

**QUI TẮC, ĐIỀU KHOẢN BẢO HIỂM BỔ TRỢ  
SẢN PHẨM BỔ SUNG BẢO HIỂM NHÓM  
QUYỀN LỢI BẢO HIỂM TRỢ CẤP ĐỘ NĂM VIỆN**

(Ban hành kèm theo Công văn số 2857 TC/TCNH ngày 11/03/2005 của Bộ Tài chính)

Sản phẩm Bổ sung nhóm này do Công ty Trách nhiệm hữu hạn Bảo hiểm Nhân Thọ AIA (Việt Nam) phát hành (dưới đây gọi tắt là "Công ty") và sẽ là một phần của hợp đồng bảo hiểm nhóm (dưới đây gọi tắt là "Hợp đồng chính") mà nó đính kèm.

Trên cơ sở xem xét khoản thanh toán trước với Công ty về phí bảo hiểm bổ sung áp dụng cho Sản phẩm Bổ sung này và cách tính tỷ lệ phí bảo hiểm bổ sung như nêu ra dưới đây, Công ty đồng ý bảo hiểm cho những Người Được Bảo hiểm theo các quy định và tùy thuộc vào các điều khoản trong Sản phẩm Bổ sung này.

**CHƯƠNG 1  
NHỮNG ĐIỀU KHOẢN CHUNG**

Tất cả các thuật ngữ sử dụng trong bản Qui tắc và Điều khoản này được hiểu đúng như đã định nghĩa trong hợp đồng bảo hiểm chính.

Qui tắc và Điều khoản của hợp đồng bảo hiểm chính sẽ được áp dụng cho Sản phẩm Bổ sung. Trong trường hợp có sự mâu thuẫn giữa hợp đồng bảo hiểm chính và Sản phẩm Bổ sung, qui định của Sản phẩm Bổ sung sẽ được áp dụng.

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

Sản phẩm Bổ sung này là loại sản phẩm không chia lãi và không được lãi cũng như thưởng dưới bất kỳ hình thức nào, và không có giá trị hoàn lại.

**Điều 1: Định nghĩa**

- 1.1 Tai nạn: là một sự kiện bất ngờ, mạnh mẽ, ngoài ý muốn, từ bên ngoài, ngoại trừ bất cứ trạng thái nào xảy ra do bệnh tật, do tuổi tác hay quá trình thoái hóa, trực tiếp gây ra thương tật có thể nhìn thấy được hoặc gây ra cái chết cho Người Được Bảo hiểm. Thương tật hay cái chết này phải xảy ra trong vòng 90 ngày kể từ ngày xảy ra tai nạn và tai nạn này phải là nguyên nhân duy nhất gây ra thương tật hay cái chết này.
- 1.2 Bác sĩ Được phép Hành nghề: là cá nhân có bằng cấp được thừa nhận về Tây y đã đăng ký và được phép hành nghề một cách hợp pháp tại một khu vực địa lý nhất định để thực hành nghề y hoặc phẫu thuật bằng tây y; tuy nhiên định nghĩa này loại trừ những bác sĩ chính là Người Được Bảo hiểm, hay là đại lý của Người Được Bảo hiểm, hay là một đại lý bảo hiểm hay là bên đối tác hay người sử dụng lao động/người lao động của Người Được Bảo hiểm hay là thành viên trực hệ trong gia đình của Người Được Bảo hiểm.
- 1.3 Bác sĩ chuyên khoa được phép hành nghề: là Bác sĩ Được phép Hành nghề có bằng cấp chuyên khoa trong một hoặc một số lĩnh vực chuyên khoa về Tây y đã đăng ký và được

phép hành nghề tại một khu vực địa lý nhất định để thực hành nghề y hoặc phẫu thuật bằng tây y theo chuyên khoa của mình; tuy nhiên định nghĩa này loại trừ những bác sĩ chính là Người Được Bảo hiểm, hay là đại lý của Người Được Bảo hiểm, hay là một đại lý bảo hiểm hay là bên đối tác hay người sử dụng lao động/người lao động của Người Được Bảo hiểm hay là thành viên trực hệ trong gia đình của Người Được Bảo hiểm.

