

QUY TẮC, ĐIỀU KHOẢN SẢN PHẨM BẢO HIỂM HỖ TRỢ CHI PHÍ NẪM VIỆN VÀ PHẪU THUẬT

(Xây dựng trên cơ sở các nội dung được phê duyệt theo Công văn số 829/QLBH-NT ngày 24 tháng 04 năm 2026 của Bộ Tài chính; và được ban hành theo Quyết định số 16/2026/QĐ-TGD/TCLI ngày 05 tháng 05 năm 2026 của Tổng giám đốc)



MỤC LỤC

PHẦN I QUY ĐỊNH CHUNG 3

Điều 1.	Điều khoản áp dụng	3
Điều 2.	Các định nghĩa	3
Điều 3.	Quyền lợi bảo hiểm	6
Điều 4.	Hạn mức chi trả của tổng các Quyền lợi bảo hiểm	9
Điều 5.	Loại trừ bảo hiểm	9
Điều 6.	Quy định về tái tục Sản phẩm bán kèm	11
Điều 7.	Quy định về đóng Phí bảo hiểm Sản phẩm bán kèm	12
Điều 8.	Khôi phục hiệu lực Sản phẩm bán kèm	13
Điều 9.	Điều chỉnh Sản phẩm bán kèm	13
Điều 10.	Giải quyết Quyền lợi bảo hiểm	13
Điều 11.	Chấm dứt hiệu lực Sản phẩm bán kèm	14

PHẦN II PHỤ LỤC 16

Phụ lục 1:	Bảng số tiền chi trả cho quyền lợi hỗ trợ chi phí phẫu thuật	16
Phụ lục 2:	Danh mục các bệnh đặc biệt	21
Phụ lục 3:	Bệnh hiểm nghèo	22



QUY ĐỊNH CHUNG

Điều 1. Điều khoản áp dụng

Quy tắc, Điều khoản Sản phẩm bán kèm là một phần không thể tách rời của Hợp đồng bảo hiểm giữa Công ty và Bên mua bảo hiểm mà trong đó Sản phẩm bảo hiểm Hỗ trợ chi phí Nằm viện và Phẫu thuật là Sản phẩm bán kèm theo Sản phẩm chính.

Những nội dung thuộc Quy định chung của Hợp đồng bảo hiểm tại Quy tắc, Điều khoản Sản phẩm chính sẽ được áp dụng chung cho Sản phẩm bán kèm.

Trường hợp có sự mâu thuẫn giữa Quy tắc, Điều khoản Sản phẩm bán kèm và Quy định chung của Hợp đồng bảo hiểm tại Quy tắc, Điều khoản Sản phẩm chính thì những quy định trong Quy tắc, Điều khoản Sản phẩm bán kèm sẽ được ưu tiên áp dụng.

Điều 2. Các định nghĩa

2.1. Bệnh có sẵn: là một trong các tình trạng sau:

▶ **2.1.1.** Tình trạng bệnh tật hoặc thương tật của Người được bảo hiểm đã được Bác sĩ chẩn đoán hoặc điều trị trước Ngày hiệu lực hoặc Ngày khôi phục hiệu lực (gần nhất) của Sản phẩm bán kèm (tùy vào ngày nào đến sau); hoặc

▶ **2.1.2.** Bất kỳ tình trạng có xuất hiện dấu hiệu hoặc triệu chứng đặc thù của bệnh tật khởi phát trong vòng 36 tháng trước Ngày hiệu lực hoặc Ngày khôi phục hiệu lực (gần nhất) của Sản phẩm bán kèm (tùy vào ngày nào đến sau) mà nếu biết được các dấu hiệu hoặc triệu chứng này Công ty đã không chấp nhận bảo hiểm, hoặc không chấp nhận khôi phục hiệu lực Sản phẩm bán kèm, hoặc chấp nhận bảo hiểm có điều kiện, chấp nhận khôi phục hiệu lực của Sản phẩm bán kèm có điều kiện.

▶ **2.1.3.** Việc xác định Bệnh có sẵn được căn cứ vào hồ sơ y tế được lưu trữ tại Bệnh viện hoặc cơ sở y tế được thành lập hợp pháp, các tài liệu y khoa được Bộ Y tế và các cơ quan có thẩm quyền ban hành hoặc các thông tin do Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm tự kê khai trên Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm hoặc phiếu bổ sung thông tin.

2.2. Bệnh đặc biệt: quy định chi tiết trong Phụ lục 2 của Quy tắc, Điều khoản này.

2.3. Bệnh bẩm sinh: là những bất thường về cấu trúc, chức năng của bất kỳ cơ quan, bộ phận cơ thể nào được hình thành trên thai nhi trong quá trình mang thai của người mẹ, tại thời điểm sinh hoặc xuất hiện trong vòng 24 tháng của Người được bảo hiểm kể từ khi sinh.

2.4. Bác sĩ: là người thực hiện khám, chữa bệnh cho Người được bảo hiểm. Bác sĩ cần có bằng cấp chuyên môn y khoa được Cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc thừa nhận được thực hành nghề y 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.

Bác sĩ điều trị hoặc Bác sĩ ký tên trên hồ sơ y tế không được đồng thời là:



- i. Người được bảo hiểm hoặc Bên mua bảo hiểm;
- ii. Thành viên trong gia đình của Người được bảo hiểm hoặc Bên mua bảo hiểm (bao gồm bố, mẹ, vợ, chồng, con, anh, chị, em ruột);
- iii. Đại lý bảo hiểm của Hợp đồng.

2.5. Bác sĩ chuyên khoa: là Bác sĩ có bằng cấp y khoa hợp pháp, được cấp phép hành nghề và được công nhận là chuyên gia trong lĩnh vực chuyên môn y tế có liên quan đến bệnh lý hoặc tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm.

Bác sĩ chuyên khoa ký tên trên hồ sơ y tế không được đồng thời là:



- i. Người được bảo hiểm hoặc Bên mua bảo hiểm;
- ii. Thành viên gia đình của Người được bảo hiểm hoặc Bên mua bảo hiểm (bao gồm bố, mẹ, vợ, chồng, con, anh, chị, em ruột);
- iii. Đại lý bảo hiểm của Hợp đồng.

2.6. Bệnh viện: là Bệnh viện hoạt động hợp pháp và hội đủ các tiêu chuẩn sau:



- i. Là Bệnh viện được phép cung cấp dịch vụ y tế tây y để chăm sóc và điều trị cho những người bị tổn thương hay ốm đau tại địa phương nơi Bệnh viện có trụ sở và là nơi cung cấp các phương tiện cho chẩn đoán bệnh, đại phẫu và dịch vụ chăm sóc liên tục 24 giờ; và không phải là cơ sở phục vụ cho việc điều dưỡng hay nhà dưỡng lão hay các mục đích tương tự cũng như không là cơ sở có tham gia vào việc chăm sóc các trường hợp nghiện rượu hay ma túy; và
- ii. Là Bệnh viện có lưu trữ hồ sơ bệnh án bệnh nhân theo tiêu chuẩn quy định của pháp luật và quy định hiện hành tại địa phương nơi Bệnh viện có trụ sở; và
- iii. Phải là Bệnh viện được đăng ký hợp pháp với cơ quan có thẩm quyền tại địa phương nơi Bệnh viện có trụ sở và tư cách của Bệnh viện phải được thể hiện bằng chữ “Bệnh viện” trên con dấu chính thức của Bệnh viện.
- iv. Bệnh viện không bao gồm những cơ sở sau đây cho dù các cơ sở này hoạt động độc lập hay trực thuộc một Bệnh viện:
 - ◆ Bệnh viện hoặc viện tâm thần; hoặc
 - ◆ Bệnh viện hoặc viện y học dân tộc, vật lý trị liệu và/hoặc phục hồi chức năng; hoặc
 - ◆ Bệnh viện hoặc viện phong; hoặc
 - ◆ Bệnh viện hoặc viện điều dưỡng; hoặc
 - ◆ Nhà bảo sanh, nhà điều dưỡng, nhà an dưỡng hay các cơ sở khác chủ yếu dành cho cho việc chữa trị cho người già, người nghiện rượu, người nghiện ma túy, người nghiện chất kích thích.

