy đến mức mất khả năng kiểm soát ý thức; bao gồm nhưng không giới hạn việc điều khiển các phương tiện giao thông dưới ảnh hưởng của thức uống có cồn, thuốc kích thích, ma túy.

Thuật ngữ “dưới tác động của thức uống có cồn” là trong trường hợp xét nghiệm máu hoặc các hình thức xét nghiệm khác có nồng độ cồn vượt mức cho phép theo quy định pháp luật.

- g. Bất kỳ bệnh hoặc rối loạn tâm thần, tâm lý, thần kinh, điều trị liên quan đến chứng khó thở trong khi ngủ (bao gồm ngủ ngáy), suy nhược cơ thể, stress; nghiện rượu, nghiện ma túy; sử dụng thuốc không theo chỉ định của Bác sĩ/Bác sĩ Đông y; Thương tật phát sinh trực tiếp hoặc gián tiếp do lạm dụng ma túy, thuốc, thức uống có cồn;
- h. Sử dụng dịch vụ khám và điều trị tại nhà (trừ chi phí Dịch vụ chăm sóc y tế tại nhà được quy định trong Quy tắc và Điều khoản của Bảo hiểm bổ trợ này) hoặc tại viện điều trị bằng thủy lực hay các phương pháp thiên nhiên, spa, viện điều dưỡng, an dưỡng, hoặc tại những nơi không phải là Bệnh viện/Phòng khám;

- i. Kiểm tra sức khỏe định kỳ hoặc kiểm tra sức khỏe tổng quát (trừ trường hợp Quyền lợi kiểm tra sức khỏe tổng quát được bảo hiểm theo quy định trong Quy tắc và Điều khoản của Bảo hiểm bổ trợ này), điều trị phòng ngừa (tiêm chủng, vacxin và thuốc chủng ngừa);
- j. Khám, điều trị liên quan tới các khuyết tật bẩm sinh và các bệnh bẩm sinh, bao gồm cả các bệnh di truyền;
- k. Thai sản và biến chứng thai sản; khám và/hoặc điều trị trực tiếp hay gián tiếp liên quan đến kế hoạch hóa sinh đẻ (tránh thai, triệt sản, phá thai kể cả việc khôi phục hoặc thay đổi các tình trạng trước đó); điều trị vô sinh (bao gồm nhưng không giới hạn xét nghiệm, điều trị, thuốc và/hoặc các thủ thuật như thụ tinh trong ống nghiệm) và bất kỳ biến chứng nào liên quan đến mang thai, sinh sản và chăm sóc sau sinh là hậu quả của việc điều trị vô sinh này; phá thai mà lý do không liên quan đến sức khỏe theo chỉ định của Bác sĩ; điều trị rối loạn sinh lý; thay đổi giới tính; và các hậu quả của những điều trị này;
- l. Bệnh lây truyền do tình dục bao gồm cả các di chứng; điều trị hoặc kiểm tra các Bệnh liên quan đến hội chứng suy giảm miễn dịch, các hội chứng phức hợp liên quan đến AIDS;
- m. Phẫu thuật thẩm mỹ hoặc phẫu thuật chỉnh hình, các hình thức điều trị thẩm mỹ hoặc các biến chứng liên quan đến việc làm đẹp, điều trị cân nặng; trừ trường hợp phẫu thuật chỉnh hình khi bị Thương tích do tai nạn là cần thiết nhằm tái tạo lại chức năng của Người được bảo hiểm;
- n. Sử dụng các sản phẩm mỹ phẩm, thực phẩm chức năng, thuốc bổ, khoáng chất, các chất hữu cơ bổ sung cho chế độ dinh dưỡng hoặc phục vụ cho chế độ ăn kiêng có sẵn trong tự nhiên, vitamin;
- o. Tất cả các điều trị cho Tình trạng thực vật hoặc tổn thương hệ thần kinh lâu dài sẽ dừng lại sau 90 (chín mươi) ngày kể từ ngày bắt đầu điều trị mà không có ngoại lệ;
- p. Điều trị những bất thường trong quá trình phát triển bao gồm nhưng không chỉ giới hạn ở những khó khăn trong việc học, rối loạn tăng động giảm chú ý, tự kỷ, những vấn đề về cách cư xử và những vấn đề liên quan đến sự phát triển thể chất, liệu pháp ngôn ngữ;
- q. Nằm viện cho mục đích tư vấn, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, kiểm tra sức khỏe tổng quát hoặc điều trị bằng phương pháp vật lý trị liệu;
- r. Điều trị y tế theo Đông y, ngoại trừ điều trị ngoại trú theo Đông y được chi trả theo Quyền lợi điều trị ngoại trú;