- 1.4 Bệnh viện Đủ Tiêu chuẩn: là bệnh viện hoạt động hợp pháp và hội đủ các tiêu chuẩn sau:
- a) Là bệnh viện được nhà nước cho phép cung cấp dịch vụ y tế Tây y để chăm sóc và điều trị cho những người bị thương tật hay ốm đau tại khu vực địa lý nhất định và là nơi cung cấp các phương tiện cho chẩn đoán bệnh, đại phẫu và dịch vụ chăm sóc liên tục 24 giờ và không phải là cơ sở phục vụ cho việc điều dưỡng hay nhà dưỡng lão hay các mục đích tương tự và không là cơ sở có tham gia vào việc chăm sóc các trường hợp nghiện rượu hay ma túy. Và
  - b) Là bệnh viện có lưu giữ hồ sơ bệnh án bệnh nhân theo tiêu chuẩn qui định của pháp luật và qui định hiện hành tại địa phương nơi bệnh viện có trụ sở. Và
  - c) Phải là bệnh viện được đăng ký hợp pháp với cơ quan có thẩm quyền tại địa phương nơi bệnh viện có trụ sở và tư cách của bệnh viện phải được thể hiện bằng chữ “bệnh viện” trên con dấu chính thức của bệnh viện.
- 1.5 Trung tâm Y tế Đủ Tiêu chuẩn: là trung tâm y tế hoạt động hợp pháp và hội đủ các tiêu chuẩn sau:
- a) Là trung tâm y tế được nhà nước cho phép cung cấp dịch vụ y tế Tây y để chăm sóc và điều trị cho những người bị thương tật hay ốm đau tại khu vực địa lý nhất định và là nơi cung cấp các phương tiện cho chẩn đoán bệnh, đại phẫu và dịch vụ chăm sóc liên tục 24 giờ và không phải là cơ sở phục vụ cho việc điều dưỡng hay nhà dưỡng lão hay các mục đích tương tự và không là cơ sở có tham gia vào việc chăm sóc các trường hợp nghiện rượu hay ma túy. Và
  - b) Là trung tâm y tế có lưu giữ hồ sơ bệnh án bệnh nhân theo tiêu chuẩn qui định của pháp luật và qui định hiện hành tại địa phương nơi bệnh viện có trụ sở. Và
  - c) Phải là Trung tâm Y tế Ban đầu Được Chỉ Định được Người Được Bảo hiểm chọn khi tham gia vào chế độ bảo hiểm y tế hay bảo hiểm y tế tự nguyện của Việt Nam để cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu theo các chế độ này.
- 1.6 Khoa săn sóc đặc biệt (ICU): là khoa cung cấp dịch vụ chăm sóc riêng cho từng bệnh nhân tại các Bệnh viện Đủ Tiêu chuẩn hay Trung tâm Y tế Đủ Tiêu chuẩn mà tại đó người bệnh được làm các thủ thuật chuyên môn để hồi sức cấp cứu, theo dõi và điều trị. Khoa này phải có nhân viên y tá, nhân viên kỹ thuật và bác sĩ được đào tạo chuyên khoa trực 24/24 giờ, và được trang bị các máy móc hồi sức cấp cứu và các thiết bị theo dõi cho phép đánh giá liên tục các chức năng sinh tồn của cơ thể như nhịp tim, huyết áp và các chỉ số sinh hoá máu.
- 1.7 Ngày: là một khoảng thời gian 24 giờ liên tục mà Người Được Bảo hiểm phải nằm viện như một bệnh nhân nội trú tại một Bệnh viện Đủ Tiêu chuẩn hay một Trung tâm Y tế Đủ Tiêu chuẩn và là cơ sở để tính tiền phòng và tiền ăn hay tiền Khoa Săn sóc Đặc biệt (ICU).
- 1.8 Nằm viện: là việc nhập viện vào bất cứ một Bệnh viện Đủ Tiêu chuẩn hay một Trung tâm Y tế Đủ Tiêu chuẩn nào như là một bệnh nhân nội trú với thời gian ít nhất là một ngày như định nghĩa tại điểm 1.9 theo chỉ định của một Bác sĩ Được phép Hành nghề do cần điều trị