2.7. Cần thiết về mặt y khoa:

Là dịch vụ y tế được chỉ định bởi Bác sĩ và đáp ứng các điều kiện sau:

- ▶ Nhằm mục đích khám bệnh, chữa bệnh theo chỉ định của Bác sĩ để điều trị cho bệnh tật hoặc thương tích của Người được bảo hiểm; và
- ▶ Phù hợp với chẩn đoán và điều trị y tế thông thường đối với tình trạng bệnh tật, thương tích của Người được bảo hiểm; và
- ▶ Được thực hiện theo thông lệ y khoa, được chấp thuận rộng rãi trên toàn quốc; và
- ▶ Không nhằm mục đích thử nghiệm, nghiên cứu, phòng ngừa hoặc sàng lọc bệnh.

2.8. Đợt Nằm viện: gồm các lần Nằm viện trong vòng 30 ngày kể từ ngày ra viện của lần Nằm viện liền trước đó, khi điều trị cùng một bệnh/ thương tích hoặc các biến chứng của bệnh/ thương tích.

2.9. Khoa hồi sức tích cực (ICU): là một khoa/ phòng hoặc một bộ phận của Bệnh viện có nhiệm vụ điều trị, chăm sóc tích cực, được trang bị trang thiết bị chuyên biệt để điều trị cho bệnh nhân cần chăm sóc tích cực, đang trong tình trạng nguy kịch hoặc cần hệ thống hỗ trợ sự sống, nơi mà mức độ chăm sóc và giám sát cao hơn đáng kể so với các khoa thông thường thuộc Bệnh viện. Khoa chăm sóc phụ thuộc cao (HDU) không nằm trong phạm vi định nghĩa của Khoa hồi sức tích cực này.

2.10. Khiếm khuyết chức năng thần kinh vĩnh viễn: là tình trạng rối loạn chức năng trong hệ thần kinh tồn tại suốt thời gian sống với các dấu hiệu lâm sàng như tê, liệt, yếu cục bộ, loạn vận ngôn, mất ngôn ngữ, chứng khó nuốt, suy giảm thị lực, khó khăn đi đứng, thiếu phối hợp, run, co giật, sa sút tâm thần, mê sảng, hôn mê.

2.11. Ngày hiệu lực Sản phẩm: Ngày hiệu lực sản phẩm là ngày Người được bảo hiểm được bắt đầu bảo hiểm bởi Sản phẩm bán kèm và được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc Xác nhận thay đổi Hợp đồng (nếu có).

2.12. Ngày tái tục sản phẩm: là Ngày kỷ niệm năm Hợp đồng và là ngày Sản phẩm bán kèm được Công ty chấp nhận tái tục.

2.13. Nằm viện: là việc Người được bảo hiểm được điều trị y tế tại Bệnh viện, đáp ứng điều kiện Cần thiết về mặt y khoa, có làm thủ tục nhập viện, Nằm viện qua 12 giờ đêm và phải trải qua tối thiểu 6 tiếng nội trú tại Bệnh viện.

2.14. Ngày Nằm viện: là 01 (một) ngày mà Người được bảo hiểm điều trị nội trú tại Bệnh viện và thanh toán đầy đủ viện phí, tiền phòng theo quy định của Bệnh viện.

2.15. Người được bảo hiểm: Là cá nhân từ đủ 30 ngày tuổi trở lên đến 70 tuổi vào Ngày Người được bảo hiểm bắt đầu được bảo hiểm theo Sản phẩm bán kèm, có sức khỏe được bảo hiểm, hiện đang cư trú tại Việt Nam tại thời điểm tham gia sản phẩm bảo hiểm và được Công ty chấp nhận bảo hiểm. Tuổi tối đa của Người được bảo hiểm vào Ngày tái tục sản phẩm là 74 tuổi.

2.16. Phẫu thuật: là thủ thuật hoặc can thiệp y tế Cần thiết về mặt y khoa, được thực hiện dưới gây mê toàn thân hoặc gây tê tủy sống bởi Bác sĩ Phẫu thuật có chuyên môn và được cấp phép hành nghề, tại Bệnh viện. Thủ thuật này được thực hiện thông qua các đường rạch tự nhiên trên cơ thể hoặc bằng cách rạch hoặc xuyên qua bất kỳ bộ phận nào của cơ thể nhằm điều trị bệnh lý, dị tật hoặc chấn thương. Các Phẫu thuật sau sẽ không được xem là Phẫu thuật theo định nghĩa này, bao gồm:



- (i) được phục vụ cho mục đích thăm dò, chẩn đoán bệnh; hoặc
- (ii) được thực hiện trong lúc Người được bảo hiểm không Nằm viện; hoặc
- (iii) không được thực hiện trong Phòng Phẫu thuật của Bệnh viện.

2.17. Sản phẩm bán kèm: trong Quy tắc, Điều khoản này, Sản phẩm bán kèm được hiểu là Sản phẩm bảo hiểm Hỗ trợ chi phí Nằm viện và Phẫu thuật.

2.18. Số tiền bảo hiểm: là số tiền được dùng làm cơ sở để xác định quyền lợi bảo hiểm thanh toán theo Sản phẩm bảo hiểm này. Số tiền bảo hiểm do Bên mua bảo hiểm lựa chọn phù hợp với quy định của Công ty và được ghi tại Giấy chứng nhận bảo hiểm và/hoặc tài liệu sửa đổi, bổ sung liên quan gần nhất sau ngày hiệu lực của Sản phẩm bảo hiểm này.

2.19. 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, nhìn thấy được, không chủ động và ngoài ý muốn lên cơ thể của Người được bảo hiểm trong thời gian Hợp đồng đang có hiệu lực. 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 ra tổn thương hoặc tử vong cho Người được bảo hiểm.

2.20. Thời gian chờ: Là khoảng thời gian trong đó sự kiện bảo hiểm, nếu có, sẽ không được bảo hiểm và được xác định theo từng Quyền lợi bảo hiểm. Thời gian chờ được tính từ Ngày Người được bảo hiểm bắt đầu được bảo hiểm theo Sản phẩm bán kèm hoặc Ngày khôi phục hiệu lực của Sản phẩm bán kèm, áp dụng ngày nào đến sau.

Thời gian chờ không áp dụng cho trường hợp Tai nạn. Trong trường hợp một (01) quyền lợi bảo hiểm liên quan đến nhiều Thời gian chờ, Thời gian chờ dài nhất sẽ được áp dụng.

Nếu Sản phẩm bán kèm có hiệu lực tại Ngày hiệu lực hợp đồng/Ngày kỷ niệm năm hợp đồng, Thời gian chờ sẽ không áp dụng khi sản phẩm được tái tục.

Nếu Sản phẩm bán kèm có hiệu lực khác Ngày hiệu lực hợp đồng/Ngày kỷ niệm năm hợp đồng và đến Ngày tái tục sản phẩm mà Thời gian chờ vẫn chưa kết thúc, thì Thời gian chờ sẽ tiếp tục được tính đủ theo quy định.

Thời gian chờ được quy định như sau:

- ▶ Đối với Bệnh đặc biệt theo Phụ lục 2, Bệnh hiểm nghèo theo Phụ lục 3, và Quyền lợi Điều trị ngoại trú ở Khoản 3.3, thời gian chờ là 90 ngày;
- ▶ Đối với các bệnh không thuộc Bệnh đặc biệt, Bệnh hiểm nghèo, thời gian chờ là 30 ngày;

2.21. Thời hạn bảo hiểm: Tối thiểu 02 tháng, tối đa 01 năm và có thể được tái tục theo quy định tại Điều 6.

Điều 3. Quyền lợi bảo hiểm

3.1. Quyền lợi Hỗ trợ chi phí Nằm viện

▶ 3.1.1. Quyền lợi Hỗ trợ chi phí Nằm viện tiêu chuẩn

▶ **3.1.1.1.** Trường hợp Người được bảo hiểm phải Nằm viện không thuộc trường hợp quy định tại Điểm 3.1.2 và Điểm 3.1.3, khi Sản phẩm bán kèm đang có hiệu lực, Công ty chi trả 100% Số tiền bảo hiểm cho mỗi Ngày Nằm viện.

▶ **3.1.1.2.** Trong mọi trường hợp, Tổng số Ngày Nằm viện được chi trả Quyền lợi hỗ trợ chi phí Nằm viện tiêu chuẩn không vượt quá 150 (một trăm năm mươi) ngày trong mỗi Thời hạn bảo hiểm và không vượt quá 1.000 (một nghìn) ngày trong toàn bộ thời gian tham gia Sản phẩm bán kèm.

