

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN  
SẢN PHẨM BẢO HIỂM

# BẢO HIỂM NĂM VIÊN VÀ PHẪU THUẬT

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN MẪU



# QUY TẮC & ĐIỀU KHOẢN SẢN PHẨM BẢO HIỂM BỔ SUNG BẢO HIỂM NĂM VIỆN VÀ PHẪU THUẬT

(Được phê chuẩn theo công văn số 10711 /BTC-QLBH ngày 7/9/2020 của Bộ Tài Chính)

Sản phẩm bổ sung Bảo hiểm Năm Viện Và Phẫu Thuật (Sau đây gọi tắt là "Bảo Hiểm Bổ Sung") có hai lựa chọn Chương trình bảo hiểm là Chương trình Cơ bản và Chương trình Nâng cao. Thông tin về lựa chọn của Khách hàng được quy định trong Giấy chứng nhận bảo hiểm và các thỏa thuận sửa đổi, bổ sung khác (nếu có). Bảo Hiểm Bổ Sung này chi trả cho các Chi phí y tế trong phạm vi lãnh thổ Việt Nam.

Những từ "chúng tôi" hay "AIA Việt Nam" hay "Công ty" được hiểu là Công ty Trách Nhiệm Hữu Hạn Bảo hiểm Nhân thọ AIA (Việt Nam); từ "khách hàng" tùy từng trường hợp được hiểu là Bên mua bảo hiểm (BMBH) và/hoặc Người được bảo hiểm (NĐBH).

## I. Quyền lợi bảo hiểm

Khách hàng sẽ được chi trả các Chi phí y tế và theo hạn mức tối đa của từng loại chi phí như dưới đây:

Đơn vị: đồng

Quyền lợi	Áp dụng theo	Chương trình Cơ bản	Chương trình Nâng cao
<b>Điều trị nội trú</b>			
1. Phòng và giường bệnh (tối đa 60 ngày/ năm)	Mỗi ngày	500.000	800.000
2. Phòng chăm sóc đặc biệt (tối đa 30 ngày/ năm)		1.000.000	1.600.000
3. Phẫu thuật	Mỗi lần điều trị	12.000.000	20.000.000
4. Phẫu thuật trong ngày		6.000.000	10.000.000
5. Điều trị sau khi xuất viện		500.000	1.000.000
6. Chi phí y tế nội trú khác		6.000.000	10.000.000
7. Cấp cứu	Mỗi lần cấp cứu	1.000.000	2.000.000
8. - Chạy thận nhân tạo, - Điều trị Ung thư bằng phương pháp xạ trị hoặc hóa trị	Mỗi năm hợp đồng	20.000.000	40.000.000
<b>Điều trị ngoại trú</b>			
9. Điều trị ngoại trú	Mỗi năm hợp đồng	Không áp dụng	1.000.000

