

QUY TẮC BẢO HIỂM CHĂM SÓC SỨC KHỎE TOÀN DIỆN GÓI CÁ NHÂN (PAC INDIVIDUAL)

(Ban hành kèm theo Quyết định số 19/2025-QĐHN-TMIV ngày 24 tháng 07 năm 2025
của Tổng Giám đốc Công ty TNHH Bảo hiểm Tokio Marine Việt Nam)

MỤC LỤC

PHẦN I - ĐỊNH NGHĨA.....2

PHẦN II - QUYỀN LỢI BẢO HIỂM CHÍNH.....6

PHẦN III - CÁC TRƯỜNG HỢP LOẠI TRỪ TRÁCH NHIỆM BẢO HIỂM.....7

PHẦN IV - ĐIỀU KIỆN CHUNG9

PHẦN V - QUY TRÌNH GIẢI QUYẾT YÊU CẦU BỒI THƯỜNG.....11

PHẦN VI - QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA CÁC BÊN12

PHẦN VII - GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP.....13

PHẦN VIII - QUYỀN LỢI LỰA CHỌN13

PHẦN IX - CÁC ĐIỀU KHOẢN LOẠI TRỪ BẮT BUỘC21

PHẦN I - ĐỊNH NGHĨA

Một số thuật ngữ trong Quy tắc bảo hiểm này được hiểu như sau:

1. Người được bảo hiểm

Là cá nhân có tính mạng, sức khỏe được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm và có tên trong danh sách Người được bảo hiểm đính kèm Hợp đồng bảo hiểm hoặc trên Giấy chứng nhận bảo hiểm, Bản tóm tắt Hợp đồng bảo hiểm, Sửa đổi bổ sung và được sự chấp thuận của Công ty.

2. Bên mua bảo hiểm

Là tổ chức được thành lập và hoạt động hợp pháp tại Việt Nam, hoặc cá nhân tại Việt Nam từ đủ 18 tuổi trở lên có năng lực hành vi dân sự đầy đủ tại thời điểm giao kết Hợp đồng bảo hiểm, đóng phí bảo hiểm và được ghi tên Bên mua bảo hiểm trong Hợp đồng bảo hiểm, Bản tóm tắt Hợp đồng Bảo hiểm và/ hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm, hoặc Sửa đổi bổ sung (nếu có). Bên mua bảo hiểm phải có quyền lợi có thể được bảo hiểm với Người được bảo hiểm. Đối với Hợp đồng bảo hiểm nhóm, Bên mua bảo hiểm là cá nhân đại diện hợp lệ và hợp pháp cho nhóm cá nhân tham gia bảo hiểm.

3. Người phụ thuộc

Là vợ, chồng, bố mẹ, con hợp pháp của Người được bảo hiểm và bao gồm trong danh sách người được bảo hiểm của một Hợp đồng bảo hiểm. Trong đó, con hợp pháp của Người được bảo hiểm có độ tuổi từ 15 ngày tuổi đến 18 tuổi hoặc đến 24 tuổi nếu đang tham gia học tại cấp giáo dục nghề nghiệp đào tạo trình độ sơ cấp trở lên hoặc cấp giáo dục đại học đào tạo trình độ đại học trở lên và chưa kết hôn tại ngày bắt đầu tham gia bảo hiểm.

Người phụ thuộc có thể mở rộng đối tượng khác theo thỏa thuận bằng văn bản giữa Công ty và Bên mua bảo hiểm tại Giấy chứng nhận bảo hiểm, Bản tóm tắt Hợp đồng bảo hiểm hoặc Sửa đổi bổ sung.

4. Người thụ hưởng

Là cá nhân, tổ chức được Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm chỉ định nhận toàn bộ hoặc một phần các quyền lợi bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm. Người thụ hưởng được ghi tên trong Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm, Hợp đồng bảo hiểm. Trường hợp không có chỉ định Người thụ hưởng, Công ty sẽ giải quyết theo các quy định pháp luật hiện hành về thừa kế.

Là tổ chức, cá nhân được Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm chỉ định để nhận tiền bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm. Người thụ hưởng được Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm chỉ định nhận toàn bộ hoặc một phần các quyền lợi bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm. Người thụ hưởng được ghi tên trong Giấy yêu cầu bảo hiểm, Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm và trong Hợp đồng bảo hiểm. Trường hợp không có chỉ định Người thụ hưởng, Công ty sẽ giải quyết theo các quy định của các luật liên quan.

5. Công ty

Là Công ty TNHH Bảo hiểm Tokio Marine Việt Nam.

6. Hợp đồng bảo hiểm

Là thỏa thuận bằng văn bản được ký kết giữa Công ty và Bên mua bảo hiểm, theo đó Bên mua bảo hiểm phải đóng phí bảo hiểm, Công ty phải trả tiền bảo hiểm cho Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm. Hợp đồng bảo hiểm bao gồm các tài liệu Bản tóm tắt Hợp đồng bảo hiểm và/hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm, Quy tắc bảo hiểm và các Sửa đổi bổ sung kèm theo hoặc ban hành tùy từng thời điểm.

7. Bảng quyền lợi bảo hiểm

Là bảng liệt kê những quyền lợi bảo hiểm khác nhau dành cho Người được bảo hiểm, và số tiền bảo hiểm hoặc hạn mức trách nhiệm tương ứng với từng quyền lợi.

8. Tuổi được bảo hiểm

Là tuổi của Người được bảo hiểm vào ngày có hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm tính theo lần sinh nhật liền trước ngày Hợp đồng có hiệu lực.

9. Ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm đầu tiên

Là ngày đầu tiên của một Thời hạn bảo hiểm liên tục và không gián đoạn mà Người được bảo hiểm tham gia theo Hợp đồng bảo hiểm này và các Hợp đồng bảo hiểm tái tục kế tiếp, trừ khi có thỏa thuận khác

10. Ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm

Đối với Tai nạn, Ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm là ngày xảy ra Tai nạn.

Đối với Ốm đau, Ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm là ngày mà các dịch vụ y tế được cung cấp, hoặc ngày đầu tiên của một lần Nằm viện, tùy theo ngày nào đến trước.

11. Thời gian chờ

Là khoảng thời gian mà các sự kiện bảo hiểm xảy ra sẽ không được Công ty chi trả đối với một số Quyền lợi bảo hiểm. Thời gian chờ được tính từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm đầu tiên.

Thời gian chờ áp dụng cho một quyền lợi nào thì phải được thể hiện trên Bản tóm tắt Hợp đồng bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc Sửa đổi bổ sung.

12. Thời hạn bảo hiểm

Thời hạn bảo hiểm được quy định cụ thể trong Bản tóm tắt Hợp đồng bảo hiểm và bao gồm cả ngày bắt đầu và ngày kết thúc của thời hạn bảo hiểm này.

13. Tai nạn

Là bất kỳ sự kiện bất ngờ hay không lường trước, gây ra bởi một lực từ bên ngoài, mạnh và có thể nhìn thấy được và trong Thời hạn bảo hiểm là nguyên nhân trực tiếp dẫn đến Thương tật cho Người được bảo hiểm và xảy ra ngoài sự kiểm soát của Người được bảo hiểm.

Các trường hợp ngạt khói, hơi độc, khí độc và chết đuối sẽ được xem là Tai nạn theo Hợp đồng bảo hiểm với điều kiện là các Tai nạn này không xuất phát từ hành động cố ý của Người được bảo hiểm.

14. Thương tật

Là những tổn thương xảy ra trong Thời hạn bảo hiểm chỉ do nguyên nhân Tai nạn mà không do Ốm đau, suy giảm sức khoẻ hoặc thần kinh, theo thời gian hoặc tuổi tác hay do ngộ độc thuốc xảy ra trong Thời hạn bảo hiểm.

15. Thương tật toàn bộ vĩnh viễn

Là Thương tật làm cho:

- Người được bảo hiểm bị mất, liệt hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của: hai tay; hoặc hai chân; hoặc một tay và một chân; hoặc hai mắt; hoặc một tay và một mắt; hoặc một chân và một mắt. Trong trường hợp này, mất hoàn toàn, liệt hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của tay được tính từ cổ tay trở lên; mất hoàn toàn, liệt hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của chân được tính từ mắt cá chân trở lên; mất hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của mắt được hiểu là mất hoàn toàn hoặc mù hoàn toàn và các trường hợp khác quy định trong Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm thương tật đính kèm.
- Hoặc Người được bảo hiểm bị tổn thương cơ thể từ 81% trở lên theo xác nhận của cơ quan y tế hoặc Hội đồng giám định Y khoa cấp tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương hoặc tổ chức giám định y tế hợp pháp được Công ty chấp thuận.
- Tình trạng Thương tật toàn bộ vĩnh viễn của một Người được bảo hiểm chỉ được xác định sau khi việc điều trị cho Thương tật đó đã kết thúc.

16. Thương tật bộ phận vĩnh viễn

Là thương tật làm cho một hay nhiều bộ phận cơ thể của Người được bảo hiểm không có khả năng phục hồi chức năng hoạt động bình thường và không có khả năng tiến triển của Thương tật đó. Tỷ lệ thương tật bộ phận vĩnh viễn tương ứng với (các) thương tật bộ phận vĩnh viễn được quy định tại Phụ lục I: Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm thương tật và làm cơ sở để Công ty thanh toán tiền bảo hiểm.

17. Ốm đau

Là tình trạng cơ thể có dấu hiệu của một bệnh lý khác với tình trạng sức khỏe bình thường, được biểu hiện bằng các triệu chứng hay hội chứng có chẩn đoán bệnh lý của Bác sỹ.

18. Bệnh viện

Là một cơ sở khám và điều trị bệnh được thành lập và hoạt động hợp pháp, được nhà nước công nhận với hình thức là Bệnh viện và:

- Có khả năng và phương tiện chẩn đoán bệnh, điều trị và phẫu thuật;
- Có điều kiện thuận lợi cho việc điều trị nội trú và có hệ thống theo dõi sức khỏe hàng ngày cho các bệnh nhân điều trị nội trú;
- Bệnh viện không bao gồm các cơ sở y tế nhằm mục đích chính là an dưỡng phục hồi sức khỏe, mát xa hoặc là một nơi đặc biệt chỉ có mục đích duy nhất là phục vụ cho người già hoặc giúp đỡ cai nghiện rượu, ma túy, chất kích thích. hoặc để điều trị rối loạn tâm thần, điều trị bệnh phong.

19. Cơ sở y tế

Là một cơ sở khám chữa bệnh hợp pháp được luật pháp nước sở tại công nhận, được cấp giấy phép hoạt động khám chữa bệnh, điều trị nội trú và/ hoặc ngoại trú, không phải là cơ sở phục vụ mục đích nghỉ ngơi hay một cơ sở đặc biệt dành riêng cho người già hoặc để cai nghiện rượu, ma túy, chất kích thích.

20. Bác sỹ

Là Bác sỹ được cơ quan có thẩm quyền của nước sở tại cấp giấy phép, chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh hợp pháp dưới hình thức hành nghề bác sỹ, Bác sỹ đó đang hành nghề trong phạm vi hoạt động chuyên môn theo Giấy phép, chứng chỉ hành nghề khám chữa

bệnh được cấp, loại trừ những Bác sỹ chính là Người được bảo hiểm hoặc người thân (bố mẹ, vợ/ chồng, con cái, anh/chị em ruột) của Người được bảo hiểm. Bác sỹ có thể được công nhận như là một Bác sỹ chuyên khoa hay cổ vấn y tế.

21. Điều trị cấp cứu

Là việc điều trị khẩn cấp tại Cơ sở y tế sau khi có Tai nạn hoặc triệu chứng Ốm đau có thể dẫn đến Tình trạng nguy kịch của Người được bảo hiểm mà cần thiết phải điều trị khẩn cấp tại phòng cấp cứu, có phát sinh chi phí giường bệnh và hồ sơ có dấu xác nhận cấp cứu của Cơ sở y tế.

Trường hợp Người được bảo hiểm điều trị tại phòng cấp cứu chỉ vì lý do ngoài giờ phục vụ của Cơ sở y tế thì được coi là Điều trị ngoại trú.

22. Tình trạng nguy kịch

Là tình trạng bệnh nhân có bệnh lý, tổn thương, rối loạn đe dọa tính mạng, nguy cơ tử vong nhanh chóng nếu không được Điều trị cấp cứu ngay.

23. Nằm viện

Là việc nhập viện tại một Bệnh viện dưới hình thức là một bệnh nhân nội trú cho thời gian tối thiểu 24 giờ theo chỉ định bằng văn bản của Bác sỹ và theo đó Bệnh viện thu phí giường và phòng điều trị đối với Người được bảo hiểm. Đơn vị ngày nằm viện được tính theo đơn vị giường nằm trong chứng từ viện phí chi tiết hoặc 24 giờ trên giấy ra viện.

24. Điều trị nội trú

Là điều trị y tế tại một Bệnh viện của Người được bảo hiểm theo chỉ định của Bác sỹ mà bao gồm thủ tục nhập viện và nằm tại giường bệnh qua đêm. Giấy xuất viện là chứng từ cần thiết để yêu cầu bồi thường cho quyền lợi này.

Định nghĩa này cũng bao gồm điều trị nội trú ban ngày- là hình thức điều trị nội trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong thời gian làm việc ban ngày, kể cả ngày nghỉ, ngày lễ.

25. Điều trị trong ngày

Là việc điều trị y tế khi Người được bảo hiểm cần thiết phải làm thủ tục nhập viện và phải điều trị trên giường bệnh nhưng không phải ở lại bệnh viện qua đêm hoặc nằm bệnh viện qua đêm nhưng chưa đủ 24 giờ. Giấy xuất viện hoặc chứng từ viện phí chi tiết là chứng từ cần thiết để yêu cầu bồi thường cho quyền lợi này.

26. Điều trị Ngoại trú

Là việc điều trị y tế do Cơ sở y tế có giấy phép hoạt động hợp lệ cung cấp cho Người được bảo hiểm mà không phải nhập viện điều trị và/hoặc không phát sinh chi phí giường bệnh như Điều trị nội trú hoặc Điều trị trong ngày.

