

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN SẢN PHẨM BẢO HIỂM BỔ SUNG – HỖ TRỢ VIỆN PHÍ

- Được chấp thuận theo Công văn số 859/BTC-QLBH ngày 19/01/2016, Công văn sửa đổi, bổ sung số 17225/BTC-QLBH ngày 05/12/2016 và Công văn sửa đổi, bổ sung số 12702/BTC-QLBH ngày 5/11/2021 của Bộ Tài chính.

Mục lục

CHƯƠNG I : ĐIỀU KHOẢN SẢN PHẨM BỔ SUNG	2
ĐIỀU 1: ĐỊNH NGHĨA	2
ĐIỀU 2: THỜI HẠN BẢO HIỂM VÀ THỜI HẠN ĐÓNG PHÍ	5
CHƯƠNG II : QUYỀN LỢI BẢO HIỂM SẢN PHẨM BỔ SUNG	5
ĐIỀU 3: QUYỀN LỢI HỖ TRỢ VIỆN PHÍ.....	5
ĐIỀU 4: ĐIỀU KHOẢN LOẠI TRỪ TRÁCH NHIỆM BẢO HIỂM	6
CHƯƠNG III : GIẢI QUYẾT YÊU CẦU BÒI THƯỜNG.....	7
ĐIỀU 5: THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM.....	8
ĐIỀU 6: THỜI HẠN NỘP YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM.....	8
CHƯƠNG IV : ĐIỀU KHOẢN KHÁC	8
ĐIỀU 7: HIỆU LỰC CỦA BẢO HIỂM BỔ SUNG	8
ĐIỀU 8: CHẤM DỨT BẢO HIỂM BỔ SUNG	8
PHỤ LỤC 1.....	10
PHỤ LỤC 2.....	11
PHỤ LỤC 3.....	13

Tất cả các thuật ngữ sử dụng trong Quy tắc và Điều khoản này đều được hiểu như những thuật ngữ trong Hợp đồng bảo hiểm chính. Quy tắc và Điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm chính sẽ được áp dụng cho sản phẩm bổ sung. Trong trường hợp có mâu thuẫn giữa sản phẩm chính và sản phẩm bổ sung, điều khoản của sản phẩm bổ sung sẽ được áp dụng.

CHƯƠNG I : ĐIỀU KHOẢN SẢN PHẨM BỔ SUNG

ĐIỀU 1: ĐỊNH NGHĨA

1.1. **"Người được bảo hiểm"** là (các) cá nhân hiện đang cư trú tại Việt Nam, trong độ tuổi từ một (1) tuổi đến năm mươi chín (59) tuổi và được Công ty chấp thuận bảo hiểm theo Quy tắc và Điều khoản sản phẩm bảo hiểm bổ sung này.

Trong một số trường hợp ngoại lệ, Công ty có thể xem xét phát hành bảo hiểm bổ sung này ở ngoài độ tuổi quy định, tùy thuộc vào kết quả thẩm định của Công ty.

1.2. **"Tai nạn"** 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 động và ngoài ý muốn của Người được bảo hiểm lên cơ thể và gây chấn thương cho Người được bảo hiểm, xảy ra trong thời gian có hiệu lực của bảo hiểm bổ sung này.

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 làm ảnh hưởng đến sức khỏe của Người được bảo hiểm, hoặc gây ra thương tật hoặc tử vong cho Người được bảo hiểm, hoặc dẫn đến việc Người được bảo hiểm phải nằm viện để điều trị.

1.3. **"Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa"** là sự điều trị y khoa do Bác sĩ chỉ định và đáp ứng những điều kiện sau:

- a. Phải phù hợp với các triệu chứng, chẩn đoán hoặc điều trị cho bệnh nhân;
- b. Phải phù hợp với thực tiễn y tế thông thường đã được chấp nhận và với các tiêu chuẩn chuyên môn áp dụng bởi cộng đồng y tế tại thời điểm chăm sóc;
- c. Bắt buộc vì các lý do khác ngoài lý do tiện nghi thoải mái cho bệnh nhân hoặc ý thích của bệnh nhân hoặc của bác sĩ;
- d. Có tác dụng y tế đã được chứng minh và thừa nhận;
- e. Được thực hiện bởi các thiết bị và vật liệu với số lượng và chất lượng phù hợp với mức độ chăm sóc cần thiết đối với tình trạng sức khỏe của bệnh nhân;
- f. Chỉ cung cấp trong một khoảng thời gian phù hợp với tình trạng sức khỏe của bệnh nhân.