## II. Những lưu ý khi tham gia bảo hiểm

Phí bảo hiểm	<p>Phí bảo hiểm có thể thay đổi tùy thuộc vào tuổi của NĐBH tại ngày ký niệm hợp đồng.</p> <p>Phí bảo hiểm cũng có thể thay đổi tùy theo sự chấp thuận của Bộ Tài chính. Mức phí bảo hiểm mới sẽ được áp dụng vào ngày kỷ niệm hợp đồng kế tiếp và chúng tôi sẽ thông báo cho BMBH bằng văn bản 30 ngày trước khi áp dụng.</p>
Đóng phí bảo hiểm	<p>Khách hàng cần phải đóng phí bảo hiểm đầy đủ và đúng hạn để đảm bảo các quyền lợi bảo hiểm, cho dù không nhận được thông báo nhắc đóng phí.</p> <p>Định kỳ đóng phí của hợp đồng bảo hiểm chính sẽ được áp dụng cho định kỳ đóng phí của Bảo Hiểm Bổ Sung này. Khi có sự thay đổi về định kỳ đóng phí của hợp đồng bảo hiểm chính, định kỳ đóng phí của Bảo Hiểm Bổ Sung này sẽ được thay đổi tương ứng.</p> <p>Khách hàng sẽ được gia hạn đóng phí bảo hiểm trong vòng 60 ngày kể từ ngày đến hạn đóng phí. Trong thời gian này, quyền lợi bảo hiểm của khách hàng vẫn được đảm bảo.</p>
Thời hạn của sản phẩm Bảo Hiểm Bổ Sung	<p>Thời hạn của Bảo Hiểm Bổ Sung này là 1 năm tính từ Ngày có hiệu lực và được tự động gia hạn hàng năm cho đến ngày kỷ niệm hợp đồng ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt 75 tuổi hoặc ngày kết thúc thời hạn đóng phí của hợp đồng bảo hiểm chính, tùy ngày nào đến trước.</p> <p>Khách hàng hoặc chúng tôi có quyền không gia hạn Bảo Hiểm Bổ Sung này. Trường hợp chúng tôi không gia hạn Bảo Hiểm Bổ Sung này, chúng tôi sẽ thông báo bằng văn bản cho BMBH trước 30 ngày.</p>
Thay đổi Chương trình bảo hiểm	<p>Khách hàng có thể yêu cầu thay đổi Chương trình bảo hiểm trong vòng 30 ngày trước ngày kỷ niệm hợp đồng của hợp đồng bảo hiểm chính. Chúng tôi có thể yêu cầu cung cấp bằng chứng về tình trạng sức khỏe của NĐBH khi thực hiện yêu cầu thay đổi này.</p>
Thời gian chờ	<p>Chúng tôi sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm cho việc khám và điều trị xảy ra trong vòng 30 ngày kể từ ngày chúng tôi chấp thuận bảo hiểm, áp dụng đối với các trường hợp Điều trị nội trú hoặc Điều trị ngoại trú do Bệnh.</p> <p>Thời gian chờ sẽ không áp dụng cho Tai nạn.</p>
Loại trừ bảo hiểm	<p>Chúng tôi sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm cho việc khám và điều trị có liên quan của các trường hợp sau:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Tình trạng y tế có trước, ngoại trừ Tình trạng y tế có trước đã được khai báo khi yêu cầu tham gia bảo hiểm và được chúng tôi chấp thuận; hoặc</li><li>• Bệnh bẩm sinh, dị tật bẩm sinh, bệnh di truyền; hoặc</li><li>• Chuyển đổi giới tính; hoặc</li><li>• Nha khoa trừ trường hợp do tai nạn; hoặc</li><li>• Tật khúc xạ; hoặc</li><li>• Các bệnh tâm thần; hoặc</li></ul>

- Thẩm mỹ, mụn trứng cá, nám da, tàn nhang; hoặc
- Phẫu thuật tạo hình, trừ khi thương tích xảy ra do Tai nạn và phẫu thuật tạo hình là cần thiết để khôi phục lại chức năng của NĐBH; hoặc
- Triệt sản, tránh thai, điều trị vô sinh, sinh con, biến chứng thai sản, phá thai không có nguyên nhân bệnh lý, bệnh lây truyền qua đường tình dục; hoặc
- Sử dụng chất ma túy; hoặc
- Khám sức khỏe định kỳ; hoặc
- Đông y, Y học dân tộc, Y học cổ truyền, Phục hồi chức năng, ngoại trừ các chi phí điều trị Tây y (trường hợp NĐBH điều trị theo phương pháp Đông Tây y kết hợp); hoặc
- Thực phẩm chức năng, thuốc cho mục đích làm đẹp, mỹ phẩm, khoáng chất, vitamin, thuốc bổ, dinh dưỡng bổ sung; hoặc
- Sử dụng thuốc hoặc vật tư y tế không liên quan đến việc chẩn đoán; và chẩn đoán không liên quan đến thương tật hoặc bệnh; hoặc
- Thương tích phát sinh do NĐBH có hành vi vi phạm các quy định của pháp luật; hoặc
- Hành vi gian lận bảo hiểm.