27. Chi phí y tế hợp lý

Là những chi phí cần thiết về y tế phát sinh cho việc xác định, theo dõi, điều trị y tế của Người được bảo hiểm đối với Thương tật, Ốm đau, thai sản với điều kiện các chi phí đó phải là chi phí thông lệ, hợp lý và/hoặc phù hợp với các hướng dẫn chẩn đoán, điều trị của Bộ Y Tế Việt Nam.

28. Cần thiết về y tế

Là những dịch vụ hoặc cung ứng do Bệnh viện, Bác sỹ cung cấp và cần thiết để xác định hoặc điều trị Ốm đau hoặc Thương tật và là dịch vụ được xác định là:

- Phù hợp và có liên quan với các chẩn đoán và điều trị cho bất kỳ Ốm đau hoặc Thương tật nào; và
- Phù hợp với các tiêu chuẩn về thực hành chuyên khoa; và
- Không chỉ vì sự thuận tiện của Người được bảo hiểm hoặc của bất kỳ Bác sỹ nào; và
- Cung ứng hoặc và cấp độ dịch vụ tiêu chuẩn (thông thường áp dụng cho đa số cho khách hàng sử dụng (Ví dụ: phẫu thuật, chi phí khám, chi phí các dịch vụ kiểm tra chẩn đoán) không phải dịch vụ ưu tiên).

Khi áp dụng cho trường hợp Nằm viện, điều này còn có nghĩa là các dịch vụ như vậy cần thiết cho việc điều trị các triệu chứng hoặc tình trạng y tế nhưng không thể cung cấp được một cách an toàn theo hình thức Điều trị ngoại trú.

29. Thuốc theo chỉ định của Bác sỹ

Là những thuốc, dược phẩm được bán và sử dụng theo chỉ định của Bác sỹ và theo quy định của pháp luật, không bao gồm thực phẩm chức năng, dược mỹ phẩm, mỹ phẩm, thuốc bổ và các loại vitamin, khoáng chất trừ trường hợp các loại vitamin, khoáng chất có chỉ định của bác sỹ và chi phí cho các loại vitamin, khoáng chất này không lớn hơn chi phí thuốc điều trị

30. Phẫu thuật

Là một phương pháp khoa học để điều trị Thương tật, Ốm đau được thực hiện bởi những phẫu thuật viên có bằng cấp thông qua những ca mổ bằng tay với các dụng cụ y tế hoặc bằng thiết bị y tế trong Bệnh viện bao gồm nhưng không giới hạn bởi mổ nội soi, mổ bằng tia lazer, tán sỏi ngoài cơ thể, thủ thuật nội soi để điều trị với các dụng cụ y tế tại Cơ sở y tế. Việc xác định Phẫu thuật dựa trên danh mục Phẫu thuật theo quy định hiện hành của Bộ Y Tế Việt Nam.

Với mục đích của Quy tắc bảo hiểm này, Phẫu thuật cũng bao gồm các thủ thuật nội soi với mục đích điều trị bệnh (nhưng không bao gồm các thủ thuật nội soi để xác định, chuẩn đoán các bệnh đường tiêu hóa).

31. Cấy ghép nội tạng

Là việc Phẫu thuật để cấy ghép tim, phổi, gan, tuyến tụy, thận hoặc tùy xương cho Người được bảo hiểm tiến hành tại một Bệnh viện bởi một Bác sĩ có trình độ phẫu thuật. Các chi phí mua cơ quan nội tạng để cấy ghép và toàn bộ các chi phí phát sinh cho người hiến cơ quan nội tạng không được bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này.

32. Các bộ phận hoặc thiết bị y tế hỗ trợ điều trị

Là các bộ phận/thiết bị/dụng cụ y tế:

- Hỗ trợ vận động/di chuyển: Bao gồm nạng, gậy, khung tập đi, xe lăn bằng tay và xe trượt không có động cơ.
- Các vật liệu thay thế nhân tạo được cấy ghép hoặc lắp vào cơ thể: Là bất kỳ vật liệu thay thế nhân tạo nào được cấy ghép hoặc lắp vào cơ thể của Người được bảo hiểm trong quá trình Phẫu thuật, cho mục đích sửa chữa hay thay thế một phần cơ thể, bao gồm stent, van tim, bóng nong, đĩa đệm, nẹp vít, chốt treo, máy tạo nhịp tim, khớp háng, khớp gối nhân tạo, dịch khớp nhân tạo thủy tinh thể và các vật liệu thay thế nhân tạo khác.
- Các dụng cụ, trang thiết bị y tế khác có tính chất đặc thù, chỉ sử dụng riêng cho từng cá nhân trong mỗi lần phẫu thuật bao gồm dao cắt sụn, lưỡi bào, dao cắt gan siêu âm, dao cắt trĩ theo phương pháp longo, rọ tán sỏi trong Phẫu thuật lấy sỏi, và các danh mục tương tự.
- Kính thuốc, nẹp cổ.

33. Bộ phận giả:

Là các bộ phận được làm giả để thay thế các bộ phận cơ thể do Bác sĩ chỉ định như là một phần của việc điều trị Ôm đau, Thương tật của Người được bảo hiểm, bao gồm răng giả, chân giả, tay giả, thủy tinh thể giả và các bộ phận giả khác.

34. Điều trị phục hồi chức năng

Là phần chương trình điều trị nội trú của Người được bảo hiểm dưới sự giám sát của Bác sĩ và phải là chương trình điều trị phục hồi được phép thực hiện tại cơ sở y tế, nhằm mục đích khôi phục lại tình trạng bình thường và/hay chức năng sau tổn thương cấp tính hoặc do bệnh. Điều trị phục hồi chức năng bao gồm điều trị nội khoa dùng thuốc, ngoại khoa và nhiều kỹ thuật khác, trong đó có kỹ thuật Vật lý trị liệu.

35. Một lần khám bệnh

Là một lần Người được bảo hiểm được Bác sĩ thăm khám lâm sàng, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng hay các thủ thuật thăm dò khác, kê đơn thuốc điều trị nhằm mục đích chẩn đoán bệnh và điều trị tại cùng một Cơ sở y tế.

Trường hợp nhiều Bác sĩ chuyên khoa cùng hội chẩn trước một Người được bảo hiểm theo quy chế của Cơ sở y tế thì chỉ được tính là một lần khám bệnh.

Trường hợp Người được bảo hiểm khám một chuyên khoa nhiều lần trong ngày thì chỉ tính là một lần khám bệnh.

Riêng trường hợp Người được bảo hiểm phải khám thêm một số chuyên khoa khác (dù có chỉ định của Bác sĩ hay không) trong cùng một Cơ sở y tế, trong cùng một ngày thì vẫn chỉ tính là một lần khám bệnh.

Nếu vì điều kiện khách quan hoặc yêu cầu chuyên môn mà Người được bảo hiểm chưa hoàn thành được quá trình khám bệnh trong ngày đầu tiên, phải tiếp tục trong ngày tiếp theo vẫn tính là một lần khám bệnh.

36. Bệnh có sẵn, Thương tật có sẵn

Là bệnh hoặc thương tật của Người được bảo hiểm đã tồn tại trước Ngày hiệu lực đầu tiên và:

- Người được bảo hiểm đã phải điều trị trong vòng 3 năm trước Ngày hiệu lực đầu tiên;
- Triệu chứng bệnh hoặc thương tật đã xuất hiện hoặc đã xảy ra với Người được bảo hiểm trước ngày Ngày hiệu lực đầu tiên mà Người được bảo hiểm đã biết hoặc ý thức được cho dù Người được bảo hiểm có thực sự khám, điều trị hay không.

37. Tình trạng bẩm sinh

Là bất kỳ tình trạng di truyền nào, các dị tật bẩm sinh, các bất thường trên cơ thể và/hoặc bất kỳ biến chứng nào khác với sự phát triển bình thường đã xuất hiện khi sinh, nhưng có thể chưa có biểu hiện rõ ràng tại thời điểm đó.

38. Vật lý trị liệu

Là phương pháp điều trị bằng cách sử dụng các tác nhân vật lý (bao gồm sử dụng nước, không khí, nhiệt độ, điện, tia X, tia cực tím, tia hồng ngoại, siêu âm, các chất đồng vị phóng xạ, xoa bóp, nắn xương...), để giảm đau, phục hồi chức năng của cơ bắp hay các hoạt động bình thường hàng ngày của người bệnh là Người được bảo hiểm theo chỉ định của Bác sĩ điều trị (không phải phương pháp mát xa các loại, spa hay tập sửa dáng đi).

39. Đồng chi trả

Là phần chi phí trong phạm vi bảo hiểm mà Người được bảo hiểm sẽ tự chi trả theo thỏa thuận giữa Công ty và Bên mua bảo hiểm và được quy định trên Bản tóm tắt Hợp đồng bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm. Đối với mỗi yêu cầu bồi thường, Đồng chi trả được tính theo tỷ lệ phần trăm (%) trên tổng chi phí phát sinh thuộc phạm vi bảo hiểm hoặc trên các Giới hạn phụ của quyền lợi được

bảo hiểm tùy theo mức nào thấp hơn thì được áp dụng. Trong Thời hạn bảo hiểm, tổng chi phí được bảo hiểm sau khi áp dụng đồng chi trả không vượt quá Giới hạn phụ của quyền lợi đó trong Bảng quyền lợi bảo hiểm.

Quyền lợi bảo hiểm, tỷ lệ đồng chi trả, Cơ sở y tế áp dụng với Đồng chi trả được quy định trong Bản tóm tắt hợp đồng bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm.

40. Giới hạn phụ

Là giới hạn bồi thường tối đa cho mỗi hạng mục hoặc quyền lợi được quy định chi tiết trong Bảng quyền lợi bảo hiểm. Trong mọi trường hợp tổng số tiền bồi thường các giới hạn phụ chi tiết không vượt quá Tổng hạn mức quyền lợi bảo hiểm.

41. Tổng hạn Mức quyền lợi bảo hiểm/ Số tiền bảo hiểm

Là hạn mức quyền lợi bảo hiểm của Công ty đối với Người được bảo hiểm trong suốt thời hạn bảo hiểm. Hạn mức này được quy định trong Bảng quyền lợi bảo hiểm.

PHẦN II – QUYỀN LỢI BẢO HIỂM CHÍNH

ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ DO ỐM ĐAU VÀ TAI NẠN

Trong thời hạn bảo hiểm, Người được bảo hiểm sẽ được thanh toán Chi phí y tế hợp lý cho trường hợp Ốm đau, Tai nạn khiến Người được bảo hiểm phải Nằm viện Điều trị nội trú, Điều trị trong ngày và hoặc phẫu thuật nội trú, phẫu thuật trong ngày tại Bệnh viện.

1. Chi phí nằm viện và điều trị khi nằm viện

Nếu Người được bảo hiểm phải Nằm viện thuộc phạm vi bảo hiểm, Công ty sẽ thanh toán cho Người được bảo hiểm những chi phí về dịch vụ y tế hay Thuốc theo chỉ định của Bác sĩ, bao gồm các chi phí sau:

- a. Giường, phòng, phòng chăm sóc đặc biệt ICU (Intensive Care Unit), HDU (High Dependency Unit), HDU (High Dependency Unit), CCU (Coronary Care Unit), suất ăn theo tiêu chuẩn điều trị tại Bệnh viện;
 - b. Chi phí hành chính, chi phí máu, huyết tương;
 - c. Thuốc theo chỉ định của Bác sĩ và dược phẩm sử dụng trong khi Nằm viện;
 - d. Tiêm truyền tĩnh mạch;
 - e. Xét nghiệm, điện tâm đồ hoặc chẩn đoán bằng hình ảnh như X-quang, MRI, CT, PET (các chi phí xét nghiệm này phải do Bác sĩ chỉ định là biện pháp cần thiết để đánh giá tình trạng bệnh và phải là một phần của chi phí Nằm viện)
 - f. Chi phí giường lưu trú cho cha/mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp, gồm chi phí một giường nằm bổ sung trong cùng phòng trong trường hợp Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi phải Nằm viện (Quyền lợi này chỉ được bảo hiểm khi có quy định cụ thể lên Bảng quyền lợi bảo hiểm).
 - g. Chi phí nằm viện tối đa không quá Giới hạn phụ cho mỗi ngày điều trị quy định trong Bảng quyền lợi bảo hiểm. Tổng số ngày điều trị được xem xét trả tiền bảo hiểm không quá 60 ngày/ năm và tổng số tiền không vượt quá Số tiền bảo hiểm quy định của quyền lợi điều trị nội trú.
- #### **2. Chi phí phẫu thuật**

Nếu Người được bảo hiểm phải phẫu thuật, nằm viện điều trị nội trú, điều trị trong ngày thuộc phạm vi bảo hiểm, Công ty thanh toán các chi phí y tế liên quan đến một ca Phẫu thuật nội trú, Phẫu thuật trong ngày, bao gồm chi phí thuốc men dùng trong Phẫu thuật, vật tư y tế, các thiết bị cần thiết cho Phẫu thuật, chi phí phòng mổ, phẫu thuật viên, các chi phí gây mê và hồi sức sau khi mổ, chi phí tái mổ. Chi phí phẫu thuật bao gồm cả phẫu thuật cấy ghép nội tạng, bộ phận cơ thể (không bảo hiểm cho chi phí mua các bộ phận nội tạng, bộ phận cơ thể và chi phí hiến nội tạng, bộ phận cơ thể). Chi phí phẫu thuật không bao gồm các thủ thuật chẩn đoán bệnh.

Giới hạn số tiền thanh toán cho trường hợp phẫu thuật không vượt Giới hạn tối đa do Người được bảo hiểm lựa chọn khi tham gia bảo hiểm và được ghi cụ thể trong Bảng quyền lợi bảo hiểm.

Trường hợp phẫu thuật ngoại trú, Người được bảo hiểm không được thanh toán trong quyền lợi này.