- s. Chi phí cho, nhận, mua, vận chuyển, bảo quản nội tạng phục vụ cho việc Cấy ghép nội tạng trừ các chi phí y tế cho việc Cấy ghép nội tạng được quy định theo Quy tắc và Điều khoản;
- t. Điều trị y tế thử nghiệm không được xem là an toàn, hiệu quả và phù hợp với ốm đau, bệnh tật hoặc thương tích và chưa được y văn Việt Nam hoặc quốc tế chấp thuận là phương thức điều trị tiêu chuẩn đối với ốm đau, bệnh tật hoặc thương tích đó tại thời điểm thử nghiệm;
- u. Kiểm tra thị lực thông thường; kiểm tra thính lực thông thường; kiểm tra các tật khúc xạ tự nhiên của mắt bao gồm: cận thị, viễn thị, loạn thị và bất kỳ phẫu thuật hiệu chỉnh nào đối với các khuyết tật thoái hóa thính giác và thị giác (bao gồm chi phí gọng kính, tròng kính); mua hoặc sử dụng các thiết bị chỉnh hình, hỗ trợ chức năng, lắp ghép nhân tạo như chân, tay giả, máy trợ thính hoặc các thiết bị có tính chất tương tự;
- v. Khủng bố, chiến tranh hoặc các hành động gây chiến, bao gồm hành động xâm lược, các hành động của nước thù địch (cho dù có tuyên chiến hay không), nội chiến, khởi nghĩa, cách mạng, nổi loạn, đảo chính quân sự hoặc tiếm quyền;
- w. Vũ khí hạt nhân, tia phóng xạ hoặc chất phóng xạ từ bất kỳ nguồn nhiên liệu hạt nhân hoặc chất thải hạt nhân phát sinh từ quy trình đốt trong năng lượng hạt nhân hoặc quy trình tự duy trì sự phân hạch/tổng hợp hạt nhân;
- x. Người được bảo hiểm tham gia các hoạt động thể thao chuyên nghiệp, hoạt động đón thể mạo hiểm mà qua đó Người được bảo hiểm sẽ hoặc có thể kiếm được thu nhập hoặc thù lao, hoặc các hoạt động thể thao nguy hiểm như: đua ngựa và trượt tuyết, đua xe ô tô, hoặc thực hiện lặn biển, trượt băng, nhảy bungee, các chuyến bay trên không (bao gồm nhưng không giới hạn như dù lượn, khinh khí cầu và nhảy dù khác với tư cách không phải là thủy thủ đoàn hoặc hành khách trên một chuyến bay chở khách thường xuyên theo lịch trình trên một máy bay thương mại), leo núi, leo núi đá, múa võ nghệ thuật, đấm bốc, thể dục nhào lộn, thể dục nhào lộn trên không, hoặc các hoạt động thăm dò trong hang động, bắc cực, núi lửa, sông băng, rừng, thung lũng, sa mạc, đại dương, không gian hoặc khu vực không có người;
- y. Hành vi phạm tội của Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm và/hoặc Người nhận quyền lợi bảo hiểm;

- z. Các chi phí phát sinh ngoài Phạm vi bảo hiểm;
- aa. Các điều khoản loại trừ khác (nếu có) theo thỏa thuận với Bên mua bảo hiểm và được thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các sửa đổi, bổ sung (nếu có).

ĐIỀU 14 YÊU CẦU CHẤP THUẬN TRƯỚC

Trong trường hợp Người được bảo hiểm có kế hoạch điều trị nội trú hoặc Phẫu thuật tại Bệnh viện trong hệ thống bảo lãnh thanh toán của Công ty, Người được bảo hiểm phải thông báo cho Công ty bằng văn bản và cung cấp các thông tin sau đây ít nhất 07 (bảy) ngày trước khi việc Điều trị nội trú hoặc Phẫu thuật được tiến hành:

- Triệu chứng và chẩn đoán của Thương tật;
- Chi tiết về việc khám và điều trị Thương tật trong trường hợp Phẫu thuật;
- Chi tiết về biện pháp điều trị do Bác sĩ đề nghị;
- Thời điểm và Bệnh viện mà Người được bảo hiểm dự định sẽ thực hiện điều trị nội trú và/hoặc Phẫu thuật.

Công ty sẽ thẩm định và xác nhận các chi phí thuộc phạm vi bảo hiểm trước khi việc điều trị nội trú và/hoặc Phẫu thuật được thực hiện. Nếu Người được bảo hiểm không đáp ứng các yêu cầu trên Công ty có thể từ chối một phần hoặc toàn bộ số tiền yêu cầu bồi thường.

