

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN
SẢN PHẨM BẢO HIỂM

Chăm Sóc Sức Khỏe

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN MẪU

Quy tắc và Điều khoản
Sản phẩm bổ sung

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN

SẢN PHẨM BẢO HIỂM BỔ SUNG CHĂM SÓC SỨC KHỎE

(Được phê chuẩn theo công văn số 8904/BTC-QLBH ngày 02/07/2014
và sửa đổi bổ sung theo công văn số 2872/BTC-QLBH ngày 03/03/2016 của Bộ Tài chính)

Quy tắc và Điều khoản này là những nội dung thỏa thuận bổ sung giữa Công ty và Bên mua bảo hiểm nhằm bảo hiểm bổ sung cho Người được bảo hiểm có tên trong Giấy chứng nhận bảo hiểm và/hoặc các sửa đổi, bổ sung, khi Bên mua bảo hiểm yêu cầu tham gia thêm sản phẩm bảo hiểm bổ sung này (Bảo hiểm bổ sung), đóng đầy đủ khoản phí bổ sung và yêu cầu đó được Công ty chấp thuận.

Bảo hiểm bổ sung Chăm sóc Sức khỏe là loại sản phẩm không chia lãi và không có giá trị hoàn lại.

CHƯƠNG 01	NHỮNG ĐIỀU KHOẢN CHUNG	
	Điều 1. Định nghĩa	01
	Điều 2. Thời hạn của Bảo hiểm bổ sung	05
	Điều 3. Hiệu lực, Khôi phục hiệu lực, Chấm dứt hiệu lực của Bảo hiểm bổ sung	05
	Điều 4. Phí bảo hiểm, Định kỳ đóng phí của Bảo hiểm bổ sung	06
	Điều 5. Thay đổi liên quan đến Bảo hiểm bổ sung	06
CHƯƠNG 02	CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM – LỰA CHỌN QUYỀN LỢI BẢO HIỂM PHẠM VI ĐỊA LÝ – SỐ TIỀN BẢO HIỂM TỐI ĐA	
	Điều 6: Chương trình bảo hiểm, Lựa chọn Quyền lợi bảo hiểm, Phạm vi địa lý	07
	Điều 7: Thay đổi Chương trình bảo hiểm, Lựa chọn Quyền lợi bảo hiểm, Phạm vi địa lý	07
	Điều 8: Số tiền bảo hiểm tối đa	08
CHƯƠNG 03	QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	
	Điều 9: Quyền lợi Điều trị nội trú	09
	Điều 10: Quyền lợi Điều trị ngoại trú	12
	Điều 11: Quyền lợi chăm sóc nha khoa	13
	Điều 12: Quyền lợi Kiểm tra sức khỏe tổng quát	13
	Điều 13: Thời gian chờ	14
	Điều 14: Loại trừ bảo hiểm	14
CHƯƠNG 04	THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	
	Điều 15: Người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm	17
	Điều 16: Thủ tục giải quyết quyền lợi bảo hiểm	17
	Điều 17: Thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm	18
	Điều 18: Giải quyết quyền lợi bảo hiểm	18

CHƯƠNG 1: NHỮNG ĐIỀU KHOẢN CHUNG

Nếu có những mâu thuẫn giữa Quy tắc và Điều khoản Bảo hiểm bổ sung này với Quy tắc và Điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm chính, những quy định của Quy tắc và Điều khoản này sẽ được áp dụng.

Nếu Quy tắc và Điều khoản Bảo hiểm bổ sung không có quy định về một vấn đề mà vấn đề đó đã được quy định tại Quy tắc và Điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm chính, Quy tắc và Điều khoản Bảo hiểm bổ sung này sẽ được hiểu là đã bao gồm các quy định về vấn đề đó.

Điều 1: Định nghĩa

Trừ những khái niệm được định nghĩa dưới đây, các thuật ngữ, từ viết hoa trong Quy tắc và Điều khoản Bảo hiểm bổ sung này sẽ có nghĩa như quy định, giải thích trong Quy tắc và Điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm chính.

Các thuật ngữ về y học sử dụng trong Quy tắc và Điều khoản 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 tương ứng.

- 1.1 Người được bảo hiểm:** là cá nhân đang sinh sống tại Việt Nam tại thời điểm nộp hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, từ 30 (ba mươi) ngày tuổi đến 65 (sáu mươi lăm) tuổi, và được Công ty chấp thuận bảo hiểm theo Bảo hiểm bổ sung này. Tuổi tối đa kết thúc Bảo hiểm bổ sung của Người được bảo hiểm là 70 (bảy mươi) tuổi. Người được bảo hiểm của Bảo hiểm bổ sung này phải có quyền lợi có thể được bảo hiểm với Bên mua bảo hiểm.
- 1.2 Bác sĩ:** là người có bằng cấp chuyên môn y khoa và/hoặc chuyên môn nha khoa được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc thừa nhận được hành nghề y và/hoặc nghề nha hợp pháp trong phạm vi giấy phép theo pháp luật của nước sở tại nơi người này tiến hành việc khám, điều trị.
Vì mục đích của Bảo hiểm bổ sung này, Bác sĩ không được đồng thời là:
 - a. Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng; hoặc
 - b. 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 Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng; con riêng của vợ hoặc chồng của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng; hoặc
 - c. Đại lý bảo hiểm, người sử dụng lao động, người lao động của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm.
- 1.3 Y tá/ Điều dưỡng:** là nhân viên y tế được cấp phép hành nghề y tá/ điều dưỡng hợp pháp theo luật của nước sở tại nơi người đó tiến hành việc chăm sóc y tế.
- 1.4 Số tiền bảo hiểm tối đa:** là quyền lợi bảo hiểm tối đa được xác định theo Năm hợp đồng mà Công ty sẽ chi trả theo điều 9, điều 10 và điều 11 của Quy tắc và Điều khoản này.
- 1.5 Giới hạn phụ:** là mức quyền lợi bảo hiểm tối đa mà Công ty sẽ chi trả với mỗi phạm vi bảo hiểm được liệt kê trong bảng mô tả quyền lợi theo điều 9, điều 10 và điều 11 của Quy tắc và Điều khoản này.