3. Các quyền lợi khác (không áp dụng cho Điều trị trong ngày, Giới hạn phụ của quyền lợi được liệt kê chi tiết trong Bảng quyền lợi bảo hiểm)

a. Điều trị phục hồi chức năng

Công ty thanh toán chi phí Điều trị phục hồi chức năng của Người được bảo hiểm phải Nằm viện và/hoặc Phẫu thuật do Ốm đau, Tai nạn.

b. Điều trị trước khi nhập viện

Công ty thanh toán chi phí y tế hợp lý phát sinh cho việc khám, xét nghiệm gần nhất của Người được bảo hiểm như xét nghiệm X-quang, chụp cắt lớp và xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh do bác sĩ chỉ định và liên quan trực tiếp đến Ốm đau/ Thương tật cần phải nhập viện để Điều trị nội trú và cần theo dõi, được thực hiện trong vòng 30 ngày trước khi nhập viện.

c. Điều trị sau khi xuất viện

Công ty thanh toán chi phí điều trị ngay sau khi xuất viện theo chỉ định của Bác sĩ của Người được bảo hiểm và liên quan trực tiếp đến việc Điều trị nội trú trước đó cho cùng Ốm đau. Những chi phí này bao gồm phí tái khám, kiểm tra và xét nghiệm, Thuốc theo chỉ định của Bác sĩ phát sinh trong vòng 30 ngày kể từ ngày Người được bảo hiểm xuất viện.

d. Chi phí y tá chăm sóc tại nhà

Công ty thanh toán chi phí dịch vụ chăm sóc y tế của một y tá được cấp giấy phép hành nghề hợp pháp được thực hiện tại nhà của Người được bảo hiểm ngay sau khi ra viện. Dịch vụ này phải được thực hiện theo chỉ định của Bác sĩ điều trị. Thời hạn được bảo hiểm giới hạn tối đa được quy định trong Bảng quyền lợi bảo hiểm và với điều kiện số ngày nằm viện tối thiểu là 7 ngày.

e. Dịch vụ vận chuyển cấp cứu

Công ty thanh toán chi phí dịch vụ vận chuyển bệnh nhân trong tình trạng nguy kịch bằng xe cứu thương (loại trừ vận chuyển bằng đường hàng không) từ nơi Người được bảo hiểm cần cấp cứu đến điều trị tại phòng/ khoa cấp cứu của Cơ sở y tế gần nhất có đủ điều kiện sơ cứu, cấp cứu hoặc từ Cơ sở y tế này sang Cơ sở y tế khác khi Cần thiết về y tế theo chỉ định của Bác sĩ điều trị.

f. Điều trị cấp cứu

Công ty thanh toán chi phí dịch vụ cấp cứu được thực hiện tại phòng cấp cứu của một Bệnh viện hoặc Cơ sở y tế nếu Người được bảo hiểm trong Tình trạng nguy kịch do Ốm đau.

Trường hợp điều trị tại phòng cấp cứu chỉ vì lý do ngoài giờ phục vụ của Cơ sở y tế/ Bệnh viện thì được coi là điều trị ngoại trú.

g. Điều trị nha khoa do tai nạn

Nếu Người được bảo hiểm bị Tai nạn dẫn đến thương tổn đối với răng tự nhiên và lành lặn cần phải điều trị tại Bệnh viện, thì Công ty sẽ thanh toán những chi phí hợp lý cần thiết cho những điều trị đó nhưng tối đa không vượt quá mức Giới hạn phụ quy định trong Bảng Quyền lợi bảo hiểm, với điều kiện các thương tổn không phải trực tiếp hoặc gián tiếp do việc cắn hoặc nhai gây ra.

Răng tự nhiên và lành lặn tức là răng không phải là răng giả, không bị sâu, không bị trám nhiều hơn hai mặt, không bị yếu, lung lay do các bệnh về nướu, không bị mất chân răng hoặc đang phải điều trị tủy.

Điều trị tai nạn về răng không bao gồm việc trồng răng hoặc thay răng giả.

h. Trợ cấp mai táng

Trường hợp Người được bảo hiểm tử vong do Ốm đau thuộc phạm vi trách nhiệm bảo hiểm, Công ty sẽ chi trả tiền trợ cấp mai táng ghi trên Bảng quyền lợi bảo hiểm.

PHẦN III - CÁC TRƯỜNG HỢP LOẠI TRỪ TRÁCH NHIỆM BẢO HIỂM

Công ty không chịu trách nhiệm thanh toán tiền bảo hiểm đối với việc điều trị, các khoản chi phí, tình trạng sức khỏe, các hoạt động sau đây và các chi phí do hậu quả của, liên quan đến, hoặc xuất phát từ việc điều trị, tình trạng hay hoạt động đó bao gồm:

- Đối với các quyền lợi do các nguyên nhân sau, công ty chỉ chấp nhận chi trả nếu khách hàng đã có ít nhất 01 hợp đồng bảo hiểm sức khỏe với quyền lợi tương tự với công ty kéo dài ít nhất 01 năm, tính tới thời điểm ký kết hợp đồng này:
 - Ung thư và khối U/bướu lành tính các loại.
 - Các điều trị liên quan đến tái tạo dây chằng, rách sụn chêm;
 - Các bệnh viêm hệ thần kinh trung ương (não), teo hệ thống ảnh hưởng lên hệ thần kinh trung ương (bệnh Huntington, mất điều vận động di truyền, teo cơ cột sống và hội chứng liên quan), rối loạn vận động ngoài tháp (Parkinson, rối loạn trương lực cơ, rối loạn vận động và ngoại tháp khác), Alzheimer, hội chứng Apalic/mất trí nhớ, động kinh, hôn mê, các bệnh bại não và hội chứng liệt khác.
 - Bệnh suy phổi, tràn khí phổi, viêm Amidan phải cắt, viêm V.A cần phải nạo, viêm xoang, vẹo vách ngăn, bệnh hen/suyễn; viêm tai giữa cần phải phẫu thuật, sỏi vòm họng, cắt bỏ xương xoắn.
 - Bệnh tim, tăng/cao huyết áp, tăng áp lực động mạch vô căn, các bệnh mạch máu não/đột quy và các hậu quả/di chứng của bệnh này, viêm tĩnh mạch và viêm tắc/ngẽn tĩnh mạch, giãn tĩnh mạch chi dưới, hội chứng ống cổ tay, mạch/hạch bạch huyết, trĩ.
 - Viêm gan A, B, C, xơ gan, suy gan, sỏi mật, bệnh túi mật, bệnh loét dạ dày, tá tràng.
 - Bệnh của cầu thận, ống thận, sỏi thận và niệu quản, sỏi đường tiết niệu dưới, suy thận.
 - Rối loạn tuyến giáp, đái tháo đường và nội tiết tuyến tụy, tuyến thượng thận, hôn mê, rối loạn các tuyến nội tiết khác.
 - Thiếu máu bất sản, rối loạn đông máu, rối loạn chức năng của bạch cầu đa trung tính, bệnh liên quan đến mô lưới bạch huyết và hệ thống lưới mô bào, ghép tủy.
 - Bệnh Lupus ban đỏ, xơ cứng bì toàn thân, xơ cứng rải rác, xơ cứng tiểu bi tiền triển/cột bên teo cơ, loạn dưỡng cơ và biến chứng của các bệnh này, Penphigus, vẩy nến, mề đay dị ứng mãn (có điều trị bằng kháng nguyên của nước ngoài).
 - Viêm khớp/ đa khớp, bệnh thoái hóa cột sống, thân đốt sống, thoát vị đĩa đệm, rối loạn mật độ và cấu trúc xương, bệnh gout.
 - Sỏi, polip, nang, mụn cơm, nốt ruồi các loại, rối loạn tiền đình.
- Hành động cố ý của Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng;
- Người được bảo hiểm vi phạm pháp luật, vi phạm quy định về lao động, vi phạm luật giao thông bao gồm nhưng không giới hạn ở việc điều khiển phương tiện giao thông không có giấy phép lái xe hợp lệ (đối với loại xe bắt buộc phải có giấy phép lái xe), đưa xe (hợp pháp hoặc bất hợp pháp), xe đi vào đường cấm, khu vực cấm hoặc vượt xe trong đường cấm vượt, đi ngược chiều của

đường một chiều hoặc của đường hai chiều có dây phân cách cứng, vượt đèn đỏ hoặc không chấp hành theo hiệu lệnh của người điều khiển giao thông, xe đi đêm không có đèn chiếu sáng theo quy định, vượt quá tốc độ quy định. Người được bảo hiểm điều khiển phương tiện giao thông khi có nồng độ cồn trong máu vượt quá mức quy định của luật an toàn giao thông và Người được bảo hiểm bị ảnh hưởng bởi rượu, bia hoặc các chất kích thích, các chất gây nghiện khác là nguyên nhân dẫn đến tai nạn hoặc ốm bệnh.

4. Các hành động đánh nhau của Người được bảo hiểm, trừ phi chứng minh được hành động đánh nhau đó chỉ với mục đích phòng vệ chính đáng;
5. Thương tật tự gây ra, tự tử hoặc có ý định tự tử, cố ý đặt mình vào những tình huống nguy hiểm (trừ khi là để cứu mạng người);
6. Hậu quả của tai nạn xảy ra ngoài Thời hạn bảo hiểm.
7. Điều trị y tế hoặc sử dụng thuốc không có đơn thuốc và sự chỉ dẫn, chỉ định của Bác sỹ;
8. Tham gia vào các hoạt động hàng không (trừ khi với tư cách là hành khách), tham gia các cuộc diễn tập huấn luyện quân sự, tham gia chiến đấu của lực lượng vũ trang;
9. Tham gia tập luyện hoặc tham gia thi đấu các môn thể thao chuyên nghiệp, bất kỳ hoạt động đua nào.
10. Thảm họa tự nhiên như: Động đất, núi lửa, sóng thần, nhiễm phóng xạ;
11. Dịch bệnh theo công bố của Tổ chức y tế thế giới hoặc cơ quan nhà nước có thẩm quyền.
12. Chiến tranh, nội chiến, đình công, khủng bố, bạo động, dân biến, phiến loạn các hoạt động dân sự hoặc hành động của bất kỳ người cầm đầu của tổ chức nào nhằm lật đổ, đe dọa chính quyền, kiểm soát bằng vũ lực;
13. Người được bảo hiểm tham gia vào việc khám phá hang động, leo núi hoặc leo núi đá, khám phá hốc đá hang động sâu, nhảy dù mạo hiểm nhảy dù, nhảy bungee, khinh khí cầu, tàu lượn, lặn biển sâu, các hoạt động thể thao dưới nước cần sử dụng không khí nén hoặc dưỡng khí, đua xe đường trường, đua dưới bất kỳ hình thức nào bằng bất kỳ phương tiện hoặc thiết bị có động cơ nào, và bất kỳ hoạt động thể thao có tổ chức nào dưới hình thức chuyên nghiệp hoặc được tài trợ, hoặc là kết quả của bất kỳ hoạt động nào được yêu cầu từ hoặc ở trên tàu hoặc giàn khoan dầu khí, hoặc tại một địa điểm ngoài khơi tương tự;
14. Bệnh lao các loại; bệnh sốt rét; bệnh nghề nghiệp; bệnh phong;
15. Bệnh ung thư. Điểm loại trừ này không áp dụng nếu Người được bảo hiểm tham gia Quyền lợi lựa chọn – Chi phí y tế ung thư.
16. Những người đang điều trị thương tật hoặc bệnh tật, người bị thương tật/ tàn tật vĩnh viễn trên 50% tại thời điểm tham gia hoặc thời điểm hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực.
17. Các bệnh suy tủy, bạch cầu, điều trị liên quan đến hệ thống tái tạo máu như lọc máu, lọc thẩm tách, thay máu, chạy thận nhân tạo và hậu quả hay biến chứng của các bệnh này.
18. Chi phí điều trị bằng phương pháp sinh học và liệu pháp hormone (bao gồm liệu pháp thay thế hooc-môn trong thời kỳ sinh trưởng hoặc tiền mãn kinh hay mãn kinh ở phụ nữ).
19. Điều trị các bệnh lây lan qua đường tình dục (các bệnh sau: Bệnh hạ cam mềm, U hạt bẹn, Bệnh lậu, Giang mai, Nấm da đùi, Herpes sinh dục, Bệnh sùi mào gà, Bệnh mồng gà, HPV sinh dục, U mềm lây, Bệnh do ký sinh trùng lây nhiễm qua đường tình dục, Bệnh rận mu do Rận mu hay còn gọi là chấy của gây ra, trùng roi, Bệnh hạch xoài (hay U lympho sinh dục), nhiễm Cytomegalovirus), Ốm đau liên quan đến các bệnh thuộc hội chứng suy giảm miễn dịch (HIV) bao gồm các hội chứng liên quan đến AIDS và/hoặc bất cứ biến chứng hoặc biến đổi nào;
20. Điều trị và/hoặc phẫu thuật cho các bệnh di truyền, dị tật, khuyết tật bẩm sinh, bệnh dị dạng về gen và mọi biến chứng, hậu quả liên quan đến những bệnh này, những chỉ định phẫu thuật có từ trước ngày bắt đầu bảo hiểm bao gồm nhưng không giới hạn ở bệnh tim bẩm sinh, bệnh Down, hở môi, hở hàm ếch, tích nước trong não, hẹp hậu môn, hẹp bao quy đầu, cắt da quy đầu, vẹo vách ngăn bẩm sinh;
21. Kiểm tra, tầm soát sức khỏe định kỳ (nội trú hay ngoại trú), kiểm tra sức khỏe tổng quát, giám định y khoa hoặc tư vấn y tế không liên quan đến điều trị Ốm đau hoặc thương tật, bao gồm cả kiểm tra phụ khoa/nam khoa (tuy nhiên việc khám và xét nghiệm phụ khoa/nam khoa phục vụ cho mục đích điều trị bệnh vẫn được bảo hiểm), xét nghiệm định kỳ, khám định kỳ cho trẻ mới sinh,
22. Tất cả các bệnh nhiễm trùng, vắc-xin và thuốc phòng ngừa (trừ trường hợp Người được bảo hiểm tiêm vắcxin sau khi bị tai nạn hay súc vật cắn, côn trùng cắn, hoặc có tham gia Quyền lợi bổ sung: Điều trị ngoại trú do ốm đau, tai nạn);
23. Kiểm tra thị lực, đục thủy tinh thể, thính giác thông thường, lão hóa, thoái hóa, điều trị suy biến tự nhiên/ không phải vì lý do bệnh lý của việc suy giảm thính giác, thị lực, các tật khúc xạ như cận thị, viễn thị, loạn thị, khô mắt, mỏi mắt điều tiết và bất kỳ Phẫu thuật để phục hồi hiệu chỉnh nào đối với các khuyết tật thoái hóa thính giác và thị giác;
24. Thai sản (bao gồm cả các trường hợp biến chứng hậu quả phải sinh đẻ, sinh non) Điểm loại trừ này không áp dụng nếu Người được bảo hiểm tham gia Quyền lợi bổ sung – Chi phí y tế Thai sản.
25. Các hình thức Điều trị ngoại trú, Điều trị nội trú, Điều trị trong ngày liên quan đến nha khoa. Điểm loại trừ này không áp dụng đối với: việc điều trị khẩn cấp cho Thương tật sau một Tai nạn đối với răng tự nhiên và lành lặn; hoặc Người được bảo hiểm có tham gia Quyền lợi bổ sung – Bảo hiểm Nha khoa.
26. Điều trị hoặc Phẫu thuật theo yêu cầu của Người được bảo hiểm không liên quan đến điều trị và phẫu thuật theo chỉ định của Bác sỹ, điều trị thông thường do Bộ Y tế Việt Nam hoặc nước sở tại quy định;
27. Khám và xét nghiệm không có kết luận chuẩn đoán bệnh hoặc kết luận không có bệnh cần điều trị của bác sĩ.
28. Điều trị, Phẫu thuật thẩm mỹ và các biến chứng của việc điều trị, Phẫu thuật thẩm mỹ, chỉnh hình, Điều trị phục hồi chức năng không phải là điều trị tiếp theo của một Thương tật, Ốm đau được bảo hiểm;
29. Các điều trị mang tính chất thẩm mỹ bao gồm việc điều trị tăng sắc tố (nám da), điều trị mụn, trứng cá, điều trị chứng rụng tóc ...bị loại trừ riêng đối với Điều trị ngoại trú. Trường hợp Người được bảo hiểm bị những bệnh này phải Điều trị nội trú thì vẫn được giải quyết theo quyền lợi Điều trị nội trú do Ốm đau;
30. Các chi phí cung cấp, bảo dưỡng, sửa chữa Các bộ phận hoặc thiết bị y tế hỗ trợ điều trị, dụng cụ chỉnh hình, các thiết bị trợ thính hoặc thị lực, nạng hay xe lăn, các máy móc, thiết bị dụng cụ phục vụ cá nhân Người được bảo hiểm để chẩn đoán bệnh hoặc hỗ