ĐIỀU 15 BẢO LÃNH THANH TOÁN

Trường hợp Người được bảo hiểm điều trị nội trú tại các Bệnh viện tại Việt Nam trong hệ thống bảo lãnh thanh toán của Công ty, Người được bảo hiểm cần thực hiện những bước sau:

- Xuất trình thẻ bảo hiểm của Công ty và chứng minh nhân dân/căn cước công dân hoặc hộ chiếu, giấy khai sinh (nếu là trẻ em) cho Bệnh viện;
- Thực hiện tạm ứng viện phí theo yêu cầu của Bệnh viện (nếu có);
- Kiểm tra Đơn yêu cầu thanh toán quyền lợi mà Bệnh viện cung cấp sau khi điều trị và ký tên để xác nhận việc điều trị của Người được bảo hiểm;
- Tự chịu trách nhiệm thanh toán cho Bệnh viện các chi phí không thuộc phạm vi bảo hiểm hoặc vượt quá Giới hạn phụ và/hoặc Số tiền bảo hiểm tối đa hàng năm.

ĐIỀU 16 ĐỒNG BẢO HIỂM

Trong trường hợp Người được bảo hiểm cùng lúc được bảo hiểm theo các hợp đồng bảo hiểm khác, kể cả bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế của Việt Nam hoặc của nước sở tại tại nơi Người được bảo hiểm sử dụng các dịch vụ y tế mô tả tại Quy tắc và Điều khoản của Bảo hiểm bổ trợ, Công ty sẽ thanh toán quyền lợi bảo hiểm của Bảo hiểm bổ trợ này theo nguyên tắc sau:

16.1. Công ty thanh toán theo tỷ lệ giữa Số tiền bảo hiểm tối đa thỏa thuận tại Bảo hiểm bổ trợ này và tổng số tiền bảo hiểm theo tất cả các hợp đồng bảo hiểm khác mà Người được bảo hiểm tham gia;

16.2. Tổng số tiền mà Người được bảo hiểm có thể nhận được cho cùng Sự kiện bảo hiểm sẽ không vượt quá tổng chi phí thực tế là kết quả của Sự kiện bảo hiểm đó;

16.3. Công ty chỉ thanh toán các chi phí là Chi phí y tế được bảo hiểm theo định nghĩa của Bảo hiểm bổ trợ này và trong phạm vi Giới hạn phụ/Số tiền bảo hiểm tối đa hàng năm, trừ khi có thỏa thuận khác.

ĐIỀU 17 BẢO HIỂM KHÁC

Bên mua bảo hiểm phải thông báo ngay cho Công ty nếu Người được bảo hiểm được hoặc sẽ được bảo hiểm theo bất kỳ hợp đồng bảo hiểm y tế hoặc tai nạn nào khác và cung cấp cho Công ty một bản sao của chứng từ hợp đồng bảo hiểm (bao gồm cả bảng liệt kê các quyền lợi).

CHƯƠNG 3

THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM





CHƯƠNG III:

THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

ĐIỀU 18 NGƯỜI CÓ QUYỀN NHẬN QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

18.1. Trường hợp Người được bảo hiểm còn sống tại thời điểm chi trả quyền lợi bảo hiểm, Công ty sẽ thanh toán quyền lợi bảo hiểm của Bảo hiểm bổ trợ này cho:

- a. Người được bảo hiểm; hoặc
- b. Cha hoặc mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của Người được bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm dưới 18 (mười tám) tuổi.

18.2. Trường hợp Người được bảo hiểm đã tử vong tại thời điểm chi trả quyền lợi, Công ty sẽ thanh toán quyền lợi bảo hiểm của Bảo hiểm bổ trợ này cho những người nhận quyền lợi bảo hiểm theo thứ tự ưu tiên sau:

- a. Người thụ hưởng được chỉ định trong Đơn yêu cầu bảo hiểm; hoặc
- b. Bên mua bảo hiểm nếu không có chỉ định Người nhận quyền lợi bảo hiểm trong Đơn yêu cầu bảo hiểm hoặc tất cả những Người nhận quyền lợi bảo hiểm được chỉ định đã tử vong trước khi Người được bảo hiểm Nằm viện; hoặc
- c. Trong trường hợp có nhiều hơn một Người nhận quyền lợi bảo hiểm, nếu có bất kỳ Người nhận quyền lợi bảo hiểm nào tử vong trước khi Người được bảo hiểm Nằm viện tại Bệnh viện, phần quyền lợi của người đó sẽ được trả cho Bên mua bảo hiểm; hoặc
- d. Người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm nếu Bên mua bảo hiểm đã tử vong.