Các trường hợp  
chấm dứt  
bảo hiểm

Bảo Hiểm Bổ Sung sẽ chấm dứt hiệu lực trong các trường hợp sau:

- Hợp đồng bảo hiểm chính chấm dứt hiệu lực; hoặc
- Thời hạn của Bảo Hiểm Bổ Sung này kết thúc và không được gia hạn; hoặc
- Bảo Hiểm Bổ Sung bị mất hiệu lực; hoặc
- Vào ngày kỷ niệm hợp đồng ngay sau khi NĐBH đạt 75 tuổi; hoặc
- NĐBH tử vong; hoặc
- BMBH yêu cầu chấm dứt hiệu lực của Bảo Hiểm Bổ Sung; hoặc
- Các trường hợp khác theo quy định của pháp luật.

### III. Giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Thời hạn yêu cầu  
giải quyết quyền  
lợi bảo hiểm

Thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm là 12 tháng kể từ ngày xuất viện hoặc ngày bắt đầu Điều trị ngoại trú.

Hồ sơ yêu cầu  
giải quyết quyền  
lợi bảo hiểm

- Phiếu Yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm đã được điền đầy đủ và chính xác;
- Chứng minh nhân dân hoặc Căn cước công dân hoặc Hộ chiếu của người nhận quyền lợi bảo hiểm;
- Bảng chứng y tế, bao gồm:
  - Kết quả khám, xét nghiệm, chẩn đoán theo chỉ định của Bác sĩ.
  - Toa thuốc (có đầy đủ chẩn đoán, chữ ký, họ tên đầy đủ của Bác sĩ điều trị và được đóng dấu của Cơ sở y tế nơi thực hiện tư vấn, khám hoặc điều trị);
  - Giấy ra viện (trong trường hợp Điều trị nội trú);

- Giấy chứng nhận phẫu thuật (trong trường hợp Phẫu thuật);
- Hồ sơ tai nạn (trong trường hợp điều trị do Tai nạn)
- Bản gốc hóa đơn tài chính: Hóa đơn phải có thông tin cá nhân của NĐBH như họ tên, địa chỉ; tên Cơ sở y tế, chi tiết các Chi phí y tế và phải được đóng dấu của Cơ sở 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.

Chúng tôi bảo lưu quyền yêu cầu cung cấp thêm các 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 sẽ do Chúng tôi chịu trách nhiệm thanh toán theo hóa đơn, chứng từ thanh toán hợp lệ.

Người nhận quyền lợi bảo hiểm	<p>(i) Chúng tôi sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm của Bảo Hiểm Bổ Sung này cho BMBH.</p> <p>(ii) Ngoại trừ trường hợp như được quy định tại mục (iii) dưới đây, trong trường hợp BMBH đã tử vong tại thời điểm chi trả quyền lợi bảo hiểm, Chúng tôi sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm của Bảo Hiểm Bổ Sung này cho những người thừa kế hợp pháp của BMBH.</p> <p>(iii) Trường hợp BMBH đã tử vong và BMBH đồng thời là Người được bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm chính và NĐBH của Bảo Hiểm Bổ Sung, Chúng tôi sẽ chi trả quyền lợi này cho:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Người thụ hưởng của sản phẩm bảo hiểm chính. Nếu bất kỳ Người thụ hưởng nào chết trước NĐBH, phần quyền lợi đó sẽ được chi trả cho người thừa kế hợp pháp của BMBH;</li> <li>◦ Nếu không có người thụ hưởng nào của sản phẩm bảo hiểm chính được chỉ định, hoặc toàn bộ Người thụ hưởng đã tử vong trước BMBH, quyền lợi bảo hiểm sẽ được chi trả cho người thừa kế hợp pháp của BMBH.</li> </ul>
-------------------------------	---

Thời hạn giải quyết quyền lợi bảo hiểm	<p>Thời hạn giải quyết quyền lợi bảo hiểm là 30 ngày kể từ ngày Chúng tôi nhận được hồ sơ đầy đủ và hợp lệ.</p> <p>Nếu việc chi trả quyền lợi bảo hiểm bị chậm trễ, Chúng tôi sẽ trả lãi trên số tiền chậm trả theo mức lãi suất mà Chúng tôi đang áp dụng cho các khoản tạm ứng từ giá trị hợp đồng và được công bố tại trang thông tin điện tử của Chúng tôi <a href="http://www.aia.com.vn">www.aia.com.vn</a>.</p>
--	--