- 1.6 Phạm vi địa lý:** là Việt Nam và/hoặc các quốc gia, vùng lãnh thổ mà Công ty chấp nhận chi trả các Chi phí y tế phát sinh khi Người được bảo hiểm khám, điều trị trong thời gian Bảo hiểm bổ sung này còn hiệu lực. Bên mua bảo hiểm có thể lựa chọn Phạm vi địa lý tại thời điểm tham gia hoặc vào các Ngày gia hạn của Bảo hiểm bổ sung này.
- 1.7 Bệnh:** là ốm đau, bệnh tật mà Người được bảo hiểm mắc phải trong khi Bảo hiểm bổ sung này còn hiệu lực và cần được Bác sĩ điều trị.
- 1.8 Thương tích:** là các tổn thương cơ thể gây ra bởi nguyên nhân duy nhất và trực tiếp do Tai nạn.
- 1.9 Bệnh đặc biệt:** bao gồm các loại u và bướu, ung thư, các bệnh về sỏi, thoát vị mắc phải, phì đại tuyến tiền liệt, các bệnh về phổi (ngoại trừ viêm phổi cấp), loét đường tiêu hóa, đục thủy tinh thể, giãn tĩnh mạch, viêm xoang, các bệnh về tai mũi họng đòi hỏi phải phẫu thuật, bệnh trĩ và rò hậu môn, thoái hóa đĩa đệm, Gout, lạc nội mạc tử cung, bệnh Buerger, Parkinson, các loại viêm gan, huyết áp và tiểu đường.
- 1.10 Bệnh mãn tính:** là bệnh lý kéo dài, thường không thể chữa khỏi một cách hoàn toàn và có khả năng tái phát. Bệnh mãn tính được công nhận bởi y văn hoặc ngành y tế hoặc Bác sĩ điều trị xác định.
- 1.11 Bệnh bẩm sinh/ Di tật bẩm sinh:** là sự phát triển bất thường về mặt thể chất hoặc tâm thần tồn tại ngay từ khi mới sinh ra hoặc phát triển sau khi sinh, có thể là do di truyền, mắc phải do ảnh hưởng của các biến cố trong tử cung hoặc do sự kết hợp của các nguyên nhân trên, cho dù Người được bảo hiểm có biết hay không.
- 1.12 Bệnh viện:** là tổ chức được thành lập và cấp phép hoạt động hợp pháp theo luật của nước sở tại nơi tổ chức này đặt cơ sở và đáp ứng tất cả các điều kiện sau:
- Được thành lập nhằm tiếp nhận, chăm sóc, khám và điều trị y tế cho người bị ốm đau, bệnh tật hay thương tích;
 - Có đầy đủ năng lực và phương tiện để thực hiện các ca chẩn đoán, phẫu thuật y khoa;
 - Có đầy đủ điều kiện cho hoạt động điều trị nội trú và theo dõi bệnh nhân;
 - Không phải là nơi điều dưỡng, dưỡng bệnh, nơi cho người già an dưỡng, nơi cho người cai nghiện rượu hay cai nghiện ma túy hay một tổ chức tương tự.
- Đối với Bệnh viện trong lãnh thổ Việt Nam, tư cách của bệnh viện phải được thể hiện bằng chữ "bệnh viện" trên con dấu chính thức. Đối với Bệnh viện ngoài lãnh thổ Việt Nam, tư cách của bệnh viện phải được thể hiện bằng ngôn ngữ của quốc gia/ lãnh thổ đó mà được hiểu là "bệnh viện" theo tiếng Việt.
- 1.13 Phòng khám:** là tổ chức được thành lập và hoạt động hợp pháp theo luật của nước sở tại nơi tổ chức này đặt cơ sở, hoạt động với mục đích chủ yếu là khám và điều trị y tế mà không có chức năng lưu bệnh qua đêm.
- 1.14 Phòng chăm sóc đặc biệt (ICU):** là một bộ phận của Bệnh viện và phải đáp ứng tất cả các điều kiện sau:
- Được thành lập để thực hiện chương trình chăm sóc và điều trị đặc biệt;
 - 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;
 - Được trang bị các thiết bị, thuốc, phương tiện khác cần thiết cho việc cứu sống bệnh nhân một cách nhanh chóng;

d. Không phải là phòng hậu phẫu hoặc phòng cấp cứu.

1.15 Phòng phẫu thuật: là một bộ phận của Bệnh viện được trang bị các thiết bị y tế phù hợp và cần thiết để phục vụ cho việc Phẫu thuật.

1.16 Chi phí y tế: là các chi phí để trả cho các sản phẩm y khoa và/hoặc dịch vụ y tế mà Người được bảo hiểm sử dụng theo Quy tắc và Điều khoản này và phải thỏa các điều kiện sau:

- a. Phát sinh phù hợp với phạm vi giấy phép hoạt động của Bệnh viện hoặc Phòng khám; và
- b. Phát sinh phù hợp với các bằng chứng khoa học được công nhận; và
- c. Phát sinh trong thời gian Bảo hiểm bổ sung này còn hiệu lực; và
- d. Chi trả cho Dịch vụ y tế cần thiết; và
- e. Không phải là các chi phí, dịch vụ y tế nhằm phục vụ cho sự tiện nghi của Người được bảo hiểm; và
- f. Không thuộc trường hợp loại trừ theo điều khoản loại trừ của Quy tắc và Điều khoản này; và
- g. Là Mức chi phí y tế hợp lý và thông thường.

1.17 Mức chi phí y tế hợp lý và thông thường: là

- a. Mức phí mà Bệnh viện và/hoặc Phòng khám áp dụng cho các bệnh nhân có cùng một tình trạng y tế như Người được bảo hiểm; và
- b. Mức phí được xác định và áp dụng tương tự tại các Bệnh viện và/hoặc Phòng khám có cùng xếp hạng, cùng loại và trong cùng một khu vực.

1.18 Chi phí y tế nội trú khác: là Chi phí y tế 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 Người được bảo hiểm trong quá trình Phẫu thuật được Công ty chấp thuận.

1.19 Dịch vụ y tế cần thiết: là dịch vụ y tế mà theo nhận định của Bác sĩ do Công ty chỉ định là:

- a. Cần thiết, phù hợp và hiệu quả đối với tình trạng Bệnh hoặc Thương tích của Người được bảo hiểm; và
- b. Có phương thức, quy trình và thời hạn điều trị thống nhất với các hướng dẫn y khoa của các tổ chức y tế, chăm sóc sức khỏe, nghiên cứu hoặc tổ chức chính phủ được Công ty chấp thuận; và
- c. Phù hợp với các chẩn đoán và điều trị.

1.20 Đồng thanh toán: 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 theo Bảo hiểm bổ sung này. Đồng thanh toán được áp dụng cho quyền lợi Điều trị ngoại trú theo điều 10 và quyền lợi chăm sóc nha khoa theo điều 11 của Quy tắc và Điều khoản này.

1.21 Tình trạng y tế có trước: là ốm đau, bệnh tật hoặc thương tích

- a. Đã có trước Ngày có hiệu lực Bảo hiểm bổ sung, và lịch sử tự nhiên của ốm đau, bệnh tật hoặc thương tích đó có thể được xác định về phương diện lâm sàng là đã bắt đầu có từ trước ngày nộp hồ sơ yêu cầu Bảo hiểm bổ sung này, cho dù Người được bảo hiểm có nhận biết được ốm đau, bệnh tật hoặc thương tích đó hay không; hoặc

- b. Người được bảo hiểm đã tìm kiếm hay đã nhận được sự điều trị y tế, sự cho thuốc hoặc sự tư vấn hoặc sự chẩn đoán của Bác sĩ trong thời gian 24 (hai mươi bốn) tháng ngay trước ngày Công ty chấp thuận Bảo hiểm bổ sung này, ngoại trừ các tình trạng bệnh, thương tích đã được kê khai trên hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và được Công ty chấp thuận; hoặc
- c. Người được bảo hiểm đã biết là có trước ngày Công ty chấp thuận Bảo hiểm bổ sung này, cho dù Người được bảo hiểm có tìm kiếm hay đã nhận được sự điều trị y tế, sự cho thuốc hoặc sự tư vấn hoặc sự chẩn đoán hay không.