▶ **3.1.1.3.** Số Ngày Nằm viện tại Bệnh viện được chi trả cho mỗi Đợt Nằm viện đối với từng nhóm bệnh không vượt quá số ngày Nằm viện tối đa được quy định chi trả tại bảng phía dưới:

STT	Nhóm bệnh	Số ngày Nằm viện tối đa được chi trả cho mỗi Đợt Nằm viện
1	Bệnh Lao	30
2	Viêm gan do virus có triệu chứng	15
3	Nhóm bệnh Cơ - Xương - Khớp	14
4	Nhóm bệnh của Mắt	13
5	Nhóm bệnh Hệ Miễn dịch	13
6	Nhóm bệnh Hệ Tim mạch	12
7	Nhóm bệnh u, bướu, nang	11
8	Nhóm bệnh nhiễm trùng khác	11
9	Nhóm bệnh do chấn thương - ngộ độc	10
10	Nhóm bệnh của Tai-Mũi-Họng	10
11	Nhóm bệnh Hệ Thần kinh	10
12	Nhóm bệnh Hệ Hô hấp	10
13	Nhóm bệnh Hệ Tiết niệu - Sinh dục	9
14	Nhóm bệnh Nội tiết - Chuyển hóa	9
15	Nhóm bệnh nhiễm ký sinh trùng	8
16	Nhóm bệnh Hệ Tiêu hóa	8
17	Nhóm bệnh Hệ tạo máu	8
18	Nhóm bệnh của Da	8
19	Sốt cao do nhiễm siêu vi trùng	6

► **3.1.2. Quyền lợi Hỗ trợ chi phí Nằm viện tại Khoa Hồi sức tích cực (ICU):**

► **3.1.2.1.** Trường hợp Người được bảo hiểm phải Nằm viện tại Khoa hồi sức tích cực (ICU), Công ty chi trả 200% Số tiền bảo hiểm cho mỗi Ngày Nằm viện tại Khoa hồi sức tích cực (ICU).

► **3.1.2.2.** Công ty không trả quyền lợi này nếu Ngày Nằm viện tương ứng tại Khoa Hồi sức tích cực (ICU) thuộc thời gian điều trị Bệnh hiểm nghèo được chi trả theo quy định tại Điểm 3.1.3.

► **3.1.2.3.** Trong mọi trường hợp, tổng số Ngày Nằm viện được chi trả Quyền lợi Hỗ trợ chi phí Nằm viện tại ICU không vượt quá 50 (năm mươi) ngày trong mỗi Thời hạn bảo hiểm và không vượt quá 500 (năm trăm) ngày trong toàn bộ thời gian tham gia Sản phẩm bán kèm.

► **3.1.3. Quyền lợi Hỗ trợ chi phí Nằm viện điều trị Bệnh hiểm nghèo:**

► **3.1.3.1.** Trường hợp Người được bảo hiểm phải Nằm viện với mục đích điều trị Bệnh hiểm nghèo quy định tại Phụ lục 3 - Bệnh hiểm nghèo, Công ty sẽ chi trả 300% Số tiền bảo hiểm cho mỗi Ngày Nằm viện.

▶ **3.1.3.2.** Trong mọi trường hợp, tổng số Ngày Nằm viện được chi trả Quyền lợi Hỗ trợ chi phí Nằm viện điều trị Bệnh hiểm nghèo không vượt quá 25 (hai mươi lăm) ngày trong mỗi Thời hạn bảo hiểm và không vượt quá 100 (một trăm) ngày trong toàn bộ thời gian tham gia Sản phẩm bán kèm.

▶ **3.1.4. Thứ tự Quyền lợi ưu tiên chi trả**

Trường hợp Người được bảo hiểm thỏa mãn đồng thời nhiều Quyền lợi thuộc Quyền lợi Hỗ trợ chi phí Nằm viện, việc chi trả sẽ ưu tiên theo thứ tự sau:

Ưu tiên 01	Hỗ trợ chi phí Nằm viện điều trị Bệnh hiểm nghèo
Ưu tiên 02	Hỗ trợ chi phí Nằm viện tại Khoa Hồi sức tích cực (ICU)
Ưu tiên 03	Hỗ trợ chi phí Nằm viện tiêu chuẩn

3.2. Quyền lợi Hỗ trợ chi phí Phẫu thuật

▶ **3.2.1.** Công ty sẽ chi trả Quyền lợi Hỗ trợ chi phí Phẫu thuật trong trường hợp Người được bảo hiểm thực hiện Phẫu thuật khi Nằm viện tại Bệnh viện do bệnh và/hoặc tổn thương, đồng thời thỏa mãn các điều kiện sau:

- ▶ Phẫu thuật được thực hiện khi Người được bảo hiểm Nằm viện;
- ▶ Ngày Nằm viện để thực hiện Phẫu thuật này được chấp nhận chi trả Quyền lợi Hỗ trợ chi phí Nằm viện;
- ▶ Phẫu thuật được thực hiện tại Bệnh viện;
- ▶ Mức chi trả và danh sách Phẫu thuật được quy định tại Phụ lục 1 - Bảng số tiền chi trả cho Quyền lợi hỗ trợ chi phí Phẫu thuật.

▶ **3.2.2.** Giới hạn của Quyền lợi Hỗ trợ chi phí Phẫu thuật:

Quyền lợi Hỗ trợ chi phí Phẫu thuật được chi trả tối đa 5 lần trong mỗi Thời hạn bảo hiểm, và tối đa 20 lần cho Quyền lợi Hỗ trợ chi phí Phẫu thuật trong toàn bộ thời gian tham gia Sản phẩm bán kèm. Trong đó:

- ▶ Trong cùng một ca Phẫu thuật, nếu có hơn một Phẫu thuật được thực hiện qua cùng một đường rạch hoặc qua những đường rạch khác nhau, Công ty sẽ chi trả cho Phẫu thuật có số tiền chi trả cao nhất;
- ▶ Trường hợp Người được bảo hiểm phải trải qua nhiều Phẫu thuật do cùng một bệnh lý hay bệnh lý tái phát trong vòng 60 ngày kể từ ngày Phẫu thuật lần gần nhất trước đó, Công ty sẽ chỉ chi trả 01 lần Quyền lợi Hỗ trợ chi phí Phẫu thuật cho Phẫu thuật có số tiền chi trả cao nhất thỏa mãn quy định.
- ▶ Phẫu thuật xảy ra sau 60 ngày kể từ ngày Phẫu thuật lần gần nhất trước đó và/hoặc Phẫu thuật không do cùng một bệnh lý với Phẫu thuật lần gần nhất trước đó được coi là một Phẫu thuật độc lập và được tính là một lần chi trả Quyền lợi Hỗ trợ chi phí Phẫu thuật.

3.3. Quyền lợi Điều trị ngoại trú:

▶ **3.3.1.** Trường hợp Người được bảo hiểm điều trị ngoại trú, Công ty chi trả theo chi phí y tế thực tế cho Quyền lợi Điều trị ngoại trú và không vượt quá 40% Số tiền bảo hiểm cho mỗi Thời hạn bảo hiểm của Sản phẩm bán kèm.

▶ **3.3.2.** Quy định chi trả:

- ▶ Quyền lợi Điều trị ngoại trú có hiệu lực sau 90 ngày kể từ Ngày Người được bảo hiểm bắt đầu được bảo hiểm theo Sản phẩm bán kèm và/hoặc Ngày khôi phục hiệu lực của Sản phẩm bán kèm, tùy ngày nào đến sau;
- ▶ Giới hạn bảo hiểm năm của quyền lợi Điều trị ngoại trú nếu không dùng hết sẽ không được cộng

dồn sang năm tiếp theo;

► Danh mục chi trả gồm có:

- Khám sức khỏe tổng quát (bao gồm: Khám lâm sàng tổng quát, Xét nghiệm máu, Xét nghiệm mỡ máu, Xét nghiệm chức năng thận, Xét nghiệm chức năng gan, Xét nghiệm nước tiểu, Tầm soát ung thư, Chụp X-quang, Điện tâm đồ (ECG)), khám chuyên khoa, tái khám, tư vấn y khoa;
- Xét nghiệm nội tiết tố, sinh hóa, PCR...;
- Siêu âm, chụp cộng hưởng từ MRI, chụp cắt lớp vi tính (CT scan);
- Thuốc kê đơn, vitamin, thuốc bổ, dụng cụ thiết bị y tế;
- Vật lý trị liệu, phục hồi chức năng;
- Chăm sóc nha khoa cơ bản: cạo vôi răng, khám và điều trị nha khoa;
- Chăm sóc nhãn khoa: khám mắt, kiểm tra thị lực, kính thuốc.