trợ điều trị y tế (máy tạo nhịp tim, stent van tim, máy khí dung, mổ trĩ phương pháp longo, rọ sỏi ...). Bộ phận giả. Riêng các thiết bị hỗ trợ Phẫu thuật gồm đĩa đệm, nẹp vít cố định được bảo hiểm dưới quyền lợi chi phí y tế do Tai nạn.

31. Các sản phẩm được phân loại là vitamin, khoáng chất, bổ sung dinh dưỡng/dưỡng chất và các chất hữu cơ, thực phẩm chức năng, sản phẩm phục vụ việc ăn kiêng, mỹ phẩm, trừ khi vitamin khoáng chất được chỉ định để điều trị chính cho các bệnh thiếu hụt vitamin hoặc điều trị hỗ trợ với điều kiện chi phí cho vitamin, khoáng chất không lớn hơn 20% tổng chi phí của đơn thuốc.
32. Thực hiện các biện pháp kế hoạch hóa gia đình, hậu quả của phá thai do nguyên nhân tâm lý hay xã hội, điều trị vô sinh, thụ tinh nhân tạo, điều trị bất lực, liệt dương hoặc thay đổi giới tính và bất kỳ hậu quả hay biến chứng nào từ những điều trị trên;
33. Điều trị kiểm soát trọng lượng cơ thể (tăng cân, giảm cân), suy dinh dưỡng, còi xương, béo phì;
34. Điều trị các bệnh lý về bệnh tâm thần, tâm lý, rối loạn tâm thần và hành vi, suy giảm trí nhớ, suy nhược thần kinh, suy nhược cơ thể (không có nguyên nhân bệnh lý cụ thể), mệt mỏi suy nhược cơ thể mất ngủ (bao gồm rối loạn giấc ngủ hội chứng căng thẳng thần kinh (stress), bệnh chậm phát triển, bệnh rối loạn thiếu tập trung, bệnh tự kỷ, chứng ngủ ngáy và ngừng thở khi ngủ, lao lực và/ hoặc các tình trạng liên quan;
35. Điều trị tại Cơ sở y tế không có giấy phép hoạt động khám, chữa bệnh và/hoặc không cung cấp được chứng tử/hóa đơn tài chính theo quy định pháp luật;
36. Các sự kiện có áp dụng thời gian chờ, xảy ra trong thời gian chờ;
37. Các chi phí và điều trị, các chỉ định điều trị có từ trước Ngày hiệu lực đầu tiên của hợp đồng;
38. Các chấn thương, bệnh tật do các tác nhân hạt nhân gây ra hoặc do bị nhiễm chất phóng xạ.
39. Việc điều trị thử nghiệm, điều trị không được khoa học công nhận và các dịch vụ điều trị miễn phí tại bất kỳ bệnh viện nào.
40. Người được bảo hiểm mất tích (trừ trường hợp Tòa án có quyết định tuyên bố Người được bảo hiểm đã chết do tai nạn trong thời hạn bảo hiểm)
41. Mọi chi phí phát sinh từ hoặc có liên quan đến Phòng/ Giường nằm điều trị được cơ sở y tế quy định là Phòng bao hoặc Phòng/ Giường VIP hoặc các loại Phòng/ Giường điều trị có tính chất tương tự. Trong trường hợp này, Công ty chỉ xem xét giải quyết yêu cầu bồi thường bảo hiểm theo mức giá thấp nhất của Phòng đơn/ Giường tiêu chuẩn 01 (một) người tại mỗi chuyên khoa điều trị.
42. Người được bảo hiểm bị đột tử hoặc tử vong không rõ nguyên nhân hoặc bị tử vong mà không thể xác định nguyên nhân.
43. Điều trị các bất thường về sinh hóa, chuyển hóa của cơ thể như tăng lipit máu, men gan cao, nồng độ calci thấp hay các tình trạng tương tự liên quan các bất thường về sinh hóa, chuyển hóa của cơ thể.
44. Điều trị cho các thương tật, bệnh phát sinh trực tiếp hay gián tiếp từ việc sử dụng rượu, ma túy hay bất cứ chất gây nghiện, chất kích thích nào.
45. Các xét nghiệm hoặc điều trị liên quan đến khả năng sinh sản, hỗ trợ thụ thai, các loại thuốc tránh thai kể cả khi những loại thuốc đó được chỉ định cho mục đích khác ngoài mục đích tự phòng tránh thai hoặc bất kỳ điều trị nào chưa được khoa học công nhận, triệt sản bao gồm bất kỳ việc đảo ngược các phẫu thuật triệt sản trước đó;
46. Các chi phí để có cơ quan Cây ghép nội tạng như cho, nhận, mua, vận chuyển, bảo quản nội tạng. Tuy nhiên, Quy tắc bảo hiểm này bảo hiểm cho các chi phí y tế cho việc Cây ghép nội tạng vào cơ thể;
47. Thương tật gây ra do thực hiện nghĩa vụ sĩ quan công an hay quân đội;
48. Các chi phí liên quan đến Phẫu thuật, điều trị Thương tật, Ốm đau bằng phương pháp cấy tế bào gốc như chi phí chiết xuất, xử lý, cấy tế bào gốc, điều trị duy trì sau khi cấy tế bào và hậu quả của phương pháp điều trị này;
49. Các dịch vụ điều trị ngoại trú trừ trường hợp Người được bảo hiểm tham gia Quyền lợi bổ sung - Điều trị Ngoại trú do ốm đau, tai nạn.

PHẦN IV – ĐIỀU KIỆN CHUNG

1. Toàn bộ hợp đồng

Quy tắc bảo hiểm, Bản tóm tắt hợp đồng bảo hiểm, Giấy chứng nhận bảo hiểm, Giấy yêu cầu bảo hiểm & bản kê khai, bản chào phí bảo hiểm và các sửa đổi bổ sung sẽ cấu thành Hợp đồng bảo hiểm và các tài liệu hợp đồng này phải được đọc cùng với nhau.

Bất kỳ sự thay đổi điều khoản điều kiện nào do Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm yêu cầu sẽ có hiệu lực khi được người có thẩm quyền của Công ty chấp thuận bằng việc ban hành Sửa đổi bổ sung và/hoặc chuẩn bị ban hành và đính kèm, hoặc dự định đính kèm vào Hợp đồng bảo hiểm này bởi Công ty.

Nếu bất kỳ từ hoặc cách diễn đạt nào đã được gán cho một ý nghĩa cụ thể được nêu trong bất kỳ phần nào của Hợp đồng bảo hiểm sẽ mang ý nghĩa đó ở bất cứ nơi nào nó xuất hiện. Trong trường hợp có xung đột về các điều khoản, điều kiện và cách diễn đạt, thỏa thuận bằng văn bản sau cùng giữa hai bên sẽ được ưu tiên áp dụng trừ khi hai bên có thỏa thuận khác về việc giải quyết xung đột đó.

2. Phạm vi địa lý

Hợp đồng bảo hiểm này bảo hiểm cho những chi phí liên quan đến Thương tật, Ốm đau, thai sản của Người được bảo hiểm phát sinh trong lãnh thổ Việt Nam hoặc khu vực khác được quy định cụ thể trên Hợp đồng bảo hiểm.

3. Đối tượng tham gia bảo hiểm

- a. Công ty sẽ đồng ý bảo hiểm cho cá nhân đáp ứng các điều kiện sau đây:
 - Độ tuổi: từ 15 ngày tuổi đến 69 tuổi; và
 - Trường hợp người trên 65 tuổi chỉ được bảo hiểm nếu đã tham gia bảo hiểm với Công ty ít nhất 2 năm liên tục.

- Trường hợp người dưới 15 tuổi, Công ty nhận bảo hiểm với điều kiện phải tham gia bảo hiểm cùng hợp đồng với Bố và/hoặc Mẹ hoặc Bố/Mẹ đã tham gia ít nhất một loại hình bảo hiểm sức khỏe với Công ty. Chương trình người bảo hiểm của người phụ thuộc chỉ được áp dụng mức tương đương hoặc thấp hơn chương trình của Bố hoặc mẹ. Trừ khi có thỏa thuận khác
- Cá nhân đáp ứng điều kiện là Người phụ thuộc theo quy định tại Hợp đồng bảo hiểm.
- b. Công ty không đồng ý bảo hiểm và/hoặc không thực hiện trách nhiệm bảo hiểm đối với các trường hợp sau:
 - Người bị tâm thần, down, bệnh phong;
 - Người bị thương tật vĩnh viễn hoặc suy giảm khả năng lao động từ 50% trở lên; Tỷ lệ thương tật xác định theo văn bản xác nhận của cơ quan chuyên môn có thẩm quyền và/hoặc cấp phép hợp pháp.
 - Vào thời điểm tái tục bảo hiểm, Người được bảo hiểm trên 70 tuổi.
 - Người đã và đang mắc phải một trong các bệnh hoặc tình trạng: Parkinson, Alzheimer, Bệnh tế bào thần kinh vận động, Xơ cứng rải rác, Đa xơ cứng, Loạn dưỡng cơ, Nhược cơ, Động kinh, Não úng thủy, Bại não, Hội chứng liệt, Tâm thần phân liệt, Rối loạn loại phân liệt, Rối loạn hoang tưởng, Rối loạn tâm thần, Sa sút trí tuệ, Thiếu năng trí tuệ, Hội chứng Down, Bệnh Phong.
 - Người đã, đang mắc phải một trong các bệnh lý nghiêm trọng sau:
 - Ung thư;
 - Phẫu thuật não;
 - Đột quy, Xuất huyết não, Xơ cứng động mạch;
 - Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD), Phẫu thuật cắt bỏ một bên phổi, Tâm phế mạn;
 - Nhồi máu cơ tim, Phẫu thuật động mạch chủ, Phẫu thuật van tim, Ghép tim;
 - Xơ gan mất bù, Suy gan, Suy thận giai đoạn cuối, Nang ở tủy thận;
 - Ghép tủy xương, Suy tủy xương;
 - Đang trong tình trạng hôn mê hoặc sống thực vật
 - Người đang trong giai đoạn điều trị nội trú do bệnh hoặc tai nạn.
- c. Trường hợp Công ty phát hiện việc không đáp ứng điều kiện bảo hiểm sau ngày bắt đầu hiệu lực, Công ty sẽ có quyền hủy bỏ bảo hiểm với cá nhân không đáp ứng điều kiện bảo hiểm và hoàn lại phí bảo hiểm đã thu sau khi trừ đi chi phí quản lý và hành chính với Hợp đồng bảo hiểm.

4. Hợp đồng bảo hiểm khác

Nếu tại thời điểm phát sinh bồi thường bảo hiểm, Người được bảo hiểm đang được một hợp đồng bảo hiểm khác có hiệu lực thanh toán cho cùng những chi phí và tổn thất yêu cầu bồi thường với Công ty, Người được bảo hiểm có quyền yêu cầu bồi thường ở bất kỳ Quy tắc bảo hiểm nào có hiệu lực. Trong trường hợp chi phí y tế đã được thanh toán bởi hợp đồng khác thì Quy tắc bảo hiểm này sẽ chỉ thanh toán cho Người được bảo hiểm các khoản không được thanh toán dưới Hợp đồng bảo hiểm khác đó hoặc theo thỏa thuận khác được quy định trên Hợp đồng bảo hiểm.