#### IV. Những điều khoản chung

Nguyên tắc áp dụng	<p>Những nội dung không được đề cập tại Quy tắc và Điều khoản của Bảo Hiểm Bổ Sung này sẽ được áp dụng theo Quy tắc và Điều khoản sản phẩm bảo hiểm chính.</p> <p>Những nội dung đã được đề cập tại Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm bổ sung này nhưng mâu thuẫn với Quy tắc và Điều khoản sản phẩm bảo hiểm chính thì sẽ được áp dụng theo Quy tắc và Điều khoản Bảo Hiểm Bổ Sung này.</p>
--------------------	---

Xác minh các khoản tiền đã đóng

BMBH có thể ủy quyền người khác nộp phí bảo hiểm thay mình và hoàn toàn chịu trách nhiệm đối với các rủi ro và các vấn đề phát sinh có liên quan đến việc nộp phí bảo hiểm đó. Công ty không chịu trách nhiệm hoặc không có nghĩa vụ phải xác minh tính hiệu lực hoặc hợp pháp của bất kỳ khoản tiền nào được đóng nhân danh hoặc vì lợi ích của BMBH hoặc của bất kỳ trường hợp ủy quyền đóng tiền nào được thực hiện giữa BMBH và bất kỳ bên thứ ba nào.

Khách hàng phải cung cấp các chứng từ liên quan đến các khoản tiền đã đóng cho HDBH này nếu có bất kỳ truy vấn nào của cơ quan nhà nước có thẩm quyền về nguồn gốc của các khoản thanh toán đó.

Trường hợp phát hiện BMBH/NĐBH có hành vi liên quan đến rửa tiền/khủng bố, Chúng tôi có quyền áp dụng các biện pháp theo quy định của pháp luật và/hoặc thực hiện các biện pháp theo yêu cầu của cơ quan có thẩm quyền.

Các thuật ngữ về y học sử dụng trong Quy tắc và Điều khoản này 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 tương ứng. Trong trường hợp pháp luật Việt Nam có quy định riêng về các thuật ngữ y học, các thuật ngữ này sẽ được ưu tiên áp dụng.

