

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN**SẢN PHẨM BẢO HIỂM BỔ SUNG – CHI TRẢ CHI PHÍ Y TẾ THỰC TẾ (PHIÊN BẢN 2022)****(BẢO HIỂM BỔ SUNG – SỐNG CHẤT)**

(Được chấp thuận theo Công văn số 9497/BTC-QLBH ngày 19/09/2022 của Bộ Tài chính)

MỤC LỤC

Điều 1.Lựa chọn Kế hoạch bảo hiểm, Quyền lợi bảo hiểm	2
Điều 2.Quyền lợi bảo hiểm	2
2.1.Quyền lợi điều trị nội trú.....	3
2.2.Quyền lợi điều trị ngoại trú.....	4
2.3.Quyền lợi điều trị nha khoa	5
2.4.Quyền lợi chăm sóc thai sản.....	6
2.5.Quyền lợi san sẻ yêu thương	6
Điều 3.Điều khoản loại trừ	7
Điều 4.Giải quyết quyền lợi bảo hiểm	8
4.1.Thời hạn thông báo yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm	8
4.2.Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm.....	8
Điều 5.Thời hạn bảo hiểm và phí bảo hiểm	9
5.1.Thời hạn bảo hiểm	9
5.2.Phí bảo hiểm	9
Điều 6.Chấp thuận bảo hiểm có điều kiện	9
Điều 7.Các điều khoản khác	10
7.1.Thay đổi nghề nghiệp/nơi cư trú/ra khỏi lãnh thổ Việt Nam.....	10
7.2.Thay đổi Kế hoạch bảo hiểm, Quyền lợi bảo hiểm	10
7.3.Thay đổi Thành viên gia đình (áp dụng cho Quyền lợi san sẻ yêu thương).....	11
7.4.Chấm dứt hiệu lực sản phẩm bổ sung	11
Điều 8.Định nghĩa	12

“Sản phẩm bảo hiểm bổ sung” (sau đây gọi tắt là “Sản phẩm bổ sung”): là sản phẩm bảo hiểm được tham gia kèm với một sản phẩm bảo hiểm chính (sau đây gọi tắt là “Sản phẩm chính”) trong cùng một Hợp đồng bảo hiểm để bảo hiểm cho (những) người có quyền lợi có thể được bảo hiểm với Bên mua bảo hiểm được ghi nhận trong Hợp đồng bảo hiểm.

Tất cả các thuật ngữ sử dụng trong Quy tắc và Điều khoản Sản phẩm bổ sung này đều được hiểu như những thuật ngữ trong Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm bảo hiểm chính. Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm 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, Quy tắc và Điều khoản Sản phẩm bổ sung sẽ được áp dụng.

Điều 1. Lựa chọn Kế hoạch bảo hiểm, Quyền lợi bảo hiểm

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

- Quyền lợi điều trị nội trú là quyền lợi mặc định;
- Bên mua bảo hiểm có thể lựa chọn thêm Quyền lợi điều trị ngoại trú/Quyền lợi điều trị nha khoa/Quyền lợi chăm sóc thai sản. Quyền lợi điều trị nha khoa/Quyền lợi chăm sóc thai sản chỉ có thể được lựa chọn nếu có tham gia Quyền lợi điều trị ngoại trú;
- Bên mua bảo hiểm có thể chọn 1 trong 5 Kế hoạch bảo hiểm cho từng Quyền lợi bảo hiểm.

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

Đơn vị: đồng					
Kế hoạch bảo hiểm	Nước	Đất	Mây	Sao	Trăng
Phạm vi địa lý được bảo hiểm	Việt Nam	Việt Nam	Châu Á	Toàn cầu (trừ Mỹ)	Toàn cầu
Số tiền bảo hiểm					
Quyền lợi điều trị nội trú	100 triệu	200 triệu	500 triệu	1 tỷ	3 tỷ
Quyền lợi điều trị ngoại trú	5 triệu	10 triệu	20 triệu	40 triệu	120 triệu
Quyền lợi điều trị nha khoa	2 triệu	4 triệu	10 triệu	15 triệu	30 triệu
Quyền lợi chăm sóc thai sản	15 triệu	25 triệu	35 triệu	50 triệu	120 triệu
Quyền lợi san sẻ yêu thương	Số tiền bảo hiểm của Quyền lợi san sẻ yêu thương cho mỗi Quyền lợi (không áp dụng đối với Quyền lợi điều trị nha khoa và Quyền lợi chăm sóc thai sản) bằng Số tiền bảo hiểm của Quyền lợi đó nhân số lượng Thành viên gia đình tham gia.				

Điều 2. Quyền lợi bảo hiểm

Trong thời gian Sản phẩm bổ sung này có hiệu lực, ngoại trừ các trường hợp quy định tại Điều 3 của Quy tắc và Điều khoản Sản phẩm bổ sung này, Công ty sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế, trừ Mức khấu trừ (nếu có).

2.1. Quyền lợi điều trị nội trú

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

Bảng 2: Chi tiết Quyền lợi điều trị nội trú

Đơn vị: đồng

Kế hoạch bảo hiểm	Nước	Đất	Mây	Sao	Trăng	
Phạm vi địa lý được bảo hiểm	Việt Nam	Việt Nam	Châu Á	Toàn cầu (trừ Mỹ)	Toàn cầu	
Số tiền bảo hiểm	100 triệu	200 triệu	500 triệu	1 tỷ	3 tỷ	
Mức khấu trừ	Không áp dụng					
Các loại Chi phí y tế thực tế	Hạn mức					
I. Viện phí và các chi phí y tế/Đợt điều trị (bao gồm các hạng mục từ 1.1 đến 1.9)	20 triệu	40 triệu	100 triệu	200 triệu	Theo Chi phí y tế thực tế	
1.1. Phòng và Điều trị trong giường/ngày nước (tối đa 60 ngày/Năm hợp đồng)	Điều trị trong nước	0,7 triệu	1,25 triệu	2 triệu	5 triệu	10 triệu
	Điều trị ở nước ngoài	Không áp dụng	Không áp dụng			Theo giá phòng hạng tiêu chuẩn của Cơ sở y tế
1.2. Phòng và giường cho 1 người thân/ngày (áp dụng đối với Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi và trên 60 tuổi; Tối đa 10 ngày/Năm hợp đồng)	0,25 triệu	0,5 triệu	1 triệu	1,5 triệu	3 triệu	
1.3. Dịch vụ chăm sóc y tế tại nhà sau khi xuất viện/ngày (tối đa 30 ngày/Năm hợp đồng)	0,1 triệu	0,2 triệu	0,4 triệu	0,6 triệu	2 triệu	
1.4. Chi phí Khoa chăm sóc đặc biệt/ngày (tối đa 30 ngày/Năm hợp đồng)	1,4 triệu	2,5 triệu	4 triệu	10 triệu	Theo Chi phí y tế thực tế	
1.5. Chi phí phẫu thuật/Đợt điều trị	Theo Chi phí y tế thực tế					
1.6. Điều trị trước khi nhập viện						
1.7. Điều trị sau khi xuất viện						
1.8. Phí khám bệnh của Bác sĩ/Bác sĩ chuyên khoa						
1.9. Chi phí y tế nội trú khác/Đợt điều trị	5 triệu	10 triệu	25 triệu	50 triệu	Theo Chi phí y tế thực tế	
II. Các điều trị đặc biệt (áp dụng Hạn mức của các hạng mục từ 1.1 đến 1.4)						
2.1. Cây ghép nội tạng/Năm hợp đồng	50 triệu	100 triệu	250 triệu	500 triệu	Theo Chi phí y tế thực tế	