Điều 4. Hạn mức chi trả của tổng các Quyền lợi bảo hiểm

Sản phẩm sẽ chấm dứt hiệu lực và sẽ không được chấp thuận tái tục vào Ngày tái tục sản phẩm tiếp theo khi đồng thời phát sinh tất cả các trường hợp sau:

4.1. Tổng số Ngày Nằm viện được chi trả Quyền lợi Hỗ trợ chi phí Nằm viện tiêu chuẩn được chi trả bằng 1.000 (một nghìn) ngày trong toàn bộ thời gian tham gia Sản phẩm bán kèm;

4.2. Tổng số Ngày Nằm viện được chi trả Quyền lợi Hỗ trợ chi phí Nằm viện tại ICU được chi trả bằng 500 (năm trăm) ngày trong toàn bộ thời gian tham gia Sản phẩm bán kèm;

4.3. Tổng số Ngày Nằm viện được chi trả Quyền lợi Hỗ trợ chi phí Nằm viện điều trị Bệnh hiểm nghèo bằng 100 (một trăm) ngày trong toàn bộ thời gian tham gia Sản phẩm bán kèm;

4.4. Quyền lợi Hỗ trợ chi phí Phẫu thuật được chi trả đạt 20 lần cho Quyền lợi Hỗ trợ chi phí Phẫu thuật trong toàn bộ thời gian tham gia Sản phẩm bán kèm.

Điều 5. Loại trừ bảo hiểm

Công ty sẽ không chi trả Quyền lợi Hỗ trợ chi phí Nằm viện và Quyền lợi Hỗ trợ chi phí Phẫu thuật của Sản phẩm bán kèm nếu Người được bảo hiểm Nằm viện phát sinh từ, và/ hoặc là hậu quả của các trường hợp sau đây:

- a) Bất kỳ bệnh lý hoặc tổn thương nào không do Tai nạn mà phát sinh trước hoặc trong Thời gian chờ được tính từ Ngày có hiệu lực của Sản phẩm bán kèm hoặc Ngày khôi phục hiệu lực của Sản phẩm bán kèm, tùy theo thời điểm nào đến sau; hoặc
- b) Bệnh có sẵn, ngoại trừ các trường hợp đã kê khai và được Công ty chấp nhận bảo hiểm; hoặc
- c) Bệnh bẩm sinh; hoặc
- d) Việc điều trị y tế không đáp ứng quy định về Cần thiết về mặt y khoa; hoặc
- e) Người được bảo hiểm có một trong các hành vi vi phạm pháp luật sau (theo kết luận của cơ quan nhà nước có thẩm quyền): trộm cắp tài sản, cướp tài sản/cướp giật tài sản, cố ý gây thương tích/ gây tổn hại sức khỏe cho người khác, đua xe trái phép, đánh nhau (ngoại trừ phòng vệ chính đáng), chống người thi hành công vụ, điều khiển Phương tiện tham gia giao thông đi vào đường cấm/ đi vào đường ngược chiều/ chạy quá tốc độ quy định/ lùi

xe trái quy định/ không chấp hành hiệu lệnh của đèn tín hiệu giao thông/ không chấp hành hiệu lệnh của người điều khiển giao thông, trừ trường hợp hành vi đó nhằm cố gắng cứu sống tính mạng con người; hoặc

f) Sử dụng thuốc, bất kỳ loại chất gây nghiện, ma túy, chất độc, thuốc kích thích trái pháp luật và/hoặc không theo chỉ định của Bác sĩ; hoặc

g) Người được bảo hiểm điều khiển phương tiện tham gia giao thông mà trong máu hoặc hơi thở có nồng độ cồn vượt quá trị số bình thường theo quy định có hiệu lực của Bộ Y tế (hoặc văn bản thay thế, sửa đổi, bổ sung) tại thời điểm xảy ra Sự kiện bảo hiểm; hoặc

h) Nhiễm HIV hoặc các bệnh có liên quan đến HIV/AIDS, ngoại trừ trường hợp nhiễm HIV/AIDS trong khi đang thực hiện nhiệm vụ tại nơi làm việc như là một nhân viên y tế hoặc công an, cảnh sát; hoặc

i) Tham gia vào các hoạt động nguy hiểm, bao gồm: huấn luyện hoặc diễn tập quân sự bởi lực lượng vũ trang; lặn biển có bình khí, các môn thể thao chuyên nghiệp, thể thao trên không, nhảy dù, leo núi, đua ngựa, đua mô tô hoặc bất kỳ hình thức đua nào, quyền anh, săn bắn; hoặc

j) Lên, xuống, vận hành, phục vụ, hoặc đang được chở trên các thiết bị/phương tiện vận chuyển hàng không, trừ khi với tư cách là hành khách có mua vé trên chuyến bay thương mại được cấp phép theo lịch trình thường xuyên và trên những tuyến bay đã được xác lập; hoặc

k) Người được bảo hiểm tham gia bạo loạn, nổi dậy, biểu tình hoặc đình công bất hợp pháp, khủng bố; hoặc

l) Hành vi phạm tội (theo kết luận của cơ quan nhà nước có thẩm quyền) của Bên mua bảo hiểm và/ hoặc Người được bảo hiểm và/ hoặc Người thụ hưởng gây ra cho Người được bảo hiểm; hoặc

m) Phẫu thuật thẩm mỹ, cắt bao quy đầu, khám mắt, đo/cắt kính mắt, điều trị tật khúc xạ, sử dụng hoặc cấy ghép các thiết bị hỗ trợ nhân tạo như chân tay giả, máy trợ thính, máy điều hòa nhịp tim và các thiết bị tương tự; hoặc

n) Điều trị nha khoa hoặc Phẫu thuật nha khoa trừ trường hợp do Tai nạn xảy ra trong Thời hạn bảo hiểm gây ảnh hưởng đến chức năng phát âm tự nhiên; hoặc

o) Dịch vụ điều dưỡng cá nhân, điều trị tâm thần, điều trị tại viện điều dưỡng hoặc các bệnh viện phục hồi chức năng; các rối loạn tâm lý, bệnh do vi phạm pháp luật, nghiện ngập, triệt sản, bệnh hoa liễu và các bệnh truyền nhiễm có yêu cầu cách ly theo quy định của pháp luật; hoặc

p) Biến chứng thai sản, sinh đẻ, sẩy thai, phá thai, Phẫu thuật hoặc chăm sóc trước sinh (không bao gồm các trường hợp do Tai nạn), chăm sóc sau sinh, Phẫu thuật nhỏ liên quan đến kế hoạch hóa gia đình hoặc điều trị vô sinh, rối loạn cương dương, xét nghiệm và điều trị liên quan đến hiếm muộn hoặc triệt sản; hoặc

q) Kiểm tra chuyên sâu và điều trị chứng ngáy, rối loạn giấc ngủ, điều trị thay thế hormone, các phương pháp điều trị thay thế như châm cứu, bấm huyệt, nắn xương, thảo dược, massage trị liệu, trị liệu bằng tinh dầu hoặc các phương pháp điều trị khác không chính thống; hoặc

r) Nằm viện và/hoặc Phẫu thuật tại các Bệnh viện không thỏa định nghĩa Bệnh viện hoặc nằm trong Danh sách Bệnh viện không chi trả quyền lợi bảo hiểm; hoặc

s) Người được bảo hiểm cố ý tự gây thương tích, tự gây Tai nạn cho bản thân bất kể vì lý do tâm thần hay không.

Điều 6. Quy định về tái tục Sản phẩm bán kèm

6.1. Tái tục Sản phẩm

▶ **6.1.1.** Trong vòng 45 ngày trước ngày kết thúc Thời hạn bảo hiểm, Công ty sẽ thông báo về việc tái tục Sản phẩm bán kèm và các hạn mức chi trả còn lại của các quyền lợi theo quy định tại Khoản 6.2 đến BMBH. Sản phẩm bán kèm sẽ được tái tục nếu thỏa mãn tất cả các điều kiện sau:

- a. Hợp đồng bảo hiểm và Sản phẩm bán kèm phải có hiệu lực đến thời điểm tái tục; hoặc trong trường hợp Sản phẩm bán kèm được phát hành dưới hình thức độc lập thì Hợp đồng bảo hiểm của Sản phẩm bán kèm phải có hiệu lực đến thời điểm tái tục;
- b. BMBH không có thông báo về việc từ chối tái tục Sản phẩm bán kèm;
- c. Người được bảo hiểm vẫn còn đáp ứng các điều kiện được bảo hiểm của Sản phẩm bán kèm, bao gồm tuổi, lịch sử bồi thường, nghề nghiệp và nơi cư trú;
- d. Phí bảo hiểm tái tục của Sản phẩm bán kèm được đóng đủ vào ngày đến hạn đóng phí tái tục hoặc trong vòng 60 ngày kể từ ngày đến hạn đóng phí tái tục;
- e. Sản phẩm bán kèm vẫn đang được Công ty triển khai tại thời điểm tái tục;
- f. Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, và/hoặc Người nhận quyền lợi bảo hiểm không có hành vi gian lận bảo hiểm.

