

# QUY TẮC, ĐIỀU KHOẢN SẢN PHẨM BẢO HIỂM CHI PHÍ Y TẾ THỰC TẾ 2026

(Xây dựng trên cơ sở các nội dung được phê duyệt theo Công văn 1317/QLBH-NT ngày 10/06/2026 của Bộ Tài chính; và được ban hành theo Quyết định số 56/2026/QĐ-TGD/TCLI ngày 12/06/2026 của Tổng giám đốc)



# MỤC LỤC

## **PHẦN I** **QUY ĐỊNH CHUNG** **3**

|                 |   |           |
|-----------------|---|-----------|
| <b>Điều 1.</b>  | <b>Điều khoản áp dụng</b>                             | <b>3</b>  |
| <b>Điều 2.</b>  | <b>Các định nghĩa</b>                                 | <b>3</b>  |
| <b>Điều 3.</b>  | <b>Quyền lợi bảo hiểm chính</b>                       | <b>13</b> |
| <b>Điều 4.</b>  | <b>Quyền lợi bảo hiểm tùy chọn</b>                    | <b>17</b> |
| <b>Điều 5.</b>  | <b>Loại trừ bảo hiểm</b>                              | <b>20</b> |
| <b>Điều 6.</b>  | <b>Quy định về tái tục Sản phẩm bán kèm</b>           | <b>23</b> |
| <b>Điều 7.</b>  | <b>Quy định về đóng Phí bảo hiểm Sản phẩm bán kèm</b> | <b>23</b> |
| <b>Điều 8.</b>  | <b>Khôi phục hiệu lực Sản phẩm bán kèm</b>            | <b>24</b> |
| <b>Điều 9.</b>  | <b>Điều chỉnh Sản phẩm bán kèm</b>                    | <b>25</b> |
| <b>Điều 10.</b> | <b>Giải quyết Quyền lợi bảo hiểm</b>                  | <b>26</b> |
| <b>Điều 11.</b> | <b>Chấm dứt hiệu lực Sản phẩm bán kèm</b>             | <b>27</b> |

## **PHẦN II** **PHỤ LỤC** **29**

|  |                                |           |
|--|--------------------------------|-----------|
|  | <b>Danh sách bệnh đặc biệt</b> | <b>29</b> |
|--|--------------------------------|-----------|



# 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 Chi phí y tế thực tế 2026 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:** là tình trạng bất thường về hình thái, cấu trúc, chức năng của một hay nhiều cơ quan trong cơ thể phát sinh do nguyên nhân bên trong hoặc bên ngoài.

Một bệnh được xem như bắt đầu khi bệnh đó đã được tham vấn, chẩn đoán, điều trị bởi Bác sĩ hoặc đã làm phát sinh những triệu chứng khiến cho một người bình thường phải tìm sự tham vấn, chẩn đoán, hoặc điều trị của Bác sĩ.

**2.3. Bệnh bẩm sinh, Dị tật 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 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 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.

**2.6. Bệnh viện:** là Cơ sở y tế hoạt động hợp pháp và hội đủ các tiêu chuẩn sau:



- (i) 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) 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 được đăng ký hợp pháp với cơ quan có thẩm quyền tại địa phương nơi Bệnh viện có trụ sở.
- (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 việc chữa trị cho người già, người nghiện rượu, người nghiện ma túy, người nghiện chất kích thích.

**2.7. Bệnh viện công lập:** Là Bệnh viện do cơ quan Nhà nước có thẩm quyền thành lập và quản lý theo quy định của pháp luật Việt Nam.

**2.8. Biến chứng thai sản:** là các biến chứng xảy ra do quá trình mang thai và sinh đẻ được yêu cầu thực hiện các thủ thuật sản khoa theo chỉ định của Bác sĩ, bao gồm:

- ◆ Sảy thai hoặc thai nhi chết trong tử cung;
- ◆ Thai trứng; Thai ngoài tử cung;
- ◆ Băng huyết sau khi sinh; Sốt nhau thai trong tử cung sau khi sinh;
- ◆ Phá thai điều trị bao gồm các trường hợp phá thai do các bệnh lý di truyền, dị tật bẩm sinh của thai nhi hoặc phải chấm dứt thai kỳ để bảo vệ sức khỏe của người mẹ;
- ◆ Tình trạng dọa sảy cần Điều trị nội trú; Thiếu ối nặng, đa ối, vỡ ối, suy thai, ối vỡ sớm, thuyên tắc ối, bất xứng đầu - chậu, Ngôi thai ngược;
- ◆ Người mẹ có triệu chứng tiền sản giật hoặc sản giật; Hẹp xương chậu;
- ◆ Nhau tiền đạo; Dây rốn quấn cổ;
- ◆ Biến chứng của các nguyên nhân trên.

Công ty sẽ chi trả các Chi phí hợp lý và thông thường bao gồm chi phí phòng và giường bệnh phát sinh từ các trường hợp Biến chứng thai sản nêu trên theo giới hạn phụ Chi phí Phòng và Giường sau sinh của Quyền lợi Chăm sóc thai sản.

**2.9. Cần thiết về mặt y khoa:** được hiểu là dịch vụ y tế mà phù hợp với chẩn đoán và phương pháp điều trị y khoa thông thường đối với Bệnh/Thương tật; và tuân thủ các tiêu chuẩn thực hành y khoa, phù hợp với chuẩn mực hiện hành của chăm sóc y tế chuyên nghiệp, và đã được chứng minh có lợi ích y khoa; và nhằm mục đích khám và điều trị y tế theo chỉ định của Bác sĩ/Bác sĩ chuyên khoa đối với Bệnh hoặc Thương tật của Người được bảo hiểm; và không mang tính chất thử nghiệm, nghiên cứu, điều tra, phòng ngừa hoặc sàng lọc; và không phục vụ cho mục đích tiện nghi của Người được bảo hiểm hoặc gia đình, người thân của Người được bảo hiểm hoặc Bác sĩ.

**2.10. Cạo vôi răng:** Là thủ thuật nha chu không Phẫu thuật, được thực hiện bởi Bác sĩ, nhằm loại bỏ mảng bám răng, cao răng (vôi răng) và các độc tố vi khuẩn bám trên bề mặt răng.