Liên quan đến việc nằm viện, **"Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa"** có nghĩa rằng việc chẩn đoán và điều trị không thể đạt được một cách an toàn và hiệu quả nếu Người được bảo hiểm không nằm viện.

Danh sách những bệnh/chấn thương không cần thiết về mặt y khoa để nằm viện điều trị nội trú được quy định tại Phụ lục 2 của Quy tắc và Điều khoản sản phẩm bảo hiểm bổ sung này.

- 1.4. **"Bệnh nhân nội trú"** là Người được bảo hiểm đã hoàn tất thủ tục nhập viện và theo yêu cầu Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa, Người được bảo hiểm phải nằm viện qua đêm tại Bệnh viện để điều trị. Việc nằm viện làm Bệnh nhân nội trú chỉ được chấp nhận khi Người được bảo hiểm nhập viện tại một Bệnh viện đáp ứng các điều kiện quy định tại Điều 1.8.
- 1.5. **"Ngày nằm viện"** có nghĩa là một ngày Người được bảo hiểm nằm viện qua đêm làm Bệnh nhân nội trú mà viện phí và tiền phòng theo quy định của Bệnh viện phải được thể hiện trên hóa đơn viện phí.
- 1.6. **"Bác sĩ"** là người được cấp Chứng chỉ hành nghề Bác sĩ theo quy định Luật khám bệnh, chữa bệnh của Việt Nam hoặc được người được phép hành nghề tây y ở bất kỳ quốc gia nào khác theo pháp luật của quốc gia đó và được Công ty chấp nhận. Bác sĩ không được là Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng hoặc người thân (theo quy định của pháp luật hiện hành) của Bên mua bảo hiểm, của Người được bảo hiểm hoặc của Người thụ hưởng (trừ trường hợp được Công ty chấp thuận trước bằng văn bản).
- 1.7. **"Phẫu thuật"** là một phương pháp y khoa để điều trị bệnh hoặc tổn thương do những yêu cầu Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa, được chỉ định và thực hiện bởi Bác sĩ có chuyên môn phù hợp, và được thực hiện trong Phòng phẫu thuật của Bệnh viện. Tất cả các phẫu thuật được thực hiện bằng cách gây tê tại chỗ hoặc phục vụ cho mục đích chẩn đoán bệnh, hoặc được thực hiện trong lúc Người được bảo hiểm không phải là Bệnh nhân nội trú, hoặc không được thực hiện trong Phòng phẫu thuật của Bệnh viện sẽ không được hiểu là Phẫu thuật theo định nghĩa này.

"Phòng phẫu thuật – Gây mê hồi sức" là một bộ phận của Bệnh viện được trang bị các thiết bị y tế phù hợp và cần thiết để phục vụ cho việc Phẫu thuật.

- 1.8. **"Bệnh viện"** là một cơ sở được thành lập và đăng ký theo luật pháp Việt Nam, đang hoạt động theo pháp luật hiện hành và hội đủ các tiêu chuẩn sau:
 1. Cung cấp dịch vụ y tế tây y để Cấp cứu, điều trị và chăm sóc cho những người bị thương tật hay ốm đau trên cơ sở nội trú; và
 2. Cung cấp các phương tiện phục vụ cho việc chăm sóc và chữa trị, bao gồm chẩn đoán xác định bệnh, điều trị, phẫu thuật; và
 3. Cung cấp dịch vụ chăm sóc 24 giờ mỗi ngày bởi các Bác sĩ và y tá có giấy phép hành nghề của Bộ Y tế hay Sở Y tế; và
 4. Có lưu trữ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân, chứng từ y khoa, chứng từ kế toán theo quy định của pháp luật và quy định hiện hành tại địa phương nơi bệnh viện có trụ sở; và

5. Phải là bệnh viện tuyến trung ương, tuyến tỉnh, tuyến huyện hoặc Trung tâm y tế huyện theo phân cấp của Bộ Y tế Việt Nam; hoặc bệnh viện loại trung ương tương đương nếu ngoài Việt Nam.