▶ **6.1.2.** BMBH có thể lựa chọn một trong hai phương án sau:

- a. Lựa chọn tái tục Sản phẩm bán kèm: Trường hợp Phí bảo hiểm của Sản phẩm bán kèm được đóng theo quy định tại Điểm d Khoản 6.1.1, được hiểu là Bên mua bảo hiểm lựa chọn tái tục Sản phẩm bán kèm, Sản phẩm bán kèm sẽ được tái tục tại Ngày tái tục sản phẩm.
 - b. Lựa chọn không tái tục Sản phẩm bán kèm: Trường hợp Phí bảo hiểm của Sản phẩm bán kèm không được đóng theo quy định tại Điểm d Khoản 6.1.1, được hiểu là Bên mua bảo hiểm lựa chọn không tái tục Sản phẩm bán kèm, Sản phẩm bán kèm sẽ chấm dứt hiệu lực kể từ sau Ngày kết thúc Thời hạn bảo hiểm.
- Ngoài ra, BMBH cũng có thể gửi thông báo về việc từ chối tái tục Sản phẩm bán kèm này trước thời điểm tái tục.

▶ **6.1.3.** Trường hợp tái tục Sản phẩm bán kèm, Thời hạn bảo hiểm bằng 1 năm.

▶ **6.1.4.** Trong trường hợp Sản phẩm bán kèm không được tái tục do không thỏa mãn điều kiện tại Điểm c và e trong Khoản 6.1.1, Công ty sẽ thông báo trước 45 (bốn mươi lăm) ngày so với ngày kết thúc Thời hạn bảo hiểm bằng văn bản cho Bên mua bảo hiểm. Khi đó, Sản phẩm bán kèm sẽ chấm dứt hiệu lực.

6.2. Thông báo về hạn mức chi trả quyền lợi khi tái tục

Trước thời điểm tái tục sản phẩm theo quy định tại Khoản 6.1, Công ty sẽ thông báo cho Bên mua bảo hiểm về hạn mức chi trả quyền lợi còn lại trong các trường hợp:

▶ **6.2.1.** Khi tổng số Ngày Nằm viện chi trả cho quyền lợi Hỗ trợ chi phí Nằm viện tiêu chuẩn đạt từ 851 Ngày Nằm viện; hoặc

▶ **6.2.2.** Khi tổng số Ngày Nằm viện chi trả cho quyền lợi Hỗ trợ chi phí Nằm viện tại Khoa Hồi sức tích cực (ICU) đạt từ 451 Ngày Nằm viện; hoặc

▶ **6.2.3.** Khi tổng số Ngày Nằm viện chi trả cho quyền lợi Hỗ trợ chi phí Nằm viện điều trị Bệnh hiểm nghèo đạt từ 76 Ngày Nằm viện; hoặc

▶ **6.2.4.** Khi tổng số lần chi trả cho quyền lợi Hỗ trợ chi phí Phẫu thuật đạt từ 16 lần.

Điều 7. Quy định về đóng Phí bảo hiểm Sản phẩm bán kèm

7.1. Quy định chung

▶ **7.1.1.** Định kỳ đóng phí bảo hiểm của Sản phẩm bán kèm trùng với Định kỳ đóng phí của Hợp đồng. Quy định này cũng được áp dụng trong trường hợp có sự thay đổi về Định kỳ đóng phí của Hợp đồng.

▶ **7.1.2.** Thời hạn đóng phí của Sản phẩm bán kèm bằng Thời hạn bảo hiểm của Sản phẩm bán kèm.

▶ **7.1.3.** Với sự chấp thuận của Bộ Tài chính, Công ty có thể điều chỉnh mức phí bảo hiểm của Sản phẩm bán kèm. Công ty sẽ thông báo bằng văn bản cho Bên mua bảo hiểm trước thời điểm áp dụng ít nhất 03 (ba) tháng.

7.2. Quy định về đóng Phí bảo hiểm định kỳ

▶ **7.2.1.** Thời gian gia hạn đóng phí của Sản phẩm bán kèm:

a. Thời gian gia hạn đóng phí bảo hiểm là 60 ngày kể từ Ngày đến hạn đóng phí khi Bên mua bảo hiểm không đóng đủ Phí bảo hiểm Sản phẩm bán kèm theo định kỳ đến hạn.

b. Trong Thời gian gia hạn đóng phí bảo hiểm, Sản phẩm bán kèm vẫn có hiệu lực. Nếu Sự kiện bảo hiểm xảy ra trong Thời gian gia hạn đóng phí và được Công ty chấp thuận chi trả, Quyền lợi bảo hiểm sẽ được chi trả sau khi Phí bảo hiểm của Sản phẩm bán kèm đến hạn được đóng đầy đủ.

▶ **7.2.2.** Sau thời gian gia hạn đóng phí, nếu Bên mua bảo hiểm vẫn không đóng đủ phí bảo hiểm Sản phẩm bán kèm đến hạn, Sản phẩm bán kèm sẽ bị đơn phương chấm dứt thực hiện kể từ ngày liền trước ngày bắt đầu Thời gian gia hạn đóng phí, trừ trường hợp Sản phẩm bán kèm đang được miễn đóng phí theo quy định tại Quy tắc, Điều khoản của một Sản phẩm bảo hiểm khác.

7.3. Quy định về đóng Phí bảo hiểm khi tái tục Sản phẩm

▶ **7.3.1.** Trong trường hợp Phí bảo hiểm của Sản phẩm bán kèm này có sự thay đổi khi tái tục, Công ty sẽ thông báo mức phí mới cho Bên mua bảo hiểm trước thời điểm tái tục. Bằng việc đóng phí theo mức phí bảo hiểm mới, Bên mua bảo hiểm được coi là đã đồng ý với mức phí bảo hiểm mới này.

▶ **7.3.2.** Để được tái tục Sản phẩm theo quy định tại Điều 6, Bên mua bảo hiểm cần đóng Phí bảo hiểm tái tục chậm nhất vào ngày thứ 60 kể từ Ngày đến hạn đóng phí tái tục. Nếu Sự kiện bảo hiểm xảy ra trong thời gian 60 ngày kể từ Ngày đến hạn đóng phí tái tục của Sản phẩm bán kèm, Công ty sẽ xem xét chi trả Quyền lợi bảo hiểm sau khi Bên mua bảo hiểm hoàn tất việc đóng phí bảo hiểm.

Điều 8. Khôi phục hiệu lực Sản phẩm bán kèm

Trong trường hợp Sản phẩm bán kèm bị chấm dứt thực hiện đồng thời với Hợp đồng do Bên mua bảo hiểm không đóng phí, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu khôi phục hiệu lực của Sản phẩm bán kèm cùng lúc với yêu cầu khôi phục hiệu lực của Hợp đồng và phải đáp ứng đầy đủ điều kiện theo quy định thẩm định của Công ty để được chấp nhận khôi phục hiệu lực Sản phẩm bán kèm.

Phí bảo hiểm cần thiết của Sản phẩm bán kèm cần đóng để khôi phục hiệu lực Sản phẩm bán kèm là khoản phí bảo hiểm của Sản phẩm bán kèm tính từ Ngày khôi phục hiệu lực của Sản phẩm bán kèm đến Ngày đến hạn đóng phí liền ngay sau Ngày khôi phục hiệu lực đó.

Điều 9. Điều chỉnh Sản phẩm bán kèm

9.1. Điều chỉnh Số tiền bảo hiểm

▶ **9.1.1.** Trong thời gian Sản phẩm bán kèm có hiệu lực, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu điều chỉnh Số tiền bảo hiểm theo quy định của Công ty bằng cách gửi văn bản yêu cầu đến Công ty.

▶ **9.1.2.** Trường hợp được Công ty chấp nhận, Ngày hiệu lực của việc điều chỉnh Số tiền bảo hiểm sẽ được thể hiện trên Xác nhận thay đổi Hợp đồng. Phí bảo hiểm của Sản phẩm bán kèm sẽ được điều chỉnh tương ứng với thay đổi mới kể từ Ngày hiệu lực của việc thay đổi.

▶ **9.1.3.** Đối với yêu cầu tăng Số tiền bảo hiểm, Công ty có thể yêu cầu thẩm định sức khỏe đối với Người được bảo hiểm.

9.2. Nhầm lẫn Tuổi và/hoặc giới tính của Người được bảo hiểm

▶ **9.2.1.** Trường hợp theo Tuổi và/hoặc giới tính đúng, Người được bảo hiểm vẫn thuộc nhóm tuổi được bảo hiểm theo Quy tắc, Điều khoản này thì Phí bảo hiểm và/hoặc Số tiền bảo hiểm sẽ được điều chỉnh tương ứng với Tuổi và/hoặc giới tính đúng.

▶ **9.2.2.** Trường hợp theo Tuổi và/hoặc giới tính đúng, Người được bảo hiểm không thuộc nhóm tuổi được bảo hiểm theo Quy tắc, Điều khoản này thì Sản phẩm bán kèm sẽ bị hủy bỏ và Công ty sẽ hoàn trả cho Bên mua bảo hiểm toàn bộ Phí bảo hiểm đã đóng của Sản phẩm bán kèm (không có lãi) trừ đi Quyền lợi bảo hiểm đã chi trả (nếu có).

Trường hợp tổng Quyền lợi bảo hiểm đã chi trả (nếu có) lớn hơn tổng Phí bảo hiểm đã đóng của Sản phẩm bán kèm (không có lãi), Công ty có quyền yêu cầu Bên mua bảo hiểm hoàn trả khoản chênh lệch này.

Điều 10. Giải quyết Quyền lợi bảo hiểm

10.1. Hồ sơ yêu cầu giải quyết Quyền lợi bảo hiểm bao gồm:

▶ **10.1.1.** Các giấy tờ yêu cầu chung:

a) Đơn yêu cầu giải quyết Quyền lợi bảo hiểm; và

b) Bản sao giấy tờ tùy thân hợp pháp của người nhận quyền lợi bảo hiểm (Căn cước công dân, Hộ chiếu...); và

c) Giấy tờ hợp pháp chứng minh quyền được nhận quyền lợi bảo hiểm (bản chính hoặc bản sao được chứng thực tùy từng trường hợp).

► **10.1.2.** Chứng từ y tế, bao gồm:



- a) Phiếu khám, kết quả khám, sổ khám bệnh, kết quả xét nghiệm, chẩn đoán theo chỉ định của Bác sĩ; Toa thuốc; và Hóa đơn y tế (nếu Điều trị ngoại trú); và
- b) Giấy ra viện, tóm tắt hồ sơ bệnh án có đầy đủ thông tin chẩn đoán và chỉ định điều trị (nếu Nằm viện); và
- c) Giấy chứng nhận phẫu thuật (nếu Phương pháp điều trị là Phẫu thuật); và
- d) Các chứng từ y tế khác (nếu có).

► **10.1.3.** Giấy ủy quyền đồng ý Công ty thu thập thông tin hoặc văn bản khác có giá trị tương đương (theo mẫu của Công ty).

► **10.1.4.** Trường hợp Tai nạn, cần cung cấp thêm các chứng từ sau:



- a) Trường hợp Tai nạn được cơ quan có thẩm quyền xác minh, điều tra: Biên bản tai nạn, biên bản khám nghiệm hiện trường, báo cáo kết quả điều tra, biên bản giám định pháp y được cơ quan có thẩm quyền cấp; hoặc
- b) Trường hợp Tai nạn sinh hoạt hoặc Tai nạn không được cơ quan có thẩm quyền xác minh, điều tra: Bản tường trình chi tiết tình huống Tai nạn có xác nhận của chính quyền địa phương nơi xảy ra Sự kiện bảo hiểm.

10.2. Trong tất cả các trường hợp, Công ty có quyền yêu cầu người yêu cầu giải quyết quyền lợi cung cấp thêm các giấy tờ hoặc bằng chứng bổ sung liên quan tới sự kiện bảo hiểm nhằm tạo điều kiện cho Công ty hoàn tất quá trình thẩm định giải quyết Quyền lợi bảo hiểm và chi trả đúng phạm vi bảo hiểm theo Quy tắc, Điều khoản Sản phẩm bán kèm.

10.3. Đối với trường hợp sự kiện bảo hiểm xảy ra tại nước ngoài hoặc điều trị tại nước ngoài và các chứng từ nêu ở các mục trên không được lập bằng Tiếng Việt hoặc Tiếng Anh, các chứng từ này cần dịch công chứng sang Tiếng Việt theo quy định pháp luật. Chi phí cho việc cung cấp các chứng từ này sẽ do Bên mua bảo hiểm hoặc Người nhận quyền lợi bảo hiểm chịu trách nhiệm.

10.4. Các chi phí để thu thập và cung cấp các tài liệu, bằng chứng theo quy định tại Điều này do người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm chi trả.

Điều 11. Chấm dứt hiệu lực Sản phẩm bán kèm

11.1. Sản phẩm bán kèm sẽ chấm dứt trong bất kỳ trường hợp nào dưới đây, tùy trường hợp nào đến trước:



- a) Hợp đồng chấm dứt hiệu lực theo Quy định chung của Hợp đồng tại Quy tắc, Điều khoản Sản phẩm chính;
- b) Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt Sản phẩm bán kèm trước hạn;
- c) Kết thúc Thời hạn bảo hiểm của Sản phẩm bán kèm và Sản phẩm bán kèm không được tái tục;
- d) Sản phẩm bán kèm chấm dứt do Bên mua bảo hiểm không đồng ý với việc điều chỉnh Phí bảo hiểm, Số tiền bảo hiểm cho thời gian còn lại của Sản phẩm bán kèm trong trường

hợp nhằm lẫn Tuổi và/ hoặc giới tính theo quy định tại Điểm 9.2.1;

e) Sản phẩm bán kèm chấm dứt do Bên mua bảo hiểm không đồng ý với việc điều chỉnh Phí bảo hiểm trong trường hợp quy định tại Điểm 7.1.3;

f) Sản phẩm bán kèm chấm dứt dựa trên kết quả thẩm định khi Người được bảo hiểm thay đổi nghề nghiệp/tính chất công việc, và/hoặc thay đổi nơi cư trú ra khỏi lãnh thổ Việt Nam;

g) Người được bảo hiểm tử vong;

h) Sản phẩm bán kèm bị đơn phương chấm dứt thực hiện theo quy định tại Điểm 7.2.2.

i) Sản phẩm bán kèm chấm dứt hiệu lực theo quy định tại Điều 4.

11.2. Công ty sẽ hoàn trả khoản Phí bảo hiểm đã đóng cho thời gian còn lại của Sản phẩm bán kèm chấm dứt trong trường hợp:

a) Sản phẩm bán kèm chấm dứt theo quy định tại các mục d, f Khoản 11.1; hoặc

b) Hợp đồng chấm dứt hiệu lực do không có Bên mua bảo hiểm mới Kế thừa thực hiện Hợp đồng theo Quy định chung của Hợp đồng tại Quy tắc, Điều khoản Sản phẩm chính; hoặc

c) Hợp đồng đơn phương chấm dứt thực hiện theo Quy định chung của Hợp đồng tại Quy tắc, Điều khoản Sản phẩm chính.



PHỤ LỤC

PHỤ LỤC 1: BẢNG SỐ TIỀN CHI TRẢ CHO QUYỀN LỢI HỖ TRỢ CHI PHÍ PHẪU THUẬT

STT	Phẫu thuật	Số tiền chi trả (% Số tiền bảo hiểm)
I	Ổ BỤNG	
1	Phẫu thuật cắt ruột thừa	500%
2	Phẫu thuật nối vị tràng	1000%
3	Phẫu thuật cắt bỏ túi mật hoặc Phẫu thuật khác trên túi mật	1000%
4	Phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ trực tràng	2000%
5	Phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ dạ dày kèm một phần thực quản và nối thông thực quản - ruột non	2000%
6	Phẫu thuật cắt bỏ tụy	2000%
7	Phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ dạ dày	2000%
II	CẮT CỤT	
1	Phẫu thuật cắt cụt đùi, cẳng chân	1000%
2	Phẫu thuật cắt cụt cánh tay, cẳng tay, toàn bộ bàn tay hoặc toàn bộ bàn chân	500%
3	Phẫu thuật cắt cụt các ngón tay hoặc các ngón chân	500%
III	ĐỘNG MẠCH VÀ TÍNH MẠCH	
1	Phẫu thuật động mạch chậu	2000%
2	Phẫu thuật nối thông tĩnh mạch cửa – chủ	2000%
3	Phẫu thuật nối thông tĩnh mạch lách – thận	2000%
IV	ĐƯỜNG MẬT	
1	Phẫu thuật nối thông ống gan – tá tràng	2000%
2	Phẫu thuật cắt bỏ từ một thùy gan trở lên	2000%