**2.11. Cấy ghép nội tạng:** Chi phí y tế thực tế cho việc Phẫu thuật cấy ghép nội tạng (bao gồm: thận, tim, gan, phổi, tụy, tụy xương) cho Người được bảo hiểm (là người nhận tạng) và người hiến tạng theo chỉ định của Bác sĩ.

Chi phí này bao gồm:

- ◆ Chi phí Phòng và Giường;
- ◆ Chi phí Giường cho người chăm sóc;
- ◆ Chi phí Phòng tại Khoa Chăm sóc tích cực (ICU);
- ◆ Chi phí Phẫu thuật;
- ◆ Chi phí Điều trị trước nhập viện (trong vòng 30 ngày trước khi Nằm viện), chi phí Điều trị sau xuất viện (trong vòng 60 ngày sau khi xuất viện);
- ◆ Chi phí Chăm sóc y tế tại nhà (trong vòng 30 ngày sau xuất viện);
- ◆ Các Chi phí y tế thực tế khác.

Các chi phí Chi phí Phòng và Giường, Giường cho người chăm sóc, Chăm sóc y tế tại nhà phát sinh sẽ được chi trả trong phạm vi giới hạn phụ của Quyền lợi Điều trị Nội trú.

**2.12. Cơ sở y tế:** Là cơ sở khám chữa bệnh hợp pháp và được cơ quan nhà nước có thẩm quyền của nước sở tại cấp giấy phép hoạt động. Cơ sở y tế không bao gồm: trạm y tế cấp xã, phòng hoặc tương đương, trạm xá, bệnh xá (trừ trường hợp bệnh xá được xếp hạng tương đương Bệnh viện hạng 3), phòng mạch Bác sĩ tư, nơi an dưỡng, dưỡng lão, spa, thẩm mỹ, massage, xông hơi, cơ sở chữa trị dành riêng cho người nghiện rượu, ma túy, chất kích thích, người bị bệnh tâm thần, rối loạn tâm thần (ngoại trừ trường hợp Điều trị sức khỏe tinh thần đối với Quyền lợi Điều trị Ngoại trú của chương trình bảo hiểm Kim Cương hoặc Tinh Hoa theo thoả thuận cụ thể) và bệnh phong.

**2.13. Cơ sở y tế công lập:** Là Cơ sở y tế do cơ quan Nhà nước có thẩm quyền thành lập và quản lý theo quy định của pháp luật Việt Nam.

**2.14. Cơ sở y tế tư nhân:** Là Cơ sở y tế được thành lập, sở hữu và quản lý bởi cá nhân, doanh nghiệp hoặc tổ chức không phải là cơ quan Nhà nước.

**2.15. Chẩn đoán, xét nghiệm:** Là các thủ thuật, xét nghiệm, hoạt động thăm dò và đánh giá Cần thiết về mặt y khoa được thực hiện nhằm xác định hoặc theo dõi, chẩn đoán Bệnh, Thương tật hoặc tình trạng y tế của Người được bảo hiểm. Các hoạt động này phải do Bác sĩ chỉ định và được thực hiện tại Cơ sở y tế được cấp phép.

**2.16. Chăm sóc y tế tại nhà:** Là dịch vụ chăm sóc y tế tại nơi ở của Người được bảo hiểm, được thực hiện bởi Y tá/ Điều dưỡng hoặc Bác sĩ ngay sau khi xuất viện theo chỉ định của Bác sĩ tại Bệnh viện nơi Người được bảo hiểm Điều trị Nội trú trong vòng 60 ngày kể từ ngày xuất viện. Chi phí cho dịch vụ này phải có hóa đơn tài chính của Bệnh viện. Quyền lợi này không áp dụng cho trường hợp xuất viện sau sinh.

**2.17. Chi phí Phòng và Giường:** Chi phí y tế thực tế cho tiền giường và phòng cho mỗi Ngày nằm viện, bao gồm tiền ăn theo tiêu chuẩn của phòng tại Bệnh viện (nếu có). Nếu Người được bảo hiểm nằm viện tại phòng bao (là phòng có hai hay nhiều giường được đăng ký sử dụng cho một bệnh nhân), Công ty sẽ chi trả chi phí tiền giường tương đương với mức chi phí của 01 giường trong phòng bao.

**2.18. Chi phí Phòng và Giường sau sinh:** Chi phí y tế thực tế cho tiền giường và phòng cho mỗi Ngày nằm viện, bao gồm tiền ăn theo tiêu chuẩn của phòng tại Bệnh viện (nếu có), áp dụng cho Người được bảo hiểm là người mẹ tham gia Quyền lợi Chăm sóc Thai sản trong giai đoạn hậu sản và Cần thiết về mặt y khoa sau khi sinh con. Nếu Người được bảo hiểm nằm viện tại phòng bao (là phòng có hai hay nhiều giường được đăng ký sử dụng cho một bệnh nhân), Công ty sẽ chi trả chi phí tiền giường tương đương với mức chi phí của 01 giường trong phòng bao.

**2.19. Chi phí hợp lý và thông thường:** Là Chi phí y tế thực tế cho việc chăm sóc y tế Cần thiết về mặt y khoa, được coi là hợp lý và phù hợp với thông lệ, trong phạm vi không vượt quá mức chi phí chung cho các Cơ sở y tế có cùng tiêu chuẩn áp dụng tại cùng một phạm vi địa lý.

Khi xác định các chi phí này, Công ty sẽ xem xét các dịch vụ điều trị, dịch vụ hoặc vật tư y tế tương tự hoặc tương đương, áp dụng cho người có cùng giới tính, độ tuổi tương đương, mắc Bệnh hoặc

Thương tật có mức độ tương tự, và phù hợp với các tiêu chuẩn và thực hành y khoa được chấp nhận, mà nếu không thực hiện thì có thể gây ảnh hưởng bất lợi đến tình trạng y tế của Người được bảo hiểm.

**2.20. Chi phí y tế thực tế:** Là chi phí y tế Cần thiết về mặt y khoa, không bao gồm các chi phí y tế đã được Bảo hiểm y tế và/hoặc các Sản phẩm khác và/hoặc các Công ty bảo hiểm khác thanh toán, được thể hiện trên bảng kê chi tiết chi phí điều trị, biên lai hoặc hóa đơn tài chính theo quy định của pháp luật, không vượt quá Giới hạn phụ và Giới hạn Năm Hợp đồng được nêu tại bảng Chi tiết quyền lợi bảo hiểm tại từng mục điều trị và không thuộc các trường hợp loại trừ. Với các Quyền lợi không có Giới hạn phụ, Công ty chi trả Chi phí y tế thực tế tối đa bằng 100% Giới hạn Năm Hợp đồng cho mỗi Lần nằm viện.