đối với bất kỳ Bệnh được Bảo hiểm hay Thương tật Được Bảo hiểm và phải nằm trong Bệnh viện Đủ Tiêu chuẩn hay Trung tâm Y tế Đủ Tiêu chuẩn đó liên tục trước khi được ra viện. Việc nằm viện phải được chứng minh bằng hóa đơn tiền phòng hay hóa đơn gồm cả tiền phòng và tiền ăn của Bệnh viện Đủ Tiêu chuẩn hay Trung tâm Y tế Đủ Tiêu chuẩn đó.

- 1.9 Cùng Một lần Nằm viện: Nếu hai hay nhiều lần Nằm viện do cùng một chấn thương hay cùng một bệnh tật hay do các chấn thương và bệnh tật liên quan, hay do bất kỳ biến chứng nào phát sinh thì những lần Nằm viện đó sẽ chỉ được coi là Cùng Một lần Nằm viện nếu lần nằm viện sau không cách quá 90 ngày kể từ ngày cuối của lần Nằm viện được bồi thường hay sẽ được bồi thường ngay trước đó. Quy tắc này dùng để xác định mức giới hạn quyền lợi bảo hiểm được hưởng.
- 1.10 Bệnh được Bảo hiểm: là các bệnh được chi trả bảo hiểm theo Sản phẩm Bổ sung này. Công ty sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm nếu các triệu chứng hay dấu hiệu của các bệnh bắt đầu trong vòng 30 ngày kể từ Ngày Tham gia Bảo hiểm Bổ sung của Người Được Bảo hiểm. Trong định nghĩa này, một bệnh được coi là bắt đầu khi bệnh đó được kiểm tra, chẩn đoán hay điều trị hoặc khi có các dấu hiệu hay triệu chứng mà một người bình thường sẽ đi khám y tế, chẩn đoán, chăm sóc hay điều trị.
- 1.11 Thương tật Được Bảo hiểm: là bất kỳ một thương tật nào tạo nên sự không bình thường trên cơ thể do hậu quả trực tiếp và duy nhất của Tai nạn như được định nghĩa tại điều 1.1 ở trên và Tai nạn này phải xảy ra sau khi Công ty chấp thuận hồ sơ yêu cầu bảo hiểm của Người Được Bảo hiểm đối với Sản phẩm Bổ sung hay ngày khôi phục lần sau cùng của Sản phẩm Bổ sung, lấy ngày nào đến sau.
- 1.12 Giới hạn Hợp lý và Thông thường: các dịch vụ y tế phải thực sự cần thiết về mặt y khoa và theo tiêu chuẩn thực hành tốt về y khoa và không được vượt quá tiêu chuẩn bình thường về điều trị cho bệnh hay thương tật tương tự tại địa phương nơi việc nằm viện diễn ra. Giới hạn hợp lý và thông thường này bao gồm nhưng không chỉ có sự cần thiết của việc nhập viện, thời gian nằm viện, các dịch vụ y tế và điều trị, các chi phí bệnh viện và chuyên môn. Các chi phí bệnh viện và chuyên môn không được vượt quá mức chi phí thông thường đối với việc điều trị bệnh hay thương tật tương tự tại địa phương nơi nằm viện.

