



## Quy tắc và Điều khoản Bảo hiểm bổ trợ

---

### **BẢO HIỂM SỨC KHỎE CÁ NHÂN**

(Được phê chuẩn theo Công văn số 14990/BTC-QLB 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 trợ.

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

<b>CHƯƠNG I: NHỮNG QUY ĐỊNH CHUNG</b> .....	<b>5</b>
Điều 1 Định nghĩa.....	5
1.1 Bảo hiểm hỗ trợ .....	5
1.2 Bên mua bảo hiểm .....	5
1.3 Bác sĩ .....	5
1.4 Bác sĩ Đồng y.....	5
1.5 Bác sĩ nha khoa .....	5
1.6 Bác sĩ phẫu thuật .....	5
1.7 Bác sĩ gây mê .....	5
1.8 Bệnh.....	6
1.9 Bệnh đặc biệt .....	6
1.10 Bệnh có sẵn .....	6
1.11 Bệnh viện .....	6
1.12 Bệnh viện công lập .....	7
1.13 Bệnh nhân nội trú.....	7
1.14 Bệnh nhân ngoại trú.....	7
1.15 Chăm sóc y tế tại nhà .....	7
1.16 Chuyên viên vật lý trị liệu .....	7
1.17 Chi phí y tế thông lệ và hợp lý .....	7
1.18 Chi phí y tế được bảo hiểm .....	8
1.19 Chương trình bảo hiểm.....	8
1.20 Dịch vụ y tế cần thiết.....	8
1.21 Dị tật bẩm sinh .....	8
1.22 Giới hạn phụ .....	8
1.23 Khu vực Châu Á.....	8
1.24 Khủng bố.....	8
1.25 Năm hợp đồng .....	8
1.26 Nằm viện.....	9
1.27 Ngày nằm viện .....	9
1.28 Ngày gia hạn năm hợp đồng .....	9
1.29 Người được bảo hiểm .....	9
1.30 Người nhà .....	9
1.31 Phòng khám.....	9
1.32 Phòng chăm sóc đặc biệt hoặc ICU .....	9
1.33 Phẫu thuật.....	10
1.34 Phẫu thuật thẩm mỹ.....	10
1.35 Phẫu thuật trong ngày.....	10

1.36	Phòng phẫu thuật.....	10
1.37	Quy tắc và Điều khoản.....	10
1.38	Số tiền bảo hiểm tối đa hàng năm.....	10
1.39	Sự kiện bảo hiểm.....	10
1.40	Tỷ lệ Đồng thanh toán.....	10
1.41	Tai nạn.....	10
1.42	Thương tật.....	10
1.43	Thương tích.....	11
1.44	Tình trạng khẩn cấp.....	11
1.45	Tuổi.....	11
1.46	Tình trạng thực vật.....	11
1.47	Vận chuyển cấp cứu.....	11
1.48	Y tá.....	11
Điều 2	Thời hạn của Bảo hiểm hỗ trợ.....	11
Điều 3	Hiệu lực của bảo hiểm hỗ trợ.....	12
Điều 4	Phí bảo hiểm và định kỳ đóng Phí bảo hiểm.....	12
Điều 5	Chấm dứt hiệu lực của bảo hiểm hỗ trợ.....	13
<b>CHƯƠNG II:</b>	<b>CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM – QUYỀN LỢI BẢO HIỂM.....</b>	<b>14</b>
Điều 6	Chương trình bảo hiểm, Lựa chọn quyền lợi bảo hiểm, Phạm vi địa lý.....	14
6.1	Chương trình bảo hiểm.....	14
6.2	Lựa chọn Quyền lợi bảo hiểm.....	14
6.3	Phạm vi địa lý.....	14
Điều 7	Bảng liệt kê quyền lợi bảo hiểm.....	14
Điều 8	Phạm vi bảo hiểm – Quyền lợi Điều trị nội trú.....	16
8.1	Viện phí và các chi phí y tế.....	16
8.2	Cấy ghép nội tạng.....	18
8.3	Điều trị ung thư.....	19
8.4	Điều trị trong ngày.....	19
8.5	Điều trị cấp cứu do Tai nạn.....	20
8.6	Điều trị tổn thương răng do Tai nạn.....	20
8.7	Vận chuyển cấp cứu trong nước.....	20
Điều 9	Phạm vi bảo hiểm – Quyền lợi Điều trị ngoại trú.....	20
Điều 10	Phạm vi bảo hiểm – Quyền lợi Chăm sóc nha khoa.....	21
Điều 11	Quyền lợi kiểm tra sức khỏe tổng quát.....	21
Điều 12	Thời gian chờ.....	22
12.1	Đối với điều trị nội trú và ngoại trú do Bệnh.....	22
12.2	Đối với điều trị nội trú và ngoại trú do Bệnh đặc biệt.....	22
12.3	Đối với Chăm sóc nha khoa.....	22

Điều 13	Loại trừ bảo hiểm.....	22
Điều 14	Yêu cầu chấp thuận trước.....	24
Điều 15	Bảo lãnh thanh toán.....	24
Điều 16	Đồng bảo hiểm.....	25
Điều 17	Bảo hiểm khác.....	25
<b>CHƯƠNG III: THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM.....</b>		<b>26</b>
Điều 18	Người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm.....	26
Điều 19	Thời hạn thông báo, yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm.....	27
Điều 20	Giải quyết quyền lợi bảo hiểm.....	27