Tình trạng y tế có trước trong nha khoa là những tình trạng cần phải được điều trị trong lần khám răng đầu tiên ngay sau Ngày có hiệu lực Bảo hiểm bổ sung này.

- 1.22 Giường và phòng:** là giường và phòng đơn theo hạng bình thường của Bệnh viện. Vì mục đích của Bảo hiểm bổ sung này, nếu Người được bảo hiểm nằm tại phòng không phải là phòng đơn theo hạng bình thường, Công ty sẽ chỉ chi trả tối đa chi phí của giường và phòng đơn theo hạng bình thường của Bệnh viện đó.
- 1.23 Điều trị nội trú:** là việc điều trị y tế mà Người được bảo hiểm phải nhập viện và nằm điều trị từ 18 (mười tám) giờ liên tục tại Bệnh viện theo chỉ định của Bác sĩ.
- 1.24 Điều trị ngoại trú:** là việc điều trị y tế mà không yêu cầu phải nhập viện hoặc Điều trị trong ngày mà Người được bảo hiểm thực hiện tại Bệnh viện hoặc Phòng khám theo chỉ định của Bác sĩ.
- 1.25 Điều trị trong ngày:** là việc điều trị y tế mà Người được bảo hiểm phải nhập viện và nằm điều trị dưới 18 (mười tám) giờ liên tục tại Bệnh viện theo chỉ định của Bác sĩ.
- 1.26 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 của Bệnh viện. Tất cả các phẫu thuật được thực hiện bằng cách gây tê tại chỗ hoặc phục vụ cho mục đích chẩn đoán bệnh sẽ không được hiểu là Phẫu thuật theo định nghĩa này.
- 1.27 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 Bệnh viện hoặc Phòng khám và không yêu cầu Người được bảo hiểm phải nằm điều trị tại Bệnh viện từ 18 (mười tám) 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.
- 1.28 Điều trị trước khi nhập viện:** là các dịch vụ 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 Người được bảo hiểm phải nhập viện để điều trị theo chỉ định của Bác sĩ và phải được thực hiện trong vòng 30 (ba mươi) ngày trước khi nhập viện.
- 1.29 Điều trị sau khi xuất viện:** là các dịch vụ theo dõi điều trị theo chỉ định của Bác sĩ 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 Người được bảo hiểm đã vừa phải nhập viện để điều trị và phải được thực hiện trong vòng 60 (sáu mươi) ngày sau khi xuất viện.

- 1.30 Dịch vụ chăm sóc y tế tại nhà:** 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 ngay sau khi xuất viện theo chỉ định của Bác sĩ điều trị là cần thiết về mặt y tế.
- 1.31 Vật lý trị liệu:** là phương pháp chữa trị sử dụng các biện pháp vật lý (bao gồm nắn xương) để giảm đau, phục hồi chức năng của cơ bắp hay các hoạt động bình thường hàng ngày của Người được bảo hiểm theo chỉ định của Bác sĩ điều trị (không phải là phương pháp mát xa các loại, spa hay tập sửa dáng đi).
- 1.32 Y học thay thế:** là các phương pháp chữa bệnh không phải là tây y, như là phương pháp y học dân tộc cổ truyền của Việt Nam và những phương pháp tương tự.
- 1.33 Ngày gia hạn:** là ngày lặp lại hàng năm của Ngày có hiệu lực Bảo hiểm bổ sung.

Điều 2. Thời hạn của Bảo hiểm bổ sung

- 2.1** Thời hạn của Bảo hiểm bổ sung này là 1 (một) năm tính từ ngày Công ty chấp thuận Bảo hiểm bổ sung này, phát hành Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc sửa đổi, bổ sung (nếu có) và Bên mua bảo hiểm đóng đủ khoản phí của Bảo hiểm bổ sung, và được tự động gia hạn hàng năm cho đến Ngày kỷ niệm hợp đồng ngay sau khi Người được bảo hiểm tròn 70 (bảy mươi) tuổi, trừ khi Bảo hiểm bổ sung này chấm dứt hiệu lực theo Quy tắc và Điều khoản này. Bên mua bảo hiểm và/hoặc Công ty có quyền không gia hạn Bảo hiểm bổ sung này. Trường hợp Công ty không gia hạn Bảo hiểm bổ sung này, Công ty sẽ thông báo bằng văn bản cho Bên mua bảo hiểm 30 (ba mươi) ngày trước Ngày gia hạn Bảo hiểm bổ sung.
- 2.2** Thời hạn của Bảo hiểm bổ sung này được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các sửa đổi, bổ sung (nếu có). Trong mọi trường hợp, thời hạn của Bảo hiểm bổ sung sẽ không vượt quá thời hạn của Hợp đồng bảo hiểm chính.

Điều 3. Hiệu lực, Khôi phục hiệu lực, Chấm dứt hiệu lực của Bảo hiểm bổ sung

3.1 Hiệu lực của Bảo hiểm bổ sung

Nếu hồ sơ yêu cầu bảo hiểm cho Bảo hiểm bổ sung này được Công ty chấp thuận, Ngày có hiệu lực của Bảo hiểm bổ sung là ngày Bên mua bảo hiểm điền đầy đủ vào hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và đóng đủ khoản phí bảo hiểm đầu tiên cho Bảo hiểm bổ sung. Nếu hồ sơ yêu cầu bảo hiểm cho Bảo hiểm bổ sung này không được Công ty chấp thuận thì phí bảo hiểm đầu tiên đã đóng của Bảo hiểm bổ sung này sẽ được hoàn lại không có lãi.

3.2 Khôi phục hiệu lực của Bảo hiểm bổ sung

Nếu Bảo hiểm bổ sung này bị mất hiệu lực do việc không đóng phí bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu khôi phục hiệu lực Bảo hiểm bổ sung nếu đáp ứng được tất cả các điều kiện sau:

- Bên mua bảo hiểm đưa ra yêu cầu khôi phục hiệu lực Bảo hiểm bổ sung bằng văn bản trong vòng 90 (chín mươi) ngày kể từ ngày Bảo hiểm bổ sung bị mất hiệu lực sau cùng;

- Bên mua bảo hiểm đóng tất cả số phí bảo hiểm theo quy định của Công ty;
- Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm phải cung cấp bằng chứng về tình trạng sức khỏe và đáp ứng mọi điều kiện để có thể được bảo hiểm theo quy định của Công ty.

Việc khôi phục hiệu lực Bảo hiểm bổ sung sẽ có hiệu lực từ ngày Công ty chấp thuận và chỉ bảo hiểm cho những tổn thất hoặc sự kiện được bảo hiểm xảy ra sau ngày khôi phục hiệu lực Bảo hiểm bổ sung.

3.3 Chấm dứt hiệu lực của Bảo hiểm bổ sung

Bảo hiểm bổ sung sẽ chấm dứt hiệu lực và Công ty không có nghĩa vụ chi trả bất kỳ quyền lợi bảo hiểm khi một trong các điều kiện sau xảy ra:

- a. Hợp đồng bảo hiểm chính chấm dứt hiệu lực; hoặc
- b. Thời hạn của Bảo hiểm bổ sung kết thúc và không được gia hạn; hoặc
- c. Bảo hiểm bổ sung bị mất hiệu lực và không được khôi phục hiệu lực trong vòng 90 (chín mươi) ngày kể từ ngày Bảo hiểm bổ sung mất hiệu lực; hoặc
- d. Vào Ngày kỷ niệm hợp đồng ngay sau khi Người được bảo hiểm tròn 70 (bảy mươi) tuổi; hoặc
- e. Người được bảo hiểm tử vong; hoặc
- f. Bên mua bảo hiểm yêu cầu hủy bỏ Bảo hiểm bổ sung; hoặc
- g. Các trường hợp khác theo quy định của pháp luật.

Điều 4. Phí bảo hiểm, Định kỳ đóng phí của Bảo hiểm bổ sung

4.1 Phí bảo hiểm của Bảo hiểm bổ sung có thể thay đổi tùy theo sự chấp thuận của Bộ Tài chính. Mức phí bảo hiểm mới sẽ được áp dụng vào Ngày gia hạn kế tiếp và Công ty sẽ thông báo cho Bên mua bảo hiểm bằng văn bản 30 (ba mươi) ngày trước khi áp dụng.

4.2 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.

Điều 5. Thay đổi liên quan đến Bảo hiểm bổ sung

5.1 Bên mua bảo hiểm phải thông báo cho Công ty bằng văn bản nếu Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm thay đổi nơi cư trú và/hoặc thay đổi nghề nghiệp trong vòng 30 (ba mươi) ngày kể từ ngày thay đổi. Trường hợp Người được bảo hiểm không còn cư trú tại Việt Nam và/hoặc thay đổi nghề nghiệp, Công ty có thể tăng mức phí bảo hiểm của Bảo hiểm bổ sung, hoặc giảm Số tiền bảo hiểm tối đa, hoặc chấm dứt Bảo hiểm bổ sung.

5.2 Các điều kiện mới của Bảo hiểm bổ sung chỉ được áp dụng nếu Công ty chấp thuận các yêu cầu thay đổi đó bằng văn bản. Văn bản chấp thuận đó sẽ trở thành một phần không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm.

CHƯƠNG 2: CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM – LỰA CHỌN QUYỀN LỢI BẢO HIỂM PHẠM VI ĐỊA LÝ – SỐ TIỀN BẢO HIỂM TỐI ĐA

Điều 6. Chương trình bảo hiểm, Lựa chọn Quyền lợi bảo hiểm, Phạm vi địa lý

- 6.1 Chương trình bảo hiểm:** tùy theo lựa chọn của Bên mua bảo hiểm vào thời điểm tham gia Bảo hiểm bổ sung và được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các sửa đổi, bổ sung (nếu có), Bên mua bảo hiểm có thể lựa chọn một trong các Chương trình bảo hiểm sau đây:
- Chương trình Cơ bản; hoặc
 - Chương trình Nâng cao; hoặc
 - Chương trình Ưu việt.
- 6.2 Lựa chọn Quyền lợi bảo hiểm:** tùy theo lựa chọn của Bên mua bảo hiểm vào thời điểm tham gia Bảo hiểm bổ sung và được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các sửa đổi, bổ sung (nếu có), Bên mua bảo hiểm có thể lựa chọn một trong các Lựa chọn Quyền lợi bảo hiểm sau đây:
- Quyền lợi Điều trị nội trú: Công ty sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm theo điều 9 của Quy tắc và Điều khoản này; hoặc
 - Quyền lợi Điều trị nội trú và Điều trị ngoại trú: Công ty sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm theo điều 9 và điều 10 của Quy tắc và Điều khoản này; hoặc
 - Quyền lợi Điều trị nội trú, Điều trị ngoại trú và Chăm sóc nha khoa: Công ty sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm theo điều 9, điều 10 và điều 11 của Quy tắc và Điều khoản này.
- 6.3 Phạm vi địa lý:** tùy theo lựa chọn của Bên mua bảo hiểm vào thời điểm tham gia Bảo hiểm bổ sung và được ghi trên Bảng minh họa quyền lợi bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm có thể lựa chọn một trong các Phạm vi địa lý sau đây:
- Việt Nam; hoặc
 - ASEAN: bao gồm Việt Nam, Lào, Cam-pu-chia, Thái Lan, Myanmar, Indonesia, Malaysia, Singapore, Brunei và Philippines.

Điều 7. Thay đổi Chương trình bảo hiểm, Lựa chọn Quyền lợi bảo hiểm, Phạm vi địa lý

Vào bất kỳ Ngày gia hạn nào của Bảo hiểm bổ sung này, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu thay đổi Chương trình bảo hiểm và/hoặc Lựa chọn Quyền lợi bảo hiểm và/hoặc Phạm vi địa lý đã chọn bằng cách thông báo cho Công ty bằng văn bản.

Công ty có thể yêu cầu Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm phải cung cấp bằng chứng về tình trạng sức khỏe khi thực hiện các yêu cầu thay đổi theo điều này.

Việc thay đổi Chương trình bảo hiểm và/hoặc Lựa chọn Quyền lợi bảo hiểm và/hoặc Phạm vi địa lý, nếu được Công ty chấp thuận, sẽ có hiệu lực từ Ngày gia hạn và các quyền lợi bảo hiểm sẽ được điều chỉnh tương ứng với sự thay đổi này.

Điều 8. Số tiền bảo hiểm tối đa

Tùy theo lựa chọn vào thời điểm tham gia Bảo hiểm bổ sung về Chương trình bảo hiểm và Lựa chọn Quyền lợi bảo hiểm của Bên mua bảo hiểm theo điều 6.1 và điều 6.2 của Quy tắc và Điều khoản này, Số tiền bảo hiểm tối đa tương ứng với Chương trình bảo hiểm và Quyền lợi bảo hiểm được quy định theo bảng dưới đây:

Quyền lợi bảo hiểm	Chương trình		
	Cơ bản	Nâng cao	Ưu việt
Điều trị nội trú	200 triệu đồng/năm	500 triệu đồng/năm	1 tỷ đồng/năm
Điều trị ngoại trú	10 triệu đồng/năm	20 triệu đồng/năm	40 triệu đồng/năm
Chăm sóc nha khoa	2 triệu đồng/năm	5 triệu đồng/năm	10 triệu đồng/năm

Trong mọi trường hợp, tổng khoản tiền chi trả trong năm hợp đồng của Bảo hiểm bổ sung đối với quyền lợi Điều trị nội trú và Điều trị ngoại trú theo Quy tắc và Điều khoản này sẽ không vượt quá Số tiền bảo hiểm tối đa áp dụng đối với quyền lợi Điều trị nội trú.

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN MẪU

CHƯƠNG 3: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Điều 9. Quyền lợi Điều trị nội trú

Nếu Người được bảo hiểm Điều trị nội trú trong Phạm vi địa lý đã chọn và trong khi Bảo hiểm bổ sung còn hiệu lực, Công ty sẽ chi trả Chi phí y tế phát sinh thực tế lên đến Giới hạn phụ của từng phạm vi bảo hiểm theo bảng dưới đây. Trong mọi trường hợp, tổng số tiền chi trả cho quyền lợi Điều trị nội trú sẽ không vượt quá Số tiền bảo hiểm tối đa.

	Chương trình		
	Cơ bản	Nâng cao	Ưu việt
Số tiền bảo hiểm tối đa (đồng)	200 triệu/ năm	500 triệu/ năm	1 tỷ/ năm
Phạm vi bảo hiểm	Giới hạn phụ (đồng)		
Nhập viện để điều trị và có Phẫu thuật	50 triệu/ lần nhập viện	100 triệu/ lần nhập viện	200 triệu/ lần nhập viện
Bao gồm:			
<ul style="list-style-type: none"> Chi phí khám y tế của Bác sĩ Chi phí Giường và phòng mỗi ngày (bao gồm tiền ăn theo chế độ của bệnh nhân nếu Bệnh viện có cung cấp) Chi phí tại Phòng chăm sóc đặc biệt (tối đa 30 ngày/năm) Chi phí Phẫu thuật Chi phí gây mê Chi phí Phòng phẫu thuật Chi phí y tế nội trú khác Chi phí Điều trị trước khi nhập viện Chi phí Điều trị sau khi xuất viện Chi phí Dịch vụ chăm sóc y tế tại nhà (tối đa 60 ngày/năm) 			

	Chương trình		
	Cơ bản	Nâng cao	Ưu việt
Phạm vi bảo hiểm	Giới hạn phụ (đồng)		
Nhập viện để điều trị nhưng không có Phẫu thuật	20 triệu/ lần nhập viện	50 triệu/ lần nhập viện	100 triệu/ lần nhập viện
Bao gồm: <ul style="list-style-type: none"> • Chi phí khám y tế của Bác sĩ • Chi phí Giường và phòng mỗi ngày (bao gồm tiền ăn theo chế độ của bệnh nhân nếu Bệnh viện có cung cấp) • Chi phí tại Phòng chăm sóc đặc biệt (tối đa 30 ngày/năm) • Chi phí y tế nội trú khác • Chi phí Điều trị trước khi nhập viện • Chi phí Điều trị sau khi xuất viện • Chi phí Dịch vụ chăm sóc y tế tại nhà (tối đa 60 ngày/năm) 			
Ghép tạng bao gồm thận, tim, gan và tủy xương	100 triệu/ tạng	200 triệu/ tạng	300 triệu/ tạng
Bao gồm: <ul style="list-style-type: none"> • Chi phí khám y tế của Bác sĩ • Chi phí Giường và phòng mỗi ngày (bao gồm tiền ăn theo chế độ của bệnh nhân nếu Bệnh viện có cung cấp) • Chi phí tại Phòng chăm sóc đặc biệt (tối đa 30 ngày/năm) • Chi phí Phẫu thuật • Chi phí gây mê • Chi phí Phòng phẫu thuật • Chi phí y tế nội trú khác • Chi phí Điều trị trước khi nhập viện • Chi phí Điều trị sau khi xuất viện • Chi phí Dịch vụ chăm sóc y tế tại nhà (tối đa 60 ngày/năm) 			
Công ty sẽ chi trả Chi phí y tế phát sinh thực tế liên quan đến người hiến tạng (không phải là Người được bảo hiểm) và người nhận tạng (là Người được bảo hiểm) lên đến Giới hạn phụ của phạm vi bảo hiểm này. Trong mọi trường hợp, khoản tiền chi trả đối với Chi phí y tế phát sinh thực tế liên quan đến người hiến tạng sẽ không vượt quá 50% (năm mươi phần trăm) Giới hạn phụ của phạm vi bảo hiểm này tùy theo sự lựa chọn của Bên mua bảo hiểm tại thời điểm yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm.			
Giới hạn phụ của phạm vi bảo hiểm này là quyền lợi tối đa cho việc ghép một tạng và sẽ không có bất kỳ quyền lợi nào khác được chi trả liên quan đến việc ghép tạng đó.			

	Chương trình		
	Cơ bản	Nâng cao	Ưu việt
Phạm vi bảo hiểm	Giới hạn phụ (đồng)		
Điều trị ung thư	Theo chi phí thực tế	Theo chi phí thực tế	Theo chi phí thực tế
<p>Bằng phương pháp xạ trị và hóa trị (theo phương pháp truyền hoặc tiêm) trong khi Điều trị nội trú, Điều trị trong ngày hoặc Điều trị ngoại trú.</p>			
Điều trị cấp cứu do Tai nạn	2 triệu/ lần Tai nạn	5 triệu/ lần Tai nạn	7 triệu/ lần Tai nạn
<p>Bao gồm các Chi phí y tế phát sinh do việc điều trị y tế do Tai nạn được thực hiện trong vòng 24 (hai mươi bốn) giờ kể từ khi xảy ra Tai nạn tại khoa/ phòng cấp cứu của Bệnh viện, khoa điều trị ngoại trú của Bệnh viện hoặc Phòng khám.</p>			
Điều trị cấp cứu tổn thương răng do Tai nạn	2 triệu/ lần Tai nạn	5 triệu/ lần Tai nạn	7 triệu/ lần Tai nạn
<p>Bao gồm Chi phí y tế phát sinh thực tế do việc điều trị các mất mát hoặc tổn thương do Tai nạn đối với răng lành lặn tự nhiên được thực hiện trong vòng 7 (bảy) ngày kể từ khi xảy ra Tai nạn (không bao gồm chi phí làm răng giả).</p> <p>Lưu ý: răng lành lặn tự nhiên là răng thật không bị sâu, hoặc không bị trám, không bị các bệnh nướu răng liên quan đến mất xương hoặc không điều trị tủy.</p>			
Vận chuyển cấp cứu trong nước	2 triệu/ năm	5 triệu/ năm	7 triệu/ năm
<p>Bao gồm chi phí cho việc vận chuyển khẩn cấp bằng đường bộ để đưa Người được bảo hiểm đến điều trị tại phòng cấp cứu của Bệnh viện hoặc Phòng khám gần nhất hoặc chi phí cho việc vận chuyển cấp cứu giữa các Bệnh viện hoặc từ Phòng khám đến Bệnh viện trong trường hợp được Bác sĩ chỉ định.</p>			

	Chương trình		
	Cơ bản	Nâng cao	Ưu việt
Phạm vi bảo hiểm	Giới hạn phụ (đồng)		
Chăm sóc thai sản	10 triệu/ lần mang thai	20 triệu/ lần mang thai	20 triệu/ lần mang thai
Bao gồm:			
<ul style="list-style-type: none"> • Chi phí khám thai • Chi phí sinh thường • Chi phí sinh mổ • Chi phí điều trị biến chứng thai sản, sẩy thai, phá thai theo chỉ định của Bác sĩ do việc tiếp tục mang thai sẽ đe dọa đến sức khỏe và tính mạng của người mẹ là Người được bảo hiểm. • Chi phí chăm sóc trẻ sơ sinh trong vòng 7 (bảy) ngày kể từ ngày sinh (không bao gồm điều trị Bệnh bẩm sinh/Dị tật bẩm sinh). 			

Điều 10. Quyền lợi Điều trị ngoại trú

Nếu Người được bảo hiểm Điều trị ngoại trú trong Phạm vi địa lý đã chọn và trong khi Bảo hiểm bổ sung còn hiệu lực, Công ty sẽ chi trả 80% chi phí y tế thực tế phát sinh với số tiền thanh toán tối đa một lần khám và điều trị theo bảng dưới đây và tổng chi phí y tế thực tế phát sinh được Công ty thanh toán trong năm sẽ không vượt quá mức tối đa tương ứng với từng chương trình, cụ thể:

	Chương trình		
	Cơ bản	Nâng cao	Ưu việt
Tổng chi phí thực tế được thanh toán tối đa trong năm (đồng)	10 triệu/ năm	20 triệu/ năm	40 triệu/ năm
Giới hạn phụ (đồng)	1 triệu/ lần khám	2 triệu/ lần khám	4 triệu/ lần khám
Chi phí y tế thực tế phát sinh bao gồm:			
<ul style="list-style-type: none"> • Chi phí khám y tế • Chi phí thuốc theo toa • Chi phí Y học thay thế • Chi phí xét nghiệm hoặc chẩn đoán hình ảnh theo chỉ định của Bác sĩ • Chi phí Vật lý trị liệu theo chỉ định của Bác sĩ • Chi phí y tế khi Điều trị trong ngày • Chi phí Phẫu thuật trong ngày 			

Điều 11. Quyền lợi chăm sóc nha khoa

Nếu Người được bảo hiểm chăm sóc nha khoa trong Phạm vi địa lý đã chọn và trong khi Bảo hiểm bổ sung còn hiệu lực, Công ty sẽ chi trả Chi phí y tế phát sinh thực tế lên đến Giới hạn phụ của từng phạm vi bảo hiểm theo bảng dưới đây, sau khi đã trừ đi mức Đồng thanh toán. Trong mọi trường hợp, tổng số tiền chi trả cho quyền lợi chăm sóc nha khoa sẽ không vượt quá Số tiền bảo hiểm tối đa.

	Chương trình		
	Cơ bản	Nâng cao	Ưu việt
Số tiền bảo hiểm tối đa (đồng)	2 triệu/năm	5 triệu/năm	10 triệu/năm
Đồng thanh toán	20%	20%	20%
Giới hạn phụ (đồng)	Theo chi phí thực tế	Theo chi phí thực tế	Theo chi phí thực tế
Phạm vi bảo hiểm Bao gồm: <ul style="list-style-type: none"> • Chi phí kiểm tra, khám, chẩn đoán y khoa • Chi phí cạo vôi răng (tối đa 2 lần/năm) • Chi phí điều trị viêm nướu, viêm nha chu, nhổ răng sâu, trám răng bằng chất liệu amalgam, composite, gic hoặc các chất liệu tương đương. • Chi phí chữa tủy răng • Chi phí chẩn đoán bằng hình ảnh (X-quang) theo chỉ định của Bác sĩ • Chi phí cắt u mô cứng của răng, cắt cuống răng • Chi phí mào răng, răng giả (ngoại trừ implant) 			

Điều 12. Quyền lợi Kiểm tra sức khỏe tổng quát

Nếu không có bất kỳ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm nào của Bảo hiểm bổ sung này trong Năm hợp đồng, một khoản thưởng tương ứng với 1 (một) lần kiểm tra sức khỏe tổng quát sẽ được chi trả khi Người được bảo hiểm thực hiện kiểm tra sức khỏe tổng quát trong 12 (mười hai) tháng tiếp theo kể từ ngày kết thúc Năm hợp đồng của Bảo hiểm bổ sung này.

Tùy theo Chương trình bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm đã chọn, khoản tiền chi trả tối đa cho một lần kiểm tra sức khỏe được quy định theo bảng dưới đây:

	Chương trình		
	Cơ bản	Nâng cao	Ưu việt
Chi phí kiểm tra sức khỏe tổng quát tối đa (đồng)	1 triệu/ lần khám	1 triệu/ lần khám	2 triệu/ lần khám

Trường hợp có bất kỳ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm liên quan đến Chi phí y tế phát sinh trước Ngày gia hạn Bảo hiểm bổ sung và nộp về Công ty sau khi Người được bảo hiểm đã được chi trả quyền lợi này, Bên mua bảo hiểm phải hoàn lại cho Công ty khoản tiền đã chi trả theo điều này.

Trường hợp Người được bảo hiểm thỏa điều kiện để được hưởng quyền lợi nhưng không thực hiện việc kiểm tra sức khỏe tổng quát theo điều này, quyền lợi kiểm tra sức khỏe tổng quát sẽ tự động chấm dứt vào Ngày gia hạn kế tiếp của Bảo hiểm bổ sung.

Điều 13. Thời gian chờ

- 13.1** Công ty sẽ không có nghĩa vụ chi trả các quyền lợi bảo hiểm cho các Bệnh thuộc phạm vi bảo hiểm mà Người được bảo hiểm đã nhận được sự điều trị trong khoảng thời gian sau:
- Đối với Tình trạng y tế có trước, Bệnh đặc biệt và Bệnh mãn tính: 12 (mười hai) tháng kể từ ngày Công ty chấp thuận Bảo hiểm bổ sung.
 - Đối với Điều trị nội trú và Điều trị ngoại trú do Bệnh: 30 (ba mươi) ngày kể từ ngày Công ty chấp thuận Bảo hiểm bổ sung hoặc ngày khôi phục hiệu lực Bảo hiểm bổ sung, tùy vào ngày nào đến sau.
- 13.2** Công ty sẽ không có nghĩa vụ chi trả các quyền lợi bảo hiểm đối với việc Chăm sóc thai sản thuộc phạm vi bảo hiểm mà Người được bảo hiểm mang thai trong vòng 90 (ngày) kể từ ngày Công ty chấp thuận Bảo hiểm bổ sung hoặc ngày khôi phục hiệu lực Bảo hiểm bổ sung, tùy vào ngày nào đến sau.

Điều 14. Loại trừ bảo hiểm

Công ty sẽ không thanh toán bất kỳ Chi phí y tế nào phát sinh từ, liên quan đến hay là hậu quả của các trường hợp sau đây:

- 14.1** Điều trị Tình trạng y tế có trước, ngoại trừ Tình trạng y tế có trước đã kê khai trên hồ sơ yêu cầu Bảo hiểm bổ sung và được Công ty chấp thuận; hoặc
- 14.2** Điều trị Bệnh bẩm sinh/ Dị tật bẩm sinh; hoặc
- 14.3** Điều trị thử nghiệm hoặc các loại điều trị chưa được y văn Việt Nam hoặc quốc tế công nhận; hoặc
- 14.4** Tự tử hoặc mưu toan tự tử, cố ý gây thương tích hoặc có ý định gây ra thương tích trong trạng thái tinh táo hoặc mất trí hoặc các Thương tích phát sinh từ hành động của Người được bảo hiểm trong tình trạng bị ảnh hưởng bởi rượu bia do việc sử dụng vượt mức cho phép theo quy định của pháp luật, sử dụng trái phép chất kích thích hoặc các chất gây nghiện; hoặc
- 14.5** Khủng bố, chiến tranh (cho dù có tuyên chiến hay không), các hành động gây chiến, hành động xâm lược, các hành động của nước thù địch, nội chiến, khởi nghĩa, cách mạng, nổi loạn, đảo chính quân sự hoặc tiếm quyền; hoặc
- 14.6** Điều trị các Thương tích phát sinh từ hành động chống cự việc bắt giữ của cơ quan nhà nước, tham gia đánh nhau, ẩu đả trừ khi là tự vệ chính đáng; hoặc

- 14.7** Khám và/hoặc điều trị trực tiếp hay gián tiếp liên quan đến kế hoạch hóa sinh đẻ (bao gồm tránh thai, triệt sản), bất lực, vô sinh (bao gồm thụ tinh nhân tạo, thụ tinh trong ống nghiệm, cấy truyền phôi thai), xuất tinh sớm, khử trùng hoặc khử trùng đảo ngược, phá thai mà lý do không liên quan đến sức khỏe theo chỉ định của Bác sĩ và hậu quả của những điều trị này; hoặc
- 14.8** Điều trị động kinh, tất cả các hình thức lác và não úng thủy, cắt bao quy đầu, các hình thức hẹp bao quy đầu, vùi dương vật và các biến chứng của việc điều trị này; hoặc
- 14.9** Tất cả các trường hợp điều trị lệch vách ngăn mũi; hoặc
- 14.10** Điều trị viêm khớp, vẹo cột sống và tất cả các dạng bệnh thoái hóa xương; hoặc
- 14.11** Điều trị hoặc phòng ngừa nhằm làm giảm các triệu chứng thông thường của quá trình lão hóa, mãn kinh, loãng xương, dậy thì sớm, rối loạn chức năng tình dục, tất cả các bệnh lây truyền qua đường tình dục và các di chứng của nó; hoặc
- 14.12** Điều trị các bất thường của thị lực hoặc khuyết tật khúc xạ của mắt, bao gồm nhưng không giới hạn ở viễn thị, cận thị, kính đeo mắt, kính sát tròng, phẫu thuật Lasik và bất kỳ chi phí nào liên quan đến việc điều trị bằng phương pháp hỗ trợ trực quan; hoặc
- 14.13** Điều trị bệnh tâm thần, rối loạn tâm thần/thần kinh, trầm cảm, rối loạn nhân cách; hoặc
- 14.14** Điều trị y tế liên quan đến các chứng nghiện rượu, nghiện thuốc lá, ma túy hoặc các chất gây nghiện khác; hoặc
- 14.15** Chăm sóc hoặc điều trị nha khoa, ngoại trừ điều trị bắt buộc do Tai nạn xảy ra trong thời gian hiệu lực của Bảo hiểm bổ sung này hoặc Người được bảo hiểm có tham gia quyền lợi chăm sóc nha khoa theo điều 11 của Quy tắc và Điều khoản này; hoặc
- 14.16** Phẫu thuật thẩm mỹ, làm đẹp liên quan đến điều trị hoặc biến chứng bao gồm điều trị các vấn đề về da, mụn trứng cá, nám da, tàn nhang, mụn thịt dư, khuyết tật sắc tố da, gàu; hoặc
- 14.17** Chuyển đổi giới tính, phẫu thuật tạo hình trừ khi thương tật do Tai nạn và phẫu thuật tạo hình là cần thiết để khôi phục lại chức năng của Người được bảo hiểm; hoặc
- 14.18** Khám sức khỏe định kỳ hàng năm hoặc kiểm tra sức khỏe trừ khi thỏa điều kiện theo điều 12 của Quy tắc và Điều khoản này; hoặc
- 14.19** Tiêm chủng ngoại trừ tiêm ngừa bệnh dại sau khi bị súc vật cắn hoặc tiêm ngừa uốn ván sau khi bị Tai nạn hoặc Thương tích; hoặc
- 14.20** Sử dụng dược mỹ phẩm, thuốc bổ, khoáng chất, dinh dưỡng bổ sung, thực phẩm chức năng; hoặc
- 14.21** Điều trị các Thương tích phát sinh từ việc tham gia các môn thể thao với tư cách là vận động viên chuyên nghiệp, thể thao mạo hiểm và thể thao tiếp xúc (là các môn thể thao có sự tiếp xúc giữa những người chơi với nhau - contact sport); hoặc
- 14.22** Điều trị hay kiểm tra liên quan đến bệnh hội chứng suy giảm miễn dịch, các hội chứng phức tạp liên quan đến AIDS, kiểm tra sự xuất hiện của vi rút HIV, điều trị chuyển đổi giới tính và hậu quả của những điều trị này; hoặc

- 14.23** Điều dưỡng, phục hồi sức khỏe, điều trị không được xem là y học hiện đại trừ trường hợp người được bảo hiểm tham gia quyền lợi bảo hiểm ngoại trú của sản phẩm bảo trợ này; hoặc
- 14.24** Điều trị, 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 không phải là Dịch vụ y tế cần thiết; hoặc
- 14.25** Điều trị Thương tích phát sinh từ hành vi phạm tội hoặc cố tình tham gia vào các hành vi phạm tội, hoặc hành vi vi phạm pháp luật của Người được bảo hiểm; hoặc
- 14.26** Điều trị các phát triển bất thường bao gồm nhưng không giới hạn ở rối loạn ngôn ngữ, biếng ăn, chán ăn, thèm ăn, rối loạn tăng động giảm chú ý, tự kỷ, các rối loạn hành vi và các rối loạn phát triển thể chất; hoặc
- 14.27** Điều trị liên quan đến chứng khó thở khi ngủ bao gồm ngủ ngáy và ngưng thở khi ngủ, làm việc căng thẳng hoặc các điều trị liên quan khác; hoặc
- 14.28** Điều trị giảm cân hoặc tăng cân, chương trình kiểm soát cân nặng hoặc phẫu thuật giảm béo; hoặc
- 14.29** Điều trị các Thương tích phát sinh khi Người được bảo hiểm điều khiển hoặc làm việc với tư cách thành viên phi hành đoàn trên máy bay hay trên tàu thủy; hoặc
- 14.30** Điều trị các Thương tích phát sinh khi Người được bảo hiểm phục vụ với tư cách là một người lính, cảnh sát, hoặc tình nguyện viên và tham gia chiến đấu hoặc trấn áp tội phạm; hoặc
- 14.31** Điều trị các Thương tích phát sinh khi Người được bảo hiểm lên khoang hoặc di chuyển trên các chuyến bay không có cấp phép chuyên chở hành khách hoặc không đăng ký hoạt động như một máy bay thương mại; hoặc
- 14.32** Điều trị nhiễm bức xạ hoặc nhiễm phóng xạ; hoặc
- 14.33** Điều trị y tế liên quan đến ô nhiễm hóa chất độc hại.
-

CHƯƠNG 4: THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Điều 15. Người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm

- 15.1** Trường hợp Người được bảo hiểm còn sống tại thời điểm chi trả quyền lợi bảo hiểm, Công ty sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm của Bảo hiểm bổ sung này cho:
- Người được bảo hiểm (nếu Người được bảo hiểm từ 18 (mười tám) tuổi trở lên); hoặc
 - Cha ruột hoặc mẹ ruột hoặc người giám hộ hợp pháp của Người được bảo hiểm (nếu Người được bảo hiểm dưới 18 (mười tám) tuổi).
- 15.2** Trường hợp Người được bảo hiểm đã tử vong tại thời điểm chi trả quyền lợi bảo hiểm, Công ty sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm của Bảo hiểm bổ sung này cho những người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm theo thứ tự ưu tiên sau:
- Người thụ hưởng;
 - Nếu bất kỳ Người thụ hưởng nào chết trước Người được bảo hiểm, phần quyền lợi bảo hiểm của người đó sẽ được trả cho Bên mua bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm nếu Bên mua bảo hiểm đã tử vong;
 - Nếu không có Người thụ hưởng nào được chỉ định, hoặc toàn bộ những Người thụ hưởng đều chết trước Người được bảo hiểm, quyền lợi bảo hiểm sẽ được trả cho Bên mua bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm nếu Bên mua bảo hiểm đã tử vong.

Điều 16. Thủ tục giải quyết quyền lợi bảo hiểm

- 16.1** Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải thông báo bằng văn bản cho Công ty về yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm trong thời gian sớm nhất có thể và gửi cho Công ty các giấy tờ sau đây:
- Phiếu Yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm đã được điền đầy đủ và chính xác;
 - Bằng chứng về quyền nhận quyền lợi bảo hiểm như giấy ủy quyền, di chúc hoặc những giấy tờ xác nhận hợp pháp khác, và giấy tờ nhân thân của người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm;
 - Chấp thuận của cha, mẹ, vợ, chồng, hoặc con trên 18 (mười tám) tuổi cho phép Công ty được nhận, thu thập, sử dụng các thông tin bao gồm cả các thông tin về y tế của Người được bảo hiểm;
 - Bằng chứng y tế để yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm, bao gồm:
 - Chỉ định thực hiện và kết quả cận lâm sàng;
 - Toa thuốc (có đầy đủ chẩn đoán, chữ ký, họ tên đầy đủ và con dấu của Bệnh viện và/hoặc Phòng khám nơi thực hiện tư vấn, khám hoặc điều trị y tế);
 - Giấy ra viện (trong trường hợp Điều trị nội trú);
 - Giấy chứng nhận phẫu thuật (trong trường hợp Phẫu thuật);
 - Phiếu điều trị nha khoa trong đó có ghi rõ phương pháp điều trị chi tiết (đối với quyền lợi chăm sóc nha khoa);
 - Xác nhận của Bác sĩ điều trị là cần thiết về mặt y tế trong trường hợp sử dụng Dịch vụ chăm sóc y tế tại nhà;
 - Hồ sơ tai nạn (nếu có tai nạn)

- Bản gốc hóa đơn hợp pháp: các hóa đơn cần nêu cụ thể thông tin cá nhân của Người được bảo hiểm như họ tên, địa chỉ; tên Bệnh viện hoặc Phòng khám, chi tiết các chi phí 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.

16.2 Công ty 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 Công ty chịu trách nhiệm thanh toán theo hóa đơn, chứng từ thanh toán hợp lệ.

16.3 Công ty bảo lưu quyền yêu cầu Bên mua bảo hiểm hoặc người nhận quyền lợi bảo hiểm thực hiện công chứng, chứng thực, hợp pháp hóa lãnh sự các giấy tờ, bằng chứng (bằng tiếng Anh hoặc tiếng Việt) như quy định tại điều 16.1. Chi phí cho việc cung cấp các giấy tờ này sẽ do Bên mua bảo hiểm hoặc người nhận quyền lợi bảo hiểm chịu trách nhiệm thanh toán. Nếu chứng từ cần phải nộp có ngôn ngữ khác với tiếng Việt hoặc tiếng Anh, Bên mua bảo hiểm hoặc người nhận quyền lợi bảo hiểm phải tự chịu chi phí dịch thuật sang tiếng Việt hoặc tiếng Anh và chứng thực các chứng từ đó trước khi nộp cho Công ty.

Điều 17. Thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm là trong vòng 90 (chín mươi) ngày kể từ ngày xuất viện hoặc ngày bắt đầu Điều trị ngoại trú hoặc ngày bắt đầu điều trị nha khoa. Nếu vì một lý do chính đáng nào đó mà Bên mua bảo hiểm hoặc người nhận quyền lợi bảo hiểm không thể nộp hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm hoặc bằng chứng về sự kiện bảo hiểm trong thời gian quy định nêu trên, thì yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm vẫn sẽ không bị ảnh hưởng với điều kiện là hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm đã được hoàn tất và bằng chứng về sự kiện bảo hiểm đó phải được nộp trong vòng 12 (mười hai) tháng kể từ ngày xuất viện hoặc ngày bắt đầu Điều trị ngoại trú hoặc ngày bắt đầu điều trị nha khoa.

Điều 18. Giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Công ty có trách nhiệm giải quyết quyền lợi bảo hiểm trong vòng 45 (bốn mươi lăm) ngày làm việc kể từ ngày nhận được hồ sơ đầy đủ và hợp lệ mà Công ty yêu cầu như được thể hiện tại điều 16 của Quy tắc và Điều khoản này. Nếu việc chi trả quyền lợi bảo hiểm bị chậm trễ, tại thời điểm thanh toán, Công ty sẽ trả lãi trên số tiền chậm trả theo lãi suất nợ quá hạn do Ngân hàng nhà nước Việt Nam quy định tương ứng với thời gian chậm trả.