5. Gian dối

Khi giao kết Hợp đồng bảo hiểm, Công ty có trách nhiệm cung cấp đầy đủ thông tin liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm, giải thích các điều kiện, điều khoản bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm; Bên mua bảo hiểm có trách nhiệm cung cấp đầy đủ thông tin liên quan đến đối tượng bảo hiểm cho Công ty. Các bên chịu trách nhiệm về tính chính xác, trung thực của thông tin đó. Công ty có trách nhiệm giữ bí mật về thông tin do Bên mua bảo hiểm cung cấp.

Công ty có quyền đơn phương đình chỉ thực hiện Hợp đồng bảo hiểm và thu phí bảo hiểm đến thời điểm đình chỉ thực hiện Hợp đồng bảo hiểm khi Bên mua bảo hiểm có một trong những hành vi sau đây:

- Cố ý cung cấp thông tin sai sự thật nhằm giao kết Hợp đồng bảo hiểm để được trả tiền bảo hiểm hoặc được bồi thường;
- Không thông báo những trường hợp có thể làm tăng rủi ro hoặc làm phát sinh thêm trách nhiệm của Công ty trong quá trình thực hiện Hợp đồng bảo hiểm theo yêu cầu của Công ty.

Trong trường hợp Công ty cố ý cung cấp thông tin sai sự thật nhằm giao kết Hợp đồng bảo hiểm thì Bên mua bảo hiểm có quyền đơn phương đình chỉ thực hiện Hợp đồng bảo hiểm; Công ty phải bồi thường thiệt hại phát sinh cho Bên mua bảo hiểm do việc cung cấp thông tin sai sự thật.

6. Hiệu lực bảo hiểm và Thời gian chờ

Hiệu lực bảo hiểm sẽ bắt đầu kể từ ngày hiệu lực ghi trên Hợp đồng bảo hiểm. Quyền lợi bảo hiểm sẽ không được trả cho đến khi khoản phí bảo hiểm một lần hoặc các kỳ thanh toán phí bảo hiểm tiếp theo đã được thanh toán.

Quyền lợi bảo hiểm sẽ không được thanh toán trong Thời gian chờ cụ thể dưới đây:

Rủi ro được bảo hiểm	Thời gian chờ kể từ Ngày hiệu lực đầu tiên tham gia quyền lợi bảo hiểm	Đối tượng áp dụng
Điều trị bệnh có sẵn	365 ngày	
Tử vong, thương tật toàn bộ vĩnh viễn do bệnh có sẵn	365 ngày	

Thai sản (sinh thường, sinh mổ, sinh khó)	270 ngày	Áp dụng đối với tất cả đối tượng Người được bảo hiểm
Tử vong do thai sản	270 ngày	
Thai sản (biến chứng thai sản)	90 ngày	
Tử vong, Thương tật toàn bộ Vĩnh viễn do bệnh thông thường	90 ngày	
Bệnh thông thường	30 ngày	
Các rủi ro được bảo hiểm có nguyên nhân do tai nạn khác	Không áp dụng thời gian chờ	
Tử vong, Thương tật toàn bộ Vĩnh viễn do tai nạn	Không áp dụng thời gian chờ	Chỉ áp dụng đối với Người được bảo hiểm là cá nhân từ đủ 15 ngày tuổi đến dưới 05 tuổi
Nhiễm khuẩn hô hấp trên (Viêm Amidan, Viêm VA cấp hoặc mạn/ quá phát, Nhiễm khuẩn hô hấp dưới, Viêm phế quản, viêm tiểu phế quản, viêm phế quản phổi, viêm phổi)	90 ngày	

7. Chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm

Trường hợp một trong hai bên đề nghị chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm, bên yêu cầu chấm dứt phải thông báo bằng văn bản cho bên kia biết trước 30 ngày kể từ ngày có ý định chấm dứt. Việc chấm dứt hợp đồng phải phù hợp với quy định của Luật kinh doanh bảo hiểm và Bộ luật dân sự và tuân thủ theo hai trường hợp sau:

- Nếu hợp đồng được hai bên thỏa thuận chấm dứt theo yêu cầu chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm của Bên mua bảo hiểm, Công ty sẽ hoàn trả 80% phí bảo hiểm của thời gian hiệu lực còn lại, với điều kiện đến thời điểm đó Hợp đồng bảo hiểm chưa phát sinh bồi thường.
- Nếu hợp đồng được hai bên thỏa thuận chấm dứt theo yêu cầu chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm của Công ty, Công ty sẽ hoàn trả 100% phí bảo hiểm của thời gian hiệu lực còn lại nếu Hợp đồng bảo hiểm chưa phát sinh bồi thường.

8. Lựa chọn mở rộng bảo hiểm

Hợp đồng bảo hiểm cũng xem xét không áp dụng Thời gian chờ quy định tại Mục 6 PHẦN IV – ĐIỀU KIỆN CHUNG và/hoặc mở rộng bảo hiểm cho một số trường hợp loại trừ tại PHẦN III – CÁC LOẠI TRỪ CHUNG và/ hoặc thay đổi một số định nghĩa ở PHẦN I - ĐỊNH NGHĨA với điều kiện được Công ty chấp thuận và Bên mua bảo hiểm đồng ý trả thêm phí bảo hiểm (nếu có) cho việc mở rộng hoặc thay đổi phạm vi bảo hiểm này. Các mở rộng hoặc thay đổi này, nếu có, sẽ được nêu chi tiết tại Hợp đồng bảo hiểm và các Sửa đổi bổ sung.

9. Luật áp dụng

Hợp đồng bảo hiểm được diễn giải và điều chỉnh bởi pháp luật Việt Nam.

10. Giám định y khoa

Công ty có quyền yêu cầu Người được bảo hiểm tiến hành thêm một số xét nghiệm hay giám định y khoa bằng chi phí của Công ty nếu Công ty nhận thấy một yêu cầu bồi thường có liên quan trực tiếp hay gián tiếp đến một điểm loại trừ trách nhiệm bảo hiểm. Người được bảo hiểm có nghĩa vụ hợp tác trong việc giám định này, nếu không, Công ty có quyền từ chối hồ sơ yêu cầu bồi thường liên quan.

Thêm vào đó, Công ty có quyền yêu cầu tiến hành khám nghiệm tử thi trong trường hợp xảy ra tử vong nếu việc này không vi phạm pháp luật hiện hành và/hoặc không ảnh hưởng đến tín ngưỡng và thuần phong mỹ tục.

11. Đơn vị tiền tệ

Trong trường hợp sự kiện bảo hiểm xảy ra ở nước ngoài và yêu cầu bồi thường có khoản bồi thường bằng tiền tệ không phải đồng Việt Nam thì các bên ghi nhận và đồng ý rằng quy định áp dụng tỷ giá hối đoái nếu giao dịch được thực hiện bằng đồng tiền khác với loại tiền tệ quy định trên hợp đồng bảo hiểm sẽ được quy đổi sang đồng Việt Nam theo tỷ giá bán ra giữa Đồng Việt Nam và Đồng Ngoại Tệ tại thời điểm giải quyết bồi thường được nêu trong Thông báo Bồi Thường.

Tỷ giá bán ra nêu trên là tỷ giá bán ra được Ngân hàng Ngoại Thương Việt Nam công bố hoặc theo tỷ giá được các tổ chức tín dụng khác công bố đối với các tỷ giá không được Ngân hàng Ngoại thương Việt Nam công bố.

PHẦN V - QUY TRÌNH GIẢI QUYẾT YÊU CẦU BỒI THƯỜNG

1. Thời hạn thông báo và yêu cầu trả tiền bảo hiểm

Thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm là 1 năm, kể từ Ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm. Thời gian xảy ra sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan khác không tính vào thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm hoặc bồi thường.

Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm chứng minh được rằng mình không biết thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm thì thời hạn quy định như trên được tính từ ngày Người được bảo hiểm biết việc xảy ra sự kiện bảo hiểm đó.

2. Hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm

Để đảm bảo quyền lợi của khách hàng, trong vòng 90 ngày kể từ Ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm cần thông báo bằng văn bản cho Công ty về các sự kiện bảo hiểm có thể xảy ra. Sau khi nhận được thông báo yêu cầu bồi thường, Công ty sẽ yêu cầu Bên mua bảo hiểm cung cấp hồ sơ yêu cầu bồi thường bao gồm:

- Giấy yêu cầu bồi thường đã điền đầy đủ theo mẫu của Công ty.
- Các tài liệu chứng minh về đối tượng tham gia bảo hiểm (nếu cần thiết theo yêu cầu của Công ty)
- Các hóa đơn, chứng từ và bằng chứng hợp lệ liên quan đến việc khám chữa bệnh, điều trị y tế (bao gồm bảng kê chi tiết các loại chi phí phát sinh)
- Các giấy tờ khác có liên quan đến yêu cầu bồi thường trong trường hợp cần thiết

Hình thức, phương thức cung cấp tài liệu cho Công ty bảo hiểm, danh mục tài liệu trên đây có thể được điều chỉnh theo Hướng dẫn giải quyết bồi thường được thông báo hoặc đăng tại cổng thông tin điện tử hoặc ứng dụng thương mại điện tử của Công ty bảo hiểm.

Thủ tục yêu cầu bồi thường này không làm thay đổi các điều kiện điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm. Các chứng từ được yêu cầu có thể thay đổi theo từng trường hợp phát sinh thực tế.

Trong trường hợp các tài liệu, bằng chứng do yêu cầu bồi thường bằng tiếng nước ngoài, công ty có thể yêu cầu, hướng dẫn người được bảo hiểm thực hiện việc dịch, công chứng, chứng thực hoặc hợp tác hóa các tài liệu bằng chi phí do Người được bảo hiểm chịu để đảm bảo tuân thủ quy định pháp luật Việt Nam.

Người được bảo hiểm có thể phải khám sức khỏe theo yêu cầu hợp lý và bằng chi phí của Công ty bất cứ khi nào cho là cần thiết. Công ty có quyền yêu cầu tiến hành khám nghiệm tử thi trong trường hợp xảy ra tử vong nếu việc này không vi phạm pháp luật hiện hành và/hoặc không ảnh hưởng đến tín ngưỡng và thuần phong mỹ tục.

3. Thanh toán quyền lợi bảo hiểm

Các quyền lợi bảo hiểm có thể được thanh toán cho Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng hoặc người thừa kế của Người được bảo hiểm.

Tất cả mọi quyền lợi sẽ được chi trả bằng đồng Việt Nam. Trong trường hợp yêu cầu trả tiền bảo hiểm có đơn vị tiền tệ không phải đồng Việt Nam thì sẽ được quy đổi sang đồng Việt Nam theo tỷ giá bán ra của Ngân hàng thương mại cổ phần Ngoại thương Việt Nam tại thời điểm Công ty thanh toán quyền lợi bảo hiểm.

Bất kỳ khoản thanh toán nào phải trả cho Người được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm sẽ được Công ty thanh toán cho Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng và việc nhận được khoản thanh toán này của Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng sẽ chấm dứt toàn bộ trách nhiệm của Công ty đối với yêu cầu bồi thường tương ứng.

Người được bảo hiểm có trách nhiệm quản lý thông tin liên quan đến số tiền đã được thanh toán cho mỗi quyền lợi. Công ty không có trách nhiệm thông báo về việc sử dụng các hạn mức bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm. Những yêu cầu trả tiền bảo hiểm được nộp sau khi các khoản thanh toán đã tới hạn mức bồi thường tối đa sẽ bị từ chối.

4. Thời hạn trả tiền bảo hiểm

Công ty sẽ tiến hành trả tiền bảo hiểm trong thời hạn 15 ngày, kể từ ngày nhận được đầy đủ hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm hợp lệ.

5. Quyền thu hồi

Trong trường hợp Công ty đã tạm ứng, thanh toán hoặc uỷ quyền tạm ứng, thanh toán cho một yêu cầu trả tiền bảo hiểm mà yêu cầu trả tiền bảo hiểm đó không nằm trong phạm vi được bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm hoặc vượt quá tổng giới hạn tối đa theo năm của Hợp đồng bảo hiểm hoặc liên quan đến một yêu cầu trả tiền bảo hiểm gian lận, Công ty bảo lưu quyền thu hồi lại số tiền đã tạm ứng, thanh toán hoặc tạm ứng, thanh toán vượt mức này từ Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm.

6. Thời hiệu khởi kiện

Thời hiệu khởi kiện về Hợp đồng bảo hiểm là 3 năm, kể từ thời điểm phát sinh tranh chấp.