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN

## Phụ lục: Giải thích từ ngữ

Người được bảo hiểm (NĐBH)	<p>là cá nhân đang sinh sống tại Việt Nam tại thời điểm nộp hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, trong độ tuổi từ 5 tuổi đến 65 tuổi, và được chúng tôi chấp thuận bảo hiểm theo Bảo Hiểm Bổ Sung này.</p> <p>Tuổi tối đa kết thúc Bảo Hiểm Bổ Sung của Người được bảo hiểm là 75 tuổi.</p> <p>NĐBH của Bảo Hiểm Bổ Sung này phải có quyền lợi có thể được bảo hiểm với BMBH.</p>
Bên mua bảo hiểm (BMBH)	<p>được quy định tại hợp đồng bảo hiểm chính.</p>
Giấy chứng nhận bảo hiểm	<p>là văn bản chấp thuận bảo hiểm của chúng tôi, thể hiện các thông tin chính về các quyền lợi bảo hiểm và là một phần không tách rời của HĐBH.</p>
Ngày có hiệu lực của Bảo Hiểm Bổ Sung	<p>Nếu yêu cầu bảo hiểm của khách hàng được chúng tôi chấp thuận, ngày có hiệu lực của Bảo Hiểm Bổ Sung này là ngày được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc xác nhận sửa đổi, bổ sung (nếu có).</p>
Bác sĩ	<p>là người có bằng cấp chuyên môn y khoa được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc được thừa nhận hành nghề y hợp pháp theo quy định của pháp luật của Việt Nam.</p> <p>Vì mục đích của Bảo hiểm bổ sung này, Bác sĩ không được đồng thời là:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm; hoặc</li><li>Vợ, chồng, cha ruột, mẹ ruột, cha nuôi, mẹ nuôi, cha dượng, mẹ kế, con ruột, con nuôi, anh ruột, chị ruột, em ruột, ông nội, bà nội, ông ngoại, bà ngoại của BMBH; NĐBH; con riêng của vợ hoặc chồng của BMBH, NĐBH; hoặc</li><li>Đại lý bảo hiểm, người sử dụng lao động, người lao động của BMBH, NĐBH.</li></ol>
Bệnh	<p>là ốm đau, bệnh tật mà NĐBH mắc phải trong khi Bảo Hiểm Bổ Sung này còn hiệu lực, và cần được Bác sĩ điều trị.</p>
Thương tích	<p>là các tổn thương cơ thể gây ra bởi nguyên nhân duy nhất và trực tiếp do Tai nạn.</p>
Tai nạn	<p>là một sự kiện hoặc một chuỗi sự kiện liên tục, khách quan, xảy ra do tác động của một lực hoặc một vật bất ngờ, từ bên ngoài, không chủ định và ngoài ý muốn của NĐBH, gây ra thương tật cho NĐBH. 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 ra thương tật cho NĐBH trong vòng 180 ngày kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm.</p>
Cơ sở y tế	<p>là một cơ sở khám chữa bệnh hợp pháp và được cơ quan có thẩm quyền tại Việt Nam cấp giấy phép hoạt động. Cơ sở y tế không bao gồm trạm y tế cấp xã, phòng hoặc tương đương, trạm xá, bệnh xá.</p>



Phòng chăm sóc đặc biệt (ICU)	<p>là một bộ phận của Cơ sở y tế, và phải đáp ứng tất cả các điều kiện sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• được thành lập để chăm sóc và điều trị đặc biệt;</li> <li>• dành riêng cho các bệnh nhân trong điều kiện nguy kịch, cần sự theo dõi và kiểm tra y tế liên tục của Bác sĩ;</li> <li>• được trang bị các thiết bị, thuốc, phương tiện khác cần thiết cho việc cứu sống bệnh nhân một cách nhanh chóng;</li> <li>• không phải là phòng hậu phẫu hoặc phòng cấp cứu.</li> </ul>
Cấp cứu	là tình trạng Người được bảo hiểm bị tai nạn hoặc do bệnh cần phải được điều trị hoặc phẫu thuật tại phòng cấp cứu của Cơ sở y tế.
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.
Phẫu thuật	là một phương pháp y khoa để điều trị Bệnh hoặc Thương tích 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. Tất cả các phẫu thuật được thực hiện bằng cách gây tê tại chỗ hoặc phục vụ cho mục đích chẩn đoán bệnh sẽ không được hiểu là Phẫu thuật theo định nghĩa này.
Phẫu thuật trong ngày	là một phương pháp y khoa để điều trị Bệnh hoặc Thương tích 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 có thể trong hoặc ngoài Phòng phẫu thuật của Cơ sở y tế và không yêu cầu NĐBH hiểm phải nằm điều trị tại Cơ sở y tế từ 18 giờ liên tục trở lên, bao gồm cả các phẫu thuật được thực hiện bằng cách gây tê tại chỗ hoặc phục vụ cho mục đích chẩn đoán bệnh.
Chi phí y tế	<p>là các chi phí để trả cho các sản phẩm y khoa và/hoặc dịch vụ y tế mà NĐBH sử dụng theo Bảo Hiểm Bổ Sung này, và phải thỏa các điều kiện sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• phát sinh phù hợp với phạm vi giấy phép hoạt động của Cơ sở y tế; và</li> <li>• phát sinh phù hợp với các bằng chứng khoa học được công nhận; và</li> <li>• phát sinh trong thời gian Bảo Hiểm Bổ Sung này còn hiệu lực; và</li> <li>• chi trả cho dịch vụ y tế cần thiết; và</li> <li>• không phải là các chi phí, dịch vụ y tế nhằm phục vụ cho sự tiện nghi của NĐBH; và</li> <li>• không thuộc trường hợp loại trừ theo điều khoản loại trừ của Quy tắc và Điều khoản này; và</li> <li>• là mức chi phí y tế hợp lý và thông thường.</li> </ul>
Chi phí y tế nội trú khác	là Chi phí y tế được chúng tôi chấp thuận khi thực hiện các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thuốc theo toa; phí thăm khám, máu và huyết tương, chi phí thuê xe lăn; các dụng cụ, trang thiết bị phẫu thuật, các bộ phận nhân tạo hỗ trợ hoặc thay thế chức năng của các bộ phận cơ thể được đưa vào bên trong cơ thể NĐBH trong quá trình Phẫu thuật.