V	XƯƠNG HOẶC KHỚP	
1	Trật khớp/ gãy xương của:	
1.1	- Khớp háng, đốt sống, khớp cổ chân, khớp khuỷu tay, khớp gối (bao gồm xương bánh chè)	500%
1.2	- Khớp vai, khớp cổ tay	500%
3	Xương hàm dưới	500%
4	Điều trị trật khớp bằng Phẫu thuật mở	500%
5	Tháo khớp hoặc đóng cứng khớp bằng Phẫu thuật đối với:	
5.1	- Khớp háng, khớp vai, cột sống	1000%
5.2	- Khớp gối, khớp khuỷu tay, khớp cổ tay, khớp cổ chân	500%
6	Cắt bỏ phần xương bệnh lý bao gồm cả nạo xương (trừ nạo ổ răng)	500%
VI	GÃY XƯƠNG:	
1	Xương đùi, đốt sống, xương chậu (trừ xương cụt)	1000%
2	Cẳng chân, cánh tay, mắt cá chân, xương bánh chè	500%
3	Xương đòn, bả vai, cẳng tay, khớp cổ tay, xương sọ, xương hàm dưới (trừ ổ răng)	500%
4	Ngón tay, ngón chân.	500%
5	Xương bàn chân, xương bàn tay, xương mũi, từ 2 xương sườn trở lên, xương ức	500%
6	Cắt mở vào khớp, trừ thủ thuật chọc hút khớp	500%
7	Phẫu thuật nội soi khớp	500%
VII	TUYẾN VÚ	
1	Cắt bỏ u hoặc nang lành tính	500%
2	Cắt bỏ một hoặc cả hai vú	
2.1	- Cắt bỏ tuyến vú	1000%
2.2	- Cắt bỏ tuyến vú triệt để (cắt bỏ toàn bộ vú, các hạch dưới nách và mô lót quanh cơ ngực)	1000%
VIII	NGỰC	
1	Phẫu thuật tạo hình lồng ngực hoàn chỉnh	1000%
2	Phẫu thuật cắt bỏ phổi hoặc một phần phổi	1000%
3	Phẫu thuật vào khoang ngực để chẩn đoán hoặc điều trị các cơ quan bên trong (trừ chọc hút)	500%

4	Nội soi phế quản, nội soi thực quản	500%
5	Bơm khí màng phổi	500%
IX	TAI	
1	Nạo xương chũm - đơn thuần hoặc tiết căn	1000%
2	Phẫu thuật mở cửa sổ tai giữa	1000%
3	Phẫu thuật tạo hình hòm nhĩ	1000%
4	Cắt bỏ mê đạo tai	1000%
5	Cắt U dây thần kinh thính giác	2000%
6	Cấy ghép ốc tai	2000%
X	MẮT	
1	Bong võng mạc	
1.1	- điều trị bằng Phẫu thuật	1000%
1.2	- điều trị bằng laser	1000%
2	Phẫu thuật lấy bỏ thể thủy tinh hoặc Phẫu thuật điều trị tăng nhãn áp, một bên mắt	500%
3	Phẫu thuật khoét bỏ nhãn cầu, một bên mắt	500%
4	Phẫu thuật nội nhãn khác (xuyên qua giác mạc hoặc củng mạc) hoặc Phẫu thuật trên cơ mắt	500%
XI	ĐƯỜNG TIẾT NIỆU - SINH DỤC	
1	Phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ hoặc một phần thận	1000%
2	Phẫu thuật cố định thận	1000%
3	Phẫu thuật cắt bỏ các khối u thận hoặc Phẫu thuật lấy sỏi thận, sỏi niệu quản hoặc sỏi bàng quang	
3.1	- bằng Phẫu thuật mở	1000%
3.2	- bằng đốt điện hoặc nội soi	500%
4	Phẫu thuật cắt bỏ tuyến tiền liệt	
4.1	- bằng Phẫu thuật mở	1000%
4.2	- bằng Phẫu thuật nội soi	1000%
5	Phẫu thuật điều trị thoát vị bàng quang, tràn dịch tinh mạc, cắt bỏ tinh hoàn, cắt bỏ mào tinh hoàn	
5.1	- một bên	500%
5.2	- cả hai bên	500%

6	Phẫu thuật cắt bỏ tử cung bán phần hoặc toàn phần	1000%
7	Phẫu thuật qua đường bụng điều trị bệnh lý khác trên tử cung hoặc phần phụ	1000%
8	Khoét chóp cổ tử cung, cắt polyp hoặc bất kỳ sự kết hợp nào của những biện pháp này	500%
9	Phẫu thuật cắt bao quy đầu	500%
10	Phẫu thuật cắt bỏ cổ tử cung	500%
11	Phẫu thuật tạo hình âm đạo do sa bàng quang hoặc sa trực tràng	1000%
12	Phẫu thuật cắt bỏ bàng quang	
12.1	- một phần	1000%
12.2	- toàn bộ	2000%
13	Phẫu thuật ghép niệu quản	2000%
XII	TUYẾN GIÁP	
1	Cắt bỏ tuyến giáp, hoàn toàn hoặc gần hoàn toàn	1000%
2	Cắt bỏ một phần tuyến giáp hoặc cắt u tuyến giáp lành tính	500%
XIII	THOÁT VỊ	
1	Khâu phục hồi thoát vị cho	
1.1	- Một thoát vị	500%
1.2	- Từ hai thoát vị trở lên	1000%
XIV	DÂY CHẰNG VÀ GÂN	
1	Phẫu thuật cắt hoặc cấy ghép:	
1.1	- một dây chằng hoặc gân	500%
1.2	- nhiều dây chằng hoặc gân	1000%
2	Phẫu thuật khâu nối gân	
2.1	- một gân	500%
2.2	- nhiều gân	500%
XV	MŨI	
1	Xén vách ngăn mũi dưới niêm mạc	500%
2	Phẫu thuật cắt vào xoang (trừ chọc hút xoang) / Phẫu thuật nội soi xoang	500%
3	Chọc hút xoang	500%
4	Cắt bỏ xương sụn	500%

XVI	MIỆNG VÀ HỌNG	
1	Cắt amidan, nạo VA, hoặc cả hai	500%
2	Cắt bỏ lưỡi:	
2.1	- toàn bộ	1000%
2.2	- một phần	500%
3	Cắt bỏ hàm trên hoặc hàm dưới – toàn bộ hoặc một phần	1000%
4	Mở khí quản	500%
5	Phẫu thuật soi treo thanh quản trực tiếp, Phẫu thuật soi treo thanh quản hiển vi (vi phẫu)	500%
6	Phẫu thuật cắt bỏ họng (hầu), Phẫu thuật cắt bỏ thanh quản-họng (hầu)	2000%
XVII	CHỌC DÒ DỊCH MÀNG BỤNG	
1	Chọc hút ổ bụng, khoang ngực,, khớp hoặc cột sống (trừ trường hợp đặt ống thông tiểu)	500%
XVIII	TRỰC TRÀNG	
1	Phẫu thuật cắt trĩ	500%
2	Phẫu thuật nội soi ổ bụng làm hậu môn nhân tạo	1000%
3	Phẫu thuật xử lý nứt hậu môn	500%
4	Phẫu thuật xử lý rò hậu môn	500%
XIX	HỘP SỌ	
1	Phẫu thuật tạo hình hộp sọ, Phẫu thuật mở hộp sọ (trừ chọc dò và khoan sọ)	1000%
2	Phẫu thuật lấy bỏ mảnh xương sọ, Phẫu thuật giải áp nội sọ	500%
3	Phẫu thuật trên não và màng não	2000%
XX	CỘT SỐNG & TỦY SỐNG	
1	Phẫu thuật khối u tủy sống	1000%
2	Phẫu thuật cắt bỏ một phần của một hoặc nhiều đốt sống (xương	1000%
3	cột, mòm ngang, hoặc mòm gai)	2000%
4	Phẫu thuật mở trên tủy sống hoặc trên màng não tủy Phẫu thuật cắt rễ dây thần kinh tủy sống	2000%

XXI	KHỐI U, BƯỚU, NANG	
1	Cắt bỏ khối u ác tính	1000%
2	Cắt bỏ nang lông hoặc xoang lông	500%
3	Cắt bỏ khối u lành tính, u nang (loại trừ nang Naboth cổ tử cung và bất kỳ khối u hoặc u nang nào có kích thước nhỏ hơn 2cm)	500%
XXII	GIÃN TĨNH MẠCH	
1	Phẫu thuật loại bỏ toàn bộ hệ thống tĩnh mạch giãn	
1.1	- một chân	500%
1.2	- hai chân	500%
2	Điều trị bằng tiêm xơ loại bỏ toàn bộ hệ thống tĩnh mạch giãn - một hoặc hai chân	500%

PHỤ LỤC 2: DANH MỤC CÁC BỆNH ĐẶC BIỆT

1. Thoát vị các loại
2. Rối loạn của đốt sống - cột sống (bao gồm cả đĩa đệm)
3. Khối u/ Sự phát triển bất thường của tổ chức/ U nang các loại
4. Rò hậu môn
5. Bệnh lao
6. Viêm túi mật – Sỏi mật
7. Lạc nội mạc tử cung
8. Sỏi thận, niệu đạo hoặc bàng quang
9. Trĩ
10. Đục thủy tinh thể
11. Bệnh của Amidan hoặc VA
12. Loét dạ dày và tá tràng – Viêm dạ dày
13. Bất thường của mũi, vách ngăn hoặc cuốn mũi bao gồm các tình trạng xoang
14. Rối loạn của tuyến giáp
15. Cắt tử cung (bao gồm hoặc không bao gồm cắt bỏ vòi trứng – buồng trứng)
16. Bệnh của hệ thống sinh sản
17. Tăng huyết áp và bệnh tim mạch
18. Đái tháo đường
19. Tràn dịch màng tinh hoàn
20. Động kinh
21. Giãn tĩnh mạch thừng tinh
22. Thoái hóa khớp

PHỤ LỤC 3: BỆNH HIỂM NGHÈO

I. Ung thư nghiêm trọng

Ung thư nghiêm trọng là khối u ác tính, được chẩn đoán xác định bằng kết quả xét nghiệm mô bệnh học và đặc trưng bởi sự phát triển tràn lan và không thể kiểm soát của các tế bào ác tính, xâm lấn và phá hủy các mô bình thường.

Thuật ngữ 'khối u ác tính' bao gồm bệnh bạch cầu, ung thư bạch huyết và ung thư mô liên kết.

Ung thư nghiêm trọng phải được chẩn đoán xác định bằng kết quả xét nghiệm giải phẫu bệnh (phân tích tiêu bản dưới kính hiển vi). Chẩn đoán lâm sàng và chẩn đoán dựa trên việc tìm thấy tế bào khối u và/hoặc các phân tử liên quan đến khối u trong máu, nước bọt, phân, nước tiểu hoặc bất kỳ chất dịch cơ thể nào khác mà không có bằng chứng mô bệnh học xác thực thì không đáp ứng được định nghĩa này.

Đối với các định nghĩa trên, các trường hợp sau bị loại trừ:

- ▶ **1)** Tất cả các khối u được phân loại về mặt mô học là bất kỳ trường hợp nào sau đây:
 - Lành tính
 - Loạn sản
 - Không xâm lấn;
 - Tiền ác tính
 - Ung thư biểu mô tại chỗ;
 - Ác tính ranh giới;
 - Bất kỳ mức độ tiềm ẩn ác tính nào;
 - Nghi ngờ ác tính;
 - U tân sinh;
 - Loạn sản cổ tử cung CIN-1, CIN-2 và CIN-3 và tổn thương biểu mô vảy cấp độ thấp và cấp độ cao;
 - Tân sinh biểu mô tuyến tiền liệt;
 - Tân sinh biểu mô âm hộ;
- ▶ **2)** Ung thư tuyến tiền liệt được mô tả mặt mô học là T1N0M0 (Phân loại TNM) hoặc thấp hơn;
- ▶ **3)** Ung thư bàng quang được mô tả mặt mô học là T1N0M0 (Phân loại TNM) hoặc thấp hơn;
- ▶ **4)** Bệnh bạch cầu mạn dòng lympho dưới giai đoạn 3 theo RAI;
- ▶ **5)** Ung thư hắc tố ở da có độ dày Breslow nhỏ hơn 1,5 mm hoặc dưới mức Clark 3; ung thư biểu mô da không phải u hắc tố; u lympho da nguyên phát giới hạn tại chỗ; u xơ nguyên bào thần kinh ngoại biên nguyên phát -trừ khi có bằng chứng di căn đến hạch bạch huyết hoặc xa hơn;
- ▶ **6)** U thần kinh nội tiết (bao gồm cả u carcinoid); u biểu mô tuyến ức; u mô đệm đường tiêu hóa có tiên lượng AJCC là Giai đoạn 1, 1A, 1B hoặc thấp hơn theo phiên bản mới nhất của Sổ tay phân loại ung thư AJCC;
- ▶ **7)** U thần kinh nội tiết tuyến yên (PitNET) ngoại trừ PitNET di căn và Ung thư biểu mô tuyến yên;
- ▶ **8)** Các bệnh lý ác tính tủy xương không yêu cầu ít nhất một trong các phương pháp sau: truyền máu định kỳ; hóa trị liệu; liệu pháp điều trị ung thư đích; ghép tủy xương; ghép tế bào gốc tạo máu; điều trị can thiệp chính khác;

► **9)** U tuyến giáp được phân loại mô học là Giai đoạn I trở xuống theo phiên bản mới nhất của Sổ tay phân loại ung thư AJCC.

► **10)** Tất cả các khối u trên Người được bảo hiểm nhiễm HIV.

II. Đột quy não

Là tình trạng tổn thương mạch máu não xảy ra đột ngột, bao gồm nhồi máu mô não, xuất huyết não, xuất huyết dưới nhện, thuyên tắc mạch não hoặc huyết khối não dẫn đến tình trạng Khiếm khuyết chức năng thần kinh vĩnh viễn.

Chẩn đoán này phải được xác nhận đáp ứng tất cả các yếu tố sau:

► **a.** Bằng chứng lâm sàng về tình trạng Khiếm khuyết chức năng thần kinh vĩnh viễn được xác nhận bởi Bác sĩ chuyên khoa ít nhất 90 ngày sau sự kiện ban đầu;

► **b.** Tổn thương mạch máu não được xác định bằng kết quả chẩn đoán hình ảnh như chụp cắt lớp vi tính (CT Scanner) hoặc chụp cộng hưởng từ (MRI)

Các trường hợp sau không thuộc phạm vi bảo hiểm:

- Các cơn thiếu máu cục bộ thoáng qua hoặc các tai biến mạch não có thể hồi phục;
- Tổn thương não do chấn thương hoặc nhiễm trùng;
- Bệnh thiếu máu não cục bộ gây tổn thương mắt, thần kinh thị giác;
- Bệnh thiếu máu não cục bộ có thể phục hồi của hệ thống tiền đình;
- Triệu chứng não do chứng đau nửa đầu migraine.

III. Nhồi máu cơ tim mức độ nghiêm trọng

Là tình trạng hoại tử một phần cơ tim do gián đoạn nguồn cung cấp máu. Nhồi máu cơ tim phải được chẩn đoán bởi Bác sĩ chuyên khoa Tim mạch và phải có sự hiện diện của ít nhất 03 (ba) trong 04 (bốn) tiêu chuẩn chứng minh nhồi máu cơ tim mới xảy ra sau đây:

- Cơn đau thắt ngực điển hình;
- Điện tâm đồ xác nhận hình ảnh hoại tử cơ tim mới xảy ra; với bất kỳ dấu hiệu nào sau đây: ST chênh lên hoặc chênh xuống, sóng T đảo ngược, sóng Q bệnh lý hoặc block nhánh trái;
- Tăng men tim hoặc tăng Troponins, bao gồm:
 - + CK-MB tăng cao hơn mức bình thường; hoặc
 - + Troponin T tim ở mức 0,5ng/ml trở lên; hoặc
 - + Troponin I tim ở mức 0,5ng/ml trở lên.
- Bằng chứng hình ảnh rối loạn vận động vùng của cơ tim mới xuất hiện. Hình ảnh phải được xác nhận bởi Bác sĩ chuyên khoa (Bác sĩ tim mạch).

Các trường hợp sau đây bị loại trừ:

- Nhồi máu cơ tim cũ, tái phát;
- Tăng men tim hoặc tăng Troponins sau thủ thuật thông tim can thiệp, bao gồm nhưng không giới hạn ở chụp động mạch vành và nong động mạch vành;
- Các hội chứng động mạch vành cấp tính khác, bao gồm đau thắt ngực và đau thắt ngực không điển hình.

Ghi chú giải thích: 0,5ng/ml = 0,5ug/L = 500pg/ml