PHẦN VI - QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA CÁC BÊN

1. Quyền và nghĩa vụ của Công ty

a. Quyền của Công ty

- Thu phí bảo hiểm theo thoả thuận trong hợp đồng bảo hiểm;
- Yêu cầu bên mua bảo hiểm cung cấp đầy đủ, trung thực mọi thông tin có liên quan đến việc giao kết và thực hiện hợp đồng bảo hiểm;
- Hủy bỏ hợp đồng bảo hiểm quy định tại khoản 2 Điều 22 hoặc đơn phương chấm dứt thực hiện hợp đồng bảo hiểm quy định tại Điều 26 của Luật kinh doanh bảo hiểm 2022;
- Từ chối bồi thường, trả tiền bảo hiểm trong trường hợp không thuộc phạm vi trách nhiệm bảo hiểm hoặc trường hợp loại trừ trách nhiệm bảo hiểm theo thoả thuận trong hợp đồng bảo hiểm;

- Yêu cầu bên mua bảo hiểm áp dụng các biện pháp đề phòng, hạn chế tổn thất theo quy định của Luật kinh doanh bảo hiểm 2022 và quy định khác của pháp luật có liên quan;
 - Yêu cầu người thứ ba bồi hoàn số tiền mà công ty bảo hiểm đã bồi thường cho người được bảo hiểm đối với thiệt hại về tài sản; lợi ích kinh tế hoặc nghĩa vụ thực hiện hợp đồng hoặc nghĩa vụ theo pháp luật; trách nhiệm dân sự do người thứ ba gây ra;
 - Quyền khác theo quy định của pháp luật.
- b. Nghĩa vụ của Công ty**
- Cung cấp cho bên mua bảo hiểm bản yêu cầu bảo hiểm, bảng câu hỏi liên quan đến rủi ro được bảo hiểm, đối tượng bảo hiểm, quy tắc, điều kiện, điều khoản bảo hiểm;
 - Giải thích rõ ràng, đầy đủ cho bên mua bảo hiểm về quyền lợi bảo hiểm, điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm, quyền và nghĩa vụ của bên mua bảo hiểm khi giao kết hợp đồng bảo hiểm;
 - Cung cấp cho bên mua bảo hiểm bằng chứng giao kết hợp đồng bảo hiểm quy định tại Điều 18 của Luật kinh doanh bảo hiểm 2022;
 - Cấp hóa đơn thu phí bảo hiểm cho bên mua bảo hiểm theo thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm và quy định của pháp luật có liên quan;
 - Bồi thường, trả tiền bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm;
 - Giải thích bằng văn bản lý do từ chối bồi thường, trả tiền bảo hiểm;
 - Phối hợp với bên mua bảo hiểm để giải quyết yêu cầu của người thứ ba đòi bồi thường về những thiệt hại thuộc trách nhiệm bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm;
 - Lưu trữ hồ sơ hợp đồng bảo hiểm theo quy định của pháp luật;
 - Bảo mật thông tin do bên mua bảo hiểm, người được bảo hiểm cung cấp, trừ trường hợp theo yêu cầu của cơ quan nhà nước có thẩm quyền hoặc được sự đồng ý của bên mua bảo hiểm, người được bảo hiểm;
 - Nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật.
- 2. Quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm**
- a. Quyền của Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm**
- Lựa chọn doanh nghiệp bảo hiểm, chi nhánh doanh nghiệp bảo hiểm phi nhân thọ nước ngoài để giao kết hợp đồng bảo hiểm;
 - Yêu cầu công ty bảo hiểm cung cấp bản yêu cầu bảo hiểm, bảng câu hỏi liên quan đến rủi ro được bảo hiểm, đối tượng bảo hiểm, quy tắc, điều kiện, điều khoản bảo hiểm và giải thích các điều kiện, điều khoản bảo hiểm;
 - Yêu cầu công ty bảo hiểm cung cấp bằng chứng giao kết hợp đồng bảo hiểm quy định tại Điều 18 của Luật kinh doanh bảo hiểm 2022;
 - Yêu cầu công ty bảo hiểm cấp hóa đơn thu phí bảo hiểm theo thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm và quy định của pháp luật có liên quan;
 - Hủy bỏ hợp đồng bảo hiểm quy định tại khoản 3 Điều 22 và Điều 35 hoặc đơn phương chấm dứt thực hiện hợp đồng bảo hiểm quy định tại Điều 26 của Luật kinh doanh bảo hiểm 2022;
 - Yêu cầu công ty bảo hiểm bồi thường, trả tiền bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm;
 - Chuyển giao hợp đồng bảo hiểm theo thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm hoặc theo quy định của pháp luật;
 - Quyền khác theo quy định của pháp luật.
- b. Nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm**
- Kê khai đầy đủ, trung thực mọi thông tin có liên quan đến hợp đồng bảo hiểm theo yêu cầu của công ty bảo hiểm;
 - Đọc và hiểu rõ điều kiện, điều khoản bảo hiểm, quyền, nghĩa vụ của bên mua bảo hiểm khi giao kết hợp đồng bảo hiểm và nội dung khác của hợp đồng bảo hiểm;
 - Đóng phí bảo hiểm đầy đủ, đúng hạn theo thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm;
 - Thông báo cho công ty bảo hiểm những trường hợp có thể làm tăng rủi ro hoặc giảm rủi ro hoặc làm phát sinh thêm trách nhiệm của công ty bảo hiểm trong quá trình thực hiện hợp đồng bảo hiểm theo thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm;
 - Thông báo cho công ty bảo hiểm về việc xảy ra sự kiện bảo hiểm theo thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm; phối hợp với công ty bảo hiểm trong giám định tổn thất;
 - Áp dụng các biện pháp đề phòng, hạn chế tổn thất theo quy định của Luật kinh doanh bảo hiểm 2022 và quy định khác của pháp luật có liên quan;
 - Nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật.

PHẦN VII - GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP

Mọi tranh chấp có liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm sẽ được hai bên Công ty và Bên mua bảo hiểm đưa ra thương lượng. Nếu các bên không thỏa thuận được bằng thương lượng thì trong vòng 30 ngày kể từ ngày phát sinh tranh chấp, việc tranh chấp sẽ được chuyển đến cơ quan giải quyết tranh chấp nêu tại Bản tóm tắt Hợp đồng bảo hiểm.

PHẦN VIII – QUYỀN LỢI LỰA CHỌN

Các quyền lợi lựa chọn dưới đây chỉ được bảo hiểm nếu được nêu trong Bản tóm tắt Hợp đồng bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các Sửa đổi bổ sung (nếu có).

QUYỀN LỢI LỰA CHỌN 1: ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ DO ỐM ĐAU, TAI NẠN

1. Quyền lợi bảo hiểm

Trên cơ sở Bên mua bảo hiểm đã đóng phí bảo hiểm bổ sung, Công ty đồng ý bảo hiểm cho các Chi phí y tế hợp lý đối với trường hợp Điều trị ngoại trú do Ốm đau, Tai nạn trong thời hạn bảo hiểm với mức bảo hiểm được ghi rõ trên Bảng quyền lợi bảo hiểm, bao gồm:

a. Chi phí khám và điều trị ngoại trú

- Chi phí khám Bác sỹ, các xét nghiệm, chuẩn đoán hình ảnh, thủ thuật thăm dò, vật tư y tế tiêu hao thông thường theo chỉ định của Bác sỹ.
- Chi phí thuốc men theo chỉ định của Bác sỹ;
- Chi phí phẫu thuật, thủ thuật ngoại trú, nội soi chuẩn đoán như định nghĩa của Quy tắc.

b. Vật lý trị liệu: Công ty thanh toán các chi phí Vật lý trị liệu/phương pháp trị liệu thần kinh cột sống, trị liệu học bức xạ, nhiệt, cấy chỉ, liệu pháp ánh sáng và phương pháp điều trị khác tương tự do chỉ định của Bác sỹ điều trị tại các Cơ sở y tế và theo Giới hạn phụ trên Bảng quyền lợi bảo hiểm, không phải là phương pháp massage, bấm bóp hay tập sửa dáng đi.

c. Chi phí tiêm vắc xin (không bảo hiểm cho chi phí hậu quả của vắc-xin): Công ty thanh toán chi phí tiêm vắc xin theo chỉ định của Bác sĩ một năm tối đa hai lần theo Giới hạn phụ quy định trên Bảng quyền lợi bảo hiểm.

2. Ghi chú

- Phạm vi địa lý: Theo quy định trên Bảng quyền lợi bảo hiểm.
- Hạn mức quyền lợi này độc lập với hạn mức bảo hiểm chính.
- Quyền lợi này tuân theo các điều kiện, điều khoản và điểm loại trừ chung được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm.

QUYỀN LỢI LỰA CHỌN 2: TAI NẠN CÁ NHÂN

Công ty sẽ thanh toán cho Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng các quyền lợi bảo hiểm do tử vong, thương tật vĩnh viễn (bao gồm Thương tật Toàn bộ Vĩnh Viễn và Thương tật Bộ phận Vĩnh Viễn) gây ra cho Người được bảo hiểm trong Thời hạn bảo hiểm và hậu quả của Tai nạn xảy ra trong vòng 104 tuần kể từ ngày xảy ra Tai nạn tối đa đến số tiền được nêu trên Bảng quyền lợi bảo hiểm.

1. Tử vong/ Thương tật vĩnh viễn do Tai nạn:

Tử vong/ Thương tật toàn bộ vĩnh viễn do Tai nạn: Trả 100% số tiền bảo hiểm theo Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm thương tật của Quy tắc bảo hiểm này.

Thương tật bộ phận vĩnh viễn: trả theo tỉ lệ phần trăm của Số tiền bảo hiểm theo Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm thương tật của Quy tắc bảo hiểm này.

Stt	Sự kiện bảo hiểm	Tỷ lệ chi trả
		Số tiền bảo hiểm (%)
TỬ VONG		100
THƯƠNG TẬT TOÀN BỘ VĨNH VIỄN <i>Theo mục 15. Thương tật toàn bộ vĩnh viễn - phần I - Định nghĩa</i>		100
BỔ SUNG GIA TĂNG QUYỀN LỢI THƯƠNG TẬT TOÀN BỘ VĨNH VIỄN		100
1	Rối loạn tâm thần hoàn toàn và không thể chữa được	100
2	Hông hoàn toàn chức năng nhai và nói	100
3	Cắt toàn bộ một bên phổi và một phần phổi bên kia	100
THƯƠNG TẬT BỘ PHẬN VĨNH VIỄN		
ĐẦU		
1	Cắt bỏ 1 phần xương hàm trên hoặc 1 phần xương hàm dưới từ 1/3 đến ½ bị mất từ vành cao trở xuống	32
2	Cắt bỏ bán cầu não	48
3	Cắt bỏ bộ phận hay toàn bộ thùy não	40
4	Cắt bỏ toàn bộ xương hàm trên và một phần xương hàm dưới từ vành cao trở xuống khác bên	68

5	Cắt bỏ toàn bộ xương hàm trên và một phần xương hàm dưới từ cạnh cao trở xuống cùng bên	60
6	Cắt bỏ toàn bộ xương hàm trên hoặc dưới	60
7	Cắt bỏ ¼ lưỡi còn gốc lưỡi (từ đường gai V trở ra)	64
8	Cắt bỏ 2/3 từ đầu lưỡi	44
9	Cắt bỏ 1/3 lưỡi ảnh hưởng đến phát âm	16
10	Cắt bỏ 1 phần nhỏ lưỡi (dưới 1/3) ảnh hưởng đến phát âm	8
11	Cắt bỏ hoặc bấm các dây nói	10
12	Cắt bỏ túi lệ	13
13	Điếc hoàn toàn một tai ..	28
14	Điếc hoàn toàn 2 tai	64
15	Cắt xương chũm	28
16	Cắt vành tai 2 bên	24
17	Cắt vành tai 1 bên	12
18	Cắt mũi hoàn toàn	32
	CHI TRÊN	
19	Mất trọn ngón cái	25
20	Mất trọn 1 đốt ngón cái	10
21	Mất ngón trỏ	17
22	Mất 2 đốt 2 và 3	8
23	Mất đốt 3	7
24	Mất trọn ngón giữa hoặc ngón nhẫn	14
25	Ngón giữa mất 2 đốt 2 và 3	8
26	Ngón giữa mất đốt 3	4
27	Mất 1 ngón cái và 1 ngón khác	26
28	Mất 1 ngón cái và 2 ngón khác	30
29	4 ngón tay của 1 bàn tay	40
30	Ngón cái và 4 ngón tay của 1 bàn tay	50
31	Mất 1 ngón trỏ và 2 ngón khác	30
32	Mất 1 ngón trỏ và 1 ngón giữa	26
33	Mất trọn 1 ngón giữa hoặc ngón đeo nhẫn (cả đốt bàn)	16
34	Mất cả ngón út và đốt bàn	14
35	Mất cả ngón út	10
36	Mất 2 đốt 2 và 3	7

37	Mất đốt 3	4
	CHI DƯỚI	
38	Liệt hoàn toàn dây thần kinh hông khoeo ngoài	32
39	Liệt hoàn toàn dây thần kinh hông khoeo trong ..	24
40	Mất phần lớn của xương bánh chè, bị vỡ thành nhiều mảnh và giới hạn nhiều khả năng duỗi cẳng chân trên đùi .	40
41	Mất phần lớn xương bánh chè nhưng vẫn có khả năng vận động chi	20
42	Ngắn chi dưới ít nhất 5 cm..	30
43	Ngắn chi dưới từ 3-5 cm ..	20
44	Mất cả 5 ngón chân	40
45	Mất 4 ngón cả ngón cái	34
46	Mất 1 ngón cái	14
47	Mất 1 đốt ngón cái	8
48	Mất 1 ngón ngoài ngón cái	10
49	Mất đoạn xương chày, mác gây khớp giả cẳng chân	32
50	Mất đoạn xương mác	20
51	Cắt mất cả chân ngoài hoặc trong	10
52	Mất 4 ngón trừ ngón cái	32
53	Mất 3 ngón, 3-4-5	22
54	Mất 3 ngón, 1-2-3	26
55	Mất 1 ngón cái và ngón 2	18
56	Cứng khớp háng	40
57	Cứng khớp gối	28
	CỘT SỐNG	
58	Cắt bỏ đĩa đệm đường trước hoặc sau	26
59	Cắt bỏ cung sau của một đốt sống	28
60	Cắt bỏ cung sau của 2 - 3 đốt sống trở lên	40
	LÒNG NGỰC	
61	Cắt bỏ 1-2 xương sườn	14
62	Cắt bỏ từ 3 xương sườn (mỗi xương sườn cắt bỏ trên 03 xương sườn tăng thêm 5%)	20
63	Cắt bỏ đoạn mỗi xương sườn (mỗi đoạn xương sườn cắt bỏ tăng thêm 3%)	7
64	Cắt toàn bộ một bên phổi	60
65	Cắt nhiều thùy phổi ở 2 bên, DTS giảm trên 50%	56
66	Cắt nhiều thùy phổi ở 1 bên	44
67	Cắt màng phổi thành	24