## **CHƯƠNG 2 QUYỀN LỢI BẢO HIỂM**

### **Điều 2: Quyền lợi Bảo hiểm**

Sau ngày Công ty chấp thuận hồ sơ yêu cầu bảo hiểm của Người Được Bảo hiểm đối với Sản phẩm Bổ sung này, nếu Người Được Bảo hiểm phải nhập viện như một bệnh nhân nội trú tại một Bệnh viện Đủ Tiêu chuẩn hay một Trung tâm Y tế Đủ Tiêu chuẩn theo yêu cầu của Bác sĩ Được phép Hành nghề để được điều trị về y tế cần thiết cho Thương tật Được Bảo hiểm hay Bệnh được Bảo hiểm, Công ty sẽ thanh toán quyền lợi bảo hiểm của Sản phẩm Bổ sung theo các điều khoản dưới đây:

- 2.1 Quyền lợi Bảo hiểm Trợ cấp Hàng ngày khi Nằm viện  
Nếu Người Được Bảo hiểm nằm viện tại một Bệnh viện Đủ Tiêu chuẩn hay một Trung tâm Y tế Đủ Tiêu chuẩn, Công ty sẽ thanh toán Quyền lợi Bảo hiểm Trợ cấp Hàng ngày khi

Nằm viện cho mỗi ngày nằm viện. Quyền lợi bảo hiểm được chi trả sẽ bằng số tiền của Quyền lợi Bảo hiểm Trợ cấp Hàng ngày khi Nằm viện nhân với số ngày nằm viện.

- 2.2 Quyền lợi Bảo hiểm Trợ cấp Hàng ngày khi Nằm Khoa Săn sóc Đặc biệt (ICU)  
Nếu Người Được Bảo hiểm phải nằm tại Khoa Săn sóc Đặc biệt của Bệnh viện Đủ Tiêu chuẩn hay một Trung tâm Y tế Đủ Tiêu chuẩn, Công ty sẽ thanh toán Quyền lợi Bảo hiểm Trợ cấp Hàng ngày khi Nằm Khoa Săn sóc Đặc biệt và mức tối đa của quyền lợi Bảo hiểm Trợ cấp Hàng ngày khi Nằm Khoa Săn sóc Đặc biệt là hai mươi lăm (25) ngày cho cùng một lần nằm viện.
- 2.3 Giới hạn quyền lợi bảo hiểm
  - 2.3.1 Tổng của Quyền lợi Bảo hiểm Trợ cấp Hàng ngày khi Nằm viện và Quyền lợi Bảo hiểm Trợ cấp Hàng ngày khi Nằm Khoa Săn sóc Đặc biệt (ICU) sẽ được giới hạn ở Mức Quyền lợi Bảo hiểm Tối đa là 365 ngày cho Cùng Một lần Nằm viện;
  - 2.3.2 Không quyền lợi bảo hiểm nào được chi trả nếu các dấu hiệu hay triệu chứng của bệnh bắt đầu trong vòng 30 ngày kể từ ngày tham gia Sản phẩm Bổ sung của Người Được Bảo hiểm.

### **Điều 3: Điều khoản loại trừ**

Vào tất cả các thời điểm, Công ty không thanh toán bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào theo Sản phẩm Bổ sung nếu việc nằm viện xảy ra trực tiếp hay gián tiếp bởi bất kỳ nguyên nhân nào dưới đây:

- a) bất kỳ thương tật hay bệnh nào do Người Được Bảo hiểm tự hủy hoại, bất kỳ sự cố ý hủy hoại hay thương tật do tự gây thương tích cho mình dù trong tình trạng tinh táo hay mất trí; hay bất kỳ sự liên quan nào đến các sự kiện nguy hiểm không cần thiết ngoại trừ trường hợp cố gắng để cứu người;
- b) chiến tranh hoặc các hoạt động gây chiến, bao gồm hành động xâm lược, hành động của nước thù địch, chiến tranh (tuyên chiến hay không tuyên chiến), nội chiến, nổi loạn, cách mạng, khởi nghĩa, đảo chính quân sự hoặc tiềm quyền;
- c) phục vụ trong lực lượng vũ trang vào thời gian chiến tranh có tuyên chiến hay không tuyên chiến, hoặc hành động theo mệnh lệnh chiến đấu hay lập lại trật tự công cộng;
- d) các hành động quấy rối, bạo động dân sự, bãi công hay khủng bố;
- e) tham gia đánh nhau, ẩu đả; hay chống cự việc bắt giữ;
- f) do bất cứ khuyết tật bẩm sinh nào. Khuyết tật bẩm sinh là tình trạng bệnh đã có từ khi mới sinh, có thể là sự bất thường về thực thể hoặc về chức năng. Khuyết tật đó có thể là do di truyền, mắc phải do ảnh hưởng của các biến cố trong tử cung, hoặc do kết hợp của các nguyên nhân trên;
- g) có thai, sảy thai, sinh con, hoặc các biến chứng của những trường hợp đó;
- h) triệt sản, thụ tinh nhân tạo, kiểm tra/chẩn đoán và điều trị vô sinh;
- i) các trợ giúp điều chỉnh khuyết tật, kính sát tròng, trợ thính và điều trị các tật khúc xạ trừ khi là đòi hỏi cần thiết của các Thương tật Được Bảo hiểm phát sinh do Tai nạn;
- j) bệnh loạn thần, rối loạn tâm thần/thần kinh, hay các rối loạn về giấc ngủ;
- k) điều trị nghiện rượu, lạm dụng thuốc hay bất cứ biến chứng nào phát sinh do các nguyên nhân này, sử dụng thuốc không có chỉ định, tình cờ hoặc cố ý sử dụng thuốc quá liều hay bất cứ tai nạn nào về thuốc;

- l) bất kỳ hình thức chăm sóc nha khoa nào hay phẫu thuật nào trừ khi là đòi hỏi cần thiết của các Thương tật Được Bảo hiểm phát sinh do Tai nạn (không bao gồm các chi phí làm răng giả và các chi phí liên quan);
- m) phẫu thuật thẩm mỹ, tạo hình hay bất kỳ một phẫu thuật không cần thiết nào;
- n) khám sức khỏe định kỳ, hay dưỡng bệnh, chăm sóc khi bị án phạt hay chăm sóc y tế chỉ cần nghỉ ngơi;
- o) điều trị hay phẫu thuật amidan, V.A, thoát vị, phì đại tuyến tiền liệt, tràn dịch tinh hoàn, viêm xoang, cắt bao qui đầu hay một bệnh của cơ quan sinh sản nữ trừ khi Người Được Bảo hiểm đã liên tục được bảo hiểm theo Sản phẩm Bổ sung này trong một thời gian ít nhất là 120 ngày ngay trước khi nhập viện để điều trị hay phẫu thuật tính từ ngày công ty chấp thuận hồ sơ yêu cầu bảo hiểm của Sản phẩm Bổ sung hay ngày khôi phục lần sau cùng của Sản phẩm Bổ sung, lấy ngày nào đến sau;
- p) các điều trị hay dịch vụ y tế không phải là tây y;
- q) nằm viện tại bất kỳ bệnh viện nào là nơi phục vụ cho việc điều dưỡng hay nhà dưỡng lão hay phục hồi chức năng hay phục vụ cho mục đích tương tự cũng như nơi có tham gia vào việc chăm sóc các trường hợp nghiện rượu hay ma túy;
- r) bất kỳ lần nằm viện nào mà không nằm trong Giới hạn Hợp lý và Thông thường;
- s) hành vi phạm tội của Người Được Bảo hiểm, Bên mua Bảo hiểm hay người thụ hưởng vi phạm pháp luật và các qui định của Việt Nam; hay hành vi phạm tội xảy ra ngoài Việt Nam vi phạm pháp luật và các qui định của nước có liên quan; hay kháng cự lại lệnh bắt người
- t) các loại trừ bảo hiểm trong hợp đồng bảo hiểm chính.

#### **Điều 4: Thanh toán quyền lợi bảo hiểm**

- 4.1 Tất cả các quyền lợi bảo hiểm sẽ được thanh toán cho Người Được Bảo hiểm, trừ khi có lý do hợp lý được Công ty chấp thuận, quyền lợi bảo hiểm sẽ được thanh toán cho Bên mua Bảo hiểm.
- 4.2 Việc Công ty thanh toán bất kỳ khoản tiền bảo hiểm nào như đã quy định ở đây sẽ chấm dứt tất cả trách nhiệm của Công ty đối với bất kỳ yêu cầu bồi thường, đòi hỏi, nghĩa vụ hay các tổn thất liên quan đến Người Được Bảo hiểm theo Sản phẩm Bổ sung này.