**2.21. Chi phí nội trú khác:** Là Chi phí y tế thực tế phát sinh từ việc điều trị y tế Cần thiết về mặt y khoa tại Bệnh viện đối với Bệnh/Thương tật của Người được bảo hiểm, bao gồm khám và chăm sóc y tế; thuốc điều trị; quần áo, băng, nẹp và nẹp thạch cao; thuốc, dịch hoặc các chất liên quan đến tiêm truyền tĩnh mạch; xét nghiệm; Xquang, MRI, CT, PET hoặc các chẩn đoán hình ảnh khác; thở o-xy và các thiết bị liên quan; đồng vị phóng xạ và các xét nghiệm liên quan; truyền máu, chi phí máu, huyết tương; Vật tư tiêu hao. Chi phí Nội trú khác không bao gồm các bộ phận giả (ngoại trừ thiết bị cần thiết phải được cấy ghép vào bên trong cơ thể để duy trì tuần hoàn và hô hấp của cơ thể, đảm bảo sự sống), Thiết bị y tế, dụng cụ y tế được dùng bên ngoài cơ thể.

**2.22. Chi phí Khám thai:** Là Chi phí y tế thực tế phát sinh cho việc kiểm tra thai định kỳ bao gồm các chi phí khám, xét nghiệm nước tiểu thông thường, xét nghiệm máu cơ bản (bao gồm: xét nghiệm công thức máu, đường huyết, mỡ máu, chức năng gan, chức năng thận), chi phí chích ngừa, siêu âm thai theo chỉ định của Bác sĩ. Công ty không chi trả cho các chi phí xét nghiệm tầm soát trước khi sinh để phát hiện các dị tật thai nhi, bệnh lý gen hoặc giảm thiểu trí tuệ ví dụ như đo độ mờ da gáy, chọc ối, xét nghiệm nhiễm sắc thể, và thuốc bổ thai.

**2.23. Chi phí chăm sóc trẻ sơ sinh:** Là Chi phí y tế thực tế phát sinh trong vòng 7 ngày kể từ khi sinh để điều trị Bệnh hoặc triệu chứng cấp tính như vàng da sơ sinh, đau bụng, tiêu chảy, táo bón, nôn mửa và nhiễm trùng tai với trẻ sơ sinh trong Bệnh viện. Chi phí chăm sóc trẻ sơ sinh không bao gồm phí khám, chẩn đoán, xét nghiệm hoặc điều trị Bệnh bẩm sinh/Dị tật bẩm sinh.

**2.24. Điều trị cấp cứu:** Là Điều trị Cần thiết về mặt y khoa trong trường hợp Người được bảo hiểm gặp phải một Thương tật hoặc Bệnh nghiêm trọng với các triệu chứng xảy ra đột ngột và bất ngờ, và cần có sự chăm sóc ngay lập tức của Bác sĩ tại phòng cấp cứu của Bệnh viện để ngăn ngừa tử vong hoặc suy giảm nghiêm trọng đối với sức khỏe lâu dài của Người được bảo hiểm.

Tình trạng cấp cứu sẽ được Công ty đánh giá dựa theo hoàn cảnh tại nơi sự kiện bảo hiểm xảy ra, bản chất của việc điều trị y tế khẩn cấp và khả năng cung cấp dịch vụ cấp cứu tại nơi xảy ra sự kiện bảo hiểm nêu trên.

Trường hợp điều trị tại phòng cấp cứu chỉ vì lý do ngoài giờ phục vụ của Bệnh viện thì được coi là Điều trị Ngoại trú.

**2.25. Điều trị Nội trú:** Người được bảo hiểm được nhập viện và lưu trú với tư cách là bệnh nhân nội trú, qua thời điểm 12 giờ đêm. Việc nhập viện này phải là Cần thiết về mặt y khoa, cần phát sinh chi phí phòng hoặc giường, và Giấy ra viện là chứng từ chứng minh cho 01 Lần nằm viện.

Quyền lợi bảo hiểm sẽ không áp dụng trong các trường hợp Người được bảo hiểm nhập viện chỉ nhằm mục đích theo dõi, hoặc để thực hiện các xét nghiệm chẩn đoán, y lệnh, hoặc chẩn đoán hình ảnh, khi mà Người được bảo hiểm có thể nhập viện mà không cần điều trị nội trú tích cực.

**2.26. Điều trị Ngoại trú:** Là việc điều trị y tế mà không yêu cầu phải nhập viện hoặc Điều trị trong ngày mà Người được bảo hiểm thực hiện tại Cơ sở y tế theo chỉ định của Bác sĩ.

**2.27. Điều trị Nha khoa:** Điều trị nha khoa là bất kỳ thủ thuật Cần thiết về mặt y khoa nào được thực hiện bởi Bác sĩ nhằm chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm Cần thiết về y khoa, hoặc điều trị các bệnh lý, rối loạn hoặc tình trạng ảnh hưởng đến răng, nướu và các cấu trúc nâng đỡ của khoang miệng.

Việc điều trị có thể bao gồm các can thiệp phục hồi, phẫu thuật hoặc điều trị, theo chỉ định của Bác sĩ chuyên khoa có đủ điều kiện, không bao gồm các chi phí liên quan đến Mão răng, hàm giả chụp răng và Cấy ghép Implant.

**2.28. Điều trị trong ngày:** Là việc Người được bảo hiểm nhập viện, có phát sinh chi phí giường bệnh và được điều trị tại Bệnh viện nhưng không nằm qua đêm. Giấy ra viện là chứng từ cần thiết để yêu cầu giải quyết cho quyền lợi này.

**2.29. Điều trị trong ngày cho cúm, tay-chân miệng, thủy đậu, viêm phế quản, viêm phổi, sốt xuất huyết:** Quyền lợi này chi trả cho việc điều trị bằng kháng sinh đường truyền tĩnh mạch, truyền dịch và điện giải qua đường tĩnh mạch theo chỉ định của bác sĩ điều trị đối với các bệnh Viêm phế quản, Sốt xuất huyết, Viêm phổi, Cúm, tay-chân-miệng hoặc Thủy đậu. Chi phí Phòng và Giường sẽ không được thanh toán khi có yêu cầu bồi thường theo quyền lợi này.

**2.30. Điều trị trước nhập viện:** Là 01 lần điều trị gần nhất trước ngày nhập viện bao gồm việc khám bệnh, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, điều trị (bao gồm thuốc kê đơn) có liên quan trực tiếp đến Bệnh hoặc Thương tật dẫn đến việc Người được bảo hiểm phải điều trị nội trú, theo chỉ định của Bác sĩ/Bác sĩ chuyên khoa, và phải phát sinh trong vòng 30 ngày trước ngày nhập viện của Lần nằm viện đó.

**2.31. Điều trị sau xuất viện:** Là các dịch vụ theo dõi điều trị theo chỉ định của Bác sĩ điều trị ngay sau khi xuất viện bao gồm tư vấn y khoa, thăm khám, các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thuốc theo toa liên quan trực tiếp đến tình trạng y tế mà Người được bảo hiểm đã vừa phải nhập viện để điều trị và phải được thực hiện trong vòng 60 ngày sau khi xuất viện. Các điều trị sau khi xuất viện liên quan đến Quyền lợi Chăm sóc Thai sản sẽ không được chi trả theo phạm vi quyền lợi Điều trị sau khi xuất viện này.

**2.32. Điều trị ung thư:** Là việc điều trị ung thư bao gồm Điều trị Nội Trú, Điều trị trong ngày và Điều trị Ngoại trú, dựa trên chẩn đoán xác định là ung thư, bao gồm chi phí khám, Phẫu thuật, xạ trị, hóa trị và liệu pháp trúng đích, liệu pháp miễn dịch và liệu pháp nội tiết được thực hiện bởi Bác sĩ liên quan đến chẩn đoán ung thư đó.

Trường hợp Điều trị Nội trú, các chi phí Chi phí Phòng và Giường, Giường cho người chăm sóc, Chăm sóc y tế tại nhà phát sinh sẽ được chi trả trong phạm vi Giới hạn phụ của Quyền lợi Điều trị nội trú.

**2.33. Điều trị sức khỏe tinh thần:** là việc khám và Điều trị Ngoại trú đối với Bệnh tâm thần do Bác sĩ tâm thần được Bộ Y tế Việt Nam cấp phép thực hiện. Để được hưởng quyền lợi này, việc chẩn đoán Bệnh tâm thần phải do Bác sĩ tâm thần đủ điều kiện, đã đăng ký với Bộ Y tế Việt Nam, thực hiện theo các mã bệnh liên quan trong ICD-10. Việc tư vấn với Nhà tâm lý học chỉ được chi trả nếu Người được bảo hiểm được Bác sĩ tâm thần chẩn đoán Bệnh tâm thần và giới thiệu.

Bệnh tâm thần được hiểu là rối loạn tâm thần đặc trưng bởi sự thay đổi trong tư duy, cảm xúc hoặc hành vi, hoặc kết hợp các yếu tố này, gây ra tình trạng căng thẳng và/hoặc suy giảm chức năng, được chẩn đoán bởi Bác sĩ tâm thần có giấy phép hành nghề.

Quyền lợi này loại trừ bất kỳ bệnh tâm thần có sẵn trước khi tham gia bảo hiểm, các rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng chất hướng thần hoặc lạm dụng chất kích thích.

**2.34. Đồng chi trả:** Là tỷ lệ phần trăm của Chi phí y tế thực tế mà Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm tự chi trả. Công ty sẽ chi trả phần còn lại nhưng không vượt quá Giới hạn Năm Hợp đồng và Giới hạn phụ theo quy định của từng Quyền lợi bảo hiểm.

**2.35. 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.

**2.36. Giới hạn Năm Hợp đồng:** Là giới hạn tối đa mà Công ty chi trả cho mỗi Quyền lợi bảo hiểm trong 01 Năm Hợp đồng của Sản phẩm (chưa bao gồm Quyền lợi Nội trú đặc biệt (nếu có)). Khi Giới hạn Năm Hợp đồng được sử dụng hết, mọi Chi phí y tế thực tế phát sinh trong Năm Hợp đồng do sẽ do Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm tự chi trả.

**2.37. Giới hạn phụ:** Là giới hạn mà Công ty sẽ chi trả với mỗi loại chi phí được liệt kê trong Bảng Quyền lợi bảo hiểm.

**2.38. Giường cho người chăm sóc:** Giường cho người chăm sóc là chỗ ở do Bệnh viện cung cấp (thường là giường xếp hoặc giường phụ) dành cho 01 người đi cùng chăm sóc Người được bảo hiểm trong thời gian Người được bảo hiểm điều trị nội trú, chẳng hạn như cha/mẹ, người giám hộ hoặc người chăm sóc cá nhân. Quyền lợi này nhằm hỗ trợ Người được bảo hiểm cần sự trợ giúp do tuổi tác, tình trạng y tế hoặc tình trạng phụ thuộc.

Các giới hạn phụ về hạn mức chi phí Giường/ngày và số ngày/năm cho người chăm sóc được áp dụng chung cho tất cả các quyền lợi Điều trị nội trú liên quan, Điều trị ung thư, Cấy ghép nội tạng, Gia đình san sẻ hoặc Gia tăng Giới hạn Năm Hợp đồng với Điều trị Nội trú tại Bệnh viện công lập.

**2.39. Lần khám:** Lần khám là 01 lần Người được bảo hiểm đến Cơ sở y tế và được Bác sĩ/Bác sĩ chuyên khoa chỉ định thực hiện các xét nghiệm, chẩn đoán và/hoặc kê thuốc liên quan đến Bệnh/Thương tật. Các trường hợp dưới đây sẽ được tính là 01 lần khám:



- ◆ Nhiều bác sĩ, nhiều chuyên khoa cùng hội chẩn cho 01 Người được bảo hiểm theo quy chế của Cơ sở y tế; và/hoặc
- ◆ Người được bảo hiểm khám 01 chuyên khoa nhiều lần trong 01 ngày tại nhiều Cơ sở y tế khác nhau; và/hoặc
- ◆ Trường hợp người bệnh khám và điều trị tại một Cơ sở y tế, nhưng được chỉ định làm xét nghiệm/chẩn đoán hình ảnh ở Cơ sở y tế khác thì tất cả chỉ tính là một lần khám/điều trị.

**2.40. Lần nằm viện:** là một lần Điều trị nội trú liên quan đến Bệnh hoặc Thương tật của Người được bảo hiểm. 01 Giấy ra viện là bằng chứng chứng minh kết thúc 01 Lần nằm viện.

**2.41. Lọc máu trong ngày:** Là phương pháp điều trị thay thế thận Cần thiết về mặt y khoa được thực hiện tại một Trung tâm lọc thận được đăng ký hợp pháp hoặc Khoa ngoại trú của Bệnh viện. Thuốc kê toa cho mục đích Lọc máu trong ngày cũng sẽ được chi trả trong quyền lợi này.

**2.42. Mão răng, hàm giả và chụp răng (không bao gồm cấy ghép Implant):** Quyền lợi này chi trả cho các thủ thuật nha khoa mang tính phục hồi được thực hiện bởi Bác sĩ nha khoa nhằm sửa chữa hoặc thay thế răng bị hư hỏng hoặc mất, không phải cho mục đích thẩm mỹ, không bao gồm bất kỳ dịch vụ nào liên quan đến cấy ghép Implant.

Các thủ thuật được chi trả bao gồm:

▶ **2.42.1. Mão răng**

Là phục hình nha khoa bao phủ hoàn toàn hoặc “chụp” lên răng bị tổn thương nhằm khôi phục hình dạng, kích thước, độ bền và thẩm mỹ của răng. Mão răng có thể được làm từ kim loại, sứ, gốm hoặc vật liệu composite.

▶ **2.42.2. Hàm giả**

Là thiết bị phục hình có thể tháo lắp, được thiết kế để thay thế răng đã mất và các mô xung quanh. Hàm giả có thể là toàn phần (thay thế toàn bộ răng trên một cung hàm) hoặc bán phần (thay thế một số răng). Nền hàm có thể được làm từ Nhựa cứng (Acrylic), Nhựa dẻo (Flexible Thermoplastic/Nylon), Khung kim loại thường (Hợp kim Crom-Cobalt, Niken-Crom) hoặc Titanium.

▶ **2.42.3. Chụp răng**

Là quá trình đặt lớp phủ bảo vệ lên răng (tương tự như mão răng) nhằm khôi phục chức năng và thẩm mỹ, thường được áp dụng sau khi răng bị sâu nặng hoặc gãy vỡ nghiêm trọng. Chụp răng có thể được làm từ Kim loại thường (Base Metal Alloys), Titanium; Sứ; Zirconia; Composite hoặc Nhựa nha khoa (Resin).

Công ty không chi trả cho phần chi phí liên quan đến việc sử dụng các kim loại quý và vật liệu trang sức, như: Vàng, Bạc, Bạch kim, Palladium, hoặc Đá quý.

**2.43. 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).

**2.44. Ngày khôi phục hiệu lực sản phẩm:** là ngày mà hiệu lực của Sản phẩm được khôi phục theo sự chấp thuận bằng văn bản của Công ty.

**2.45. 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.

**2.46. Ngày nằm viện:** Là một ngày Người được bảo hiểm nằm viện qua đêm Điều trị Nội trú mà viện phí và Chi phí Phòng và Giường theo quy định của Bệnh viện phải được thể hiện trên hóa đơn viện phí.

**2.47. Người được bảo hiểm:** Là cá nhân từ đủ 30 ngày tuổi trở lên đến 65 tuổi vào Ngày Người được bảo hiểm bắt đầu được bảo hiểm theo Sản phẩm bảo hiểm này, có sức khỏe được bảo hiểm, hiện đang cư trú tại Việt Nam tại thời điểm tham gia Sản phẩm bán kèm và được Công ty chấp nhận bảo hiểm theo Hợp đồng. Tuổi tối đa của Người được bảo hiểm khi kết thúc hợp đồng là 75 tuổi.

Đối với Quyền lợi Chăm sóc Thai sản, Người được bảo hiểm là nữ, từ 18 tuổi đến 45 tuổi tại thời điểm tham gia Quyền lợi Chăm sóc Thai sản. Tuổi tối đa của Người được bảo hiểm khi kết thúc Quyền lợi Chăm sóc Thai sản là 50 tuổi.

**2.48. Năm Hợp đồng:** là một năm dương lịch kể từ Ngày hiệu lực Hợp đồng hoặc từ Ngày kỷ niệm Năm Hợp đồng.

**2.49. Phạm vi địa lý:** Là các quốc gia, vùng lãnh thổ mà Công ty chấp nhận chi trả các Chi phí y tế thực tế phát sinh khi Người được bảo hiểm khám, điều trị trong thời gian Sản phẩm có hiệu lực, tương ứng với Chương trình bảo hiểm được lựa chọn.

**2.50. Phẫu thuật:** là một phương pháp y khoa để điều trị Bệnh hoặc Thương tật do những yêu cầu Cần thiết về mặt y khoa được chỉ định và thực hiện bởi Bác sĩ có chuyên môn phù hợp và được thực hiện trong Phòng phẫu thuật. Tất cả các phẫu thuật được thực hiện bằng cách gây tê tại chỗ và/hoặc phục vụ cho mục đích chẩn đoán bệnh sẽ không được hiểu là Phẫu thuật theo định nghĩa này.

**2.51. Phẫu thuật trong ngày:** Là hình thức Phẫu thuật, thủ thuật mà Người được bảo hiểm nhập viện và điều trị tại Bệnh viện nhưng không nằm qua đêm, có phát sinh Chi phí Phòng và Giường.

**2.52. Sản phẩm bán kèm:** trong Quy tắc, Điều khoản này, Sản phẩm bán kèm được hiểu là Sản phẩm bảo hiểm Chi phí y tế thực tế 2026.

**2.53. Sinh mổ:** Là việc sinh con của Người được bảo hiểm cần phải can thiệp Phẫu thuật tại Bệnh viện và được thể hiện trên giấy ra viện. Quyền lợi này không bao gồm Phẫu thuật lấy thai theo yêu cầu của Người được bảo hiểm.

**2.54. Sinh thường:** Là việc sinh con tự nhiên của Người được bảo hiểm tại Bệnh viện không có can thiệp bằng Phẫu thuật và được thể hiện trên giấy ra viện.

**2.55. 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 thương tật cho Người được bảo hiểm.

**2.56. 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 bởi Sản phẩm bán kèm này hoặc Ngày khôi phục hiệu lực sản phẩm hoặc ngày Chương trình bảo hiểm mới có hiệu lực (chỉ áp dụng cho phần tăng thêm trong trường hợp tăng Chương trình bảo hiểm) hoặc Ngày bổ sung thêm Quyền lợi bảo hiểm tùy chọn có hiệu lực (áp dụng cho Quyền lợi bảo hiểm tùy chọn), áp dụng ngày nào đến sau.

Thời gian chờ không áp dụng cho Điều trị do Tai nạn.  
Quy định áp dụng Thời gian chờ như sau:

- ◆ Đối với Bệnh đặc biệt (các bệnh được liệt kê tại Phụ lục), Điều trị Ung thư, Cấy ghép nội tạng: 90 ngày
- ◆ Đối với Quyền lợi Chăm sóc Thai sản: 270 ngày
- ◆ Đối với Quyền lợi Điều trị sức khỏe tinh thần: 12 tháng
- ◆ Đối với Bệnh khác: 30 ngày

**2.57. Thời hạn bảo hiểm:** tối thiểu 02 tháng, tối đa 01 năm và có thể được tái tục theo quy định. Trong trường hợp Sản phẩm thỏa mãn điều kiện tái tục theo quy định tại Điều 6, Sản phẩm được tái tục tối đa 9 lần hoặc đến khi Người được bảo hiểm đạt 75 tuổi, tùy thời điểm nào đến trước. Thời hạn bảo hiểm của sản phẩm được ghi trên Chứng nhận bảo hiểm và/hoặc văn bản Xác nhận thay đổi Hợp đồng (nếu có).

**2.58. Thiết bị y tế, dụng cụ y tế được dùng bên ngoài cơ thể:** là các bộ phận, dụng cụ, thiết bị dùng trong y tế, nằm ngoài cơ thể, có tác dụng hỗ trợ chức năng vận động hoặc các chức năng khác của cơ thể, như: nạng, khung tập đi, gậy chống, xe đẩy, xe lăn, đai lưng, giày chỉnh hình, thiết bị trợ thính, kính thuốc, vớ tĩnh mạch, máy thở tại nhà. Chi phí cho các thiết bị, dụng cụ này bao gồm chi phí cung cấp và/hoặc bảo dưỡng và/hoặc sửa chữa thiết bị, dụng cụ.

**2.59. Thuốc kê toa:** Là thuốc được Bác sĩ kê cho Người được bảo hiểm nhằm mục đích phục hồi, điều chỉnh hoặc cải thiện các chức năng sinh lý, hoặc nhằm hỗ trợ cho việc xác lập chẩn đoán y khoa. Thuốc kê toa phải được cung cấp theo đơn thuốc của Bác sĩ và được cấp phát bởi dược sĩ có giấy phép hành nghề. Đơn thuốc kê cho thuốc biệt dược có giá trị đối với thuốc gốc (thuốc generic) có cùng hoạt chất, hàm lượng và dạng bào chế như thuốc biệt dược đó. Công ty chi trả vitamin/thuốc bổ/khoáng chất với điều kiện vitamin/thuốc bổ/khoáng chất là thuốc điều trị chính và/hoặc cần thiết cho việc hỗ trợ cho thuốc điều trị chính, được Bác sĩ kê đơn, và được chi trả tối đa bằng chi phí của thuốc điều trị chính.

**2.60. Thương tật:** Là các tổn thương cơ thể của Người được bảo hiểm gây ra bởi nguyên nhân duy nhất và trực tiếp do Tai Nạn.

**2.61. Vận chuyển cấp cứu:** Là vận chuyển cấp cứu bằng xe cứu thương và chăm sóc trong quá trình vận chuyển Người được bảo hiểm đang trong tình trạng nguy cấp tới Bệnh viện gần nhất có đủ năng

lực điều trị. Vận chuyển cấp cứu không bao gồm vận chuyển cấp cứu do thai sản, ngoại trừ cấp cứu thai sản do Tai nạn.

**2.62. Vật lý trị liệu:** Là phương pháp điều trị sử dụng các biện pháp vật lý để giảm đau, phục hồi chức năng của cơ bắp hay các hoạt động bình thường hàng ngày của Người được bảo hiểm theo chỉ định của Bác sĩ (không phải phương pháp massage, spa hay tập sửa dáng đi) và việc điều trị này phải được thực hiện tại Cơ sở y tế được cấp phép.

**2.63. Y học thay thế:** Là các phương pháp chữa Bệnh hoặc Thương tật không phải tây y, như phương pháp y học cổ truyền, theo sự chỉ định của Bác sĩ và các phương pháp này phải được thực hiện tại Cơ sở y tế được cấp phép.

**2.64. Y tá/Điều dưỡng:** Là nhân viên y tế được cấp phép hành nghề y tá/điều dưỡng hợp pháp theo luật của nước sở tại nơi người đó tiến hành việc chăm sóc y tế.

### Điều 3. Quyền lợi bảo hiểm chính

Quyền lợi bảo hiểm chính bao gồm:

- ▶ Quyền lợi Điều trị nội trú;
- ▶ Quyền lợi Điều trị ung thư;
- ▶ Quyền lợi Điều trị trong ngày;
- ▶ Quyền lợi Cấy ghép nội tạng (thận, tim, gan, phổi, tụy, tủy xương).

#### 3.1. Hạn mức chi trả Quyền lợi bảo hiểm chính

Các Quyền lợi bảo hiểm của Quyền lợi bảo hiểm chính sẽ được chi trả theo Chi phí y tế thực tế, nhưng không vượt quá Giới hạn Năm Hợp đồng và (các) Giới hạn phụ quy định chi tiết tại Bảng 1: Chi tiết Quyền lợi bảo hiểm chính.

| Bảng 1: Chi tiết Quyền lợi bảo hiểm chính |                 |   |             |  | Đơn vị: đồng |
|---|-----------------|---|-------------|--|--------------|
| Chương trình bảo hiểm                     | Tinh Hoa        | Kim Cương   | Bạch Kim    | Vàng   | Bạc          |
| Giới hạn Năm Hợp đồng                     | 5.000.000.000   | 1.200.000.000   | 700.000.000 | 350.000.000  | 150.000.000  |
| Phạm vi địa lý                            | Toàn cầu trừ Mỹ | Châu Á  | Việt Nam    | Việt Nam   | Việt Nam     |
| Đồng chi trả                              | 0%              | 20% tại Cơ sở y tế tư nhân cho Người được bảo hiểm dưới 05 tuổi và từ 60 tuổi trở lên |             |  |              |
| Quyền lợi Nội trú đặc biệt                | Gia đình san sẻ |   |             | Gia tăng Giới hạn Năm Hợp đồng với Điều trị Nội trú tại Bệnh viện công lập |              |

| <b>► 1. Quyền lợi Điều trị Nội trú</b>  |   |  |                      |               |             |             |             |
|---|---|--|----------------------|---------------|-------------|-------------|-------------|
| Giới hạn Năm Hợp đồng   |   |  | 5.000.000.000        | 1.200.000.000 | 700.000.000 | 350.000.000 | 150.000.000 |
| Giới hạn chi trả cho mỗi Lần nằm viện của Quyền lợi Điều trị Nội trú - có Phẫu thuật    |   |  | 5.000.000.000        | 800.000.000   | 480.000.000 | 240.000.000 | 60.000.000  |
| Giới hạn chi trả cho Mỗi Lần nằm viện của Quyền lợi Điều trị Nội trú - không Phẫu thuật |   |  | 5.000.000.000        | 400.000.000   | 240.000.000 | 120.000.000 | 30.000.000  |
| 1.1   | Chi phí Phòng và Giường (mỗi Ngày nằm viện)                                 | Tối đa 100 ngày mỗi Năm Hợp đồng         | 15.000.000           | 5.000.000     | 3.000.000   | 1.500.000   | 900.000     |
| 1.2   | Chi phí Phòng và Giường tại Khoa Hồi sức tích cực (ICU) (mỗi Ngày nằm viện) | Tối đa 30 ngày mỗi Năm Hợp đồng          | Chi phí y tế thực tế |               |             |             |             |
| 1.3   | Chi phí Giường cho Người chăm sóc (mỗi ngày)                                | Tối đa 30 ngày mỗi Năm Hợp đồng          | 1.200.000            | 1.000.000     | 600.000     | 300.000     | 180.000     |
| 1.4   | Chi phí Phẫu thuật  |  | Chi phí y tế thực tế |               |             |             |             |
| 1.5   | Chi phí điều trị trước khi nhập viện  | (trong vòng 30 ngày trước khi nhập viện) | Chi phí y tế thực tế |               |             |             |             |
| 1.6   | Chi phí điều trị sau khi xuất viện  | (trong vòng 60 ngày sau khi xuất viện)   | Chi phí y tế thực tế |               |             |             |             |

|   |   |   |                      |            |            |           |           |
|---|---|---|----------------------|------------|------------|-----------|-----------|
| 1.7                                       | Chi phí Chăm sóc y tế tại nhà (mỗi ngày)  | (trong vòng 60 ngày sau khi xuất viện)<br>Tối đa 30 ngày mỗi Năm Hợp đồng | 2.500.000            | 800.000    | 600.000    | 200.000   | 100.000   |
| 1.8                                       | Chi phí nội trú khác  | Chi phí y tế thực tế  |                      |            |            |           |           |
| <b>► 2. Điều trị Ung thư</b>              |   |   |                      |            |            |           |           |
| 2.1                                       | Điều trị Nội trú<br><i>(các chi phí Chi phí Phòng và Giường, Giường cho người chăm sóc, Chăm sóc y tế tại nhà phát sinh sẽ được chi trả trong phạm vi Giới hạn phụ của 1. Quyền lợi Điều trị Nội trú)</i> | Chi phí y tế thực tế  |                      |            |            |           |           |
| 2.2                                       | Điều trị Ngoại trú  |   |                      |            |            |           |           |
| 2.3                                       | Điều trị trong ngày   |   |                      |            |            |           |           |
| <b>► 3. Quyền lợi Điều trị trong ngày</b> |   |   |                      |            |            |           |           |
| 3.1                                       | Lọc máu trong ngày  | Mỗi Năm Hợp đồng  | 150.000.000          | 30.000.000 | 18.000.000 | 5.000.000 | 3.000.000 |
| 3.2                                       | Phẫu thuật trong ngày   | Mỗi Năm Hợp đồng  | Chi phí y tế thực tế |            |            |           |           |
| 3.3                                       | Điều trị cấp cứu  | Mỗi Năm Hợp đồng  | 120.000.000          | 20.000.000 | 12.000.000 | 6.000.000 | 2.400.000 |
| 3.4                                       | Vận chuyển cấp cứu  | Mỗi Năm Hợp đồng  | 60.000.000           | 10.000.000 | 6.000.000  | 3.000.000 | 1.200.000 |

|   |   |  |                          |           |           |           |         |
|---|---|--|--------------------------|-----------|-----------|-----------|---------|
| 3.5   | Điều trị trong ngày cho cúm, tay-chân miệng, thủy đậu, viêm phế quản, viêm phổi, sốt xuất huyết | Mỗi lần, tối đa 05 lần/Năm<br>Hợp đồng | 9.000.000                | 5.000.000 | 2.400.000 | 1.200.000 | 500.000 |
| <p><b>► 4. Quyền lợi Cấy ghép nội tạng (thận, tim, gan, phổi, tụy, tủy xương)</b></p> |   |  |                          |           |           |           |         |
| 4.1   | Phẫu thuật cho Người nhận tạng (Người được bảo hiểm)  |  | Chi phí y tế thực tế     |           |           |           |         |
| 4.2   | Phẫu thuật cho Người hiến tạng  |  | 50% Chi phí y tế thực tế |           |           |           |         |

### 3.2. Quyền lợi Nội trú đặc biệt

#### ► 3.2.1. Quyền lợi Gia đình san sẻ

##### ► a. Chương trình bảo hiểm được áp dụng

Quyền lợi này sẽ áp dụng đối với Quyền lợi Điều trị nội trú (bao gồm cả Điều trị nội trú cho Quyền lợi Điều trị Ung thư và Quyền lợi Cấy ghép nội tạng) của Chương trình bảo hiểm: Tinh Hoa, hoặc Kim Cương, hoặc Bạch Kim.