68	Cắt 1 thùy phổi	32
	BỤNG	
69	Cắt toàn bộ dạ dày	64
70	Cắt $\frac{3}{4}$ hoặc $\frac{2}{3}$ kèm tho cắt dây thần kinh phế vị	32
71	Cắt gần hết ruột non (còn lại dưới 1 m)	64
72	Cắt đoạn ruột non	36
73	Cắt toàn bộ đại tràng	64
74	Cắt đoạn đại tràng	44
75	Cắt bỏ gan phải đơn thuần	60
76	Cắt bỏ gan trái đơn thuần	52
77	Cắt $\frac{1}{2}$ của một thùy gan	48
78	Cắt $\frac{1}{3}$ của một thùy gan	32
79	Cắt dưới của $\frac{1}{3}$ của thùy gan	24
80	Cắt bỏ túi mật	21
81	Cắt bỏ lá lách	36
82	Cắt bỏ đuôi tụy, lách	52
83	Cắt bỏ tụy kèm mở thông tụy hồng tràng	32
84	Cắt ruột thừa	12
85	Cắt thực quản, cắt đoạn thực quản kèm theo nối dạ dày	40
	CƠ QUAN TIẾT NIỆU, SINH DỤC	
86	Cắt bỏ 1 thận, thận còn lại bình thường	44
87	Cắt bỏ 1 thận, thận còn lại bị tổn thương hoặc bệnh lý	60
88	Cắt 1 phần thận trái hoặc phải	28
89	Cắt bỏ niệu quản	24
90	Mất dương vật và 2 tinh hoàn ở người dưới 55 tuổi chưa con	60
91	Mất dương vật và 2 tinh hoàn ở người dưới 55 tuổi đã có con rồi	48
92	Mất dương vật và 2 tinh hoàn ở người trên 55 tuổi	32
93	Cắt bỏ dạ con và buồng trứng 1 bên ở người dưới 45 tuổi chưa có con	52
94	Cắt bỏ dạ con và buồng trứng 1 bên ở người dưới 45 tuổi có con rồi	28
95	Cắt bỏ dạ con và buồng trứng 1 bên ở người trên 45 tuổi	22
96	Cắt vú ở nữ dưới 45 tuổi 1 bên	20
97	Cắt vú ở nữ dưới 45 tuổi 2 bên	40
98	Cắt vú ở nữ trên 45 tuổi 1 bên	14
99	Cắt vú ở nữ trên 45 tuổi 2 bên	28

100	Cắt một phần bàng quan	24
101	Cắt bỏ tuyến, u tuyến bartholin	5
102	Cắt mở âm đạo bị cắt hoàn toàn	14
103	Cắt bỏ hoàn toàn vòi – buồng trứng 1 hoặc 2 bên	17
104	Cắt bỏ tử cung qua đường bụng không kèm theo vòi hay buồng trứng	20
105	Cắt bỏ buồng trứng kèm theo mạc nối	16
106	Cắt bỏ 1 tinh hoàn	8
107	Cắt bỏ 2 tinh hoàn	11

- Trường hợp có nhiều Thương tật ở cùng một bộ phận cơ thể, tổng số tiền trả cho các Thương tật không được vượt quá tỷ lệ mất bộ phận cơ thể đó.
- Nếu Người được bảo hiểm tử vong (trong vòng 24 tháng tính từ ngày bị Thương tật) sau khi đã nhận tiền bồi thường của quyền lợi bảo hiểm Thương tật bộ phận vĩnh viễn, thì Công ty sẽ trả phần tiền bảo hiểm còn lại nếu tiền bồi thường cho tử vong nhiều hơn tiền bồi thường nêu trong phần Thương tật bộ phận vĩnh viễn nói trên đã nhận.
- Các trường hợp Thương tật không được liệt ở đây sẽ được bồi thường theo tỉ lệ phần trăm mức độ Thương tật căn cứ vào những trường hợp tương tự đã được liệt kê, không kể đến nghề nghiệp của Người được bảo hiểm hoặc theo kết luận của Hội đồng giám định y khoa cấp tỉnh/thành phố trở lên.
- Những trường hợp Thương tật bị mất khả năng sử dụng ở các chi hoặc những bộ phận của chi sẽ được đánh giá tương tự những thương tổn do bị đứt lìa.
- Việc chứng nhận Người được bảo hiểm bị mất hoàn toàn bộ phận cơ thể (tay, chân hoặc mắt) có thể được thực hiện ngay sau khi sự kiện bảo hiểm xảy ra hoặc sau khi kết thúc việc điều trị.
- Việc chứng nhận bị liệt hoàn toàn và không thể phục hồi chức năng của các bộ phận cơ thể hoặc mù hoàn toàn hoặc bị tổn thương cơ thể từ 81% trở lên hoặc các trường hợp Thương tật bộ phận vĩnh viễn khác được thực hiện không sớm hơn 180 ngày kể từ Ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm hoặc từ ngày bệnh lý được chẩn đoán.
- Trường hợp hậu quả của Tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm bị trầm trọng hơn do Ốm đau có sẵn của Người được bảo hiểm hoặc điều trị Thương tật không kịp thời và không theo chỉ dẫn của Cơ sở y tế thì Công ty chỉ trả tiền bảo hiểm như đối với loại Thương tật tương tự ở người có sức khỏe bình thường được điều trị một cách hợp lý.

2. Ghi chú

- Phạm vi địa lý: Theo quy định trên Bảng quyền lợi bảo hiểm.
- Hạn mức quyền lợi này độc lập với hạn mức bảo hiểm chính.
- Quyền lợi này tuân theo các điều kiện, điều khoản, và các điểm loại trừ chung được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm.

QUYỀN LỢI LỰA CHỌN 3: TỬ VONG VÀ THƯƠNG TẬT VĨNH VIỄN DO ỐM ĐAU/ BỆNH TẬT HOẶC THAI SẢN

1. Quyền lợi bảo hiểm

Trên cơ sở Bên mua bảo hiểm đã đóng phí bảo hiểm bổ sung, Công ty sẽ thanh toán 100% số tiền bảo hiểm ghi trên Bảng quyền lợi bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm nếu Người được bảo hiểm tử vong hoặc Thương tật toàn bộ vĩnh viễn thuộc phạm vi bảo hiểm và do nguyên nhân Ốm đau/Bệnh tật (không bao gồm Ung thư) hoặc thai sản (chỉ khi quyền lợi này được mở rộng và nêu trên Hợp đồng bảo hiểm) xảy ra trong Thời hạn bảo hiểm.

Quyền lợi tùy chọn này không áp dụng cho Người được bảo hiểm từ 65 tuổi trở lên.

2. Ghi chú

- Phạm vi địa lý: Theo quy định trên Bảng quyền lợi bảo hiểm.
- Hạn mức bảo hiểm Sinh mạng độc lập với hạn mức bảo hiểm chính.
- Quyền lợi này tuân theo các điểm quy định, loại trừ chung được quy định trong Quy tắc bảo hiểm.

QUYỀN LỢI LỰA CHỌN 4: BẢO HIỂM NHA KHOA

1. Quyền lợi bảo hiểm

Trên cơ sở Bên mua bảo hiểm đã đóng phí bảo hiểm bổ sung, Công ty sẽ thanh toán cho Người được bảo hiểm chi phí y tế điều trị răng bệnh lý bao gồm:

- Khám và chẩn đoán bệnh;
- Thuốc theo chỉ định của Bác sỹ;
- Lấy cao răng và đánh bóng răng;
- Chụp X-quang;
- Điều trị các bệnh lý nha chu, viêm nướu;

- Hàn/Trám răng bằng các chất liệu thông thường (amalgam hoặc composite, fuji hoặc các chất liệu tương đương);
- Điều trị tủy răng;
- Nhổ răng bệnh lý/tổn thương, không mọc hoặc bị lợi phủ, răng khôn mọc lệch; nhổ các chân răng, điều trị ống tủy chân răng, cắt u răng cứng, cắt cuống răng (không kèm theo Phẫu thuật).

Giới hạn phụ theo các quyền lợi được quy định cụ thể trong Bảng Quyền lợi bảo hiểm và/hoặc Hợp đồng bảo hiểm.

2. Ghi chú

- Phạm vi bảo hiểm: Theo quy định trên Bảng quyền lợi bảo hiểm.
- Quyền lợi này chỉ được áp dụng khi Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi Bảo hiểm Ngoại trú nhưng sẽ không được tính vào Giới hạn tối đa của Quyền lợi Ngoại trú.
- Quyền lợi này tuân theo các điều kiện, điều khoản, và điểm loại trừ chung được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm.

QUYỀN LỢI LỰA CHỌN 5: CHI PHÍ Y TẾ THAI SẢN

1. Quyền lợi bảo hiểm

Trên cơ sở Bên mua bảo hiểm đã đóng phí bảo hiểm bổ sung, Công ty sẽ thanh toán cho Người được bảo hiểm chi phí y tế liên quan đến chăm sóc thai sản bao gồm:

a. Sinh thường

Công ty thanh toán các chi phí y tế phát sinh cho việc sinh thường của Người được bảo hiểm bao gồm và không giới hạn trong các chi phí: đỡ đẻ, viện phí tổng hợp, Bác sỹ chuyên khoa.

b. Sinh mổ

Công ty thanh toán các chi phí y tế theo chỉ định của Bác sỹ phát sinh cho việc sinh mổ của Người được bảo hiểm bao gồm và không giới hạn trong các chi phí: Phẫu thuật lấy thai, viện phí tổng hợp, Bác sỹ chuyên khoa. Thủ thuật sinh mổ chỉ được bảo hiểm nếu do Bác sỹ chỉ định là cần thiết cho ca sinh khó hoặc sinh thường thất bại chuyển mổ, không bao gồm việc sinh mổ theo yêu cầu của Người được bảo hiểm hoặc phải mổ lại do việc yêu cầu mổ trước đó.

c. Biến chứng thai sản

Công ty thanh toán các chi phí y tế phát sinh cho Người được bảo hiểm khi Điều trị nội trú do các biến chứng trong quá trình mang thai, hoặc trong quá trình sinh nở cần đến các thủ thuật sản khoa theo chỉ định của Bác sỹ. Biến chứng thai sản bao gồm và không giới hạn trong các trường hợp sau:

- Bất thường trong quá trình mang thai cần phải điều trị theo chỉ định của Bác sỹ: thai ngừng phát triển, thai lưu, dọa sảy thai, sảy thai, thai trứng, thai ngoài tử cung, rau tiền đạo, rau bong non, dọa đẻ non, chữa vết mổ, phá thai do Tình trạng bẩm sinh của thai nhi hoặc phải phá thai để bảo vệ tính mạng của người mẹ.
- Bệnh lý phát sinh nguyên nhân do thai kỳ: đái tháo đường thai kỳ, cao huyết áp thai kỳ, nhiễm độc thai nghén không bao gồm nôn nhiều, nôn nặng.
- Tai biến sản khoa: nhiễm trùng hậu sản các loại, tiền sản giật, sản giật, dọa vỡ tử cung, vỡ tử cung, băng huyết, phù phổi cấp, thuyên tắc ối, sót nhau thai trong tử cung sau khi sinh.
- Biến chứng thai sản khác đòi hỏi phải Nằm viện hoặc Phẫu thuật theo chỉ định Bác sỹ.

d. Chăm sóc trẻ mới sinh

Công ty thanh toán cho Người được bảo hiểm những chi phí bao gồm ở các chi phí thuốc dưỡng nhi, xét nghiệm dưỡng nhi, chích ngừa, chi phí vệ sinh em bé và các chi phí y tế Điều trị nội trú cho trẻ sơ sinh với điều kiện là các chi phí này liên quan đến những triệu chứng bệnh lý xuất hiện khi sinh hoặc có biểu hiện trong vòng 7 ngày sau khi sinh.

e. Chi phí khám thai

Công ty thanh toán chi phí khám thai và tái khám trước và sau khi sinh cho Người được bảo hiểm theo Giới hạn phụ được nêu trên Bảng quyền lợi bảo hiểm.

Công ty không bảo hiểm cho các chi phí xét nghiệm tầm soát trước khi sinh để phát hiện sớm các dị tật thai nhi, bệnh lý gen hoặc giảm thiểu trí tuệ như xét nghiệm dị tật thai nhi (Double Test, Triple Test), xét nghiệm nhiễm sắc thể.

2. Ghi chú

- Phạm vi địa lý: Theo quy định trên Bảng quyền lợi bảo hiểm.
- Hạn mức thai sản độc lập với hạn mức bảo hiểm chính.
- Quyền lợi này tuân theo các điều kiện, điều khoản, và điểm loại trừ chung được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm.

QUYỀN LỢI LỰA CHỌN 6: CHI PHÍ Y TẾ UNG THƯ

1. Quyền lợi bảo hiểm

Trên cơ sở Bên mua bảo hiểm đã đóng phí bảo hiểm bổ sung, Công ty sẽ thanh toán cho Người được bảo hiểm chi phí y tế liên quan đến Ung thư với quy định cụ thể như sau:

Quyền lợi được bảo hiểm được thanh toán theo quy định dưới đây trong trường hợp khi Bác sỹ kết luận và phải có phác đồ điều trị Người được bảo hiểm mắc bệnh ung thư theo định nghĩa, Công ty sẽ thanh toán bồi thường trong trường hợp Người được bảo hiểm bị

Ung thư với điều kiện viện chuẩn đoán phải dựa trên các bằng chứng về mô học của khối u ác tính và phải được Bác sĩ xác nhận. Bệnh ung thư trong Quy tắc bảo hiểm này cũng bao gồm bệnh bạch cầu ác tính, U lympho và U sarcom.

a. Chi phí nằm viện và điều trị khi nằm viện

Nếu Người được bảo hiểm phải Nằm viện thuộc phạm vi bảo hiểm, Công ty sẽ thanh toán cho Người được bảo hiểm những chi phí về dịch vụ y tế hay Thuốc theo chỉ định của Bác sĩ, bao gồm các chi phí sau:

- Giường, phòng, phòng chăm sóc đặc biệt ICU (Intensive Care Unit), HDU (High Dependency Unit), HDU (High Dependency Unit), CCU (Coronary Care Unit), suất ăn theo tiêu chuẩn điều trị tại Bệnh viện;
- Chi phí hành chính, chi phí máu, huyết tương;
- Thuốc theo chỉ định của Bác sĩ và dược phẩm sử dụng trong khi Nằm viện;
- Tiêm truyền tĩnh mạch;
- Xét nghiệm, điện tâm đồ hoặc chẩn đoán bằng hình ảnh như X-quang, MRI, CT, PET (các chi phí xét nghiệm này phải do Bác sĩ chỉ định là biện pháp cần thiết để đánh giá tình trạng bệnh và phải là một phần của chi phí Nằm viện);
- Chi phí giường lưu trú cho cha/mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp, gồm chi phí một giường nằm bổ sung trong cùng phòng trong trường hợp Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi phải Nằm viện (Quyền lợi này chỉ được bảo hiểm khi có quy định cụ thể lên Bảng quyền lợi bảo hiểm).