18.3. Người nhận quyền lợi bảo hiểm phải gửi cho Công ty những giấy tờ sau đây bằng tiếng Việt:

- a. Đơn yêu cầu thanh toán quyền lợi đã được kê khai đầy đủ, chính xác;
- b. Bảng chứng về quyền nhận quyền lợi bảo hiểm (giấy ủy quyền, di chúc, bản sao y chứng thực chứng minh nhân dân, hoặc những giấy tờ xác nhận hợp pháp khác);

- c. Bảng chứng về sự kiện sức khỏe được yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm, bao gồm:
- Chỉ định thực hiện và các kết quả xét nghiệm, chẩn đoán;
 - Chứng từ y tế liên quan đến chăm sóc y tế được Bác sĩ chỉ định, sổ kiểm tra sức khỏe, toa thuốc (có đầy đủ chẩn đoán, chữ ký, họ tên đầy đủ và con dấu của Bệnh viện/Phòng khám nơi thực hiện việc tư vấn, khám hoặc điều trị);
 - Giấy ra viện (trong trường hợp điều trị nội trú);
 - Giấy xác nhận cần chăm sóc y tế tại nhà;
 - Giấy chứng nhận Phẫu thuật (trong trường hợp Phẫu thuật);
 - Hồ sơ tai nạn hoặc bản tường trình tai nạn của Người được bảo hiểm trong trường hợp Tai nạn;
 - Các chứng từ liên quan đến điều trị nha khoa trong đó có ghi rõ phương pháp điều trị chi tiết (trong trường hợp điều trị nha khoa).
- b. Bản gốc các hóa đơn tài chính: các hóa đơn cần nêu cụ thể thông tin cá nhân của Người được bảo hiểm như họ tên, địa chỉ, tên Bệnh viện/Phòng khám, chi tiết các chi phí y tế. Trong trường hợp có nhiều chi phí y tế trên cùng một hóa đơn, hóa đơn này phải được gửi kèm với bảng kê chi tiết các chi phí tương ứng với mỗi hạng mục chi phí y tế.

Trong trường hợp Người được bảo hiểm được điều trị ngoài lãnh thổ Việt Nam thì các chứng từ quy định tại mục c và mục d Điều này có thể bằng tiếng Anh.

18.4. Công ty bảo lưu quyền yêu cầu cung cấp thêm 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 này sẽ do Công ty chịu trách nhiệm thanh toán theo hóa đơn, chứng từ thanh toán hợp lệ.

18.4. Công ty bảo lưu quyền yêu cầu Bên mua bảo hiểm hoặc người nhận quyền lợi bảo hiểm bổ sung bản gốc hoặc bản sao y chứng thực của các giấy tờ, bằng chứng như quy định tại Điều 18.3.

ĐIỀU 19 THỜI HẠN THÔNG BÁO, YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Bên mua bảo hiểm hoặc người nhận quyền lợi bảo hiểm phải thông báo cho Công ty và nộp kèm các giấy tờ quy định tại Điều 18.3 trong vòng 90 (chín mươi) ngày kể từ ngày xuất viện hoặc ngày bắt đầu điều trị ngoại trú hoặc ngày bắt đầu điều trị nha khoa.

Nếu vì lý do khách quan mà Bên mua bảo hiểm hoặc người nhận quyền lợi bảo hiểm không thể nộp hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi hoặc bằng chứng về Sự kiện bảo hiểm trong thời gian quy định nêu trên, thì yêu cầu giải quyết quyền lợi vẫn không bị ảnh hưởng với điều kiện là hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm đã hoàn tất và bằng chứng về Sự kiện bảo hiểm đó phải được nộp trong vòng 12 (mười hai) tháng kể từ ngày xuất viện hoặc ngày bắt đầu điều trị ngoại trú hoặc ngày bắt đầu điều trị nha khoa.

ĐIỀU 20 GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Công ty có trách nhiệm giải quyết quyền lợi bảo hiểm cho Người nhận quyền lợi bảo hiểm trong thời hạn 30 (ba mươi) ngày kể từ ngày nhận được chứng từ đầy đủ và hợp lệ theo quy định tại Điều 18. Nếu quá thời hạn nêu trên mà chưa thanh toán quyền lợi bảo hiểm, Công ty sẽ trả thêm lãi trên số tiền chậm trả theo lãi suất do Ngân hàng Nhà nước Việt Nam quy định tại thời điểm thanh toán đối với thời gian quá hạn.

Quyền lợi bảo hiểm sẽ được trả cho Người nhận quyền lợi bảo hiểm bằng tiền mặt tại văn phòng của Công ty hoặc các phương thức thích hợp khác như chuyển khoản, séc, tùy theo từng trường hợp cụ thể.