2.2.Điều trị ung thư/Năm hợp đồng	Theo Chi phí y tế thực tế				
2.3.Lọc thận/Năm hợp đồng	10 triệu	20 triệu	50 triệu	100 triệu	
III. Điều trị cấp cứu do Tai nạn					
3.1.Điều trị cấp cứu/Tai nạn	1 triệu	2 triệu	5 triệu	10 triệu	Theo Chi phí y tế thực tế
3.2.Điều trị tổn thương răng/Tai nạn	1 triệu	2 triệu	5 triệu	10 triệu	
IV. Quyền lợi khác					
4.1.Vận chuyển cấp cứu/Năm hợp đồng	1 triệu	2 triệu	5 triệu	10 triệu	Theo Chi phí y tế thực tế
4.2.Phẫu thuật/Điều trị trong ngày cho mỗi Đợt điều trị	Theo Chi phí y tế thực tế				

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

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

Bảng 3: Chi tiết Quyền lợi điều trị ngoại trú

Đơn vị: đồng

Kế hoạch bảo hiểm		Nước	Đất	Mây	Sao	Trăng
Phạm vi địa lý được bảo hiểm		Việt Nam	Việt Nam	Châu Á	Toàn cầu (trừ Mỹ)	Toàn cầu
Số tiền bảo hiểm		5 triệu	10 triệu	20 triệu	40 triệu	120 triệu
Mức khấu trừ	Ngoài Hệ thống bảo lãnh viện phí	20%				10%
	Trong Hệ thống bảo lãnh viện phí	10%				Không áp dụng Mức khấu trừ
	Khám/điều trị tại Bệnh viện công hoặc đã được chi trả bởi Bảo hiểm y tế hoặc công ty bảo hiểm khác	Không áp dụng Mức khấu trừ				
Các loại Chi phí y tế thực tế/Lần thăm khám		Hạn mức				
1. Chi phí thăm khám, Vật lý trị liệu, Thuốc kê toa, chi phí xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh		0,5 triệu	1 triệu	2 triệu	4 triệu	10 triệu
2. Y học thay thế		0,25 triệu	0,5 triệu	1 triệu	2 triệu	5 triệu

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

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

Bảng 4: Chi tiết Quyền lợi điều trị nha khoa

Đơn vị: đồng

Kế hoạch bảo hiểm		Nước	Đất	Mây	Sao	Trăng
Phạm vi địa lý được bảo hiểm		Việt Nam	Việt Nam	Châu Á	Toàn cầu (trừ Mỹ)	Toàn cầu
Số tiền bảo hiểm		2 triệu	4 triệu	10 triệu	15 triệu	30 triệu
Mức khấu trừ	Ngoài Hệ thống bảo lãnh viện phí	20%				10%
	Trong Hệ thống bảo lãnh viện phí	10%				Không áp dụng Mức khấu trừ
	Khám/điều trị tại Bệnh viện công hoặc đã được chi trả bởi Bảo hiểm y tế hoặc công ty bảo hiểm khác	Không áp dụng Mức khấu trừ				
Các loại Chi phí y tế thực tế		Hạn mức				
1. Cạo vôi răng/Năm hợp đồng (tối đa 2 lần)		1 triệu	2 triệu	3 triệu	5 triệu	10 triệu
2. Chi phí điều trị nha khoa (bao gồm chi phí xét nghiệm, chẩn đoán và thuốc) phát sinh trong các điều trị sau: <ul style="list-style-type: none"> - Viêm nướu - Nhổ răng sâu (không phẫu thuật) - Trám răng bằng chất liệu thông thường (amalgam, composite, GIC, fuji hoặc tương đương) - Chữa tủy răng - Chụp X-quang theo chỉ định của Bác sĩ/Bác sĩ chuyên khoa - Cắt mô cứng của răng, cắt cuống răng - Răng giả, mão răng (không bao gồm trồng răng) 		Theo Chi phí y tế thực tế				

2.4. Quyền lợi chăm sóc thai sản: áp dụng cho Người được bảo hiểm có tham gia Quyền lợi chăm sóc thai sản.

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

Bảng 5: Chi tiết Quyền lợi chăm sóc thai sản

Đơn vị: đồng

Kế hoạch bảo hiểm	Nước	Đất	Mây	Sao	Trăng
Phạm vi địa lý được bảo hiểm	Việt Nam	Việt Nam	Châu Á	Toàn cầu (trừ Mỹ)	Toàn cầu
Số tiền bảo hiểm	15 triệu	25 triệu	35 triệu	50 triệu	120 triệu
Sinh thường (Quyền lợi tối đa cho mỗi lần mang thai)	10 triệu	15 triệu	20 triệu	30 triệu	60 triệu
Sinh mổ (Quyền lợi tối đa cho mỗi lần mang thai)	15 triệu	25 triệu	35 triệu	50 triệu	120 triệu
Mức khấu trừ	Không áp dụng				
Các loại Chi phí y tế thực tế	Hạn mức				
1. Phòng và Giường/ngày (tối đa 60 ngày/Năm hợp đồng)	1,25 triệu	2 triệu	2,5 triệu	5 triệu	10 triệu
2. Chi phí Khoa chăm sóc đặc biệt/ngày (tối đa 30 ngày/Năm hợp đồng)	2,5 triệu	4 triệu	5 triệu	10 triệu	Theo Chi phí y tế thực tế
3. Khám thai/lần (tối đa 8 lần/Năm hợp đồng)	0,5 triệu	1 triệu	1,5 triệu	2 triệu	5 triệu
4. Xét nghiệm chẩn đoán thai kì	Theo Chi phí y tế thực tế				
5. Chi phí chăm sóc trẻ sơ sinh (trong vòng 7 ngày kể từ ngày sinh)					
6. Điều trị Biến chứng thai sản					

2.5. Quyền lợi san sẻ yêu thương: áp dụng khi Bên mua bảo hiểm lựa chọn tham gia Quyền lợi san sẻ yêu thương cho: (i) Quyền lợi điều trị nội trú; hoặc (ii) Quyền lợi điều trị nội trú và Quyền lợi điều trị ngoại trú.

Tại thời điểm tham gia Sản phẩm bổ sung này, Bên mua bảo hiểm có thể lựa chọn tham gia Quyền lợi san sẻ yêu thương cho Người được bảo hiểm và (các) Thành viên gia đình. Trong trường hợp đó, Kế hoạch bảo hiểm của Quyền lợi điều trị nội trú, Quyền lợi điều trị ngoại trú được lựa chọn phải giống nhau cho tất cả Thành viên gia đình.

Số tiền bảo hiểm của Quyền lợi san sẻ yêu thương cho mỗi Quyền lợi bằng Số tiền bảo hiểm của Quyền lợi đó nhân số lượng Thành viên gia đình tham gia.

Mỗi Thành viên gia đình sẽ vẫn được sử dụng Quyền lợi điều trị nội trú, Quyền lợi điều trị ngoại trú theo Kế hoạch đã lựa chọn như quy định tại Điều 2.1, Điều 2.2.

