

**QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN
SẢN PHẨM BẢO TRỢ – BẢO HIỂM HỖ TRỢ CHI PHÍ NÀM VIỆN**

(Được chấp thuận theo Công văn số 5105/BTC-QLBH ngày 17 tháng 04 năm 2015 của Bộ Tài chính)

Mục lục

ĐIỀU 1: NHỮNG QUY ĐỊNH CHUNG	2
ĐIỀU 2: ĐỊNH NGHĨA	2
ĐIỀU 3: TUỔI THAM GIA BẢO HIỂM, NGÀY HIỆU LỰC VÀ THỜI HẠN HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM BỔ SUNG	5
ĐIỀU 4: SỐ TIỀN BẢO HIỂM, PHÍ BẢO HIỂM VÀ ĐỊNH KỲ ĐÓNG PHÍ	5
ĐIỀU 5: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	6
ĐIỀU 6: ĐIỀU KHOẢN LOẠI TRỪ	7
ĐIỀU 7: HỒ SƠ YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	9
ĐIỀU 8: KHÔI PHỤC HIỆU LỰC HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM BỔ SUNG.....	10
ĐIỀU 9: TÁI TỤC HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM BỔ SUNG.....	10
ĐIỀU 10: CHẤM DỨT HIỆU LỰC HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM BỔ SUNG	11
PHỤ LỤC 1: DANH MỤC BỆNH HIỂM NGHÈO.....	12
PHỤ LỤC 2: CÁC BỆNH NẪM NGOÀI PHẠM VI BẢO HIỂM	14

ĐIỀU 1: NHỮNG QUY ĐỊNH CHUNG

- 1.1** Bản quy tắc và điều khoản này là những nội dung thỏa thuận bảo hiểm bổ trợ của sản phẩm bảo hiểm hỗ trợ chi phí nằm viện (sau đây gọi là “**Sản phẩm bổ sung**”) giữa Công ty và Bên mua bảo hiểm, được đính kèm với Hợp đồng bảo hiểm chính.
- 1.2** Tất cả các thuật ngữ được sử dụng trong Bản quy tắc và điều khoản được hiểu đúng theo định nghĩa trong Bản quy tắc và điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm chính.
- 1.3** Bản quy tắc và điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm chính cũng sẽ được áp dụng cho Hợp đồng bảo hiểm bổ sung. Trong trường hợp có bất kỳ mâu thuẫn nào giữa Bản quy tắc và điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm chính và Hợp đồng bảo hiểm bổ sung, Bản quy tắc và điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm bổ sung sẽ được áp dụng.
- 1.4** Sản phẩm bổ sung thuộc loại sản phẩm không chia lãi, không được trả lãi cũng như thưởng dưới bất kỳ hình thức nào và không có giá trị hoàn lại.

ĐIỀU 2: ĐỊNH NGHĨA

- 2.1 Hợp đồng bảo hiểm bổ sung:** là sự thỏa thuận bằng văn bản giữa Công ty và Bên mua bảo hiểm, bao gồm Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm bổ sung, Giấy chứng nhận bảo hiểm, Bản quy tắc và điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm bổ sung, các bản phụ lục và các thỏa thuận bổ sung được ký kết hợp lệ khác của các bên trong quá trình giao kết và thực hiện Hợp đồng bảo hiểm bổ sung.
- 2.2 Người được bảo hiểm:** là Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm trong Hợp đồng bảo hiểm chính hoặc vợ, chồng, con, cha, mẹ hợp pháp; anh, chị, em ruột của Bên mua bảo hiểm và thỏa mãn điều kiện theo quy định tại Điều 3, Bản quy tắc và điều khoản này.
- 2.3 Tai nạn:** là một hoặc một chuỗi sự kiện khách quan và liên tục, xảy ra do tác động của một lực hoặc một vật bất ngờ từ bên ngoài lên cơ thể Người được bảo hiểm và gây ra thương tật hoặc tử vong cho Người được bảo hiểm. Các sự kiện này chỉ được xem là Tai nạn theo định nghĩa của Bản quy tắc và điều khoản nếu đáp ứng các điều kiện sau:
- Xảy ra ngoài sự tiên liệu, kiểm soát cũng như ý muốn của Người được bảo hiểm;
 - Phải là nguyên nhân trực tiếp, duy nhất gây ra thương tật hoặc tử vong cho Người được bảo hiểm; và
 - Không phải là những tổn thương thân thể do đau ốm, bệnh tật, nhiễm các loại vi khuẩn hoặc vi-rút.

- 2.4 Bệnh được bảo hiểm** (sau đây gọi là “**Bệnh**”): có nghĩa là các bệnh, không bị loại trừ trong bất cứ quy định nào của Bản quy tắc và điều khoản mà Người được bảo hiểm mắc phải trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm bổ sung có hiệu lực và sau Thời hạn loại trừ bảo hiểm đối với Bệnh, Bệnh hiểm nghèo. Bệnh được xem là phát sinh khi Bệnh đó tạo ra những triệu chứng khiến cho một người bình thường phải tìm tham vấn, khám bệnh, chẩn đoán hoặc điều trị bởi Bác sỹ.
- 2.5 Bệnh hiểm nghèo:** là các bệnh được nêu trong Phụ lục 1 mà Người được bảo hiểm mắc phải trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm bổ sung có hiệu lực và sau Thời hạn loại trừ bảo hiểm đối với Bệnh, Bệnh hiểm nghèo và không bị loại trừ bởi bất cứ quy định nào của Bản quy tắc và điều khoản. Bệnh hiểm nghèo được xem là phát sinh khi bệnh đó tạo ra những triệu chứng khiến cho một người bình thường phải tìm sự tham vấn, khám bệnh, chẩn đoán hoặc điều trị bởi Bác sỹ.
- 2.6 Thương tật được bảo hiểm** (sau đây gọi là “**Thương tật**”): là bất kỳ một thương tật nào trên cơ thể do hậu quả trực tiếp và duy nhất của Tai nạn.
- 2.7 Bệnh viện:** là bệnh viện hoạt động hợp pháp và hội đủ các tiêu chuẩn sau:
- a. Được phép cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, khám, chẩn đoán và điều trị cho những người bị thương tật hay bệnh tật và hoạt động liên tục hai mươi bốn (24) giờ trong ngày; và
 - b. Có lưu giữ đầy đủ bệnh án và hồ sơ của bệnh nhân theo tiêu chuẩn quy định của pháp luật và quy định hiện hành tại địa phương nơi bệnh viện có trụ sở; và
 - c. Là bệnh viện tuyến trung ương hoặc tuyến tỉnh hoặc tuyến huyện hay cấp tương đương theo phân cấp của Bộ Y tế Việt Nam, hay bệnh viện cấp tương đương nếu ở ngoài lãnh thổ Việt Nam; và
 - d. Được đăng ký là một bệnh viện hợp pháp và tư cách pháp nhân của bệnh viện phải được thể hiện bằng chữ “**bệnh viện**” trên con dấu chính thức của bệnh viện;
 - e. Bệnh viện không bao gồm các cơ sở sau đây:
 - i. Trung tâm y tế/Trung tâm y tế dự phòng/Phòng khám.
 - ii. Bệnh viện/viện tâm thần;
 - iii. Bệnh viện/viện y học cổ truyền;
 - iv. Bệnh viện/viện phong;
 - v. Nhà điều dưỡng, trung tâm phục hồi chức năng, nhà lưu bệnh;

- vi. Nhà bảo sanh, nhà an dưỡng hay các cơ sở khác chủ yếu dành cho việc chữa trị cho người già, người nghiện rượu, chất ma túy, chất kích thích.

2.8 Bác sỹ: là cá nhân tốt nghiệp đại học, được cấp phép hành nghề hợp pháp tại địa phương để cung cấp dịch vụ khám, chữa bệnh và phẫu thuật và đang làm việc tại các Bệnh viện. Trong định nghĩa này, Bác sỹ không bao gồm những người sau đây:

- a. Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng;
- b. (Các) Đối tác kinh doanh của Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm;
- c. Đại lý bảo hiểm, người tuyển dụng, nhân viên của Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm;
- d. Các thành viên trong gia đình trực hệ của Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm (cha mẹ, vợ chồng, con cái, anh chị em ruột).

2.9 Khoa hồi sức tích cực: là một khoa, phòng hoặc một bộ phận của Bệnh viện nhằm cung cấp chương trình chăm sóc, theo dõi và điều trị tích cực nhằm hồi phục các chức năng sinh tồn của cơ thể con người, dành cho những bệnh nhân nội trú tại Bệnh viện mà theo nhận định của các Bác sỹ điều trị, các chức năng quan trọng của cơ thể đang bị đe dọa và cần sự theo dõi, chăm sóc, và giám sát tích cực của các Bác sỹ. Khoa/phòng cấp cứu, khoa/phòng chăm sóc hậu phẫu của Bệnh viện không được xem là Khoa hồi sức tích cực.

2.10 Phẫu thuật được bảo hiểm (sau đây gọi là “Phẫu thuật”): là thủ thuật ngoại khoa để điều trị Bệnh, Bệnh hiểm nghèo hoặc Thương tật do những yêu cầu cần thiết và hợp lý về mặt y khoa, được chỉ định bởi Bác sỹ và thực hiện bởi Bác sỹ phẫu thuật có chuyên môn phù hợp được cấp giấy phép hành nghề và được thực hiện tại Bệnh viện. Việc Phẫu thuật phải được tiến hành nhằm mục đích điều trị Bệnh, Bệnh hiểm nghèo, Thương tật và trong mọi trường hợp không nhằm để chẩn đoán. Phẫu thuật theo Bản quy tắc và điều khoản này không bao gồm những phẫu thuật được thực hiện bằng phương pháp gây tê tại chỗ/gây tê vùng và/hoặc không được thực hiện tại Bệnh viện.

2.11 Ngày nằm viện: là khoảng thời gian hai mươi bốn (24) giờ liên tục mà Người được bảo hiểm nằm viện và là cơ sở để Bệnh viện tính tiền phòng/giường và tiền viện phí cho một ngày theo quy định của Bệnh viện.

2.12 Thời hạn loại trừ bảo hiểm đối với Bệnh, Bệnh hiểm nghèo: là ba mươi (30) ngày kể từ ngày Hợp đồng bảo hiểm bổ sung có hiệu lực hoặc từ ngày khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm bổ sung gần nhất (lần sau cùng), tùy theo ngày nào đến sau.

2.13 Tình trạng tồn tại trước: là Bệnh/các triệu chứng bệnh và/hoặc Thương tật đã xuất hiện/tồn tại trước ngày hiệu lực hoặc ngày khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm bổ sung gần nhất (lần sau cùng), tùy thuộc ngày nào đến sau.

- 2.14 Giới hạn hợp lý và thông thường:** các chỉ định điều trị phải thực sự cần thiết về mặt y khoa, không vượt quá phác đồ điều trị thông thường và phù hợp với tiêu chuẩn thực hành y khoa đang được áp dụng để điều trị Bệnh, Bệnh hiểm nghèo và Thương tật tương tự được tiến hành tại địa phương nơi Người được bảo hiểm nằm viện. Giới hạn hợp lý và thông thường, bao gồm việc nhập viện, thời gian nằm viện, các dịch vụ y tế và điều trị, các chi phí điều trị.

ĐIỀU 3: TUỔI THAM GIA BẢO HIỂM, NGÀY HIỆU LỰC VÀ THỜI HẠN HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM BỔ SUNG

- 3.1** Tuổi của Người được bảo hiểm khi tham gia Hợp đồng bảo hiểm bổ sung là từ một (01) tuổi đến sáu mươi tư (64) tuổi (tính theo ngày sinh nhật gần nhất đã qua) vào Ngày hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm bổ sung.
- 3.2 Ngày hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm bổ sung:** nếu Người được bảo hiểm còn sống vào ngày Công ty chấp thuận yêu cầu bảo hiểm bổ sung, Ngày hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm bổ sung là ngày được thể hiện trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các văn bản xác nhận sửa đổi, bổ sung (nếu có).
- 3.3 Thời hạn của Hợp đồng bảo hiểm bổ sung:** một (01) năm kể từ Ngày hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm bổ sung và được thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các văn bản xác nhận sửa đổi, bổ sung (nếu có) và có thể được tái tục theo quy định tại Điều 9. Trong mọi trường hợp, thời hạn của Hợp đồng bảo hiểm bổ sung không vượt quá thời hạn của Hợp đồng bảo hiểm chính.

ĐIỀU 4: SỐ TIỀN BẢO HIỂM, PHÍ BẢO HIỂM VÀ ĐỊNH KỲ ĐÓNG PHÍ

- 4.1** Thông tin về Số tiền bảo hiểm, phí bảo hiểm năm đầu tiên và thời hạn đóng phí của Hợp đồng bảo hiểm bổ sung: được thể hiện trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các văn bản xác nhận sửa đổi, bổ sung (nếu có).
- 4.2** Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm thay đổi Số tiền bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm chính, Số tiền bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm bổ sung sẽ được điều chỉnh như sau:
- a. Trong trường hợp Số tiền bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm chính giảm dẫn đến trường hợp Số tiền bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm bổ sung cao hơn mức tối đa theo quy định về thẩm định của Công ty vào từng thời điểm, Số tiền bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm bổ sung sẽ được tự động điều chỉnh giảm tương ứng. Phí bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm bổ sung sẽ được điều chỉnh giảm tương ứng. Công ty sẽ gửi thông báo bằng văn bản đến Bên mua bảo hiểm về những thay đổi này.
 - b. Trong trường hợp Số tiền bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm chính tăng, Số tiền bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm bổ sung không thay

đổi, ngoại trừ có yêu cầu tăng Số tiền bảo hiểm từ Bên mua bảo hiểm và được Công ty chấp nhận.

- 4.3** Trường hợp Hợp đồng bảo hiểm chính được đóng phí theo định kỳ, định kỳ đóng phí của Hợp đồng bảo hiểm chính sẽ được áp dụng cho định kỳ đóng phí bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm bổ sung. Khi có sự thay đổi về định kỳ hoặc hệ số đóng phí của Hợp đồng bảo hiểm chính, định kỳ hoặc hệ số đóng phí của Hợp đồng bảo hiểm bổ sung sẽ được thay đổi tương ứng.

Trường hợp Hợp đồng bảo hiểm chính được đóng phí một (01) lần, định kỳ đóng phí của Hợp đồng bảo hiểm bổ sung là định kỳ năm.

ĐIỀU 5: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm bổ sung có hiệu lực, Công ty sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm theo các quy định dưới đây:

5.1 Quyền lợi hỗ trợ chi phí nằm viện:

Nếu Người được bảo hiểm nằm viện, Công ty sẽ chi trả một trăm phần trăm (100%) Số tiền bảo hiểm cho mỗi Ngày nằm viện.

Trong mọi trường hợp, Quyền lợi hỗ trợ chi phí nằm viện không vượt quá một trăm (100) Ngày nằm viện cho mỗi Năm hợp đồng.

5.2 Quyền lợi hỗ trợ chi phí nằm viện tại Khoa hồi sức tích cực:

Nếu Người được bảo hiểm nằm viện tại Khoa hồi sức tích cực, ngoài Quyền lợi hỗ trợ chi phí nằm viện, Công ty sẽ chi trả thêm một trăm phần trăm (100%) Số tiền bảo hiểm cho mỗi Ngày nằm viện tại Khoa hồi sức tích cực của Người được bảo hiểm.

Trong mọi trường hợp, Quyền lợi hỗ trợ chi phí nằm viện tại Khoa hồi sức tích cực không vượt quá ba mươi (30) Ngày nằm viện cho mỗi Năm hợp đồng.

5.3 Quyền lợi hỗ trợ chi phí Phẫu thuật:

Nếu Người được bảo hiểm được Phẫu thuật trong thời gian nằm viện, Công ty sẽ chi trả năm trăm phần trăm (500%) Số tiền bảo hiểm cho mỗi lần Phẫu thuật.

Trong mọi trường hợp, Quyền lợi hỗ trợ chi phí Phẫu thuật chỉ được thanh toán tối đa năm trăm phần trăm (500%) Số tiền bảo hiểm cho cùng một (01) Bệnh, Bệnh hiểm nghèo hoặc Thương tật.

Để tránh hiểu nhầm, nếu hai (02) hay nhiều lần Phẫu thuật cho cùng một (01) Bệnh, Bệnh hiểm nghèo hoặc Thương tật hay do bất kỳ biến chứng nào phát sinh từ Bệnh, Bệnh hiểm nghèo hoặc Thương tật đó sẽ chỉ được coi là Phẫu thuật cho cùng một (01) Bệnh, Bệnh hiểm nghèo hoặc Thương tật.

5.4 Quyền lợi hỗ trợ chi phí nằm viện để điều trị Bệnh hiểm nghèo:

Nếu Người được bảo hiểm nằm viện để điều trị Bệnh hiểm nghèo được quy định tại Phụ lục 1, ngoài Quyền lợi hỗ trợ chi phí nằm viện, Công ty sẽ chi trả thêm một trăm phần trăm (100%) Số tiền bảo hiểm cho mỗi Ngày nằm viện.

Trong mọi trường hợp, Quyền lợi hỗ trợ chi phí nằm viện để điều trị Bệnh hiểm nghèo không vượt quá ba mươi (30) Ngày nằm viện cho mỗi Năm hợp đồng.

5.5 Giới hạn trách nhiệm bảo hiểm:

- a. Trong mọi trường hợp, tổng Quyền lợi bảo hiểm cho mỗi Năm hợp đồng của Hợp đồng bảo hiểm bổ sung tối đa không vượt quá một trăm (100) lần Số tiền bảo hiểm.
- b. Trong trường hợp Năm hợp đồng đầu tiên của Hợp đồng bảo hiểm bổ sung ít hơn ba trăm sáu mươi lăm (365) ngày, mức tối đa của các Quyền lợi bảo hiểm theo quy định tại Điều 5.1, Điều 5.2, Điều 5.4 và Điều 5.5.a sẽ được tính theo tỷ lệ tương ứng.

ĐIỀU 6: ĐIỀU KHOẢN LOẠI TRỪ

6.1 Công ty sẽ không thanh toán bất kỳ Quyền lợi bảo hiểm nào theo quy định tại Điều 5, nếu:

- a. Thương tật gây ra bởi Tai nạn trước Ngày hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm bổ sung hoặc ngày khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm bổ sung gần nhất (lần sau cùng); hoặc
- b. Bệnh, Bệnh hiểm nghèo, Thương tật thuộc Tình trạng tồn tại trước; hoặc
- c. Bệnh, Bệnh hiểm nghèo có dấu hiệu, triệu chứng, được chẩn đoán, điều trị trước hoặc trong Thời hạn loại trừ bảo hiểm đối với Bệnh, Bệnh hiểm nghèo.

6.2 Công ty sẽ không thanh toán bất kỳ Quyền lợi bảo hiểm nào theo quy định tại Điều 5 nếu việc nằm viện của Người được bảo hiểm xảy ra do hậu quả của bất kỳ nguyên nhân nào dưới đây:

- a. Chiến tranh (có tuyên bố hay không tuyên bố), các hoạt động thù địch, hiếu chiến hoặc mang tính chiến tranh, nội chiến, nổi loạn, bạo động, bạo loạn dân sự hay hoạt động liên quan đến khủng bố, hoạt động nổi loạn, cách mạng, khởi nghĩa, đảo chính quân sự hoặc tiếm quyền hoặc phục vụ trong lực lượng vũ trang trong thời gian chiến tranh, hoặc hành động theo mệnh lệnh chiến đấu hay lập lại trật tự công cộng; hoặc

Công ty Cổ phần Bảo hiểm Nhân thọ Phú Hưng

- b. Hành vi tự tử, tự gây thương tích của Người được bảo hiểm, dù trong trạng thái tinh tảo hoặc mất trí; hoặc
- c. Tham gia đánh nhau, ẩu đả, chống lại việc bắt giữ của cơ quan có thẩm quyền hoặc các hoạt động bạo loạn, gây rối, đình công hoặc khủng bố; hoặc
- d. Tai nạn xảy ra do sử dụng rượu bia vượt quá nồng độ theo quy định của pháp luật có liên quan hoặc do ảnh hưởng của bất kỳ loại ma túy, các chất kích thích hoặc thuốc nào, trừ trường hợp có chỉ định của Bác sĩ với mục đích chữa Bệnh, Bệnh hiểm nghèo, Thương tật; hoặc
- e. Tham gia vào các hoạt động mạo hiểm, trừ khi cố gắng cứu sống tính mạng con người, như: lặn có bình dưỡng khí, nhảy bungee, nhảy dù, leo núi, đua ngựa hay đua trên các phương tiện có bánh xe... hoặc tham gia vào các hoạt động thể thao như vận động viên chuyên nghiệp mà có thể hoặc sẽ được trả lương hoặc mang lại thu nhập; hoặc
- f. Tham gia các hoạt động hàng không trên các chuyến bay dân dụng khai thác theo lịch trình bay, trừ khi với tư cách là hành khách có vé; hoặc
- g. Hành vi vi phạm pháp luật được quy định tại Bộ luật Hình sự Việt Nam hoặc pháp luật hình sự của quốc gia khác nếu hành vi vi phạm pháp luật xảy ra bên ngoài lãnh thổ Việt Nam hoặc hành vi kháng cự lại lệnh bắt người của Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng; hoặc
- h. Các trợ giúp điều chỉnh khuyết tật, kính sát trùng, trợ thính và điều trị các tật khúc xạ, trừ khi là đòi hỏi cần thiết của Thương tật phát sinh do Tai nạn; hoặc
- i. 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; hoặc
- j. Bất kỳ Phẫu thuật nha khoa hay hình thức chăm sóc nha khoa nào, trừ khi là đòi hỏi cần thiết của Thương tật phát sinh do Tai nạn; hoặc
- k. Khám sức khỏe định kỳ; hoặc
- l. Các điều trị hay dịch vụ y tế không phải là tây y; hoặc
- m. Bất kỳ lần nằm viện hoặc khoảng thời gian nằm viện nào mà không nằm trong Giới hạn hợp lý và thông thường; hoặc
- n. 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; hoặc

- o. Có thai, sảy thai, sinh con, chữa vô sinh, ngừa thai, triệt sản, nạo phá thai hoặc các biến chứng của những trường hợp đó; hoặc
- p. Phẫu thuật thẩm mỹ, hiến/cho mô hay bộ phận cơ thể, Phẫu thuật chuyển đổi giới tính hay bất cứ hình thức Phẫu thuật theo yêu cầu mà không phải là các biện pháp y khoa cần thiết cho việc điều trị Bệnh, Bệnh hiểm nghèo hay Thương tật; hoặc
- q. Các loại trừ được quy định tại Phụ lục 1, Phụ lục 2; hoặc
- r. Các loại trừ khác được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm chính.

ĐIỀU 7: HỒ SƠ YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

7.1 Người nhận quyền lợi bảo hiểm phải gửi cho Công ty trong thời gian sớm nhất có thể những giấy tờ sau đây:

- a. Đơn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm đã được khai đầy đủ, chính xác;
- b. Bảng chứng hợp pháp về sự kiện bảo hiểm xảy ra, bao gồm:
 - Hồ sơ y tế gồm giấy ra viện, bệnh án/ tóm tắt bệnh án, các kết quả cận lâm sàng (chụp phim, siêu âm, CT, xét nghiệm..), đơn thuốc và các bằng chứng về y khoa khác do Bác sỹ tại Bệnh viện xác nhận.
 - Bản chính các hóa đơn, biên nhận trong khoảng thời gian nằm viện.
 - Bảng chứng chứng minh Tai nạn dẫn đến việc nằm viện gồm Bản tường trình của Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm, Biên bản tai nạn của cơ quan công an (nếu có).
 - Bản chính giấy chứng nhận phẫu thuật trong trường hợp yêu cầu giải quyết Quyền lợi hỗ trợ chi phí Phẫu thuật.
 - Kết quả giải phẫu bệnh, trong trường hợp yêu cầu giải quyết Quyền lợi hỗ trợ chi phí nằm viện để điều trị Bệnh hiểm nghèo.
- c. Các hồ sơ bệnh án để chứng minh thời gian Người được bảo hiểm nằm viện, điều trị Bệnh hiểm nghèo, thực hiện Phẫu thuật, điều trị tại Khoa hồi sức tích cực đã xảy ra phải có xác nhận của Bệnh viện.

7.2 Công ty có thể yêu cầu bổ sung một số giấy tờ theo quy định pháp luật. 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 khoa, 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.

ĐIỀU 8: KHÔI PHỤC HIỆU LỰC HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM BỔ SUNG

8.1 Nếu Hợp đồng bảo hiểm bổ sung bị chấm dứt hiệu lực do việc không nộp phí bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm bổ sung bằng văn bản với các điều kiện sau:

- a. Hợp đồng bảo hiểm chính đang còn hiệu lực; và
- b. Bên mua bảo hiểm đưa ra yêu cầu khôi phục hiệu lực trong thời gian hai mươi bốn (24) tháng kể từ ngày Hợp đồng bảo hiểm bổ sung bị chấm dứt hiệu lực gần nhất (lần sau cùng); và
- c. Bên mua bảo hiểm thanh toán các khoản phí bảo hiểm quá hạn; và
- d. Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm còn sống tại thời điểm khôi phục hiệu lực và đáp ứng các điều kiện theo yêu cầu thẩm định của Công ty liên quan đến việc khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm bổ sung.

8.2 Nếu yêu cầu khôi phục hiệu lực được Công ty chấp thuận và Người được bảo hiểm vẫn còn sống tại thời điểm Công ty chấp thuận, ngày hiệu lực của việc khôi phục sẽ là ngày được thể hiện trên văn bản xác nhận sửa đổi, bổ sung do Công ty phát hành cho Bên mua bảo hiểm.

Công ty không bảo hiểm cho những sự kiện bảo hiểm đã xảy ra trong khoảng thời gian Hợp đồng bảo hiểm bổ sung mất hiệu lực.

8.3 Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm có nghĩa vụ cung cấp, kê khai đầy đủ và chính xác mọi thông tin liên quan đến nơi cư trú, tình trạng nhân thân, sức khỏe, nghề nghiệp của Người được bảo hiểm (kể cả các triệu chứng bất thường về sức khỏe, tiền sử bệnh) vào hồ sơ yêu cầu khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm bổ sung hoặc các văn bản khác theo yêu cầu của Công ty để làm cơ sở cho việc khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm bổ sung.

Việc thẩm định sức khỏe của Người được bảo hiểm nếu có (tùy theo từng trường hợp mà Công ty yêu cầu) cũng không thể thay thế cho nghĩa vụ phải cung cấp thông tin, kê khai đầy đủ, chính xác và trung thực của Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm theo quy định của Điều này.

ĐIỀU 9: TÁI TỤC HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM BỔ SUNG

9.1 Trong thời hạn Hợp đồng bảo hiểm bổ sung có hiệu lực và Người được bảo hiểm còn sống, Bên mua bảo hiểm có thể tái tục Hợp đồng bảo hiểm bổ sung vào mỗi Ngày kỷ niệm hợp đồng trước lần sinh nhật thứ sáu mươi tư (64) của

Người được bảo hiểm, với điều kiện phí bảo hiểm tái tục phải được đóng vào hoặc trước Ngày kỷ niệm hợp đồng và việc tái tục được Công ty chấp thuận. Mức phí bảo hiểm 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 bảo hiểm của Năm hợp đồng vừa qua.

- 9.2** Nếu việc tái tục được chấp thuận, thời hạn của mỗi lần tái tục là một (01) năm với cùng Số tiền bảo hiểm.
- 9.3** Trước ngày kết thúc của Thời hạn của Hợp đồng bảo hiểm bổ sung ba mươi (30) ngày, Bên mua bảo hiểm có quyền không tái tục Hợp đồng sản phẩm bổ sung và Công ty có quyền không chấp nhận yêu cầu tái tục bằng việc gửi thông báo bằng văn bản cho bên kia.

ĐIỀU 10: CHẤM DỨT HIỆU LỰC HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM BỔ SUNG

Hợp đồng bảo hiểm bổ sung sẽ chấm dứt hiệu lực khi một trong các trường hợp sau xảy ra:

- 10.1** Hợp đồng bảo hiểm chính chấm dứt hiệu lực; hoặc
- 10.2** Thời hạn của Hợp đồng bảo hiểm bổ sung kết thúc mà không được tái tục; hoặc
- 10.3** Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm bổ sung trước thời hạn; hoặc
- 10.4** Bên mua bảo hiểm không đóng hoặc đóng không đầy đủ phí bảo hiểm và/hoặc đóng phí bảo hiểm không đúng hạn theo quy định tại Hợp đồng bảo hiểm chính hoặc Hợp đồng bảo hiểm bổ sung; hoặc
- 10.5** Khi Người được bảo hiểm tử vong; hoặc
- 10.6** Khi tổng Quyền lợi bảo hiểm được Công ty chấp thuận cho mỗi Năm hợp đồng lên đến một trăm (100) lần Số tiền bảo hiểm; hoặc
- 10.7** Người được bảo hiểm đạt sáu mươi lăm (65) tuổi; hoặc
- 10.8** Do những nguyên nhân khác được quy định cụ thể tại Bản quy tắc và điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm chính; hoặc
- 10.9** Các trường hợp khác theo quy định của pháp luật ./.

PHỤ LỤC 1: DANH MỤC BỆNH HIỂM NGHÈO

1. Hôn mê

Người được bảo hiểm ở trong trạng thái:

- a. Mất ý thức, không thể đáp ứng với những kích thích từ bên ngoài hay từ những nhu cầu đòi hỏi bên trong cơ thể; và
- b. Phải sử dụng hệ thống máy hỗ trợ chức năng sống (hô hấp, tim mạch...) liên tục trong chín mươi sáu (96) giờ liên tiếp.

2. Bệnh loạn dưỡng cơ

Bệnh được chẩn đoán bởi Bác sỹ chuyên khoa thuộc một trong các Bệnh viện đủ tiêu chuẩn, xác nhận có ba (03) trong số bốn (04) điều kiện sau:

- a. Bệnh sử gia đình có các thành viên khác cũng mắc bệnh này;
- b. Biểu hiện lâm sàng không có rối loạn cảm giác, dịch não tủy bình thường và giảm nhẹ phản xạ gân;
- c. Điện cơ đồ;
- d. Sinh thiết cơ chẩn đoán xác định bệnh.

Công ty được loại trừ trách nhiệm bảo hiểm nếu các dấu hiệu, triệu chứng đầu tiên của bệnh xuất hiện khi Người được bảo hiểm nhỏ hơn mười tám (18) tuổi.

3. Viêm não nặng

Bệnh do siêu vi trùng gây ra tình trạng viêm nặng của bán cầu đại não, thân não hay tiểu não và được thấy rõ trên hình ảnh chụp cắt lớp não (CT scan) hoặc trên hình ảnh chụp cộng hưởng từ (MRI) não.

4. Đa xơ cứng

Có các triệu chứng xác định của đa xơ cứng. Việc chẩn đoán phải được thực hiện bởi một (01) Bác sỹ chuyên khoa thần kinh thuộc một trong các Bệnh viện đủ tiêu chuẩn, dựa trên toàn bộ các kết quả khám, xét nghiệm đều khẳng định đây là bệnh đa xơ cứng.

Công ty được loại trừ trách nhiệm bảo hiểm trong trường hợp: các thương tổn thần kinh được xác định là do bệnh khác như Lupus ban đỏ hệ thống (SLE) hoặc HIV.

5. Xơ cứng cột bên teo cơ

Bệnh được chẩn đoán bởi một (01) Bác sỹ chuyên khoa thần kinh thuộc một trong các Bệnh viện đủ tiêu chuẩn, xác nhận có các tổn thương của các cột bên, của các dây thần kinh tủy sống và của các trung khu vận động của não gây liệt cứng và teo cơ tứ chi. Chẩn đoán bệnh phải dựa trên kết quả kiểm tra thần kinh cơ như Điện cơ đồ (EMG).

PHỤ LỤC 2: CÁC BỆNH NẪM NGOÀI PHẠM VI BẢO HIỂM

1	Đau lưng, đau khớp
2	Viêm khớp, viêm cơ
3	Thoái hóa cột sống
4	Viêm kết mạc
5	Mộng thịt không phẫu thuật
6	Viêm xoang, viêm đa xoang, viêm mũi & polyp mũi không phẫu thuật
7	Viêm amygdal không phẫu thuật, viêm họng, viêm đường hô hấp trên ở người lớn
8	Viêm phế quản, viêm tai ngoài và sốt siêu vi ở người lớn
9	Rối loạn tiền đình, rối loạn tuần hoàn não, thiếu năng tuần hoàn não
10	Rối loạn tiêu hóa
11	Viêm dạ dày, viêm tá tràng, viêm loét dạ dày tá tràng không nội soi
12	Viêm đại tràng không đi tiêu ra máu
13	Trĩ không có đi tiêu ra máu và không phẫu thuật
14	Viêm phần phụ, nhiễm trùng đường tiểu dưới ở phụ nữ
15	Sỏi thận, không đau quặn thận và không phẫu thuật
16	Suy nhược cơ thể, suy nhược thần kinh
17	Bệnh loạn thần, rối loạn tâm thần/thần kinh, hay các rối loạn về giấc ngủ
18	Những thương tật không nghiêm trọng như rách da hoặc chấn thương phần mềm
19	Gãy kín hay trật khớp ngón tay, ngón chân không phẫu thuật