b. Chi phí phẫu thuật

Nếu Người được bảo hiểm phải phẫu thuật, nằm viện điều trị nội trú, điều trị trong ngày thuộc phạm vi bảo hiểm, Công ty thanh toán các chi phí y tế liên quan đến một ca Phẫu thuật nội trú, Phẫu thuật trong ngày, bao gồm chi phí thuốc men dùng trong Phẫu thuật, vật tư y tế, các thiết bị cần thiết cho Phẫu thuật, chi phí phòng mổ, phẫu thuật viên, các chi phí gây mê và hồi sức sau khi mê, chi phí tái mổ. Chi phí phẫu thuật bao gồm cả phẫu thuật cấy ghép nội tạng, bộ phận cơ thể (không bảo hiểm cho chi phí mua các bộ phận nội tạng, bộ phận cơ thể và chi phí hiến nội tạng, bộ phận cơ thể).

c. Điều trị ngoại trú do ung thư

Công ty đồng ý bảo hiểm cho các Chi phí y tế hợp lý đối với trường hợp Điều trị ngoại trú do Ốm đau, Tai nạn trong Thời hạn bảo hiểm với Hạn mức trách nhiệm được ghi rõ trên Bảng quyền lợi bảo hiểm, bao gồm:

- Chi phí khám và điều trị bệnh:
 - o Chi phí khám Bác sĩ, các xét nghiệm, chuẩn đoán hình ảnh, thủ thuật thăm dò, vật tư y tế tiêu hao thông thường theo chỉ định của Bác sĩ, chi phí khám cận lâm sàng.
 - o Chi phí thuốc men theo chỉ định của Bác sĩ;
 - o Chi phí nội soi chuẩn đoán, hóa trị, xạ trị;
 - o Các chi phí y tế hợp lý khác.
- Vật lý trị liệu: Công ty thanh toán các chi phí Vật lý trị liệu/phương pháp trị liệu thần kinh cột sống, trị liệu học bức xạ, nhiệt, cấy chỉ, liệu pháp ánh sáng và phương pháp điều trị khác tương tự do chỉ định của Bác sĩ điều trị tại các Cơ sở y tế và theo Giới hạn phụ trên Bảng quyền lợi bảo hiểm, không phải là phương pháp massage, bấm bóp hay tập sửa dáng đi.

Giới hạn phụ theo các quyền lợi được quy định cụ thể trong Bảng quyền lợi bảo hiểm.

d. Tử vong do ung thư

Trường hợp Người được bảo hiểm tử vong thuộc phạm vi bảo hiểm, Công ty trả toàn bộ Số tiền bảo hiểm ghi trên Hợp đồng Bảo hiểm.

Lưu ý: quyền lợi Tử vong do ung thư được chi trả bằng 100% số tiền bảo hiểm, trừ đi những bồi thường ung thư đã chi trả. Tổng số tiền chi trả bồi thường không vượt quá số tiền bảo hiểm.

2. Ghi chú

- Phạm vi địa lý: Theo quy định trên Bảng quyền lợi bảo hiểm.
- Hạn mức Ung thư độc lập với hạn mức bảo hiểm chính.
- Quyền lợi này tuân theo các điều kiện, điều khoản, và điểm loại trừ chung được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm.

QUYỀN LỢI BỔ SUNG 7: TRỢ CẤP NÀM VIỆN

a. Quyền lợi bảo hiểm

Trên cơ sở Bên mua bảo hiểm đã đóng phí bảo hiểm bổ sung, trường hợp Người được bảo hiểm điều trị thương tật do một hậu quả của Tai nạn, phải nằm viện để điều trị được bảo hiểm hoặc nằm viện điều trị nội trú do ốm đau theo Hợp đồng bảo hiểm này thì Công ty sẽ trả một số tiền cho mỗi ngày điều trị như nêu trong Hợp đồng bảo hiểm.

Số tiền thanh toán tối đa cho một Người được bảo hiểm một năm sẽ không vượt quá Giới hạn phụ của Quyền lợi này được quy định trong Bảng quyền lợi bảo hiểm. Giới hạn thời gian tối đa thanh toán trợ cấp nằm viện trong một Thời hạn bảo hiểm không vượt quá 60 ngày.

Số ngày được hưởng trợ cấp dựa trên số ngày nghỉ thực tế để phục vụ cho việc Điều trị nội trú do Ốm đau, tai nạn. Số ngày nghỉ dựa trên chỉ định của Bác sĩ điều trị.

Số tiền trợ cấp theo ngày (kể cả chủ nhật và ngày lễ) được tính như sau: Số tiền trợ cấp/ 1 ngày được quy định trong Bảng quyền lợi đính kèm (x) số ngày điều trị theo chỉ định của Bác sĩ. Quyền lợi Trợ cấp nằm viện sẽ chấm dứt khi Người được bảo hiểm xuất viện. Giấy xuất viện là chứng từ cần thiết để giải quyết bồi thường quyền lợi này.

Công ty sẽ không thanh toán quyền lợi Trợ cấp nằm viện này đối với trường hợp Điều trị trong ngày và Phẫu thuật ngoại trú.

b. Ghi chú

- Phạm vi địa lý: Theo quy định trên Bảng quyền lợi bảo hiểm.
- Hạn mức bảo hiểm trợ cấp nằm viện độc lập với hạn mức bảo hiểm chính.
- Quyền lợi này tuân theo các điều kiện, điều khoản, và điểm loại trừ chung được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm.

PHẦN IX – CÁC ĐIỀU KHOẢN LOẠI TRỪ BẮT BUỘC**1. Điều khoản loại trừ chiến tranh và nội chiến**

Đơn bảo hiểm này không bảo hiểm cho bất cứ trách nhiệm thực hiện bởi Người được bảo hiểm cho các tổn thất hoặc thiệt hại trực tiếp hoặc gián tiếp nào gây ra bởi, xảy ra hoặc hậu quả của chiến tranh, xâm lược, hành động thù địch của nước ngoài hoặc các hoạt động có tính chất chiến tranh (cho dù có tuyên chiến hay không), nội chiến, tiếm quyền, binh biến, khởi nghĩa, bạo động, cách mạng, đảo chính, quyền lực quân sự hay quyền lực bị chiếm đoạt, tình trạng thiết quân luật, tịch thu hoặc quốc hữu hóa hoặc trưng dụng hoặc phá hủy hoặc phá hoại tài sản theo lệnh của bất kỳ Chính phủ hoặc cơ quan chính quyền địa phương nào.

2. Điều khoản loại trừ khủng bố

Cho dù có bất kỳ điều khoản nào trái ngược được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm này hoặc trong bất kỳ điều khoản bổ sung nào khác, các bên thoả thuận rằng Hợp đồng bảo hiểm này loại trừ các tổn thất, thiệt hại, chi phí hoặc phí tổn dưới bất kỳ hình thức trực tiếp hoặc gián tiếp nào gây ra bởi, bắt nguồn từ hoặc có liên quan đến bất cứ hành động khủng bố nào bất kể do các nguyên nhân hoặc sự kiện nào khác xảy ra đồng thời hoặc tiếp nối đối với tổn thất:

Với mục đích của điều khoản bổ sung này một hành động khủng bố được hiểu là một hành động bao gồm nhưng không giới hạn ở việc dùng vũ lực hay bạo lực của bất kỳ người hay (các) nhóm người nào hoạt động độc lập hoặc đại diện cho hoặc có liên hệ với bất kỳ (các) tổ chức hoặc (các) chính phủ nào có liên quan đến chính trị, tôn giáo, ý thức hệ, dân tộc, hoặc cho các mục đích tương tự, kể cả ý định tác động gây ảnh hưởng đến bất cứ chính quyền nào hoặc gây sợ hãi cho công chúng hay một bộ phận công chúng.

Điều khoản này cũng loại trừ các tổn thất, thiệt hại, chi phí hoặc phí tổn dưới bất kỳ hình thức nào trực tiếp hoặc gián tiếp bị gây ra bởi, hoặc là hậu quả của hoặc có liên quan đến bất cứ hành động nào nhằm kiểm soát, ngăn chặn, đàn áp hoặc bằng bất cứ cách nào có liên quan đến hành động khủng bố.

Nếu Công ty cho rằng vì lý do của điểm loại trừ này mà các thiệt hại, tổn thất hay chi phí không được bảo hiểm bởi Hợp đồng bảo hiểm này thì Người được bảo hiểm có nghĩa vụ phải chứng minh điều ngược lại.

Trong trường hợp có bất cứ phần nào của điều khoản bổ sung này bị coi là vô hiệu hoặc không thực hiện được, phần còn lại của điều khoản này vẫn giữ nguyên tính hiệu lực.

3. Điều khoản loại trừ theo lệnh cấm vận

Công ty sẽ không cung cấp phạm vi bảo hiểm và không có trách nhiệm thanh toán yêu cầu bồi thường hoặc đưa ra bất kỳ lợi ích nào khi việc thanh toán yêu cầu bồi thường, đồng ý bảo hiểm, thanh toán các khoản tiền bồi thường bảo hiểm hoặc đưa ra bất kỳ lợi ích nào từ việc trả bồi thường đó dẫn đến việc Công ty sẽ vi phạm các lệnh cấm, điều cấm hoặc các hạn chế theo các nghị quyết của Liên Hiệp Quốc hay các cấm vận về kinh tế hoặc thương mại, các luật lệ hoặc quy định của Liên Minh Châu Âu, Vương Quốc Anh hay Hợp Chúng Quốc Hoa Kỳ.

4. Điều khoản loại trừ chất amiăng

Các bên đồng ý và hiểu rằng đơn bảo hiểm này không áp dụng cho và không bảo hiểm cho bất kỳ trách nhiệm thực tế hay bị qui cho đối với (các) khiếu nại về (các) tổn thất phát sinh trực tiếp hay gián tiếp từ hoặc là hậu quả của chất amiăng dưới bất kỳ hình thức và số lượng nào.

5. Điều khoản loại trừ rủi ro vũ khí điện tử, hóa sinh, sinh học, hóa học và nhiễm bản phóng xạ

Điều khoản này có hiệu lực cao nhất và sẽ vô hiệu hoá những điều khoản khác có nội dung không thống nhất trong Hợp đồng bảo hiểm này.

Đơn bảo hiểm này sẽ không bảo hiểm cho tổn thất, trách nhiệm hoặc chi phí trực tiếp hay gián tiếp phát sinh từ:

- phóng xạ ion hoá từ hoặc ô nhiễm bởi năng lượng phóng xạ từ bất kỳ nguồn nhiên liệu hạt nhân, rác thải hạt nhân hoặc từ vụ nổ nhiên liệu hạt nhân nào
- chất phóng xạ, chất độc, chất nổ hoặc những tài sản bị ô nhiễm hoặc nguy hiểm do việc xây dựng nhà máy hạt nhân, lò phản ứng hạt nhân hoặc máy móc thiết bị trong nhà máy hạt nhân đó.
- bất cứ một vũ khí hoặc thiết bị nào sử dụng nguyên tử, phân hạch hạt nhân, sự nung chảy, các quá trình phản ứng khác hoặc năng lượng phóng xạ
- chất phóng xạ, chất độc, chất nổ, những tài sản bị ô nhiễm hoặc nguy hiểm do chất phóng xạ. Điểm loại trừ trong điều khoản phụ này không mở rộng cho chất đồng vị phóng xạ không phải là nhiên liệu hạt nhân, khi những chất đồng vị đó được chuẩn bị, chuyên chở, lưu giữ, hoặc sử dụng cho mục đích thương mại, nông nghiệp, y tế, khoa học, hoặc các mục đích vì hoà bình khác

- bất kì vũ khí hoá học, sinh học, hoá sinh hoặc điện tử nào khác.

6. Điều khoản loại trừ rủi ro năng lượng hạt nhân

Đơn bảo hiểm này sẽ loại trừ tất cả các rủi ro năng lượng hạt nhân

- (I) Tất cả các tài sản nằm trên địa phận của nhà máy điện hạt nhân.

Các lò phản ứng hạt nhân, nhà máy hạt nhân và trang thiết bị trong đó tại bất kì vị trí nào ngoài địa phận nhà máy điện hạt nhân.

- (II) Tất cả các tài sản, tại bất kì vị trí nào (bao gồm nhưng không giới hạn các vị trí được đề cập tại phần I trên đây) được sử dụng hoặc đã từng được sử dụng để

- a) Tạo ra năng lượng hạt nhân; hoặc
- b) Sản xuất, sử dụng hoặc lưu trữ nguyên liệu hạt nhân

- (III) Bất kì tài sản nào khác hội đủ điều kiện được bảo hiểm bởi hiệp hội hoặc tổ chức bảo hiểm hạt nhân địa phương nhưng chỉ bảo hiểm khi hiệp hội hoặc tổ chức đó yêu cầu.

- (IV) Cung cấp hàng hoá, dịch vụ cho bất kì địa điểm nào được đề cập tới ở phần I, phần III trên đây

7. Loại trừ đại dịch tuyên bố bởi WHO

- Hợp đồng bảo hiểm này không bảo hiểm các khiếu nại theo bất kỳ cách nào do hoặc phát sinh từ một bệnh truyền nhiễm hoặc lây lan, một đợt bùng phát của bệnh này đã được Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) tuyên bố là Tình trạng Khẩn cấp Y tế Công cộng Quốc tế (PHEIC).
- Điểm loại trừ này sẽ áp dụng cho các khiếu nại được đưa ra sau ngày của bất kỳ tuyên bố nào như vậy, ngoại trừ trường hợp một bác sĩ đủ điều kiện đã đưa ra chẩn đoán có liên quan trước ngày của bất kỳ tuyên bố nào như vậy.
- Điểm loại trừ này sẽ tiếp tục áp dụng cho đến khi WHO hủy bỏ hoặc thu hồi bất kỳ PHEIC liên quan nào.
- Bệnh truyền nhiễm hoặc lây lan có nghĩa là bất kỳ bệnh nào có khả năng lây truyền từ người, động vật hoặc loài bị nhiễm bệnh sang người, động vật hoặc loài khác bằng bất kỳ phương tiện nào.