Tại cuối mỗi Năm hợp đồng, nếu tổng số tiền thanh toán cho một Thành viên gia đình thấp hơn Số tiền bảo hiểm của mỗi Quyền lợi của Thành viên gia đình đó, phân chênh lệch này sẽ được dùng để thanh toán các Chi phí y tế thực tế phát sinh vượt quá Số tiền bảo hiểm của Quyền lợi tương ứng trong Năm hợp đồng đó cho các Thành viên gia đình còn lại, nếu có. Chi phí y tế thực tế nào phát sinh trước sẽ được ưu tiên thanh toán trước.

Trong mọi trường hợp, tổng số tiền thanh toán cho toàn bộ Thành viên gia đình ở mỗi Quyền lợi không vượt quá Số tiền bảo hiểm của Quyền lợi san sẻ yêu thương cho Quyền lợi đó, đồng thời, đối với các hạng mục có quy định Hạn mức, tổng số tiền thanh toán cho mỗi hạng mục trong mỗi Quyền lợi cho từng Thành viên gia đình không vượt quá Hạn mức như quy định ở Bảng 2 và Bảng 3.

Điều 3. Điều khoản loại trừ

Công ty sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm như quy định tại Điều 2 của Quy tắc và Điều khoản Sản phẩm bổ sung này trong các trường hợp sau:

- Việc điều trị y tế của Người được bảo hiểm xảy ra trong Thời gian chờ, trừ trường hợp do Tai nạn; hoặc
- Bệnh có sẵn; hoặc
- Bệnh bẩm sinh/Dị tật bẩm sinh; hoặc
- Điều trị liên quan đến bệnh phong; hoặc
- Điều trị liên quan đến nạo phá thai (trừ trường hợp theo chỉ định của Bác sĩ/ Bác sĩ chuyên khoa), vô sinh, rối loạn chức năng tình dục, thụ tinh nhân tạo, phòng tránh thai, triệt sản; hoặc
- Kiểm tra mắt và phẫu thuật liên quan đến điều trị tật khúc xạ mắt, mua mắt kính hoặc kính áp tròng; hoặc
- Tự tử hoặc tự gây Thương tật trong lúc tinh táo hay mất trí; hoặc
- Mua nội tạng để ghép tạng; hoặc
- Chiến tranh (tuyên chiến hay không tuyên chiến) hoặc các hoạt động gây chiến, bao gồm hành động xâm lược, hành động của nước thù địch, nội chiến, nổi loạn, cách mạng, khởi nghĩa, đảo chính quân sự hoặc tiếm quyền; hoặc
- Điều trị các vấn đề về thẩm mỹ da và cơ thể (bao gồm cả mụn trứng cá, gàu); hoặc thiết bị chỉnh hình, thiết bị khắc phục, thiết bị trợ thính hoặc thị lực, nạng hoặc xe lăn; hoặc bất kỳ chi phí nào liên quan đến thiết bị, bộ phận cơ thể giả; hoặc
- Điều trị thử nghiệm, nghi dưỡng, phục hồi sức khỏe, điều trị phòng ngừa (tiêm chủng, vacxin); hoặc
- Điều trị bệnh tâm thần hoặc rối loạn tâm lý, trầm cảm, điều trị rối loạn giấc ngủ, chứng ngưng thở khi ngủ; hoặc
- Điều trị các chứng nghiện rượu, nghiện thuốc lá, ma túy, chất kích thích hoặc các chất gây nghiện khác, hoặc ảnh hưởng của việc sử dụng thức uống có cồn trái với quy định của pháp luật hoặc bất kỳ loại thuốc, loại chất kích thích, chất gây nghiện, chất độc nào, trừ trường hợp theo chỉ định của Bác sĩ; hoặc
- Điều trị các Thương tật phát sinh từ việc Người được bảo hiểm tham gia vào các hoạt động thể thao và giải trí nguy hiểm, hoạt động dưới nước sử dụng thiết bị thở, hoạt động bay hoặc bất kỳ hoạt động trên không nào khác ngoại trừ hành khách trả tiền vé trên một dịch vụ hàng không công cộng hoặc thuê máy bay được cấp phép; bất kỳ hoạt động nguy hiểm nào liên quan đến độ

cao, có hoặc không có các công cụ hỗ trợ; võ thuật và đấm bốc; bất kỳ hoạt động liên quan đến chất nổ; đua xe thể thao hoặc xe gắn máy dưới mọi hình thức; bất kỳ môn thể thao chuyên nghiệp nào trừ cờ vua hoặc cờ tướng; hoặc

- Điều trị nhiễm bức xạ hoặc phóng xạ; hoặc
- Điều trị liên quan đến HIV/AIDS hoặc bệnh lây truyền qua đường tình dục, ngoại trừ trường hợp nhiễm HIV/AIDS do Tai nạn nghề nghiệp khi đang làm nhiệm vụ với tư cách là công an, nhân viên y tế; hoặc
- Điều trị các Thương tật phát sinh từ hành vi phạm tội được quy định tại Bộ Luật Hình Sự của Việt Nam của bất kỳ Người được bảo hiểm và/hoặc Bên mua bảo hiểm.

Điều 4. Giải quyết quyền lợi bảo hiểm

4.1. Thời hạn thông báo yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Đối với các trường hợp không sử dụng dịch vụ bảo lãnh viện phí, người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm cần gửi Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm cho Công ty trong vòng 12 tháng kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm, trừ trường hợp là hậu quả của các sự kiện bất khả kháng theo quy định của pháp luật hoặc có lý do chính đáng được Công ty chấp thuận.

Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm cố ý cung cấp thông tin sai sự thật hoặc không thực hiện các nghĩa vụ trong việc cung cấp thông tin cho Công ty để được chi trả quyền lợi bảo hiểm hoặc để nhằm giao kết hợp đồng bảo hiểm, Công ty sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm, đơn phương đình chỉ hiệu lực của Sản phẩm bổ sung này và thu phí bảo hiểm của Sản phẩm bổ sung này đến thời điểm đình chỉ.

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

- Giấy yêu cầu giải quyết Quyền lợi bảo hiểm theo mẫu của Công ty;
- Tóm tắt bệnh án hoặc bản sao hồ sơ bệnh án (sổ khám bệnh và các chứng từ y tế liên quan đến việc khám, chẩn đoán và điều trị, đơn thuốc) có chẩn đoán Bệnh được cấp bởi Cơ sở y tế;
- Chứng từ bản gốc/sao y liên quan đến việc điều trị (giấy ra viện, giấy chứng nhận phẫu thuật, bản kê chi tiết viện phí điều trị, giấy chỉ định chăm sóc y tế tại nhà, phiếu điều trị nha khoa (nếu có));
- Bản gốc biên lai hoặc hóa đơn tài chính theo quy định của pháp luật. Nếu đã được công ty bảo hiểm khác hoặc bảo hiểm y tế chi trả một phần quyền lợi bảo hiểm, cần cung cấp bản sao các chứng từ y tế và hóa đơn có xác nhận từ công ty bảo hiểm hoặc bảo hiểm y tế về quyền lợi và số tiền bảo hiểm đã được chi trả;
- Nếu hồ sơ, chứng từ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm có ngôn ngữ khác tiếng Việt hoặc tiếng Anh, các hồ sơ, chứng từ này cần phải được dịch thuật sang tiếng Việt. Chi phí cho việc dịch thuật các hồ sơ, chứng từ này sẽ do người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm thanh toán;
- Bản sao giấy tờ tùy thân của người nhận quyền lợi bảo hiểm (Chứng minh nhân dân hoặc hộ chiếu hoặc thẻ căn cước công dân);
- Trong trường hợp Tai nạn, các chứng từ bản gốc/sao y bao gồm: Biên bản tai nạn giao thông, báo cáo kết luận điều tra, được cơ quan có thẩm quyền cấp (nếu có); hoặc bản tường trình Tai nạn (nếu không có biên bản Tai nạn);

- Trong trường hợp nhiễm HIV/AIDS do Tai nạn nghề nghiệp, bằng chứng chuyển đổi huyết thanh từ HIV âm tính sang HIV dương tính xảy ra trong vòng 180 ngày kể từ khi xảy ra Tai nạn. Bằng chứng này phải bao gồm xét nghiệm kháng thể HIV âm tính trong vòng 5 ngày kể từ khi xảy ra Tai nạn.