### **CHƯƠNG 3 THỦ TỤC YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM**

#### **Điều 5: Thủ tục yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm**

- 5.1 Thủ tục yêu cầu giải quyết Quyền lợi Bảo hiểm
  - 5.1.1 Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải thông báo bằng văn bản cho Công ty về yêu cầu đòi bồi thường trong vòng 30 ngày kể từ ngày bắt đầu Nằm viện.
  - 5.1.2 Việc Nằm viện phải được chứng minh là nằm trong Giới hạn Hợp lý và Thông thường thỏa mãn yêu cầu của Công ty. Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải gửi bằng chứng về Nằm viện cho Công ty trong vòng 30 ngày kể từ ngày ra viện, bao gồm các tài liệu sau:
    - Mẫu đơn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm được điền đầy đủ và chính xác;

- Các bằng chứng về y tế do Bác sĩ Được phép Hành nghề hay Bác sĩ Chuyên khoa Được phép Hành nghề như được định nghĩa trong Sản phẩm Bổ sung này;
- Bản gốc các hóa đơn, chứng từ của bệnh viện cho giai đoạn nằm viện;
- Giấy xuất viện và tóm tắt bệnh án xác nhận việc nằm viện, thời gian và các chi tiết. Các giấy tờ này phải được xác nhận bởi nhân viên có thẩm quyền của Bệnh viện Đủ Tiêu chuẩn hay Trung tâm Y tế Đủ Tiêu chuẩn, hay ;
- Bản sao của thẻ Bảo hiểm Y tế hay thẻ Bảo hiểm Y tế Tự nguyện của Người Được Bảo hiểm;
- Bằng chứng chứng minh tai nạn dẫn đến việc nằm viện, nếu có. Ví dụ: Biên bản tai nạn của cơ quan công an.

Công ty bảo lưu quyền yêu cầu các bằng chứng hay các tài liệu bổ sung để phục vụ việc xem xét giải quyết bồi thường. Trong trường hợp có khám y tế, hay có thực hiện các thủ thuật chẩn đoán hay phẫu thuật, Công ty có thể yêu cầu bằng chứng y tế để chứng minh rằng việc khám sức khỏe và/hoặc thực hiện các thủ thuật đó là thông thường trong trường hợp này và cần thiết về mặt y học, cũng như nằm trong giới hạn hợp lý và thông thường. Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải chịu các chi phí trong việc cung cấp các tài liệu này.

Trong trường hợp có các ý kiến khác nhau về giới hạn hợp lý và thông thường của việc nằm viện hay các tiêu chuẩn về dịch vụ y tế và điều trị, hay các dấu hiệu hay triệu chứng của bất kỳ bệnh nào và biểu hiện của các bệnh đó, Công ty sẽ giải quyết theo ý kiến của Trưởng phòng Y tế của Công ty hay của bác sỹ do công ty chỉ định hoặc đồng ý chấp thuận

## 5.2 Khám Y tế và Khám nghiệm Pháp y

Công ty bảo lưu quyền yêu cầu làm các xét nghiệm hay khám y tế đối với Người Được Bảo hiểm do bác sĩ hay phòng xét nghiệm mà công ty chỉ định hoặc chấp thuận thực hiện. Trong trường hợp Người Được Bảo hiểm đã chết, nếu thấy phù hợp và được pháp luật cho phép, Công ty có thể yêu cầu khám nghiệm pháp y.

## 5.3 Thời hạn nộp Yêu cầu Giải quyết Quyền lợi Bảo hiểm

Thời hạn nộp yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm là trong vòng 24 tháng kể từ ngày bắt đầu của lần Nằm viện tương ứng.