

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN
SẢN PHẨM

Bảo Hiểm Hỗ Trợ Chi Phí Năm Viện

Quy tắc và Điều khoản
sản phẩm

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN MẪU

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN SẢN PHẨM BỔ SUNG HỖ TRỢ CHI PHÍ NẪM VIỆN

(Được phê chuẩn theo công văn số 13004/BTC-BH ngày 31/10/2008 của Bộ Tài Chính và được sửa đổi, bổ sung theo Luật Kinh Doanh Bảo Hiểm số 08/2022/QH15 ban hành ngày 16/06/2022)

Đây là hợp đồng bổ sung giữa Công ty và Bên mua bảo hiểm khi Bên mua bảo hiểm yêu cầu bổ sung thêm "sản phẩm bổ sung hỗ trợ chi phí nằm viện" (sau đây được gọi là Sản phẩm bổ sung) vào hợp đồng bảo hiểm chính và đóng đầy đủ khoản phí bổ sung và yêu cầu đó đã được Công ty chấp thuận.

CHƯƠNG	01	NHỮNG ĐIỀU KHOẢN CHUNG	
		Điều 1: Định nghĩa	01
		Điều 2: Tuổi tham gia và Thời hạn của Sản phẩm bổ sung	03
		Điều 3: Ngày Sản phẩm bổ sung có hiệu lực	03
CHƯƠNG	02	QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	
		Điều 4: Quyền lợi bảo hiểm	04
		Điều 5: Điều khoản loại trừ	05
CHƯƠNG	03	SỐ TIỀN BẢO HIỂM, PHÍ BẢO HIỂM	
		Điều 6: Số tiền bảo hiểm, phí bảo hiểm và đóng phí bảo hiểm	07
		Điều 7: Tái tục và chấm dứt	07
CHƯƠNG	04	THỦ TỤC YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	
		Điều 8: Thủ tục yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm	08

CHƯƠNG 1: NHỮNG ĐIỀU KHOẢN CHUNG

Tất cả các thuật ngữ sử dụng trong hợp đồng bổ sung này được hiểu đúng như đã định nghĩa trong hợp đồng bảo hiểm chính.

Các điều khoản và điều kiện 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, điều khoản của Sản phẩm bổ sung sẽ được áp dụng.

Các thuật ngữ về y học sử dụng trong điều khoản và điều kiện này, trừ khi được quy 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 thường 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 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 địa phương nơi bệnh viện có trụ sở 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 cũng như 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 trữ 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 tuyến trung ương hoặc tuyến tỉnh hoặc tuyến huyện theo phân cấp của Bộ Y tế Việt Nam, hay bệnh viện loại tương đương nếu ở ngoài Việt Nam. Và
- d) 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 **Bệnh viện có đăng ký khám chữa bệnh bằng bảo hiểm y tế:** là bệnh viện 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 theo các chế độ này. Bệnh viện này cũng phải là một Bệnh viện đủ tiêu chuẩn như định nghĩa tại Điều 1.4 ở trên.
- 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 tuyến trung ương hoặc tuyến tỉnh hay tại Bệnh viện có đăng ký khám chữa bệnh bằng bảo hiểm y tế 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 và là cơ sở để bệnh viện tính tiền phòng và tiền ăn hay tiền Khoa săn sóc đặc biệt (ICU).
- 1.8 **Bệnh được bảo hiểm:** là bệnh được chi trả bảo hiểm theo Sản phẩm bổ sung này. 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.
- 1.9 **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.
- 1.10 **Nằm viện:** là việc nhập viện vào bất cứ một Bệnh viện đủ tiêu chuẩn nào như là một bệnh nhân nội trú với thời gian ít nhất là một ngày như được định nghĩa tại Điều 1.7 theo chỉ định của một Bác sĩ được phép hành nghề do cần điều trị đối với bất kỳ bệnh nào được bảo hiểm hay thương tật nào được bảo hiểm và phải nằm trong Bệnh viện 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 đó.
- 1.11 **Cùng một lần nằm viện:** nếu hai hay nhiều lần nằm viện do cùng một thương tật hay cùng một bệnh hay do các thương tật và bệnh có 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.