Điều 5. Thời hạn bảo hiểm và phí bảo hiểm

5.1. Thời hạn bảo hiểm

Thời hạn bảo hiểm là 1 năm và được tự động gia hạn hàng năm nếu không có bên nào thông báo về việc chấm dứt hiệu lực của Sản phẩm bổ sung này, với điều kiện tuổi của Người được bảo hiểm không vượt quá 75 tuổi tại thời điểm kết thúc Thời hạn bảo hiểm. Trong mọi trường hợp, Thời hạn bảo hiểm của Sản phẩm bổ sung này không vượt quá Thời hạn đóng phí còn lại của sản phẩm chính.

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

5.2. Phí bảo hiểm

Phí bảo hiểm được tính theo tuổi và giới tính của Người được bảo hiểm tại thời điểm phát hành Sản phẩm bổ sung này và sau đó được điều chỉnh theo tuổi tại các Ngày kỷ niệm năm hợp đồng.

Phí bảo hiểm và định kỳ đóng phí của Sản phẩm bổ sung này được thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các sửa đổi, bổ sung liên quan gần nhất (nếu có). Định kỳ đóng phí của sản phẩm bổ sung luôn giống với định kỳ đóng phí của sản phẩm chính của Hợp đồng bảo hiểm.

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

Điều 6. Chấp thuận bảo hiểm có điều kiện

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

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

Điều 7. Các điều khoản khác

7.1. Thay đổi nghề nghiệp/nơi cư trú/ra khỏi lãnh thổ Việt Nam

Trường hợp Người được bảo hiểm thay đổi thông tin liên hệ, thông tin cá nhân, nghề nghiệp, Bên mua bảo hiểm phải thông báo bằng văn bản cho Công ty trong vòng 30 ngày kể từ ngày có thay đổi.

Nếu Người được bảo hiểm ra khỏi phạm vi lãnh thổ Việt Nam trong thời gian 3 tháng liên tục trở lên, Bên mua bảo hiểm phải thông báo bằng văn bản cho Công ty tối thiểu 30 ngày trước ngày Người được bảo hiểm xuất cảnh.

Trong trường hợp Người được bảo hiểm thay đổi nghề nghiệp và/hoặc ra khỏi phạm vi lãnh thổ Việt Nam trong thời gian 3 tháng trở lên, Công ty sẽ thẩm định lại và có thể (i) xác định lại mức phí bảo hiểm, và/hoặc loại trừ trách nhiệm bảo hiểm, và/hoặc giảm Quyền lợi bảo hiểm; hoặc (ii) chấm dứt hiệu lực Sản phẩm bổ sung này. Nếu Công ty chấm dứt hiệu lực Sản phẩm bổ sung này, Công ty hoàn lại số phí bảo hiểm của Sản phẩm bổ sung đã đóng tương ứng với thời gian còn lại của Sản phẩm bổ sung này.

7.2. Thay đổi Kế hoạch bảo hiểm, Quyền lợi bảo hiểm

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

7.2.1. Thay đổi Kế hoạch bảo hiểm

- Tăng Kế hoạch bảo hiểm: áp dụng cho từng Quyền lợi điều trị nội trú, Quyền lợi điều trị ngoại trú, Quyền lợi điều trị nha khoa khi Người được bảo hiểm không vượt quá 65 tuổi và Quyền lợi chăm sóc thai sản khi Người được bảo hiểm không vượt quá 45 tuổi tại thời điểm yêu cầu và đáp ứng các yêu cầu về thẩm định của Công ty. Việc tăng Kế hoạch bảo hiểm sẽ có hiệu lực từ Ngày kỷ niệm năm hợp đồng ngay sau khi Công ty chấp thuận yêu cầu thay đổi. Kế hoạch bảo hiểm mới của Quyền lợi điều trị ngoại trú, Quyền lợi điều trị nha khoa và Quyền lợi chăm sóc thai sản **không được cao hơn** Kế hoạch bảo hiểm hiện tại của Quyền lợi điều trị nội trú, hoặc Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu tăng Kế hoạch bảo hiểm của Quyền lợi điều trị nội trú tương ứng với Kế hoạch bảo hiểm mới cao nhất của Quyền lợi điều trị ngoại trú, Quyền lợi điều trị nha khoa, Quyền lợi chăm sóc thai sản. Công ty sẽ áp dụng Thời gian chờ cho phần tăng thêm kể từ thời điểm có hiệu lực của Kế hoạch bảo hiểm mới của từng Quyền lợi được thay đổi.
- Giảm Kế hoạch bảo hiểm: **áp dụng từ Năm hợp đồng 4 trở đi** cho Quyền lợi điều trị nội trú, Quyền lợi điều trị ngoại trú, Quyền lợi điều trị nha khoa, Quyền lợi chăm sóc thai sản. Việc giảm Kế hoạch bảo hiểm sẽ có hiệu lực từ Ngày kỷ niệm năm hợp đồng ngay sau khi Công ty chấp thuận yêu cầu thay đổi.
- Phí bảo hiểm cũng sẽ được điều chỉnh tương ứng với Kế hoạch bảo hiểm mới.

7.2.2. Thay đổi Quyền lợi bảo hiểm

- Thêm Quyền lợi bảo hiểm: áp dụng cho Quyền lợi điều trị ngoại trú, Quyền lợi điều trị nha khoa khi Người được bảo hiểm không vượt quá 65 tuổi và Quyền lợi chăm sóc thai sản khi Người được bảo hiểm không vượt quá 45 tuổi tại thời điểm yêu cầu và đáp ứng các yêu cầu về thẩm định của Công ty. Việc thêm Quyền lợi bảo hiểm sẽ có hiệu lực từ Ngày kỷ niệm năm hợp đồng ngay sau

khi Công ty chấp thuận yêu cầu thay đổi. Người được bảo hiểm có thể tham gia thêm Quyền lợi điều trị nha khoa hoặc Quyền lợi chăm sóc thai sản nếu có tham gia Quyền lợi điều trị ngoại trú. Công ty sẽ áp dụng Thời gian chờ kể từ thời điểm có hiệu lực của Quyền lợi bảo hiểm mới. Kế hoạch bảo hiểm được thêm vào của Quyền lợi điều trị ngoại trú, Quyền lợi điều trị nha khoa và Quyền lợi chăm sóc thai sản **không được cao hơn** Kế hoạch bảo hiểm hiện tại của Quyền lợi điều trị nội trú, hoặc Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu tăng Kế hoạch bảo hiểm của Quyền lợi điều trị nội trú tương ứng với Kế hoạch bảo hiểm cao nhất được thêm vào của Quyền lợi điều trị ngoại trú, Quyền lợi điều trị nha khoa, Quyền lợi chăm sóc thai sản.

- Hủy Quyền lợi bảo hiểm: **áp dụng từ Năm hợp đồng 4 trở đi** cho Quyền lợi điều trị ngoại trú, Quyền lợi điều trị nha khoa, Quyền lợi chăm sóc thai sản. Việc hủy Quyền lợi điều trị ngoại trú sẽ dẫn đến việc Quyền lợi điều trị nha khoa và Quyền lợi chăm sóc thai sản cũng sẽ bị hủy. Việc hủy Quyền lợi bảo hiểm sẽ có hiệu lực từ Ngày đến hạn đóng phí ngay sau khi Công ty chấp thuận yêu cầu thay đổi.
- Phí bảo hiểm cũng sẽ được điều chỉnh tương ứng với Quyền lợi bảo hiểm mới.

7.3. Thay đổi Thành viên gia đình (áp dụng cho Quyền lợi san sẻ yêu thương)

- Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu bổ sung Thành viên gia đình trong vòng 12 tháng kể từ ngày phát sinh một trong các sự kiện sau: Người được bảo hiểm kết hôn, Người được bảo hiểm sinh con hoặc nhận con nuôi. Thành viên gia đình mới cần đáp ứng đủ các yêu cầu về thẩm định của Công ty và Số tiền bảo hiểm của Quyền lợi san sẻ yêu thương tương ứng với số lượng Thành viên gia đình mới sẽ có hiệu lực vào Ngày kỷ niệm năm hợp đồng ngay sau khi Công ty chấp thuận bảo hiểm cho Thành viên gia đình mới. Công ty sẽ áp dụng Thời gian chờ đối với Thành viên gia đình mới và đối với phần Số tiền bảo hiểm tăng thêm của Quyền lợi san sẻ yêu thương kể từ thời điểm Ngày kỷ niệm năm hợp đồng ngay sau khi Công ty chấp thuận bảo hiểm cho Thành viên gia đình này.
- Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu giảm số lượng Thành viên gia đình khi xảy ra các sự kiện sau: Thành viên gia đình tử vong, hoặc ly hôn với Người được bảo hiểm. Khi đó, số lượng Thành viên gia đình và Số tiền bảo hiểm của Quyền lợi san sẻ yêu thương sẽ được cập nhật vào Ngày kỷ niệm năm hợp đồng ngay sau khi yêu cầu được Công ty chấp thuận.
- Số tiền bảo hiểm của Quyền lợi san sẻ yêu thương cũng sẽ được cập nhật lại tương ứng với số lượng Thành viên gia đình sau khi thay đổi. Phí bảo hiểm cũng sẽ được điều chỉnh tương ứng với số lượng Thành viên gia đình sau khi thay đổi.

7.4. Chấm dứt hiệu lực sản phẩm bổ sung

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

- Ngày kết thúc Thời hạn bảo hiểm của sản phẩm bổ sung; hoặc
- Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt hiệu lực Sản phẩm bổ sung này; hoặc
- Sản phẩm chính chuyển đổi thành Hợp đồng có số tiền bảo hiểm giảm; hoặc
- Sản phẩm chính chấm dứt hiệu lực; hoặc
- Người được bảo hiểm tử vong; hoặc
- Ngày kỷ niệm năm hợp đồng ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt 75 tuổi; hoặc
- Sản phẩm bổ sung này chấm dứt hiệu lực theo quy định tại Điều 5.1 hoặc Điều 7.1 của Quy tắc và Điều khoản sản phẩm Bảo hiểm bổ sung – Sống Chết

Điều 8. Định nghĩa

- 8.1. “Người được bảo hiểm”:** là cá nhân có độ tuổi từ 30 ngày tuổi đến 70 tuổi tính theo ngày sinh nhật gần nhất trước Ngày hiệu lực của Sản phẩm bổ sung này và được Công ty chấp nhận bảo hiểm theo Quy tắc và Điều khoản Sản phẩm bổ sung này. Tuổi tối đa của Người được bảo hiểm khi kết thúc Thời hạn bảo hiểm của Sản phẩm bổ sung này là 75 tuổi.
Đối với Quyền lợi chăm sóc thai sản, Người được bảo hiểm là nữ từ 18 tuổi đến 45 tuổi tính theo ngày sinh nhật gần nhất trước Ngày hiệu lực của Sản phẩm bổ sung này và được Công ty chấp nhận bảo hiểm theo Quy tắc và Điều khoản Sản phẩm bổ sung này. Tuổi tối đa của Người được bảo hiểm khi kết thúc Thời hạn bảo hiểm của Quyền lợi chăm sóc thai sản là 50 tuổi.
- 8.2. “Thành viên gia đình”:** gồm Người được bảo hiểm, vợ/chồng của Người được bảo hiểm, con ruột hoặc con nuôi của Người được bảo hiểm từ 30 ngày tuổi đến 25 tuổi (tối đa 3 con trong 1 Hợp đồng bảo hiểm), cha/mẹ ruột hoặc cha/mẹ nuôi của Người được bảo hiểm. Thành viên gia đình phải có mối quan hệ bảo hiểm với Bên mua bảo hiểm và nằm trong độ tuổi theo quy định tại Điều 8.1.
- 8.3. “Ngày hiệu lực của sản phẩm bổ sung”:** là ngày Bên mua bảo hiểm hoàn tất Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm hoặc Hồ sơ yêu cầu tham gia Sản phẩm bổ sung này và nộp đủ phí bảo hiểm nếu Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm còn sống vào thời điểm Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm hoặc Hồ sơ yêu cầu tham gia Sản phẩm bổ sung này được Công ty chấp thuận. Ngày hiệu lực của sản phẩm bổ sung được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các sửa đổi, bổ sung liên quan gần nhất (nếu có).
- 8.4. “Số tiền bảo hiểm”:** là giới hạn tối đa mà Công ty chấp thuận chi trả trong 1 Năm hợp đồng cho mỗi Quyền lợi bảo hiểm tương ứng với từng Kế hoạch bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm lựa chọn theo Quy tắc và Điều khoản Sản phẩm bổ sung này và được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các sửa đổi, bổ sung liên quan gần nhất (nếu có).
- 8.5. “Hạn mức”:** là số tiền chi trả tối đa đối với từng loại chi phí Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa được nêu tại Bảng chi tiết quyền lợi bảo hiểm tại từng mục điều trị.
- 8.6. “Bệnh”:** là tình trạng ốm đau, bệnh tật mà Người được bảo hiểm mắc phải trong thời gian hiệu lực của Sản phẩm bổ sung này và cần được Bác sĩ chẩn đoán và điều trị.
- 8.7. “Thương tật”:** là các tổn thương cơ thể bị gây ra do Tai nạn và không liên quan đến nguyên nhân nào khác trong Thời hạn bảo hiểm.
- 8.8. “Bệnh bẩm sinh/Dị tật bẩm sinh”:** là sự phát triển bất thường về thể chất hoặc tâm thần xuất hiện ngay từ khi sinh, hoặc do các yếu tố tồn tại ngay từ khi sinh.
- 8.9. “Bệnh đặc biệt”:** bao gồm:
- Khối u lành tính hoặc ác tính;
 - Bệnh trĩ hoặc rò hậu môn;
 - Tràn dịch màng tinh hoàn;
 - Các loại bệnh thoát vị;
 - Tăng huyết áp hoặc bệnh tim mạch;
 - Sỏi hệ tiết niệu;
 - Phẫu thuật cắt tử cung (toàn phần hoặc bán phần);
 - Đục thủy tinh thể;
 - Thoát vị đĩa đệm cột sống;
 - Bệnh túi mật và sỏi mật;
 - Bệnh lý xoang hoặc bất thường của khoang mũi, vách ngăn, hoặc xoăn mũi;

- l) Lạc nội mạc tử cung;
- m) Rối loạn chức năng tuyến giáp;
- n) Bệnh động kinh;
- o) Lao;
- p) Loét dạ dày hoặc tá tràng;
- q) Giãn tĩnh mạch thường tinh;
- r) Bệnh ngón chân cái vẹo ngoài.

- 8.10. “Cơ sở y tế”:** là cơ sở khám chữa bệnh hợp pháp và được cơ quan nhà nước có thẩm quyền của nước sở tại cấp giấy phép hoạt động. Cơ sở y tế không phải là nơi an dưỡng, dưỡng lão, spa, thẩm mỹ, massage, xông hơi, hay cơ sở chữa trị dành riêng cho người nghiện rượu, ma túy, chất kích thích, người bị bệnh tâm thần.
- 8.11. “Bệnh viện công”:** là Cơ sở y tế được thành lập bởi 100% vốn nhà nước Việt Nam, và được quản lý bởi cơ quan nhà nước có thẩm quyền theo quy định của pháp luật Việt Nam.
- 8.12. “Cấp cứu”:** là tình trạng Người được bảo hiểm chấn thương hoặc tổn thương nghiêm trọng và đòi hỏi phải được chăm sóc y tế, điều trị hoặc phẫu thuật trong vòng 24 giờ kể từ khi bị chấn thương hoặc tổn thương, nếu không có thể nguy hiểm đến tính mạng hoặc mất các cơ quan chức năng quan trọng của cơ thể như chân tay, thị lực.
- 8.13. “Bác sĩ”:** là người có bằng cấp chuyên môn y khoa và/hoặc nha khoa, được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc thừa nhận được thực hành nghề y/nha khoa hợp pháp trong phạm vi giấy phép theo pháp luật của nước sở tại nơi Người được bảo hiểm tiến hành việc khám và điều trị. Trừ trường hợp được Công ty chấp thuận bằng văn bản hoặc những người sau đây làm nhiệm vụ theo sự phân công của cấp có thẩm quyền, Bác sĩ không được đồng thời là:
- Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng; hoặc
 - Vợ/chồng, cha/mẹ, con, anh chị em ruột của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm.
- 8.14. “Bác sĩ chuyên khoa”:** là Bác sĩ được công nhận có chuyên môn như một chuyên gia trong khoa điều trị đặc thù liên quan đến Bệnh của Người được bảo hiểm.
- 8.15. “Y tá/Điều dưỡng”:** là nhân viên y tế được cấp phép hành nghề y tá/điều dưỡng hợp pháp theo luật pháp của nước sở tại nơi nhân viên y tế đó thực hiện việc chăm sóc y tế.
- 8.16. “Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa”:** là sự điều trị y khoa do Bác sĩ/Bác sĩ chuyên khoa chỉ định và đáp ứng những điều kiện sau:
- Theo đúng các tiêu chuẩn được chấp nhận về mặt y khoa hoặc Y học thay thế (nếu Người được bảo hiểm điều trị theo quy định tại Điều 2.2), được xem là phù hợp bởi cộng đồng y tế và dựa trên hướng dẫn từ các cơ quan y tế có thẩm quyền (ví dụ như Hướng dẫn thực hành lâm sàng của NCCN (National Comprehensive Cancer Network) trong Ung thư học) tại thời điểm điều trị;
 - Không nhằm phục vụ cho sự tiện nghi của Người được bảo hiểm và phù hợp về mặt lâm sàng theo loại bệnh, tần suất và thời gian điều trị, chi phí điều trị đối với tình trạng bệnh hoặc thương tật.
- 8.17. “Bệnh nhân nội trú”:** là Người được bảo hiểm đã hoàn tất thủ tục nhập viện và theo yêu cầu Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa, Người được bảo hiểm phải nằm viện qua đêm tại Cơ sở y tế để điều trị. Việc nằm viện làm Bệnh nhân nội trú chỉ được chấp nhận khi Người được bảo hiểm nhập viện tại một Cơ sở y tế.

- 8.18. **“Biến chứng thai sản”**: là những biến chứng xảy ra do quá trình mang thai và sinh đẻ, không bao gồm thai trứng, thai ngoài tử cung, các biện pháp và biến chứng liên quan đến kế hoạch hóa gia đình và liên quan đến điều trị thụ tinh trong ống nghiệm.
- 8.19. **“Chi phí chăm sóc trẻ sơ sinh”**: là các chi phí y tế cần thiết phát sinh trong vòng 7 ngày kể từ khi sinh để điều trị Bệnh hoặc triệu chứng của trẻ sơ sinh trong Cơ sở y tế. Chi phí chăm sóc trẻ sơ sinh không bao gồm phí khám, chẩn đoán, xét nghiệm hoặc điều trị Bệnh bẩm sinh/Dị tật bẩm sinh.
- 8.20. **“Chi phí y tế thực tế”**: là chi phí y tế được thể hiện trên bảng kê chi tiết chi phí điều trị, biên lai hoặc hóa đơn tài chính theo quy định của pháp luật, không vượt quá Hạn mức được nêu tại bảng Chi tiết Quyền lợi bảo hiểm tại từng mục điều trị và không thuộc các trường hợp loại trừ.
- 8.21. **“Chi phí y tế nội trú khác”**: là chi phí phát sinh từ việc điều trị y tế Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa tại Cơ sở y tế đối với Bệnh/Thương tật của Người được bảo hiểm, bao gồm khám và chăm sóc y tế; thuốc điều trị; quần áo, băng, nẹp và nẹp thạch cao (loại trừ bộ phận cơ thể giả, dụng cụ lắp ghép nhân tạo); thuốc, dịch hoặc các chất liên quan đến tiêm truyền tĩnh mạch; xét nghiệm; Xquang, MRI, CT, PET hoặc các chẩn đoán hình ảnh khác; thở o-xy và các thiết bị liên quan; đồng vị phóng xạ và các xét nghiệm liên quan; truyền máu, chi phí máu, huyết tương; Vật tư tiêu hao và vật lý trị liệu.
- 8.22. **“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 Cơ sở y tế phải được thể hiện trên hóa đơn viện phí.
- 8.23. **“Phẫu thuật”**: là phương pháp y khoa yêu cầu phải rạch mô hoặc các kỹ thuật phẫu thuật xâm lấn khác, được Bác sĩ/Bác sĩ chuyên khoa thực hiện theo mục đích điều trị Bệnh/Thương tật của Người được bảo hiểm. Quy trình cần được thực hiện bằng các thiết bị phẫu thuật, theo quy trình gây mê toàn thân, gây tê khu vực hoặc cục bộ trong Phòng phẫu thuật của Cơ sở y tế. Phẫu thuật không bao gồm phẫu thuật chuyên giới, phẫu thuật thẩm mỹ, phẫu thuật tạo hình (trừ trường hợp cần thiết để khôi phục lại chức năng của Người được bảo hiểm).
- 8.24. **“Phẫu thuật/điều trị trong ngày”**: là phương pháp y khoa yêu cầu phẫu thuật hoặc điều trị, được Bác sĩ/Bác sĩ chuyên khoa thực hiện mà chỉ yêu cầu bệnh nhân nhập viện và xuất viện trong cùng một ngày. Bệnh nhân không cần phải nằm viện qua đêm tại Cơ sở y tế.
- 8.25. **“Phòng phẫu thuật”**: là một bộ phận của Cơ sở y tế được trang bị các thiết bị y tế phù hợp và cần thiết để phục vụ cho việc Phẫu thuật.
- 8.26. **“Chi phí phẫu thuật”**: là chi phí dùng trong Phẫu thuật, bao gồm:
- Chi phí Phòng phẫu thuật, phòng hồi sức sau mổ;
 - Tiền công Phẫu thuật;
 - Chi phí cho các Vật tư tiêu hao được sử dụng trong Phẫu thuật;
 - Chi phí máy tạo nhịp tim, stent mạch vành và/hoặc van tim được cấy ghép vào cơ thể Người được bảo hiểm trong quá trình Phẫu thuật;
 - Chi phí sử dụng các thiết bị y tế hoặc phẫu thuật Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa trong Phẫu thuật;
 - Chi phí tiền mê và hồi sức sau mổ.
- Trong mọi trường hợp, Chi phí y tế thực tế của 1 hay nhiều Phẫu thuật Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa được thực hiện cho Người được bảo hiểm trong cùng 1 lần Điều trị nội trú được xem là 1 lần Phẫu thuật.

- 8.27. **“Vận chuyển cấp cứu”**: là vận chuyển cấp cứu bằng xe cứu thương và chăm sóc trong quá trình vận chuyển Người được bảo hiểm đang trong tình trạng nguy cấp tới Cơ sở y tế. Vận chuyển cấp cứu không bao gồm vận chuyển cấp cứu do thai sản, ngoại trừ cấp cứu thai sản do Tai nạn.
- 8.28. **“Bệnh có sẵn”**: là tình trạng Bệnh hoặc Thương tật của Người được bảo hiểm đã được Bác sĩ khám, chẩn đoán, hoặc điều trị, hoặc Người được bảo hiểm đã biết trước Ngày hiệu lực của sản phẩm bổ sung, hoặc ngày khôi phục hiệu lực gần nhất của Sản phẩm bổ sung này (nếu có), hoặc ngày thay đổi Kế hoạch bảo hiểm gần nhất (nếu có). Hồ sơ y tế, tiền sử bệnh được lưu giữ tại Cơ sở y tế hoặc các thông tin do Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm tự kê khai được xem là bằng chứng đầy đủ và hợp pháp về Bệnh có sẵn. Bệnh có sẵn không bao gồm bệnh đã được kê khai và được Công ty chấp thuận bảo hiểm.
- 8.29. **“Khoa chăm sóc đặc biệt”**: là một bộ phận của Cơ sở y tế và phải đáp ứng tất cả các điều kiện sau:
- Được thiết lập nhằm cung cấp chương trình chăm sóc, theo dõi và điều trị tích cực;
 - Dành riêng cho những bệnh nhân trong điều kiện nguy kịch, cần sự theo dõi và kiểm tra y tế liên tục của Bác sĩ;
 - Được trang bị các thiết bị y tế, thuốc men, dụng cụ và các phương tiện cấp cứu cần thiết cho việc cứu sống bệnh nhân một cách nhanh chóng;
 - Không phải là Khoa/phòng cấp cứu, Khoa/phòng hậu phẫu của Cơ sở y tế.
- 8.30. **“Thời gian chờ”**: là khoảng thời gian mà các quyền lợi bảo hiểm sẽ không được Công ty chi trả. Thời gian chờ được tính từ Ngày hiệu lực của sản phẩm bổ sung, hoặc ngày khôi phục hiệu lực gần nhất của Sản phẩm bổ sung này, hoặc ngày thay đổi Kế hoạch bảo hiểm hoặc Quyền lợi bảo hiểm gần nhất (cho phần tăng thêm), hoặc ngày bổ sung Thành viên gia đình, tùy ngày nào đến sau. Thời gian chờ được quy định như sau:
- Đối với Bệnh đặc biệt, ung thư và Cây ghép nội tạng: 90 ngày;
 - Đối với Chăm sóc thai sản: 270 ngày;
 - Đối với các Bệnh khác: 30 ngày;
 - Đối với trường hợp Tai nạn: không áp dụng.
- 8.31. **“Cấy ghép nội tạng”**: là Phẫu thuật cấy ghép tim, phổi, gan, tuyến tụy, thận, tủy xương cho Người được bảo hiểm được tiến hành bởi Bác sĩ tại một Cơ sở y tế. Công ty sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế liên quan đến người nhận tạng (Người được bảo hiểm) và Chi phí phẫu thuật cho người hiến tạng (không phải Người được bảo hiểm).
- 8.32. **“Mức khấu trừ”**: là tỷ lệ phần trăm tính trên Chi phí y tế thực tế mà Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm phải có trách nhiệm thanh toán cho mỗi sự kiện bảo hiểm khi Người được bảo hiểm Điều trị ngoại trú hoặc Điều trị nha khoa theo quy định tại Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm bổ sung này.
- Mức khấu trừ không áp dụng khi Người được bảo hiểm khám, điều trị tại Bệnh viện công hoặc quyền lợi bảo hiểm đã được thanh toán bởi Bảo hiểm y tế hoặc các công ty bảo hiểm khác. Công ty sẽ chi trả giá trị còn lại của Chi phí y tế thực tế trừ số tiền đã được thanh toán bởi Bảo hiểm y tế hoặc các công ty bảo hiểm khác.
- 8.33. **“Đợt điều trị”**: là khoảng thời gian từ khi Người được bảo hiểm nhập viện đến khi xuất viện để được điều trị y tế tại Cơ sở y tế. Giấy ra viện là bằng chứng cho việc kết thúc một Đợt điều trị.
- 8.34. **“Điều trị nội trú”**: là việc Người được bảo hiểm được điều trị y tế tại Cơ sở y tế và có làm thủ tục nhập viện và nằm điều trị qua đêm.

- 8.35. **“Điều trị ngoại trú”**: là việc Người được bảo hiểm được điều trị y tế tại một Cơ sở y tế và không phải là Điều trị nội trú.
- 8.36. **“Điều trị trước khi nhập viện”**: là dịch vụ thăm khám, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, điều trị liên quan trực tiếp đến Bệnh hoặc Thương tật mà Người được bảo hiểm phải nhập viện để điều trị theo chỉ định của Bác sĩ/Bác sĩ chuyên khoa và phải được thực hiện trong vòng 30 ngày trước ngày nhập viện của Đợt điều trị đó
- 8.37. **“Điều trị sau khi xuất viện”**: là điều trị y tế theo chỉ định của Bác sĩ/Bác sĩ chuyên khoa sau khi xuất viện bao gồm thăm khám, xét nghiệm, chẩn đoán, Thuốc kê toa, điều trị liên quan trực tiếp đến Bệnh hoặc Thương tật đã được Điều trị nội trú trước đó. Điều trị sau khi xuất viện phải được thực hiện trong vòng 60 ngày kể từ ngày xuất viện của Đợt điều trị đó và chỉ được chi trả 1 lần cho một Đợt điều trị.
- 8.38. **“Điều trị cấp cứu do Tai nạn”**: là điều trị y tế do Tai nạn (bất kể có nhập viện và nằm điều trị qua đêm hay không) được thực hiện trong vòng 24 giờ kể từ khi xảy ra Tai nạn tại phòng/khoa cấp cứu của Cơ sở y tế.
- 8.39. **“Điều trị tổn thương răng do Tai nạn”**: là điều trị các mất mát hoặc tổn thương do Tai nạn đối với răng lành lặn tự nhiên được thực hiện trong vòng 7 ngày kể từ khi xảy ra Tai nạn. Chi phí y tế thực tế cho Điều trị tổn thương răng do Tai nạn bao gồm chi phí tư vấn nha khoa, chi phí cầm máu, nhổ răng, lấy tủy răng, chụp X-quang.
- 8.40. **“Dịch vụ chăm sóc y tế tại nhà sau khi xuất viện”**: là dịch vụ chăm sóc y tế tại nơi ở của Người được bảo hiểm, được thực hiện bởi Y tá/Điều dưỡng hoặc Bác sĩ/Bác sĩ chuyên khoa ngay sau khi xuất viện theo chỉ định của Bác sĩ/Bác sĩ chuyên khoa và được thực hiện trong vòng 30 ngày kể từ ngày xuất viện. Chi phí cho dịch vụ này phải có hóa đơn tài chính của Cơ sở y tế.
- 8.41. **“Y học thay thế”**: là các phương pháp điều trị theo y học dân tộc cổ truyền và những phương pháp tương tự được thực hiện tại Cơ sở y tế, mà không phải là phương pháp tây y.
- 8.42. **“Hệ thống bảo lãnh viện phí”**: là hệ thống các Cơ sở y tế có ký kết thỏa thuận cung cấp dịch vụ bảo lãnh với Công ty hoặc đối tác của Công ty. Khi Người được bảo hiểm khám và điều trị tại những Cơ sở y tế này, Công ty sẽ sử dụng quyền lợi bảo hiểm (nếu có) của Người được bảo hiểm để thanh toán chi phí khám và điều trị cho Cơ sở y tế. Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm phải tự thanh toán cho những chi phí vượt quá Hạn mức hoặc Số tiền bảo hiểm hoặc những chi phí không Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa.
- Các quyền lợi có thể được bảo lãnh viện phí và Danh sách các Cơ sở y tế thuộc Hệ thống bảo lãnh viện phí của Công ty sẽ được cập nhật trên trang thông tin điện tử chính thức của Công ty (website) theo từng thời điểm.
- 8.43. **“Điều trị ung thư”**: là việc điều trị ung thư dưới hình thức Điều trị nội trú hoặc Điều trị ngoại trú dựa trên chẩn đoán xác định là ung thư, bao gồm chi phí tư vấn, thăm khám, Phẫu thuật, xạ trị, hóa trị, liệu pháp nhắm trúng đích, liệu pháp miễn dịch và liệu pháp nội tiết được thực hiện bởi Bác sĩ/Bác sĩ chuyên khoa liên quan đến chẩn đoán ung thư đó.
- 8.44. **“Lần thăm khám”**: là một lần Người được bảo hiểm đến khám tại Cơ sở y tế và được Bác sĩ/Bác sĩ chuyên khoa chỉ định làm các xét nghiệm, chẩn đoán và/hoặc kê đơn thuốc điều trị liên quan đến Bệnh, triệu chứng Bệnh hoặc Thương tật. Nhiều lần thăm khám cho cùng 1 chẩn đoán trong cùng 1 ngày được xem là 1 Lần thăm khám.
- 8.45. **“Thuốc kê toa”**: là các loại thuốc điều trị Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa và được kê toa bởi Bác sĩ/Bác sĩ chuyên khoa. Thuốc kê toa phải có trong danh mục đăng ký với cơ quan quản lý nhà nước

có thẩm quyền và không bao gồm thực phẩm chức năng, thuốc cho mục đích làm đẹp, mỹ phẩm, vitamin/thuốc bổ, trừ các vitamin/thuốc bổ cần thiết và hỗ trợ cho việc điều trị, được chỉ định bởi Bác sĩ/Bác sĩ chuyên khoa.

- 8.46. “Vật lý trị liệu”:** là phương pháp điều trị sử dụng các biện pháp vật lý để giảm đau, phục hồi chức năng của cơ bắp cho các hoạt động bình thường hàng ngày của Người được bảo hiểm theo chỉ định của Bác sĩ/Bác sĩ chuyên khoa (không phải phương pháp massage, spa hay tập sửa dáng đi) và việc điều trị này phải được thực hiện tại Cơ sở y tế.
- 8.47. “Vật tư tiêu hao”:** là vật tư được sử dụng nhằm mục đích hỗ trợ cho việc điều trị và không được lắp đặt vĩnh viễn trong cơ thể, bao gồm các vật liệu có thể tự tiêu trong cơ thể hoặc có thể lấy ra khỏi cơ thể mà không ảnh hưởng đến chức năng hoạt động của cơ thể.
- 8.48. “Phòng và giường”:** là phòng và giường theo hạng thông thường/tiêu chuẩn của Cơ sở y tế. Trong trường hợp Người được bảo hiểm sử dụng giường cao cấp hoặc giường đôi/bộ nhưng đăng ký sử dụng cho 1 bệnh nhân, chi phí cho Phòng và giường này sẽ được chi trả theo hạng thông thường/tiêu chuẩn của Cơ sở y tế. Chi phí Phòng và giường đã bao gồm suất ăn theo tiêu chuẩn của bệnh nhân trong trường hợp Cơ sở y tế có cung cấp.
- 8.49. “Tai nạn”:** là một sự kiện hoặc một chuỗi sự kiện liên tục, khách quan, xảy ra do tác động của một lực, một vật bất ngờ từ bên ngoài, không chủ động và ngoài ý muốn lên cơ thể của Người được bảo hiểm. Sự kiện hoặc chuỗi sự kiện nêu trên phải là nguyên nhân trực tiếp, duy nhất và không liên quan đến bất kỳ nguyên nhân nào khác gây Thương tật hoặc tử vong cho Người được bảo hiểm trong vòng 180 ngày kể từ ngày xảy ra sự kiện hoặc chuỗi sự kiện đó.
- 8.50. “Sinh mổ”:** là việc sinh con của Người được bảo hiểm cần phải can thiệp Phẫu thuật tại Cơ sở y tế và được thể hiện trên giấy ra viện.
- 8.51. “Sinh thường”:** là việc sinh con tự nhiên của Người được bảo hiểm tại Cơ sở y tế không có can thiệp bằng Phẫu thuật và được thể hiện trên giấy ra viện.
- 8.52. “Lọc thận”:** là phương pháp điều trị thay thế thận Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa được thực hiện tại một Trung tâm lọc thận được đăng ký hợp pháp hoặc khoa ngoại trú của Cơ sở y tế. Thuốc kê toa cho mục đích lọc thận cũng sẽ được chi trả trong quyền lợi này.