## 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 hỗ 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 hỗ 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, bướu 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 mào 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 hỗ 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 từ 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 bổ 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 bổ 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 Nằm viện**

Là việc Người được bảo hiểm phải nhập viện như là Bệnh nhân nội trú. Nằm 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 Nằm viện nếu:

- a. Nằm viện để điều trị liên quan đến những Thương tật trước đó;
- b. Các lần Nằm 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 Nằm viện tiếp theo có ngày nhập viện xảy ra sau 90 (chín mươi) ngày kể từ ngày xuất viện gần nhất thì lần Nằm viện này sẽ được tính là một lần Nằm 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 lập 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 Phẫu thuật thẩm mỹ**

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 hỗ 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 hỗ 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 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 Bảo hiểm hỗ 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 hỗ 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 hỗ 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 hỗ 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 hỗ 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 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 hỗ trợ**

2.1 Thời hạn bảo hiểm của Bảo hiểm hỗ trợ này là 01 (một) năm tính từ Ngày hiệu lực của Bảo hiểm hỗ 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 hỗ trợ, Công ty được bảo lưu quyền chấm dứt hiệu lực của Bảo hiểm hỗ 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 hỗ 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 hỗ 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 Nằm 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 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 hỗ 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 hỗ 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 hỗ 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 hỗ 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 hỗ 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 hỗ 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 hỗ 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 hỗ trợ này.

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		
<b>QUYỀN LỢI ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ</b>			
<b>Viện phí và các chi phí y tế</b>			
1. Tiền giường và phòng	Tối đa 1.250.000/ngày	Tối đa 1.650.000/ngày	Tối đa 3.000.000/ngày
2. 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
3. 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
4. Chi phí Phẫu thuật	Tối đa 25.000.000/lần Năm viện	Tối đa 45.000.000/lần Năm viện	Tối đa 100.000.000/lần Năm viện
5. Các chi phí điều trị nội trú khác	Tối đa 12.500.000/lần Năm viện	Tối đa 22.000.000/lần Năm viện	Tối đa 50.000.000/lần Năm viện
6. Chi phí Điều trị trước khi nhập viện (30 ngày trước nhập viện)			
7. Chi phí Điều trị sau khi xuất viện (60 ngày sau xuất viện)			
8. 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
9. Trợ cấp nằm viện tại Bệnh viện công lập (tối đa 30 ngày/năm)	100.000/ngày	165.000/ngày	300.000/ngày
<b>Cấy ghép nội tạng (thận, tim, gan, phổi, tủy xương)</b> Chi phí y tế cho Người được bảo hiểm (người nhận tạng) Chi phí y tế cho người hiến tạng tặng 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
<b>Điều trị ung thư</b>	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
<b>Điều trị trong ngày (Phẫu thuật trong ngày, lọc máu thận)</b>	Tối đa 10.000.000/năm	Tối đa 15.000.000/năm	Tối đa 30.000.000 /năm
<b>Điều trị cấp cứu do Tai nạn (trong vòng 24 giờ từ khi xảy ra tai nạn)</b>			
1. 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
2. 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
<b>Vận chuyển cấp cứu trong nước</b>	Tối đa 2.500.000/ năm	Tối đa 4.500.000/năm	Theo Chi phí y tế được bảo hiểm thực tế

Chương trình bảo hiểm	Tiêu chuẩn	Cao cấp	V.I.P
<b>QUYỀN LỢI ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ</b>	<b>Tối đa 2.500.000/năm</b>	<b>Tối đa 6.500.000/năm</b>	<b>Tối đa 10.500.000/năm</b>
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%
1. 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
2. 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)
<b>QUYỀN LỢI CHĂM SÓC NHA KHOA</b>	-	-	<b>Tối đa 10.500.000/năm</b>
1. Chi phí kiểm tra, cạo vôi răng (tối đa 02 lần/năm)	-	-	Tối đa 1.000.000/lần
2. 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 hỗ 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 hỗ 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 hỗ 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 hỗ 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 hỗ 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 hỗ 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 hỗ 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 hỗ 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 hỗ 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 hỗ 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 hỗ 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 hỗ 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 hỗ trợ này.

### **8.5 Điều trị cấp cứu do Tai nạn**

Trong thời gian Bảo hiểm hỗ 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 hỗ trợ này.

### **8.6 Điều trị tổn thương răng do Tai nạn**

Trong thời gian Bảo hiểm hỗ 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 hỗ 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 hỗ 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 hỗ 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 hỗ 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 hỗ 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 khảm 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:

<b>Chương trình bảo hiểm</b>	<b>Tiêu chuẩn</b>	<b>Cao cấp</b>	<b>V.I.P</b>
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 Năm 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 trú 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 trú 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 tinh tảo 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 ngưng thở khi ngủ), 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 hỗ 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 hỗ trợ này), điều trị phòng ngừa (tiêm chủng, vaccin 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 đóng thế 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 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:
- Người được bảo hiểm; hoặc
  - 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:
- Người thụ hưởng được chỉ định trong Đơn yêu cầu bảo hiểm; hoặc
  - 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
  - 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
  - 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:
- Đơn yêu cầu thanh toán quyền lợi đã được kê khai đầy đủ, chính xác;
  - 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);
  - 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).
  - 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.
- 18.5 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.

==//==