- 1.12 **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.

Điều 2: Tuổi tham gia và Thời hạn của Sản phẩm bổ sung

- 2.1 Tuổi tham gia của Người được bảo hiểm từ 1 đến 55 tuổi. Phụ thuộc vào Điểm 2.2 dưới đây, quyền lợi bảo hiểm sẽ chấm dứt vào Ngày kỷ niệm hợp đồng ngay sau ngày sinh nhật lần thứ 65 của Người được bảo hiểm.
- 2.2 Thời hạn của Sản phẩm bổ sung là một năm, phụ thuộc vào điều khoản về tái tục được quy định ở Điều 7 dưới đây. Thời hạn của Sản phẩm bổ sung không được vượt quá thời hạn của hợp đồng bảo hiểm chính và được ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hay phần sửa đổi bổ sung nếu Sản phẩm bổ sung được thêm vào sau Ngày hợp đồng có hiệu lực.

Điều 3: Ngày Sản phẩm bổ sung có hiệu lực

- 3.1 Nếu hồ sơ yêu cầu cho Sản phẩm bổ sung được Công ty chấp thuận thì ngày Sản phẩm bổ sung có hiệu lực là ngày Bên mua bảo hiểm điền đầy đủ vào hồ sơ yêu cầu Sản phẩm bổ sung và đóng đủ khoản phí bảo hiểm bổ sung đầu tiên cho Sản phẩm bổ sung như ghi trong hợp đồng bảo hiểm.
- 3.2 Nếu hồ sơ yêu cầu Sản phẩm bổ sung không được Công ty chấp thuận thì phí bảo hiểm bổ sung đầu tiên cho Sản phẩm bổ sung, nếu đã đóng, sẽ được hoàn trả lại.
- 3.3 Sản phẩm bổ sung sẽ chấm dứt khi một trong các điều kiện sau xảy ra:
- Bên mua bảo hiểm không đóng đủ phí bảo hiểm của hợp đồng bảo hiểm chính hay Sản phẩm bổ sung khi hết thời gian gia hạn; hay
 - Hợp đồng bảo hiểm chính hết hạn/đáo hạn, bị chấm dứt hay bị hủy bỏ; hay
 - Thời hạn của Sản phẩm bổ sung kết thúc, phụ thuộc vào điều khoản tái tục như được nêu tại Điều 7 dưới đây; hay
 - Hợp đồng bảo hiểm chính trở thành hợp đồng có số tiền bảo hiểm giảm; hay
 - Tại Ngày kỷ niệm hợp đồng ngay sau lần sinh nhật thứ 65 của Người được bảo hiểm; hay
 - Người được bảo hiểm chết; hay
 - Giới hạn tối đa quyền lợi của Sản phẩm bổ sung được quy định tại Điều 4.3(e) đã đạt tới; hay
 - Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt Sản phẩm bổ sung.

CHƯƠNG 2: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Điều 4: Quyền lợi bảo hiểm

Khi Sản phẩm bổ sung này còn hiệu lực, nếu Người được bảo hiểm còn sống phải nhập viện như là một bệnh nhân nội trú tại một Bệnh viện đủ tiêu chuẩn sau (a) ngày Công ty chấp thuận hồ sơ yêu cầu Sản phẩm bổ sung hay (b) ngày của lần khôi phục sau cùng của Sản phẩm bổ sung, lấy ngày nào đến sau, 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 một tỉ lệ phần trăm của số tiền bảo hiểm của Sản phẩm bổ sung như qui định trong Giấy chứng nhận bảo hiểm (hay phần sửa đổi bổ sung nếu Sản phẩm bổ sung được đính kèm sau Ngày có hiệu lực của hợp đồng) theo các điều khoản dưới đây:

- 4.1 Quyền lợi bảo hiểm hỗ trợ chi phí nằm viện mỗi ngày bằng 100% số tiền bảo hiểm của Sản phẩm bổ sung này. Quyền lợi bảo hiểm này sẽ bị giảm đi 50% nếu Người được bảo hiểm nằm tại Bệnh viện đủ điều kiện ở tuyến huyện trừ khi
- (a) Đây là bệnh viện mà người đó có đăng ký khám chữa bệnh bằng bảo hiểm y tế; hoặc
 - (b) Người được bảo hiểm được nhập viện để điều trị do Tai nạn.
- 4.2 Quyền lợi bảo hiểm khi nằm Khoa săn sóc đặc biệt (ICU)
- Công ty sẽ chi trả 200% số tiền bảo hiểm của Sản phẩm bổ sung cho mỗi ngày nằm viện tại Khoa săn sóc đặc biệt của Bệnh viện đủ tiêu chuẩn tuyến trung ương và tuyến tỉnh hay tại Bệnh viện có đăng ký khám chữa bệnh bằng bảo hiểm y tế với điều kiện là việc nằm viện tại Khoa săn sóc đặc biệt phải cần thiết về mặt y học và theo chỉ định của Bác sĩ được phép hành nghề. Không quyền lợi bảo hiểm nào theo Điều 4.1 sẽ được trả cho khoảng thời gian quyền lợi bảo hiểm khi nằm Khoa săn sóc đặc biệt (ICU) được chi trả.
- 4.3 Giới hạn quyền lợi bảo hiểm
- Các quyền lợi bảo hiểm được trả theo Điều 4.1 và 4.2 sẽ bị giới hạn như sau:
- (a) Việc nằm viện phải trong Giới hạn hợp lý và thông thường đối với các quyền lợi bảo hiểm được trả;
 - (b) Trong mọi trường hợp và không kể số lượng bệnh hay thương tật, Công ty sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm cho mỗi ngày nằm viện cao hơn quyền lợi bảo hiểm của một ngày theo qui định tại Điều 4.1 hay Điều 4.2;
 - (c) Tổng quyền lợi bảo hiểm được trả theo Điều 4.1 sẽ không vượt quá 365 ngày cho mỗi lần nằm viện và cùng một lần nằm viện;
 - (d) Quyền lợi bảo hiểm do nằm Khoa săn sóc đặc biệt (ICU) theo Điều 4.2 sẽ không vượt quá 25 ngày cho mỗi lần nằm viện và cùng một lần nằm viện;
 - (e) Giới hạn tối đa quyền lợi: tổng quyền lợi bảo hiểm được trả theo Điều 4.1 và 4.2 cho các lần nằm viện khác nhau và/hay cùng một lần nằm viện sẽ không vượt quá 1000 ngày. Khi giới hạn tối đa quyền lợi này đạt tới thì Sản phẩm bổ sung sẽ tự động chấm dứt.
- 4.4 Không quyền lợi bảo hiểm nào được chi trả:
- (a) Nếu các dấu hiệu hay triệu chứng của Bệnh được bảo hiểm bắt đầu:
 - i) Từ trước ngày Công ty chấp thuận hồ sơ yêu cầu bảo hiểm của Sản phẩm bổ sung này hoặc ngày khôi phục lần sau cùng của Sản phẩm bổ sung này, lấy ngày nào đến sau; hoặc

- ii) Trong vòng 30 ngày kể từ sau ngày Công ty chấp thuận hồ sơ yêu cầu bảo hiểm của Sản phẩm bổ sung này hoặc ngày khôi phục lần sau cùng của Sản phẩm bổ sung này, lấy ngày nào đến sau.
- (b) Nếu Thương tật được bảo hiểm đã có từ trước ngày Công ty chấp thuận hồ sơ yêu cầu bảo hiểm của Sản phẩm bổ sung này hoặc khôi phục lần sau cùng của Sản phẩm bổ sung này, lấy ngày nào đến sau.

Điều 5: 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 tỉnh 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 tiếm 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, sẩy 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 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 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 mạc, viêm xoang, cắt bao qui đầu hay 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 hoặc khoảng thời gian 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.



QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN MÃI

CHƯƠNG 3: SỐ TIỀN BẢO HIỂM, PHÍ BẢO HIỂM

Điều 6: Số tiền bảo hiểm, phí bảo hiểm và đóng phí bảo hiểm

- 6.1 Số tiền bảo hiểm và số phí bảo hiểm yêu cầu cho năm đầu tiên được ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hay phần sửa đổi bổ sung nếu Sản phẩm bổ sung được thêm vào sau ngày hợp đồng có hiệu lực.
- 6.2 Phương thức đóng phí bảo hiểm của Sản phẩm bổ sung sẽ theo phương thức đóng phí bảo hiểm của hợp đồng bảo hiểm chính và sẽ được thay đổi khi có bất kỳ thay đổi nào về phương thức đóng phí của hợp đồng bảo hiểm chính.

Điều 7: Tái tục và chấm dứt

- 7.1 Trong khi Sản phẩm bổ sung còn hiệu lực và Người được bảo hiểm còn sống, Bên mua bảo hiểm có thể tái tục Sản phẩm bổ sung vào mỗi Ngày kỷ niệm hợp đồng trước lần sinh nhật thứ 65 của Người được bảo hiểm, với điều kiện là Sản phẩm bổ sung có thể được tái tục, và phí bảo hiểm tái tục do Công ty yêu cầu phải được đóng vào hoặc trước Ngày kỷ niệm hợp đồng và việc tái tục được Công ty chấp thuận. Mức phí tái tục phụ thuộc vào độ tuổi của Người được bảo hiểm tại thời điểm tái tục và có thể khác so với mức phí của năm hợp đồng vừa qua.
- 7.2 Nếu việc tái tục được chấp thuận, thời hạn của mỗi lần tái tục là một năm với cùng số tiền bảo hiểm. Trong mọi trường hợp, bất kỳ thời hạn của mỗi lần tái tục nào cũng sẽ không vượt quá Ngày kỷ niệm hợp đồng ngay sau lần sinh nhật thứ 65 của Người được bảo hiểm.
- 7.3 Vào ngày hết hạn của mỗi lần tái tục, Bên mua bảo hiểm có quyền không tái tục Sản phẩm bổ sung và Công ty có quyền không chấp nhận yêu cầu tái tục.
- 7.4 Vào bất cứ lúc nào Bên mua bảo hiểm có quyền yêu cầu chấm dứt Sản phẩm bổ sung và Công ty có quyền chấm dứt Sản phẩm bổ sung bằng việc ra thông báo trước 30 ngày bằng văn bản cho Bên mua bảo hiểm.

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KIỆN SẢN PHẨM

—

CHƯƠNG 4 : THỦ TỤC YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Điều 8: Thủ tục yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

8.1 Nếu Người được bảo hiểm chưa đủ 18 tuổi tại thời điểm chi trả quyền lợi bảo hiểm, Công ty sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm.
Nếu Người được bảo hiểm đủ 18 tuổi tại thời điểm chi trả quyền lợi bảo hiểm, Công ty sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm cho Người được bảo hiểm.

8.2 Thủ tục yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

8.2.1 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.

8.2.2 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 cung cấp;
- 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;
- 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. Việc yêu cầu các bằng chứng và tài liệu bổ sung này phải phù hợp với các qui định về thực hành y khoa thông thường ở Việt Nam.

8.3 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. Việc yêu cầu các xét nghiệm hay khám y tế này phải phù hợp với qui định về thực hành y khoa thông thường ở Việt Nam.

8.4 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 12 tháng kể từ ngày bắt đầu của lần nằm viện tương ứng.

Trường hợp Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng chứng minh được rằng không biết thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm thì thời hạn quy định nêu trên tại Điều này được tính từ ngày Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng biết việc xảy ra sự kiện bảo hiểm đó.

8.5 Phương thức chi trả quyền lợi bảo hiểm

Phương thức chi trả quyền lợi bảo hiểm được AIA Việt Nam áp dụng và công bố công khai tại trang thông tin điện tử của Công ty www.aia.com.vn

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN MẪU