Trong định nghĩa này, ngoại trừ trường hợp Cấp cứu, Bệnh viện sẽ không bao gồm:

6. Trung tâm y tế dự phòng;
7. Bệnh viện/viện/khoa tâm thần; và
8. Bệnh viện/viện/khoa y học dân tộc; và
9. Bệnh viện/viện/khoa/nhà điều dưỡng, trung tâm phục hồi chức năng, nhà lưu bệnh; và
10. 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; và
11. Trung tâm y tế huyện thực hiện công tác y tế dự phòng, điều dưỡng, phục hồi chức năng, bảo sanh, an dưỡng; và
12. Phòng khám đa khoa, trạm y tế phường, xã, thị trấn thuộc trung tâm y tế huyện.

Trong định nghĩa này, "**Cấp cứu**" là tình trạng mà Người được bảo hiểm chấn thương hoặc tổn thương nghiêm trọng do tai nạn đòi hỏi phải được chăm sóc y tế, điều trị hoặc phẫu thuật trong vòng hai mươi bốn (24) giờ kể từ khi có Tai nạn, nếu không có thể nguy hiểm đến tính mạng hoặc mất các cơ quan chức năng quan trọng của cơ thể như mất chân tay, thị lực.

1.9. "Tình trạng tổn tại trước" là tình trạng bệnh tật hoặc dấu hiệu/triệu chứng liên quan trực tiếp đến một căn bệnh hoặc tổn thương của Người được bảo hiểm đã có trước (a) Ngày có hiệu lực của bảo hiểm bổ sung này, hoặc (b) ngày khôi phục hiệu lực gần nhất của Hợp đồng bảo hiểm (nếu Hợp đồng bảo hiểm đã được khôi phục hiệu lực) tùy thuộc vào sự kiện nào xảy ra sau. Ngoại trừ căn bệnh hoặc tổn thương, hoặc bất kỳ tình trạng tổn tại trước có liên quan đã được kê khai một cách đầy đủ trong Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm hoặc trong bằng chứng về khả năng có thể bảo hiểm và đã được Công ty chấp thuận.

1.10. "Khoa chăm sóc đặc biệt" là một bộ phận của Bệnh viện và phải đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

- a. Được thiết lập nhằm cung cấp chương trình chăm sóc, theo dõi và điều trị tích cực;
- b. Dành riêng cho những bệnh nhân trong điều kiện nguy kịch, cần sự theo dõi và kiểm tra y tế liên tục của Bác sĩ;
- c. Được trang bị các thiết bị y tế, thuốc men, dụng cụ và các phương tiện cấp cứu cần thiết cho việc cứu sống bệnh nhân một cách nhanh chóng;
- d. Không phải là Khoa/phòng cấp cứu, Khoa/phòng hậu phẫu của Bệnh viện.

1.11. “Thời hạn hoãn áp dụng” là khoảng thời gian mà nếu các sự kiện bảo hiểm xảy ra trong thời gian này sẽ không được Công ty chi trả quyền lợi. Thời hạn hoãn áp dụng cho sản phẩm bổ sung này được áp dụng như sau:

- Đối với các bệnh đặc biệt được quy định trong Phụ lục 1 của Quy tắc và Điều khoản này: 90 ngày đầu tiên kể từ ngày bảo hiểm bổ sung này có hiệu lực hoặc ngày khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm gần nhất;
- Đối với các bệnh không thuộc danh sách các bệnh đặc biệt quy định trong Phụ lục 1 của Quy tắc và Điều khoản này: 30 ngày kể từ ngày bảo hiểm bổ sung này có hiệu lực hoặc ngày khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm gần nhất;
- Không áp dụng Thời hạn hoãn áp dụng đối với trường hợp nằm viện do Tai nạn.

ĐIỀU 2: THỜI HẠN BẢO HIỂM VÀ THỜI HẠN ĐÓNG PHÍ

2.1 Thời hạn bảo hiểm tối đa bằng với thời hạn bảo hiểm của sản phẩm chính và nằm trong khoảng từ 6 đến 30 năm, với điều kiện tuổi của Người được bảo hiểm không vượt quá 65 tuổi vào lúc kết thúc Thời hạn bảo hiểm.

2.2 Thời hạn đóng phí tùy thuộc vào các quy định của sản phẩm chính mà sản phẩm bổ sung này được đính kèm nhưng không vượt quá Thời hạn bảo hiểm của sản phẩm bổ sung như được quy định tại Điều 2.1.

CHƯƠNG II : QUYỀN LỢI BẢO HIỂM SẢN PHẨM BỔ SUNG

ĐIỀU 3: QUYỀN LỢI HỖ TRỢ VIỆN PHÍ

Trong khi bảo hiểm bổ sung này có hiệu lực, nếu Người được bảo hiểm nằm viện làm Bệnh nhân nội trú và nguyên nhân nằm viện không thuộc các Điều khoản loại trừ bảo hiểm (được quy định trong điều 4) của bảo hiểm bổ sung này, Công ty sẽ chi trả cho Người được bảo hiểm các quyền lợi bảo hiểm sau:

3.1. Quyền lợi Hỗ trợ chi phí nằm viện

Nếu Người được bảo hiểm phải nằm viện làm Bệnh nhân nội trú (ít nhất 03 ngày cho mỗi lần nằm viện), Công ty sẽ chi trả 100% Số tiền bảo hiểm của bảo hiểm bổ sung này cho mỗi Ngày nằm viện trong thời gian mà bảo hiểm bổ sung này còn hiệu lực; trừ đi các khoản Phí bảo hiểm đến hạn nhưng chưa được đóng (nếu có).

Tổng số Ngày nằm viện được chi trả không vượt quá 120 ngày trong 01 Năm hợp đồng và 1000 ngày trong suốt Thời hạn bảo hiểm của bảo hiểm bổ sung này.

Trong trường hợp Công ty chi trả số ngày nằm viện tối đa 1000 ngày cho Quyền lợi này, bảo hiểm bổ sung sẽ chấm dứt hiệu lực.

Số Ngày nằm viện tối đa chi trả cho từng nhóm bệnh cho mỗi lần nằm viện không vượt quá giới hạn số ngày tối đa theo quy định tại Phụ lục 3 của Quy tắc và Điều khoản sản phẩm bảo hiểm bổ sung này.

3.2. Quyền lợi Hỗ trợ chi phí điều trị tại Khoa chăm sóc đặc biệt

Trong thời gian nằm viện làm Bệnh nhân nội trú tại Bệnh viện, nếu Người được bảo hiểm phải điều trị tích cực tại Khoa chăm sóc đặc biệt, ngoài Quyền lợi Hỗ trợ chi phí nằm viện quy định tại điều 3.1, Công ty sẽ chi trả thêm 100% Số tiền bảo hiểm của bảo hiểm bổ sung cho mỗi Ngày nằm viện tại Khoa chăm sóc đặc biệt trong thời gian mà bảo hiểm bổ sung này còn hiệu lực; trừ đi các khoản Phí bảo hiểm đến hạn nhưng chưa được đóng (nếu có).

Thời gian nằm viện tối thiểu (03 ngày cho mỗi lần nằm viện) sẽ không áp dụng cho quyền lợi này.

Tổng số ngày chi trả Quyền lợi Hỗ trợ điều trị tại Khoa chăm sóc đặc biệt tối đa là 45 ngày trong 01 Năm hợp đồng và 400 ngày trong suốt Thời hạn bảo hiểm của bảo hiểm bổ sung này.

3.3. Quyền lợi Hỗ trợ chi phí Phẫu thuật

Nếu Người được bảo hiểm phải trải qua quá trình Phẫu thuật, Công ty sẽ chi trả 500% Số tiền bảo hiểm của bảo hiểm bổ sung cho một lần Phẫu thuật; trừ đi các khoản Phí bảo hiểm đến hạn nhưng chưa được đóng (nếu có).

Tổng số lần Phẫu thuật được chi trả tối đa là 05 lần phẫu thuật trong 01 năm hợp đồng và 50 lần trong suốt Thời hạn bảo hiểm của bảo hiểm bổ sung này.

Bảo hiểm bổ sung sẽ chấm dứt hiệu lực khi Công ty chi trả tổng quyền lợi Hỗ trợ viện phí tối đa là 200% Số tiền bảo hiểm của Sản phẩm chính.

ĐIỀU 4: ĐIỀU KHOẢN LOẠI TRỪ TRÁCH NHIỆM BẢO HIỂM

Công ty sẽ không thanh toán bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào của Quyền lợi Hỗ trợ viện phí trong trường hợp Người được bảo hiểm làm Bệnh nhân nội trú tại Bệnh viện trực tiếp hoặc gián tiếp được gây ra bởi các nguyên nhân sau:

- a. Cố tình tự gây thương tích trong lúc tình tảo hay bị mất trí; hoặc
- b. Trong Thời hạn hoãn áp dụng như quy định tại Điều 1.11 của bản Quy tắc và Điều khoản này; hoặc
- c. Các điều trị liên quan đến thai sản, mang thai, sẩy thai, sinh con, chữa vô sinh, ngừa thai, triệt sản, dị tật bẩm sinh, cắt bao quy đầu, hay nạo phá thai hoặc các biến chứng liên quan đến thai sản khác trừ trường hợp bác sĩ chỉ định ngừng mang thai do bị tai nạn; hoặc
- d. Điều trị nha khoa ngoại trừ bắt buộc phải điều trị do tai nạn xảy ra trong thời gian bảo hiểm; hoặc
- e. Tất cả các điều trị liên quan đến mắt ngoại trừ bắt buộc phải điều trị do tai nạn xảy ra trong thời gian bảo hiểm; hoặc
- f. Tất cả các điều trị liên quan đến bệnh phong; hoặc

- g. Điều trị các bệnh liên quan đến AIDS/HIV hay bệnh lây truyền qua đường tình dục; hoặc
- h. Điều trị thử nghiệm; các thử nghiệm không liên quan đến việc điều trị bệnh hay tổn thương hoặc các điều trị không cần thiết và hợp lý về mặt y khoa; hoặc
- i. Điều trị các bệnh tâm thần hay rối loạn tâm lý; hoặc
- j. Điều trị bằng thuốc hoặc các biện pháp y học dân tộc, hoặc điều trị nghiện rượu; hoặc
- k. Các trường hợp tồn tại trước như quy định tại Điều 1.9 của bản Quy tắc và Điều khoản này; hoặc
- l. Phẫu thuật thẩm mỹ, hiến/cho mô hay bộ phận cơ thể, phẫu thuật chuyển đổi giới tính hay bất cứ hình thức phẫu thuật nào tự chọn lựa mà không phải là các biện pháp y khoa cần thiết cho việc điều trị bệnh hoặc tổn thương; hoặc
- m. Khám/kiểm tra sức khỏe định kỳ, điều dưỡng, tinh dưỡng, điều trị phục hồi chức năng, tiêm chủng, hoặc sử dụng thuốc phòng ngừa; hoặc
- n. Người được bảo hiểm sử dụng bất kỳ thức uống có cồn hoặc chất kích thích vượt quá nồng độ cho phép theo quy định của pháp luật, chất gây nghiện, thuốc ngủ, thuốc, thuốc an thần hoặc chất độc nào trừ trường hợp việc sử dụng thuốc theo chỉ định của Bác sĩ; hoặc
- o. Hành vi phạm tội hoặc mưu toan phạm tội (được quy định trong Bộ luật Hình sự) của Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng; hoặc
- p. Bạo động, dân biến, nội chiến hoặc hành động thù địch của các lực lượng có vũ trang, dù Người được bảo hiểm có thực sự tham gia vào các sự kiện đó hay không; hoặc
- q. Tham gia lực lượng hải quân, quân đội hoặc không quân, hoặc bất kỳ hoạt động hoặc nhiệm vụ chiến đấu nào với bất kỳ lực lượng vũ trang nào của bất kỳ quốc gia, vùng lãnh thổ hoặc tổ chức quốc tế nào; hoặc
- r. Tham gia các loại hình thể thao hoặc hoạt động mạo hiểm, bao gồm nhưng không giới hạn các loại hình hoạt động dưới nước liên quan đến thiết bị hỗ trợ thở; các loại hình hoạt động liên quan đến độ cao cho dù có hay không có thiết bị hỗ trợ; các môn thể thao liên quan đến võ, đấm bốc; các hoạt động liên quan đến chất nổ hoặc nổ, lái xe hoặc đua xe ở bất kỳ loại hình đua nào; tất cả các loại hình thể thao chuyên nghiệp loại trừ cờ vua, cờ tướng; hoặc
- s. Tham gia các hoạt động hàng không, trừ khi là hành khách đi máy bay có trả cước phí của một hãng hàng không được cấp phép hoặc được công nhận hợp lệ; hoặc
- t. Nổ hoặc phóng xạ từ các loại vũ khí hạt nhân, nguyên tử hoặc hóa học hoặc việc nhiễm độc phóng xạ từ các cơ sở hạt nhân hoặc nguyên tử.

CHƯƠNG III : GIẢI QUYẾT YÊU CẦU BỒI THƯỜNG

Để yêu cầu bồi thường, người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải liên hệ với Công ty theo thông tin liên lạc được quy định trong Trang hợp đồng và nộp đầy đủ các giấy tờ được liệt kê ở Điều 5. Công ty có quyền yêu cầu người nhận quyền lợi bảo hiểm cung cấp thêm các giấy tờ, bằng chứng hợp pháp khác để giúp cho việc chi trả quyền lợi bảo hiểm. Trong trường hợp này, chi phí liên quan đến việc cung cấp các giấy tờ bổ sung sẽ do Công ty chịu.

ĐIỀU 5: THỦ TỤC 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:

1. Đơn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo mẫu do Công ty quy định đã được điền đầy đủ và chính xác;
2. Bản gốc hoặc bản sao có chứng thực Giấy ra viện và Giấy chứng nhận Phẫu thuật (nếu có Phẫu thuật);
3. Bản gốc Tóm tắt bệnh án điều trị và các kết quả xét nghiệm đã làm liên quan đến lần nằm viện yêu cầu bảo hiểm;
4. Bản gốc hoặc bản sao có chứng thực các Hóa đơn viện phí và các hóa đơn liên quan đến việc điều trị;
5. Bản gốc hoặc bản sao có chứng thực các chứng từ liên quan đến việc điều trị tại Khoa chăm sóc đặc biệt (nếu có điều trị tại Khoa chăm sóc đặc biệt);
6. Bản gốc hoặc bản sao có chứng thực Biên bản kết luận điều tra về tai nạn (nếu Người được bảo hiểm nằm viện do tai nạn);
7. Bảng chứng về quyền được nhận quyền lợi bảo hiểm như giấy ủy quyền, chứng minh nhân dân hoặc các giấy tờ xác nhận hợp pháp khác.

ĐIỀU 6: THỜI HẠN NỘP YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

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

CHƯƠNG IV : ĐIỀU KHOẢN KHÁC

ĐIỀU 7: HIỆU LỰC CỦA BẢO HIỂM BỔ SUNG

Ngày có hiệu lực của bảo hiểm bổ sung: là ngày Công ty chấp nhận phát hành bảo hiểm bổ sung này như được quy định trong Trang hợp đồng hoặc Thư xác nhận tham gia bảo hiểm bổ sung (trong trường hợp Người được bảo hiểm tham gia bảo hiểm bổ sung vào sau ngày phát hành Hợp đồng bảo hiểm chính).

ĐIỀU 8: CHẤM DỨT BẢO HIỂM BỔ SUNG

Bảo hiểm bổ sung này sẽ chấm dứt hiệu lực vào các ngày sau, tùy thuộc vào sự kiện nào xảy ra trước:

1. Ngày kết thúc Thời hạn bảo hiểm bổ sung; hoặc
2. Ngày Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt bảo hiểm bổ sung; hoặc
3. Ngày kết thúc Thời gian gia hạn đóng phí, tùy thuộc vào các quy định về đóng phí của sản phẩm chính mà sản phẩm bổ sung này được đính kèm, và Bên mua bảo hiểm không hoàn tất việc đóng các khoản Phí bảo hiểm đến hạn cho sản phẩm bổ sung này (khi sản phẩm chính là sản phẩm truyền thống); hoặc

4. Ngày giá trị tài khoản của sản phẩm chính không đủ để trừ phí bảo hiểm cho sản phẩm bổ sung (khi sản phẩm chính là sản phẩm liên kết chung); hoặc
5. Ngày sản phẩm bảo hiểm chính chuyển đổi thành Hợp đồng có số tiền bảo hiểm giảm; hoặc
6. Ngày Hợp đồng bảo hiểm chính đáo hạn hay chấm dứt hiệu lực vì bất kì lý do gì.
7. Ngày Công ty chi trả hết số Ngày nằm viện tối đa cho Quyền lợi Hỗ trợ chi phí nằm viện (1000 ngày).
8. Ngày Công ty chi trả Tổng quyền lợi bảo hiểm tối đa của sản phẩm bổ sung này (200% Số tiền bảo hiểm của sản phẩm chính).

Ngoài ra, Công ty có quyền từ chối việc duy trì hiệu lực bảo hiểm bổ sung này vào bất kỳ lúc nào bằng cách gửi thông báo bằng văn bản trước 30 ngày cho Bên mua bảo hiểm. Trong trường hợp này, Công ty sẽ hoàn trả Phí bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm đã đóng cho thời gian chưa được bảo hiểm.

PHỤ LỤC 1

DANH SÁCH CÁC BỆNH ĐẶC BIỆT

1. Khối u lành tính hay ác tính.
2. Bệnh trĩ.
3. Rò hậu môn.
4. Tràn dịch màng tinh hoàn.
5. Các loại bệnh thoát vị.
6. Tăng huyết áp hoặc bệnh tim mạch.
7. Sỏi thận hoặc sỏi niệu đạo.
8. Phẫu thuật cắt bỏ dạ con (tử cung).
9. Đục thủy tinh thể.
10. Xẹp đĩa đệm cột sống.
11. Viêm túi mật.
12. Tình trạng viêm xoang hoặc bất thường của đường mũi, vách ngăn, hoặc xoang mũi.
13. Lạc nội mạc tử cung.
14. Rối loạn chức năng tuyến giáp.
15. Bệnh động kinh.
16. Lao.
17. Loét dạ dày hoặc tá tràng.
18. Giãn tĩnh mạch thừng tinh.
19. Bệnh ngón chân cái vẹo ngoài.

PHỤ LỤC 2

DANH SÁCH NHỮNG BỆNH/CHẤN THƯƠNG KHÔNG CẦN THIẾT VỀ MẶT Y KHOA ĐỂ NÀM VIỆN ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ

1. Viêm khớp, đau khớp, thoái hóa khớp không có biến chứng nghiêm trọng.
2. Đau lưng, thoái hóa cột sống, đau thần kinh tọa/thoát vị đĩa đệm không có biến chứng và không điều trị phẫu thuật.
3. Đau thần kinh vai gáy không có biến chứng hoặc triệu chứng trầm trọng.
4. Bệnh gút không có biến chứng hoặc triệu chứng trầm trọng .
5. Viêm cơ, viêm da.
6. Viêm họng, viêm amidan, viêm thanh quản, viêm hô hấp trên không có triệu chứng khó thở ở người lớn.
7. Viêm phế quản không có triệu chứng khó thở ở người lớn.
8. Viêm xoang, viêm đa xoang, viêm mũi và polyp mũi (bướu thịt mũi) không điều trị phẫu thuật.
9. Viêm tai ngoài ở người lớn.
10. Sốt phát ban, sốt siêu vi ở người lớn không biến chứng.
11. Rối loạn tiền đình, thiếu năng tuần hoàn não, rối loạn tuần hoàn não (không có triệu chứng nghiêm trọng).
12. Chấn thương nhẹ hoặc không nghiêm trọng như:
 - Rách da hoặc chấn thương phần mềm;
 - Chấn thương khớp tay/chân không điều trị phẫu thuật;
 - Gãy kín hay trật khớp xương ngón tay, ngón chân không điều trị phẫu thuật.
13. Rối loạn tiêu hóa không có triệu chứng nghiêm trọng.
14. Hội chứng dạ dày tá tràng, viêm dạ dày không có triệu chứng nặng/biến chứng hoặc không có nội soi chẩn đoán.
15. Viêm ruột/viêm đại tràng không có biến chứng (tiêu ra máu...).
16. Trĩ (không phẫu thuật và không đi tiêu ra máu).
17. Polyp cổ tử cung, viêm tuyến Bartholin không điều trị phẫu thuật, Viêm âm đạo.
18. Nhiễm trùng đường tiểu dưới ở phụ nữ.
19. Sỏi đường tiết niệu không điều trị phẫu thuật, không có cơn đau quặn thận.
20. Suy nhược thần kinh, suy nhược cơ thể, rối loạn thần kinh thực vật.
21. Bệnh Alzheimer.
22. Phẫu thuật u nhỏ da/dưới da, mụn cóc (kích thước dưới 10cm).

23. Các trường hợp có tình trạng sức khỏe ổn định, dấu hiệu sinh tồn trong giới hạn bình thường, tình trạng bệnh lý/tổn thương ở mức độ nhẹ có tiên lượng bệnh không diễn biến nặng hoặc không có biến chứng, có thể kiểm soát bằng điều trị ngoại trú, không cần sự theo dõi hoặc chăm sóc của chuyên viên y tế.

Công ty sẽ xem xét chi trả quyền lợi bảo hiểm tùy theo từng trường hợp nếu sự kiện bảo hiểm thuộc các bệnh trong danh sách trên đây và có triệu chứng nặng hoặc có biến chứng nghiêm trọng cần có sự can thiệp của chuyên viên y tế tại Bệnh viện.

Danh sách Những bệnh/chấn thương không cần thiết về mặt y khoa để nằm viện điều trị nội trú có thể được thay đổi sau khi được phê chuẩn của Bộ Tài Chính và được cập nhật trên trang thông tin điện tử chính thức của Công ty.

PHỤ LỤC 3**BẢNG QUY ĐỊNH SỐ NGÀY NẪM VIỆN TỐI ĐA CHI TRẢ CHO TỪNG NHÓM BỆNH CHO
MỖI LẦN NẪM VIỆN**

	Bệnh	Số Ngày nằm viện tối đa/lần nằm viện
1	Bệnh lao	30
2	Bệnh viêm gan siêu vi có triệu chứng	15
3	Bệnh cơ-xương-khớp	14
4	Nhóm bệnh u bướu	14
5	Bệnh về mắt do tai nạn	13
6	Nhóm bệnh của hệ tự miễn	13
7	Nhóm bệnh của hệ tim mạch	12
8	Nhóm bệnh nhiễm trùng khác	11
9	Nhóm bệnh do chấn thương; ngộ độc	10
10	Nhóm bệnh của tai	10
11	Nhóm bệnh của hệ thần kinh	10
12	Nhóm bệnh của hệ tiết niệu - sinh dục	9
13	Nhóm bệnh của hệ chuyển hóa; nội tiết	9
14	Nhóm bệnh nhiễm ký sinh trùng	8
15	Nhóm bệnh của hệ tiêu hóa	8
16	Nhóm bệnh của hệ tạo máu	8
17	Nhóm bệnh về da liễu	8
18	Nhóm bệnh của hô hấp	10
19	Nhiễm siêu vi kèm sốt cao	7