Tình trạng y tế có trước	là tình trạng bệnh hoặc thương tích của Người được bảo hiểm đã được bác sỹ khám, chẩn đoán hoặc điều trị trước Ngày có hiệu lực của Bảo Hiểm Bồi Sung hoặc ngày khôi phục hiệu lực gần nhất của Bảo Hiểm Bồi Sung này, lấy ngày nào đến sau. Hồ sơ y tế, tình trạng tiền sử bệnh được lưu giữ tại Cơ sở y tế hoặc các thông tin do Người được bảo hiểm tự kê khai được xem là bằng chứng đầy đủ và hợp pháp về Tình trạng y tế có trước.
Phòng và giường bệnh	là phòng và giường đơn theo hạng thông thường hoặc tiêu chuẩn của Cơ sở y tế, không phải là phòng và giường cao cấp, hạng sang hoặc phòng có nhiều hơn 1 giường bệnh được đăng ký sử dụng riêng cho 1 bệnh nhân.  Nếu NĐBH nằm tại phòng và giường bệnh không thuộc hạng thông thường hoặc tiêu chuẩn nêu trên, chúng tôi chỉ chi trả tối đa chi phí của phòng và giường bệnh theo hạng thông thường hoặc tiêu chuẩn của Cơ sở y tế đó.
Lần điều trị	là thời gian điều trị y tế mà NĐBH thực hiện tại Cơ sở y tế theo chỉ định của Bác sỹ. Nếu NĐBH phải nhập viện nhiều hơn một lần để chữa trị cho cùng một Bệnh và các ngày nhập viện sau cách ngày xuất viện đầu trong vòng 60 ngày, thì các lần nhập viện đó vẫn được tính chung là một lần điều trị.  Nếu ngày nhập viện tiếp theo cách ngày xuất viện đầu hơn 60 ngày thì lần nhập viện tiếp theo đó được tính là một lần điều trị mới.
Điều trị nội trú	là việc điều trị y tế mà NĐBH phải nhập viện và nằm điều trị từ 18 giờ liên tục tại Cơ sở y tế theo chỉ định của Bác sỹ.
Điều trị ngoại trú	là việc điều trị y tế mà không yêu cầu phải nhập viện hoặc Điều trị trong ngày mà NĐBH thực hiện tại Cơ sở y tế theo chỉ định của Bác sỹ.
Điều trị trong ngày	là việc điều trị y tế mà NĐBH phải nhập viện và nằm điều trị dưới 18 giờ liên tục tại Cơ sở y tế theo chỉ định của Bác sỹ.
Điều trị sau khi xuất viện	là các dịch vụ theo dõi điều trị theo chỉ định của Bác sỹ điều trị ngay sau khi xuất viện bao gồm tư vấn y khoa, thăm khám, các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thuốc theo toa liên quan trực tiếp đến tình trạng y tế mà NĐBH đã vừa phải nhập viện để điều trị và phải được thực hiện trong vòng 60 ngày sau khi xuất viện.
Hành vi gian lận bảo hiểm	là hành vi của BMBH, NĐBH (i) sử dụng các chứng từ, tài liệu giả mạo hoặc cố ý làm sai lệch thông tin trong hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm; hoặc (ii) gây thiệt hại đến tính mạng, sức khỏe của NĐBH để yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm.