

---

**QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN  
SẢN PHẨM BẢO HIỂM BỔ SUNG – CHI TRẢ CHI PHÍ Y TẾ THỰC TẾ  
(BẢO VỆ SỨC KHỎE TOÀN DIỆN)**

*(Được chấp thuận theo Công văn số 7838 /BTC-QLBH ngày 26/06/2020 của Bộ Tài chính)*

**MỤC LỤC**

|   |    |
|---|----|
| ĐIỀU 1: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM.....                 | 2  |
| 1.1    QUYỀN LỢI ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ .....         | 3  |
| 1.2    QUYỀN LỢI ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ .....       | 5  |
| 1.3    QUYỀN LỢI ĐIỀU TRỊ NHA KHOA .....        | 6  |
| ĐIỀU 2: ĐIỀU KHOẢN LOẠI TRỪ .....               | 7  |
| ĐIỀU 3: GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM.....      | 9  |
| ĐIỀU 4: THỜI HẠN BẢO HIỂM VÀ PHÍ BẢO HIỂM ..... | 9  |
| ĐIỀU 5: CHẤP NHẬN BẢO HIỂM CÓ ĐIỀU KIỆN .....   | 10 |
| ĐIỀU 6: CÁC ĐIỀU KHOẢN KHÁC .....               | 11 |
| ĐIỀU 7: ĐỊNH NGHĨA .....                        | 11 |

**“Sản phẩm bảo hiểm bổ sung” (sau đây gọi tắt là “sản phẩm bổ sung”):** là sản phẩm bảo hiểm được tham gia kèm với một sản phẩm bảo hiểm chính (sau đây gọi tắt là “sản phẩm chính”) trong cùng một Hợp đồng bảo hiểm để bảo hiểm cho (những) người có quyền lợi có thể được bảo hiểm với Bên mua bảo hiểm được ghi nhận trong Hợp đồng bảo hiểm.

Tất cả các thuật ngữ sử dụng trong Quy tắc và Điều khoản sản phẩm bổ sung này đều được hiểu như những thuật ngữ trong Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm bảo hiểm chính. Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm bảo hiểm chính sẽ được áp dụng cho sản phẩm bổ sung. Trong trường hợp có mâu thuẫn giữa sản phẩm chính và sản phẩm bổ sung, Quy tắc và Điều khoản sản phẩm bổ sung sẽ được áp dụng.

## **ĐIỀU 1: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM**

Tại thời điểm tham gia bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm có thể lựa chọn tham gia 1 trong 4 Kế hoạch bảo hiểm với Số tiền bảo hiểm cho mỗi Người được bảo hiểm như mô tả trong Bảng 1.

Bảng 1: Tóm tắt quyền lợi bảo hiểm

Đơn vị tính: đồng

| Kế hoạch bảo hiểm             | Cơ bản        | Nâng cao    | VIP         | VIP Plus      |
|-------------------------------|---------------|-------------|-------------|---------------|
| Phạm vi địa lý                | Việt Nam      | Việt Nam    | Việt Nam    | Châu Á        |
| Số tiền bảo hiểm              | 100.000.000   | 200.000.000 | 500.000.000 | 1.000.000.000 |
| Quyền lợi tối đa/Năm hợp đồng |               |             |             |               |
| 1. Điều trị nội trú           | 100.000.000   | 200.000.000 | 500.000.000 | 1.000.000.000 |
| 2. Điều trị ngoại trú         | Không áp dụng | 5.000.000   | 10.000.000  | 20.000.000    |
| 3. Điều trị nha khoa          | Không áp dụng |             |             | 10.000.000    |

Trong mọi trường hợp, tổng số tiền thanh toán trừ mức Đồng thanh toán (nếu có) cho tất cả các yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm cho 1 Người được bảo hiểm phát sinh trong 1 Năm

hợp đồng không vượt quá Số tiền bảo hiểm tương ứng với Kế hoạch bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm đã chọn. Chi tiết về quyền lợi bảo hiểm được mô tả tại các điều khoản sau đây.

### 1.1 QUYỀN LỢI ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ

Trong thời gian Sản phẩm bổ sung này có hiệu lực, ngoại trừ các trường hợp quy định tại Điều 2 của Quy tắc và Điều khoản sản phẩm bổ sung này, Công ty sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế như mô tả trong Bảng 2. Trong mọi trường hợp, tổng số tiền thanh toán cho Quyền lợi điều trị nội trú không vượt quá Quyền lợi tối đa mỗi Năm hợp đồng và tổng số tiền thanh toán cho mỗi hạng mục trong Quyền lợi điều trị nội trú không vượt quá Hạn mức như quy định ở Bảng 2.

Bảng 2: Chi tiết Quyền lợi bảo hiểm - Điều trị nội trú:

Đơn vị: đồng

| Kế hoạch bảo hiểm                 |   | Cơ Bản        | Nâng Cao    | VIP         | VIP Plus      |
|-----------------------------------|---|---------------|-------------|-------------|---------------|
| Quyền lợi tối đa mỗi Năm hợp đồng |   | 100.000.000   | 200.000.000 | 500.000.000 | 1.000.000.000 |
| Đồng thanh toán                   |   | Không áp dụng |             |             |               |
| Các loại Chi phí y tế thực tế     |   | Hạn mức       |             |             |               |
| I                                 | Viện phí và các chi phí y tế/Đợt điều trị (bao gồm các hạng mục từ 1.1 đến 1.9)   | 20.000.000    | 40.000.000  | 100.000.000 | 200.000.000   |
| 1.1                               | Phòng và giường/ngày (tối đa 45 ngày/Đợt điều trị)  | 500.000       | 1.000.000   | 2.000.000   | 3.000.000     |
| 1.2                               | Phòng và giường cho 1 người thân/ngày (áp dụng đối với Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi và tối đa 10 ngày/Năm hợp đồng) | 250.000       | 500.000     | 1.000.000   | 1.500.000     |
| 1.3                               | Dịch vụ chăm sóc y tế tại nhà/ngày (tối đa 30 ngày/Năm hợp đồng)  | 100.000       | 200.000     | 400.000     | 600.000       |
| 1.4                               | Chi phí Khoa chăm sóc đặc biệt/ngày (tối đa 30 ngày/Năm hợp đồng)   | 1.000.000     | 2.000.000   | 4.000.000   | 6.000.000     |

| <b>Kế hoạch bảo hiểm</b>                 |   | <b>Cơ Bản</b>             | <b>Nâng Cao</b>    | <b>VIP</b>         | <b>VIP Plus</b>      |
|--|---|---------------------------|--------------------|--------------------|----------------------|
| <b>Quyền lợi tối đa mỗi Năm hợp đồng</b> |   | <b>100.000.000</b>        | <b>200.000.000</b> | <b>500.000.000</b> | <b>1.000.000.000</b> |
| 1.5                                      | Chi phí phẫu thuật/Đợt điều trị   | 20.000.000                | 40.000.000         | 100.000.000        | 200.000.000          |
| 1.6                                      | Điều trị trước khi nhập viện  | Theo Chi phí y tế thực tế |                    |                    |                      |
| 1.7                                      | Điều trị sau khi xuất viện  |                           |                    |                    |                      |
| 1.8                                      | Phí khám bệnh của Bác sĩ/Bác sĩ chuyên khoa (tối đa 2 lần/ngày cho Bác sĩ và 1 lần/ngày cho Bác sĩ chuyên khoa) |                           |                    |                    |                      |
| 1.9                                      | Chi phí y tế nội trú khác/Đợt điều trị  | 5.000.000                 | 10.000.000         | 25.000.000         | 50.000.000           |
| <b>II</b>                                | <b>Các điều trị đặc biệt</b>  |                           |                    |                    |                      |
| 2.1                                      | Cấy ghép nội tạng/Năm hợp đồng (bao gồm các hạng mục 2.1.1 và 2.1.2)  | 50.000.000                | 100.000.000        | 250.000.000        | 500.000.000          |
| 2.1.1                                    | Người nhận tạng   | 50.000.000                | 100.000.000        | 250.000.000        | 500.000.000          |
| 2.1.2                                    | Người hiến tạng   | 25.000.000                | 50.000.000         | 125.000.000        | 250.000.000          |
| 2.2                                      | Điều trị ung thư/Năm hợp đồng   | 100.000.000               | 200.000.000        | 500.000.000        | 1.000.000.000        |
| 2.3                                      | Lọc thận/Năm hợp đồng   | 10.000.000                | 20.000.000         | 50.000.000         | 100.000.000          |
| <b>III</b>                               | <b>Điều trị cấp cứu do Tai nạn</b>  |                           |                    |                    |                      |
| 3.1                                      | Vận chuyển cấp cứu trong nước/Năm hợp đồng  | 1.000.000                 | 2.000.000          | 5.000.000          | 10.000.000           |
| 3.2                                      | Điều trị cấp cứu/Tai nạn  | 1.000.000                 | 2.000.000          | 5.000.000          | 10.000.000           |

| Kế hoạch bảo hiểm                        |   | Cơ Bản             | Nâng Cao           | VIP                       | VIP Plus             |
|--|---|--------------------|--------------------|---------------------------|----------------------|
| <b>Quyền lợi tối đa mỗi Năm hợp đồng</b> |   | <b>100.000.000</b> | <b>200.000.000</b> | <b>500.000.000</b>        | <b>1.000.000.000</b> |
| 3.3                                      | Điều trị tổn thương răng/Tai nạn                                  | 1.000.000          | 2.000.000          | 5.000.000                 | 10.000.000           |
| <b>IV</b>                                | <b>Chăm sóc thai sản</b>  |                    |                    |                           |                      |
|  | <b>Sinh thường</b> (bao gồm các hạng mục từ 4.1 đến 4.6)          |                    |                    | <b>10.000.000</b>         | <b>15.000.000</b>    |
|  | <b>Sinh mổ</b> (bao gồm các hạng mục từ 4.1 đến 4.6)              |                    |                    | <b>15.000.000</b>         | <b>25.000.000</b>    |
| 4.1                                      | Phòng và Giường/ngày (tối đa 45 ngày/Đợt điều trị)                |                    |                    | 1.000.000                 | 2.000.000            |
| 4.2                                      | Chi phí Khoa chăm sóc đặc biệt/ngày (tối đa 30 ngày/Năm hợp đồng) | Không áp dụng      | Không áp dụng      | 2.000.000                 | 4.000.000            |
| 4.3                                      | Khám thai/lần (tối đa 3 lần/ Năm hợp đồng)                        |                    |                    | 1.000.000                 | 1.500.000            |
| 4.4                                      | Xét nghiệm chẩn đoán thai kì                                      |                    |                    | Theo Chi phí y tế thực tế |                      |
| 4.5                                      | Chi phí chăm sóc trẻ sơ sinh                                      |                    |                    |                           |                      |
| 4.6                                      | Điều trị Biến chứng thai sản                                      |                    |                    |                           |                      |

## 1.2 QUYỀN LỢI ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ

Trong thời gian sản phẩm bổ sung này có hiệu lực, ngoại trừ các trường hợp quy định tại Điều 2 của Quy tắc và Điều khoản sản phẩm bổ sung này, Công ty sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế, trừ mức Đồng thanh toán (nếu có) như mô tả trong Bảng 3. Trong mọi trường hợp, tổng số tiền thanh toán cho Quyền lợi điều trị ngoại trú không vượt quá Quyền lợi tối đa mỗi Năm hợp đồng và tổng số tiền thanh toán cho mỗi hạng mục trong Quyền lợi điều trị ngoại trú không vượt quá Hạn mức như quy định ở Bảng 3.

Bảng 3: Chi tiết Quyền lợi bảo hiểm - Điều trị ngoại trú:

Đơn vị: đồng

| Kế hoạch bảo hiểm                           |  | Cơ bản         | Nâng cao  | VIP        | VIP Plus   |
|---|--|----------------|---|------------|------------|
| Quyền lợi tối đa mỗi Năm hợp đồng           |  | Không áp dụng  | 5.000.000   | 10.000.000 | 20.000.000 |
| Đồng thanh toán                             |  |                | Ngoài Hệ thống bảo lãnh viện phí: 20%<br>Trong Hệ thống bảo lãnh viện phí: 10%<br>Khám/điều trị tại Bệnh viện công hoặc đã được chi trả bởi Bảo hiểm y tế hoặc công ty bảo hiểm khác: không áp dụng |            |            |
| Các loại Chi phí y tế thực tế/Lần thăm khám |  | <b>Hạn mức</b> |   |            |            |
| 1   | Chi phí thăm khám, Vật lý trị liệu, Thuốc kê toa, chi phí xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh | Không áp dụng  | 1.000.000   | 2.000.000  | 3.000.000  |
| 2   | Y học thay thế   |                | 500.000   | 1.000.000  | 1.500.000  |

### 1.3 QUYỀN LỢI ĐIỀU TRỊ NHA KHOA

Trong thời gian sản phẩm bổ sung này có hiệu lực, ngoại trừ các trường hợp quy định tại Điều 2 của Quy tắc và Điều khoản sản phẩm bổ sung này, Công ty sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế, trừ mức Đồng thanh toán (nếu có) như mô tả trong Bảng 4. Trong mọi trường hợp, tổng số tiền thanh toán cho Quyền lợi điều trị nha khoa không vượt quá Quyền lợi tối đa mỗi Năm hợp đồng và tổng số tiền thanh toán cho mỗi hạng mục trong Quyền lợi điều trị nha khoa không vượt quá Hạn mức như quy định ở Bảng 4.

Bảng 4: Chi tiết Quyền lợi bảo hiểm - Điều trị nha khoa:

Đơn vị: đồng

| Kế hoạch bảo hiểm                    |   | Cơ bản         | Nâng cao | VIP | VIP Plus  |
|--------------------------------------|---|----------------|----------|-----|---|
| Quyền lợi tối đa mỗi Năm hợp đồng    |   | Không áp dụng  |          |     | <b>10.000.000</b>   |
| Đồng thanh toán                      |   |                |          |     | Ngoài Hệ thống bảo lãnh viện phí: 20%<br>Trong Hệ thống bảo lãnh viện phí: 10%<br>Khám/điều trị tại Bệnh viện công hoặc đã được chi trả bởi Bảo hiểm y tế hoặc công ty bảo hiểm khác: không áp dụng |
| <b>Các loại Chi phí y tế thực tế</b> |   | <b>Hạn mức</b> |          |     |   |
| 1                                    | Cạo vôi răng/Năm hợp đồng (tối đa 2 lần)  | Không áp dụng  |          |     | 2.000.000   |
| 2                                    | Chi phí điều trị nha khoa (bao gồm chi phí xét nghiệm, chẩn đoán và thuốc) phát sinh trong các điều trị sau:<br>- Viêm nướu<br>- Nhổ răng sâu (không phẫu thuật)<br>- Trám răng bằng chất liệu thông thường (amalgam, composite, GIC, fuji hoặc tương đương)<br>- Chữa tủy răng<br>- Chụp X-quang theo chỉ định của Bác sĩ<br>- Cắt mô cứng của răng, cắt cuống răng<br>- Răng giả, mào răng (không bao gồm trồng răng) |                |          |     | Theo Chi phí y tế thực tế   |

## **ĐIỀU 2: ĐIỀU KHOẢN LOẠI TRỪ**

Công ty sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm như quy định tại Điều 1 của Quy tắc và Điều khoản sản phẩm bổ sung này trong các trường hợp sau:

- Việc điều trị y tế của Người được bảo hiểm xảy ra trong Thời gian chờ, trừ trường hợp do Tai nạn; hoặc
- Bệnh có sẵn; hoặc

- Bệnh bẩm sinh/Dị tật bẩm sinh; hoặc
- Điều trị liên quan đến nạo phá thai (trừ trường hợp theo chỉ định của Bác sĩ), vô sinh, rối loạn chức năng tình dục, thụ tinh nhân tạo, phòng tránh thai, triệt sản; hoặc
- Kiểm tra mắt và phẫu thuật liên quan đến điều trị tật khúc xạ mắt, mua mắt kính hoặc kính áp tròng; hoặc
- Tự tử hoặc tự gây Thương tật trong lúc tinh táo hay mất trí; hoặc
- Người được bảo hiểm sử dụng thức uống có cồn vượt quá nồng độ quy định của pháp luật hoặc sử dụng trái phép chất kích thích, chất gây nghiện, thuốc ngủ, thuốc an thần hoặc bất kỳ chất độc nào; hoặc
- Mua nội tạng để ghép tạng, ngoại trừ Chi phí y tế thực tế cho việc Cấy ghép nội tạng được quy định tại Quy tắc và Điều khoản sản phẩm bổ sung này; hoặc
- Chiến tranh (tuyên chiến hay không tuyên chiến) hoặc các hoạt động gây chiến, bao gồm hành động xâm lược, hành động của nước thù địch, nội chiến, nổi loạn, cách mạng, khởi nghĩa, đảo chính quân sự hoặc tiếm quyền; hoặc
- Sử dụng dược mỹ phẩm, thuốc bổ, khoáng chất, thực phẩm chức năng, dinh dưỡng bổ sung; hoặc
- Phẫu thuật chuyên giới, phẫu thuật thẩm mỹ, phẫu thuật tạo hình (trừ trường hợp do Tai nạn), làm đẹp bao gồm cả việc điều trị các vấn đề về da, mụn trứng cá, nám da, tàn nhang, mụn thịt dư, khuyết tật sắc tố da, gàu; hoặc
- Điều trị thử nghiệm, nghỉ dưỡng, phục hồi sức khỏe, điều trị phòng ngừa (tiêm chủng, vaccin); hoặc
- Điều trị bệnh tâm thần hoặc rối loạn tâm lý, trầm cảm, điều trị rối loạn giấc ngủ, mất ngủ, ngáy, hội chứng căng thẳng thần kinh; hoặc
- Điều trị các chứng nghiện rượu, nghiện thuốc lá, ma túy, chất kích thích hoặc các chất gây nghiện khác, trừ trường hợp theo chỉ định của Bác sĩ; hoặc
- Điều trị các Thương tật phát sinh từ việc Người được bảo hiểm tham gia vào các hoạt động thể thao và giải trí nguy hiểm, hoạt động dưới nước sử dụng thiết bị thở; bất kỳ hoạt động nguy hiểm nào liên quan đến độ cao, có hoặc không có các công cụ hỗ trợ; võ thuật và đấm bốc; bất kỳ hoạt động liên quan đến chất nổ; đua xe thể thao hoặc xe gắn máy dưới mọi hình thức; bất kỳ môn thể thao chuyên nghiệp nào trừ cờ vua hoặc cờ tướng; hoặc
- Điều trị các Thương tật phát sinh từ việc Người được bảo hiểm bay hoặc thực hiện bất kỳ hoạt động trên không nào khác ngoại trừ hành khách trả tiền vé trên một dịch vụ hàng không công cộng hoặc thuê máy bay được cấp phép; hoặc
- Điều trị nhiễm bức xạ hoặc phóng xạ; hoặc
- Điều trị liên quan đến HIV/AIDS hoặc bệnh lây truyền qua đường tình dục, ngoại trừ trường hợp nhiễm HIV/AIDS do Tai nạn nghề nghiệp khi đang làm nhiệm vụ với tư cách là công an, nhân viên y tế; hoặc
- Điều trị các Thương tật 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 (được quy định tại Bộ Luật



Hình Sự của Việt Nam) của bất kỳ Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm, hoặc Người thụ hưởng; hoặc

- Chi phí cung cấp, bảo trì và sửa chữa thiết bị, chân/tay giả và thiết bị chỉnh hình, thiết bị khắc phục, thiết bị trợ thính hoặc thị lực, nạng hoặc xe lăn, máy móc, thiết bị y tế và dịch vụ cá nhân phục vụ cho mục đích chẩn đoán hoặc điều trị hỗ trợ y tế.

### **ĐIỀU 3: GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM**

**3.1.** Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm cần gửi Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm cho Công ty trong vòng 12 tháng kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm, nếu không Công ty có quyền từ chối giải quyết quyền lợi bảo hiểm. Công ty sẽ chỉ xem xét việc giải quyết quyền lợi bảo hiểm nếu việc chậm nộp Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm là hậu quả của các sự kiện bất khả kháng theo quy định của pháp luật hoặc có lý do chính đáng được Công ty chấp thuận.

**3.2.** Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm bao gồm:

- Giấy yêu cầu giải quyết Quyền lợi bảo hiểm theo mẫu của Công ty;
- Tóm tắt bệnh án hoặc bản sao hồ sơ bệnh án (sổ khám bệnh và các chứng từ y tế liên quan đến việc khám, chẩn đoán và điều trị, đơn thuốc) có chẩn đoán Bệnh được cấp bởi Cơ sở y tế;
- Chứng từ bản gốc/sao y liên quan đến việc điều trị (giấy ra viện, giấy chứng nhận phẫu thuật, bản kê chi tiết viện phí điều trị, giấy chỉ định chăm sóc y tế tại nhà, phiếu điều trị nha khoa);
- Bản gốc biên lai hoặc hóa đơn tài chính theo quy định của pháp luật;
- Bản công chứng, chứng thực hợp pháp hóa lãnh sự các giấy tờ, bằng chứng (bằng tiếng Anh hoặc tiếng Việt) cho trường hợp khám và điều trị ở nước ngoài;
- Bản sao giấy tờ tùy thân của người nhận quyền lợi bảo hiểm (CMND hoặc hộ chiếu hoặc thẻ căn cước công dân);
- Trong trường hợp Tai nạn, các chứng từ bản gốc/sao y bao gồm: Biên bản tai nạn giao thông, báo cáo kết luận điều tra, được cơ quan có thẩm quyền cấp;
- Trong trường hợp nhiễm HIV/AIDS do Tai nạn nghề nghiệp, bằng chứng chuyên đổi huyết thanh từ HIV âm tính sang HIV dương tính xảy ra trong vòng 180 ngày kể từ khi xảy ra Tai nạn. Bằng chứng này phải bao gồm xét nghiệm kháng thể HIV âm tính trong vòng 5 ngày kể từ khi xảy ra Tai nạn;
- Ngoài các giấy tờ nêu trên, Công ty có quyền yêu cầu cung cấp thêm các bằng chứng hoặc giấy tờ cần thiết khác để giúp cho việc giải quyết quyền lợi bảo hiểm. Chi phí cung cấp các chứng từ hoặc giấy tờ này do Công ty chi trả.

### **ĐIỀU 4: THỜI HẠN BẢO HIỂM VÀ PHÍ BẢO HIỂM**

**4.1. Thời hạn bảo hiểm:**

Thời hạn bảo hiểm là 1 năm và được tự động gia hạn hàng năm nếu không có bên nào thông báo về việc chấm dứt hiệu lực của sản phẩm bổ sung này, với điều kiện tuổi của

Người được bảo hiểm không vượt quá 70 tuổi tại thời điểm kết thúc Thời hạn bảo hiểm. Trong mọi trường hợp, Thời hạn bảo hiểm của sản phẩm bổ sung này không vượt quá Thời hạn đóng phí còn lại của sản phẩm chính.

Tùy thuộc vào sự chấp thuận của Công ty, sản phẩm bổ sung này được xem xét gia hạn tại mỗi Ngày kỷ niệm năm hợp đồng cho đến khi Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt hiệu lực sản phẩm bổ sung này hoặc Người được bảo hiểm không còn đáp ứng các điều kiện được bảo hiểm theo quy định tại Quy tắc và Điều khoản sản phẩm bổ sung này.

Trong trường hợp Công ty có bằng chứng về việc gian lận bảo hiểm từ Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm, Công ty có thể từ chối duy trì hiệu lực của sản phẩm bổ sung này vào bất kỳ lúc nào và thông báo cho Bên mua bảo hiểm ít nhất 30 ngày trước khi sản phẩm bổ sung này chấm dứt hiệu lực. Trong trường hợp này, Công ty hoàn lại số phí bảo hiểm của sản phẩm bổ sung đã đóng tương ứng với thời gian còn lại của sản phẩm bổ sung này.

#### **4.2. Phí bảo hiểm:**

Phí bảo hiểm được tính theo tuổi của Người được bảo hiểm tại thời điểm phát hành sản phẩm bổ sung này và sau đó được điều chỉnh theo tuổi tại các Ngày kỷ niệm năm hợp đồng.

Phí bảo hiểm và định kỳ đóng phí của sản phẩm bổ sung này được thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các sửa đổi, bổ sung liên quan gần nhất (nếu có). Định kỳ đóng phí của sản phẩm bổ sung luôn giống với định kỳ đóng phí của sản phẩm chính của Hợp đồng bảo hiểm.

Trong trường hợp được sự chấp thuận của Bộ Tài chính, Công ty có thể thay đổi Phí bảo hiểm của sản phẩm bổ sung này. Công ty sẽ thông báo cho Bên mua bảo hiểm ít nhất 3 tháng trước khi việc thay đổi này có hiệu lực và Phí bảo hiểm mới sẽ được áp dụng vào Ngày kỷ niệm năm hợp đồng kế tiếp.

### **ĐIỀU 5: CHẤP NHẬN BẢO HIỂM CÓ ĐIỀU KIỆN**

**5.1.** Trong trường hợp chấp nhận bảo hiểm với những điều kiện và thỏa thuận đặc biệt phù hợp với quy định của pháp luật bao gồm: chấp nhận bảo hiểm với Số tiền bảo hiểm/Quyền lợi bảo hiểm điều chỉnh, phí bảo hiểm điều chỉnh, hoặc điều chỉnh phạm vi loại trừ trách nhiệm bảo hiểm, hoặc điều chỉnh các điều kiện bảo hiểm khác dựa trên kết quả đánh giá, thẩm định Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm hoặc Hồ sơ yêu cầu tham gia sản phẩm bổ sung này; Công ty sẽ gửi thông báo bằng văn bản đến Bên mua bảo hiểm, trong đó ghi rõ những điều kiện và thỏa thuận đặc biệt này.

**5.2.** Sản phẩm bổ sung này chỉ được phát hành khi Bên mua bảo hiểm chấp thuận những điều kiện và thỏa thuận đặc biệt này và Công ty đã nhận đủ phí bảo hiểm bổ sung (nếu có). Những điều kiện và thỏa thuận đặc biệt được Bên mua bảo hiểm và Công ty chấp thuận sẽ trở thành bộ phận không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm và được ghi rõ tại Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các sửa đổi, bổ sung liên quan gần nhất (nếu có).

## **ĐIỀU 6: CÁC ĐIỀU KHOẢN KHÁC**

### **6.1. Thay đổi nghề nghiệp/nơi cư trú/ra khỏi lãnh thổ Việt Nam**

Trường hợp Người được bảo hiểm thay đổi thông tin liên hệ, thông tin cá nhân, nghề nghiệp, Bên mua bảo hiểm phải thông báo bằng văn bản cho Công ty trong vòng 30 ngày kể từ ngày có thay đổi.

Nếu Người được bảo hiểm ra khỏi phạm vi lãnh thổ Việt Nam trong thời gian 3 tháng trở lên, Bên mua bảo hiểm phải thông báo bằng văn bản cho Công ty tối thiểu 30 ngày trước ngày Người được bảo hiểm xuất cảnh.

Trong trường hợp Người được bảo hiểm thay đổi nghề nghiệp và/hoặc ra khỏi phạm vi lãnh thổ Việt Nam trong thời gian 3 tháng trở lên, Công ty sẽ thẩm định lại và có thể (i) xác định lại mức phí bảo hiểm, và/hoặc loại trừ trách nhiệm bảo hiểm, và/hoặc giảm quyền lợi bảo hiểm; hoặc (ii) chấm dứt hiệu lực sản phẩm bổ sung này. Nếu Công ty chấm dứt hiệu lực sản phẩm bổ sung này, Công ty hoàn lại số phí bảo hiểm của sản phẩm bổ sung đã đóng tương ứng với thời gian còn lại của sản phẩm bổ sung này.

### **6.2. Thay đổi Kế hoạch bảo hiểm**

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu thay đổi Kế hoạch bảo hiểm. Việc thay đổi Kế hoạch bảo hiểm sẽ có hiệu lực từ Ngày kỷ niệm năm hợp đồng kế tiếp ngay sau khi Công ty chấp thuận yêu cầu thay đổi Kế hoạch bảo hiểm. Phí bảo hiểm và quyền lợi bảo hiểm sẽ được điều chỉnh tương ứng.

Trường hợp thay đổi Kế hoạch bảo hiểm với Quyền lợi bảo hiểm tối đa mỗi Năm hợp đồng từ thấp lên cao hơn, Người được bảo hiểm không được vượt quá 65 tuổi tại thời điểm yêu cầu và phải đáp ứng các yêu cầu về thẩm định của Công ty.

### **6.3. Chấm dứt hiệu lực sản phẩm bổ sung**

Sản phẩm bổ sung này sẽ chấm dứt hiệu lực vào các ngày sau, tùy thuộc vào sự kiện nào xảy ra trước:

- Ngày kết thúc Thời hạn bảo hiểm của sản phẩm bổ sung; hoặc
- Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt hiệu lực sản phẩm bổ sung này; hoặc
- Sản phẩm chính chuyển đổi thành Hợp đồng có số tiền bảo hiểm giảm; hoặc
- Sản phẩm chính chấm dứt hiệu lực; hoặc
- Người được bảo hiểm Tử vong; hoặc
- Ngày kỷ niệm năm hợp đồng ngay khi Người được bảo hiểm đạt 70 tuổi; hoặc
- Sản phẩm bổ sung này chấm dứt hiệu lực theo quy định tại Điều 4.1 hoặc Điều 6.1 của Quy tắc và Điều khoản này.

## **ĐIỀU 7: ĐỊNH NGHĨA**

- 7.1. “Người được bảo hiểm”:** là cá nhân có độ tuổi từ 30 ngày tuổi đến 65 tuổi tính theo ngày sinh nhật gần nhất trước Ngày hiệu lực của sản phẩm bổ sung này và được Công ty chấp nhận bảo hiểm theo Quy tắc và Điều khoản sản phẩm bổ sung này.

- 7.2. **“Ngày hiệu lực của sản phẩm bổ sung”**: là ngày Bên mua bảo hiểm hoàn tất Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm hoặc Hồ sơ yêu cầu tham gia sản phẩm bổ sung này và nộp đủ phí bảo hiểm nếu Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm còn sống vào thời điểm Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm hoặc Hồ sơ yêu cầu tham gia sản phẩm bổ sung này được Công ty chấp thuận. Ngày hiệu lực của sản phẩm bổ sung được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các sửa đổi, bổ sung liên quan gần nhất (nếu có).
- 7.3. **“Số tiền bảo hiểm”**: là số tiền Công ty chấp thuận bảo hiểm theo Quy tắc và Điều khoản sản phẩm bổ sung này và được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các sửa đổi, bổ sung liên quan gần nhất (nếu có).
- 7.4. **“Bệnh”**: là tình trạng ốm đau, bệnh tật mà Người được bảo hiểm mắc phải trong thời gian hiệu lực của Sản phẩm bổ sung này và cần được Bác sĩ chẩn đoán và điều trị.
- 7.5. **“Thương tật”**: là các tổn thương cơ thể bị gây ra do Tai nạn và không liên quan đến nguyên nhân nào khác trong Thời hạn bảo hiểm.
- 7.6. **“Bệnh bẩm sinh/Dị tật bẩm sinh”**: là sự phát triển bất thường về thể chất hoặc tâm thần xuất hiện ngay từ khi sinh, hoặc do các yếu tố tồn tại ngay từ khi sinh.
- 7.7. **“Bệnh đặc biệt”**: bao gồm:
- Khối u lành tính hoặc ác tính;
  - Bệnh trĩ hoặc rò hậu môn;
  - Tràn dịch màng tinh hoàn;
  - Các loại bệnh thoát vị;
  - Tăng huyết áp hoặc bệnh tim mạch;
  - Sỏi hệ tiết niệu;
  - Phẫu thuật cắt bỏ dạ con (tử cung);
  - Đục thủy tinh thể;
  - Thoát vị đĩa đệm cột sống;
  - Bệnh túi mật và sỏi mật;
  - Bệnh lý xoang hoặc bất thường của đường mũi, vách ngăn, hoặc xoắn mũi;
  - Lạc nội mạc tử cung;
  - Rối loạn chức năng tuyến giáp;
  - Bệnh động kinh;
  - Lao;
  - Loét dạ dày hoặc tá tràng;
  - Giãn tĩnh mạch thừng tinh;
  - Bệnh ngón chân cái vẹo ngoài;
- 7.8. **“Cơ sở y tế”**: là cơ sở khám chữa bệnh hợp pháp và được cơ quan nhà nước có thẩm quyền của nước sở tại cấp giấy phép hoạt động. Cơ sở y tế không phải là nơi an

duỡng, duỡng lão, spa, thẩm mỹ, masage, xông hơi, hay cơ sở chữa trị dành riêng cho người nghiện rượu, ma túy, chất kích thích, người bị bệnh tâm thần và bệnh phong. Công ty có quyền không chi trả quyền lợi bảo hiểm của sản phẩm bổ sung này nếu Người được bảo hiểm đi khám bệnh và/hoặc điều trị tại Cơ sở y tế thuộc Danh sách Cơ sở y tế không được chi trả. Danh sách Cơ sở y tế không được chi trả được cập nhật trên trang thông tin điện tử chính thức (website) của Công ty vào từng thời điểm.

- 7.9. “Bệnh viện công”:** là Cơ sở y tế được thành lập bởi 100% vốn nhà nước Việt Nam, và được quản lý bởi cơ quan nhà nước có thẩm quyền theo quy định của pháp luật Việt Nam.
- 7.10. “Cấp cứu”:** là tình trạng Người được bảo hiểm chấn thương hoặc tổn thương nghiêm trọng và đòi hỏi phải được chăm sóc y tế, điều trị hoặc phẫu thuật trong vòng 24 giờ kể từ khi bị chấn thương hoặc tổn thương, nếu không có thể nguy hiểm đến tính mạng hoặc mất các cơ quan chức năng quan trọng của cơ thể như chân tay, thị lực.
- 7.11. “Bác sĩ”:** là người có bằng cấp chuyên môn y khoa và/hoặc nha khoa, được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc thừa nhận được thực hành nghề y/nha khoa hợp pháp trong phạm vi giấy phép theo pháp luật của nước sở tại nơi Người được bảo hiểm tiến hành việc khám và điều trị. Trừ trường hợp được Công ty chấp thuận bằng văn bản hoặc những người sau đây làm nhiệm vụ theo sự phân công của cấp có thẩm quyền, Bác sĩ không được đồng thời là:
- Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng; hoặc
  - Vợ/chồng, cha/mẹ, con, anh chị em ruột của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm.
- 7.12. “Bác sĩ chuyên khoa”:** là Bác sĩ được công nhận có chuyên môn như một chuyên gia trong khoa điều trị đặc thù liên quan đến Bệnh của Người được bảo hiểm.
- 7.13. “Y tá/Điều dưỡng”:** là nhân viên y tế được cấp phép hành nghề y tá/điều dưỡng hợp pháp theo luật pháp của nước sở tại nơi nhân viên y tế đó thực hiện việc chăm sóc y tế.
- 7.14. “Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa”:** là sự điều trị y khoa do Bác sĩ chỉ định và đáp ứng những điều kiện sau:
- Phải phù hợp với các triệu chứng, chẩn đoán hoặc điều trị cho bệnh nhân;
  - Phải phù hợp với thực tiễn y tế thông thường đã được chấp nhận và với các tiêu chuẩn chuyên môn áp dụng bởi cộng đồng y tế tại thời điểm chăm sóc;
  - Bắt buộc vì các lý do khác ngoài lý do tiện nghi thoải mái cho bệnh nhân hoặc ý thích của bệnh nhân hoặc của Bác sĩ;
  - Có tác dụng y tế đã được chứng minh và thừa nhận;
  - Được thực hiện bởi các thiết bị và vật liệu với số lượng và chất lượng phù hợp với mức độ chăm sóc cần thiết đối với tình trạng sức khỏe của bệnh nhân;
  - Chỉ cung cấp trong một khoảng thời gian phù hợp với tình trạng sức khỏe của bệnh nhân.
  - Liên quan đến việc nằm viện, “Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa” có nghĩa rằng việc chẩn đoán và điều trị không thể đạt được một cách an toàn và hiệu quả nếu Người được bảo hiểm không nằm viện.

- 7.15. **“Bệnh nhân nội trú”**: là Người được bảo hiểm đã hoàn tất thủ tục nhập viện và theo yêu cầu Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa, Người được bảo hiểm phải nằm viện qua đêm tại Cơ sở y tế để điều trị. Việc nằm viện làm Bệnh nhân nội trú chỉ được chấp nhận khi Người được bảo hiểm nhập viện tại một Cơ sở y tế.
- 7.16. **“Biến chứng thai sản”**: là những biến chứng xảy ra do quá trình mang thai và sinh đẻ, không bao gồm thai trứng, thai ngoài tử cung, các biện pháp và biến chứng liên quan đến kế hoạch hóa gia đình và liên quan đến điều trị thụ tinh trong ống nghiệm.
- 7.17. **“Chi phí chăm sóc trẻ sơ sinh”**: là các chi phí y tế cần thiết phát sinh trong vòng 7 ngày kể từ khi sinh để điều trị Bệnh hoặc triệu chứng của trẻ sơ sinh trong Cơ sở y tế. Chi phí chăm sóc trẻ sơ sinh không bao gồm phí khám, chẩn đoán, xét nghiệm hoặc điều trị Bệnh bẩm sinh/Dị tật bẩm sinh.
- 7.18. **“Chi phí y tế thực tế”**: là chi phí y tế được thể hiện trên bảng kê chi tiết chi phí điều trị, biên lai hoặc hóa đơn tài chính theo quy định của pháp luật, không vượt quá Hạn mức được nêu tại bảng Chi tiết Quyền lợi bảo hiểm tại từng mục điều trị và không thuộc các trường hợp loại trừ.
- 7.19. **“Chi phí y tế nội trú khác”**: là chi phí phát sinh từ việc điều trị y tế Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa tại Cơ sở y tế đối với Bệnh/Thương tật của Người được bảo hiểm, bao gồm khám và chăm sóc y tế; thuốc điều trị; quần áo, băng, nẹp và nẹp thạch cao (loại trừ chân, tay giả, dụng cụ lắp ghép nhân tạo); thuốc, dịch hoặc các chất liên quan đến tiêm truyền tĩnh mạch; xét nghiệm; Xquang, MRI, CT, PET hoặc các chẩn đoán hình ảnh khác; thở o-xy và các thiết bị liên quan; đồng vị phóng xạ và các xét nghiệm liên quan; truyền máu, chi phí máu, huyết tương; Vật tư tiêu hao và vật lý trị liệu.
- 7.20. **“Ngày nằm viện”**: có nghĩa là một ngày Người được bảo hiểm nằm viện qua đêm làm Bệnh nhân nội trú mà viện phí và tiền phòng theo quy định của Cơ sở y tế phải được thể hiện trên hóa đơn viện phí.
- 7.21. **“Phẫu thuật”**: là phương pháp y khoa yêu cầu phải rạch mô hoặc các kỹ thuật phẫu thuật xâm lấn khác, được Bác sĩ/Bác sĩ chuyên khoa thực hiện theo mục đích điều trị Bệnh/Thương tật của Người được bảo hiểm. Quy trình cần được thực hiện bằng các thiết bị phẫu thuật, theo quy trình gây mê toàn thân, khu vực hoặc cục bộ trong Phòng phẫu thuật của Cơ sở y tế.
- 7.22. **“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.
- 7.23. **“Chi phí phẫu thuật”**: là chi phí dùng trong Phẫu thuật, bao gồm:
- Chi phí Phòng phẫu thuật, phòng hồi sức sau mổ;
  - Tiền công Phẫu thuật;
  - Chi phí cho các Vật tư tiêu hao được sử dụng trong Phẫu thuật;
  - Chi phí máy tạo nhịp tim, stent mạch vành và/hoặc van tim được cấy ghép vào cơ thể Người được bảo hiểm trong quá trình Phẫu thuật;
  - Chi phí sử dụng các thiết bị y tế hoặc phẫu thuật Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa trong Phẫu thuật; Chi phí tiền mê và hồi sức sau mổ.

Trong mọi trường hợp, Chi phí y tế thực tế của 1 hay nhiều Phẫu thuật Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa được thực hiện cho Người được bảo hiểm trong cùng 1 lần Điều trị nội trú được xem là 1 lần Phẫu thuật.

**7.24. “Vận chuyển cấp cứu trong nước”:** là vận chuyển cấp cứu trong lãnh thổ Việt Nam bằng xe cứu thương và chăm sóc trong quá trình vận chuyển Người được bảo hiểm đang trong tình trạng nguy cấp tới Cơ sở y tế. Vận chuyển cấp cứu trong nước không bao gồm vận chuyển cấp cứu do thai sản, ngoại trừ cấp cứu thai sản do Tai nạn.

**7.25. “Bệnh có sẵn”:** là tình trạng Bệnh hoặc Thương tật của Người được bảo hiểm đã được Bác sĩ khám, chẩn đoán, hoặc điều trị, hoặc Người được bảo hiểm đã biết trước Ngày hiệu lực của sản phẩm bổ sung, hoặc ngày khôi phục hiệu lực gần nhất của sản phẩm bổ sung này (nếu có), hoặc ngày thay đổi Kế hoạch bảo hiểm gần nhất (nếu có). Hồ sơ y tế, tiền sử bệnh được lưu giữ tại Cơ sở y tế hoặc các thông tin do Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm tự kê khai được xem là bằng chứng đầy đủ và hợp pháp về Bệnh có sẵn. Bệnh có sẵn không bao gồm bệnh đã được kê khai và được Công ty chấp thuận bảo hiểm.

Người được bảo hiểm được xem là đã biết về Bệnh có sẵn nếu:

- Người được bảo hiểm đã từng hoặc đang điều trị Bệnh hoặc Thương tật này; hoặc
- Người được bảo hiểm đã được đề nghị tư vấn y khoa, chẩn đoán hoặc điều trị cho Bệnh hoặc Thương tật này.

**7.26. “Khoa chăm sóc đặc biệt”:** là một bộ phận của Cơ sở y tế và phải đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

- Được thiết lập nhằm cung cấp chương trình chăm sóc, theo dõi và điều trị tích cực;
- Dành riêng cho những 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 y tế, thuốc men, dụng cụ và các phương tiện cấp cứu cần thiết cho việc cứu sống bệnh nhân một cách nhanh chóng;
- Không phải là Khoa/phòng cấp cứu, Khoa/phòng hậu phẫu của Cơ sở y tế.

**7.27. “Thời gian chờ”:** là khoảng thời gian mà các quyền lợi bảo hiểm sẽ không được Công ty chi trả. Thời gian chờ được tính từ Ngày hiệu lực của sản phẩm bổ sung, hoặc ngày khôi phục hiệu lực gần nhất của sản phẩm bổ sung này, hoặc ngày thay đổi Kế hoạch bảo hiểm gần nhất (cho phần tăng thêm), tùy ngày nào đến sau. Thời gian chờ được quy định như sau:

- Đối với Bệnh đặc biệt, ung thư và Cây ghép nội tạng: 90 ngày;
- Đối với Chăm sóc thai sản: 270 ngày;
- Đối với các Bệnh khác: 30 ngày;
- Đối với trường hợp Tai nạn: không áp dụng.

**7.28. “Cây ghép nội tạng”:** là Phẫu thuật cấy ghép tim, phổi, gan, tuyến tụy, thận, tử cung cho Người được bảo hiểm được tiến hành bởi Bác sĩ tại một Cơ sở y tế. Công ty sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế liên quan đến người nhận tạng (Người được bảo hiểm) và Chi phí phẫu thuật cho người hiến tạng (không phải Người được bảo hiểm).

- 7.29. “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 khi Người được bảo hiểm Điều trị ngoại trú hoặc Điều trị nha khoa theo quy định tại Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm bổ sung này.  
Đồng thanh toán không áp dụng khi Người được bảo hiểm khám, điều trị tại Bệnh viện công hoặc quyền lợi bảo hiểm đã được thanh toán bởi Bảo hiểm y tế hoặc các công ty bảo hiểm khác. Công ty sẽ chi trả giá trị còn lại của Chi phí y tế thực tế trừ số tiền đã được thanh toán bởi Bảo hiểm y tế hoặc các công ty bảo hiểm khác.
- 7.30. “Đợt điều trị”:** là khoảng thời gian từ khi Người được bảo hiểm nhập viện đến khi xuất viện để được điều trị y tế tại Cơ sở y tế. Giấy ra viện là bằng chứng cho việc kết thúc một Đợt điều trị.
- 7.31. “Điều trị nội trú”:** là việc Người được bảo hiểm được điều trị y tế tại Cơ sở y tế và có làm thủ tục nhập viện và nằm điều trị qua đêm.
- 7.32. “Điều trị ngoại trú”:** là việc Người được bảo hiểm được điều trị y tế tại một Cơ sở y tế và không phải là Điều trị nội trú.
- 7.33. “Điều trị trước khi nhập viện”:** là dịch vụ thăm khám, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, điều trị liên quan trực tiếp đến Bệnh hoặc Thương tật 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 ngày trước ngày nhập viện của Đợt điều trị đó.
- 7.34. “Điều trị sau khi xuất viện”:** là điều trị y tế theo chỉ định của Bác sĩ sau khi xuất viện bao gồm thăm khám, xét nghiệm, chẩn đoán, Thuốc kê toa, điều trị liên quan trực tiếp đến Bệnh hoặc Thương tật đã được Điều trị nội trú trước đó. Điều trị sau khi xuất viện phải được thực hiện trong vòng 60 ngày kể từ ngày xuất viện của Đợt điều trị đó và chỉ được chi trả 1 lần cho một Đợt điều trị.
- 7.35. “Điều trị cấp cứu do Tai nạn”:** là điều trị y tế do Tai nạn được thực hiện trong vòng 24 giờ kể từ khi xảy ra Tai nạn tại phòng/khoa cấp cứu của Cơ sở y tế.
- 7.36. “Điều trị tổn thương răng do Tai nạn”:** là điều trị các mất mát hoặc tổn thương do Tai nạn đối với răng lành lặn tự nhiên được thực hiện trong vòng 7 ngày kể từ khi xảy ra Tai nạn. Chi phí y tế thực tế cho Điều trị tổn thương răng do Tai nạn bao gồm chi phí tư vấn nha khoa, chi phí cầm máu, nhổ răng, lấy tủy răng, chụp X-quang.
- 7.37. “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 và được thực hiện trong vòng 30 ngày kể từ ngày xuất viện. Chi phí cho dịch vụ này phải có hóa đơn tài chính của Cơ sở y tế.
- 7.38. “Y học thay thế”:** là các phương pháp điều trị theo y học dân tộc cổ truyền và những phương pháp tương tự được thực hiện tại Cơ sở y tế, mà không phải là phương pháp tây y.
- 7.39. “Quyền lợi tối đa”:** là số tiền chi trả tối đa trong suốt Thời hạn bảo hiểm đối với từng Quyền lợi bảo hiểm.
- 7.40. “Hạn mức”:** là số tiền chi trả tối đa đối với từng loại chi phí Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa được nêu tại Bảng chi tiết quyền lợi bảo hiểm tại từng mục điều trị.



- 7.41. “Hệ thống bảo lãnh viện phí”:** là hệ thống các Cơ sở y tế có ký kết thỏa thuận cung cấp dịch vụ bảo lãnh với Công ty hoặc đối tác của Công ty. Khi Người được bảo hiểm khám và điều trị tại những Cơ sở y tế này, Công ty sẽ sử dụng quyền lợi bảo hiểm (nếu có) để thanh toán chi phí khám và điều trị cho Cơ sở y tế. Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm phải tự thanh toán cho những chi phí vượt quá Hạn mức hoặc Quyền lợi tối đa hoặc những chi phí không Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa. Các quyền lợi có thể được bảo lãnh viện phí và Danh sách các Cơ sở y tế thuộc Hệ thống bảo lãnh viện phí của Công ty sẽ được cập nhật trên trang thông tin điện tử chính thức của Công ty (website) hoặc đối tác của Công ty theo từng thời điểm.
- 7.42. “Điều trị ung thư”:** là việc điều trị ung thư dưới hình thức Điều trị nội trú hoặc Điều trị ngoại trú dựa trên chẩn đoán xác định là ung thư, bao gồm chi phí tư vấn, thăm khám, Phẫu thuật, xạ trị, hóa trị, liệu pháp nhắm trúng đích, liệu pháp miễn dịch và liệu pháp nội tiết được thực hiện bởi Bác sĩ/Bác sĩ chuyên khoa liên quan đến chẩn đoán ung thư đó.
- 7.43. “Lần thăm khám”:** là một lần Người được bảo hiểm đến khám tại Cơ sở y tế và được Bác sĩ chỉ định làm các xét nghiệm, chẩn đoán và kê đơn thuốc điều trị liên quan đến Bệnh, triệu chứng Bệnh hoặc Thương tật. Nhiều lần thăm khám cho cùng 1 chẩn đoán trong cùng 1 ngày được xem là 1 Lần thăm khám.
- 7.44. “Thuốc kê toa”:** là các loại thuốc điều trị Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa và được kê toa bởi Bác sĩ. Thuốc kê toa phải có trong danh mục đăng ký với cơ quan quản lý nhà nước có thẩm quyền và không bao gồm thực phẩm chức năng, thuốc cho mục đích làm đẹp, mỹ phẩm, vitamin/thuốc bổ, trừ các vitamin/thuốc bổ cần thiết và hỗ trợ cho việc điều trị, được chỉ định bởi Bác sĩ và chi phí ít hơn so với các loại thuốc chính.
- 7.45. “Vật lý trị liệu”:** là phương pháp điều trị sử dụng các biện pháp vật lý để giảm đau, phục hồi chức năng của cơ bắp cho các hoạt động bình thường hàng ngày của Người được bảo hiểm theo chỉ định của Bác sĩ (không phải phương pháp massage, spa hay tập sửa dáng đi) và việc điều trị này phải được thực hiện tại Cơ sở y tế.
- 7.46. “Vật tư tiêu hao”:** là vật tư được sử dụng nhằm mục đích hỗ trợ cho việc điều trị và không được lắp đặt vĩnh viễn trong cơ thể, bao gồm các vật liệu có thể tự tiêu trong cơ thể hoặc có thể lấy ra khỏi cơ thể mà không ảnh hưởng đến chức năng hoạt động của cơ thể.
- 7.47. “Phòng và giường”:** là phòng và giường theo hạng thông thường/tiêu chuẩn của Cơ sở y tế, không phải là giường cao cấp hoặc giường đôi/bộ nhưng đăng ký sử dụng cho 1 bệnh nhân. Trong trường hợp Người được bảo hiểm sử dụng giường cao cấp hoặc giường đôi/bộ nhưng đăng ký sử dụng cho 1 bệnh nhân, chi phí cho Phòng và giường này sẽ được chi trả theo hạng thông thường/tiêu chuẩn của Cơ sở y tế. Chi phí Phòng và giường đã bao gồm suất ăn theo tiêu chuẩn của bệnh nhân trong trường hợp Cơ sở y tế có cung cấp.
- 7.48. “Phạm vi địa lý”:** Công ty đồng ý chi trả các quyền lợi bảo hiểm của Sản phẩm bổ sung này khi các chi phí y tế liên quan đến Bệnh hoặc Thương tật của Người được bảo hiểm phát sinh:

- Tại Việt Nam: đối với Kế hoạch bảo hiểm Cơ Bản, Nâng Cao và VIP.
- Tại Châu Á: đối với Kế hoạch bảo hiểm VIP Plus.

- 7.49. “Tai nạn”:** là một sự kiện hoặc một chuỗi sự kiện liên tục, khách quan, xảy ra do tác động của một lực, một vật bất ngờ từ bên ngoài, không chủ động và ngoài ý muốn lên cơ thể của Người được bảo hiểm. 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 Thương tật hoặc tử vong cho Người được bảo hiểm trong vòng 180 ngày kể từ ngày xảy ra sự kiện hoặc chuỗi sự kiện đó.
- 7.50. “Sinh mổ”:** là việc sinh con của Người được bảo hiểm cần phải can thiệp Phẫu thuật tại Cơ sở y tế và được thể hiện trên giấy ra viện.
- 7.51. “Sinh thường”:** là việc sinh con tự nhiên của Người được bảo hiểm tại Cơ sở y tế không có can thiệp bằng Phẫu thuật và được thể hiện trên giấy ra viện.
- 7.52. “Lọc thận”:** là phương pháp điều trị thay thế thận Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa được thực hiện tại một Trung tâm lọc thận được đăng ký hợp pháp hoặc Khoa ngoại trú của Cơ sở y tế. Thuốc được kê đơn cho mục đích lọc thận cũng sẽ được chi trả trong quyền lợi này.