##### ► b. Thời điểm xét chi trả Quyền lợi

Tại cuối mỗi Năm Hợp đồng, nếu tổng số tiền thanh toán cho 1 thành viên thấp hơn Giới hạn Năm Hợp đồng của thành viên đó, phần chênh lệch này sẽ được dùng để thanh toán cho các Chi phí y tế thực tế phát sinh vượt quá Giới hạn Năm Hợp đồng trong Năm Hợp đồng đó cho các thành viên còn lại (nếu có). Chi phí y tế thực tế nào phát sinh trước sẽ được ưu tiên thanh toán trước.

##### ► c. Thành viên của Quyền lợi

Là người được Bên mua bảo hiểm lựa chọn được hưởng Quyền lợi Gia đình san sẻ và phải thỏa mãn các điều kiện sau:



- (i) Là Người được bảo hiểm của Sản phẩm chính hoặc có mối quan hệ gia đình với Người được bảo hiểm của Sản phẩm chính, gồm: vợ/chồng/con ruột/con nuôi hợp pháp/cha ruột/mẹ ruột/cha nuôi hợp pháp/mẹ nuôi hợp pháp/anh ruột/chị ruột/em ruột; và
- (ii) Là Người được bảo hiểm của Sản phẩm bán kèm này.

##### ► d. Điều kiện áp dụng

Quyền lợi Gia đình san sẻ sẽ áp dụng nếu thỏa mãn đồng thời các điều kiện sau:

- (i) Các thành viên tham gia cùng Chương trình bảo hiểm của Quyền lợi điều trị nội trú trên cùng một hợp đồng;
- (ii) Các thành viên tham gia Sản phẩm bán kèm này cùng một thời điểm và/hoặc thành viên được Bên mua bảo hiểm bổ sung thêm trong vòng 12 tháng khi Người được bảo hiểm của Sản phẩm chính trong hợp đồng trải qua các dấu mốc quan trọng của cuộc đời, bao gồm: kết hôn, và/hoặc sinh con, và/hoặc nhận con nuôi hợp pháp. Thành viên mới bổ sung sẽ được áp dụng Quyền lợi Gia đình san sẻ kể từ Ngày Kỷ niệm Năm Hợp đồng tiếp theo tính từ ngày Công ty nhận được yêu cầu bổ sung thành viên của Bên mua bảo hiểm.

#### ► e. Giới hạn và Quyền lợi bảo hiểm

- (i) Trong cùng 01 Hợp đồng, có tối đa 08 thành viên (trong đó tối đa 04 người con (con ruột và/hoặc con nuôi hợp pháp) của Người được bảo hiểm của Sản phẩm chính trong Hợp đồng) được áp dụng Quyền lợi Gia đình san sẻ.
- (ii) Giới hạn Năm Hợp đồng của Quyền lợi Gia đình san sẻ bằng Giới hạn Năm Hợp đồng của Quyền lợi Điều trị Nội trú nhân với số lượng thành viên được hưởng Quyền lợi Gia đình san sẻ.
- (iii) Trong mọi trường hợp, tổng số tiền thanh toán cho toàn bộ thành viên không vượt quá Giới hạn Năm Hợp đồng của Quyền lợi Gia đình san sẻ, đồng thời, đối với các hạng mục có quy định Giới hạn phụ, tổng số tiền thanh toán cho mỗi hạng mục trong mỗi Quyền lợi cho từng thành viên không vượt quá Giới hạn phụ như quy định ở Bảng 1: Chi tiết Quyền lợi bảo hiểm chính.

### ► 3.2.2 . Quyền lợi Gia tăng Giới hạn Năm Hợp đồng với Điều trị Nội trú tại Bệnh viện công lập

#### ► a. Chương trình bảo hiểm được áp dụng

Quyền lợi này sẽ áp dụng đối với Quyền lợi điều trị nội trú (bao gồm cả Điều trị nội trú cho Quyền lợi Điều trị Ung thư và Quyền lợi Cấy ghép nội tạng) của Chương trình bảo hiểm: Bạc hoặc Vàng.

#### ► b. Quy định và Quyền lợi bảo hiểm

Khi Người được bảo hiểm đã sử dụng hết 100% Giới hạn Năm Hợp đồng của Quyền lợi bảo hiểm chính trong Năm Hợp đồng, Công ty sẽ cộng thêm 100% Giới hạn Năm Hợp đồng cho (những) Lần nằm viện điều trị Nội trú tiếp theo của Người được bảo hiểm trong cùng Năm Hợp đồng, với điều kiện Người được bảo hiểm Điều trị Nội trú tại Bệnh viện công lập trong (những) lần Điều trị Nội trú tiếp theo.

## Điều 4. Quyền lợi bảo hiểm tùy chọn

Bên mua bảo hiểm có thể lựa chọn tham gia một hoặc một số Quyền lợi bảo hiểm tùy chọn dưới đây nếu đáp ứng các điều kiện tham gia của từng Quyền lợi bảo hiểm tùy chọn .

- Quyền lợi Điều trị Ngoại trú;
- Quyền lợi Chăm sóc Nha khoa;
- Quyền lợi Chăm sóc Thai sản.

Các Quyền lợi bảo hiểm của Quyền lợi bảo hiểm tùy chọn sẽ được chi trả theo Chi phí y tế thực tế, nhưng không vượt quá Giới hạn Năm Hợp đồng và (các) Giới hạn phụ quy định chi tiết tại các Bảng 2, 3 và 4 dưới đây.

#### 4.1. Quyền lợi Điều trị Ngoại trú

Bên mua bảo hiểm có thể lựa chọn tham gia Quyền lợi Điều trị Ngoại trú. Chương trình bảo hiểm của Quyền lợi Điều trị Ngoại trú bằng hoặc thấp hơn Chương trình bảo hiểm của Quyền lợi bảo hiểm chính.

| <b>Bảng 2. Chi tiết Quyền lợi Điều trị Ngoại trú</b> |  | <i>Đơn vị: đồng</i>        |                            |                 |                     |            |
|--|--|----------------------------|----------------------------|-----------------|---------------------|------------|
| <b>Chương trình bảo hiểm</b>                         |  | <b>Tinh Hoa</b>            | <b>Kim Cương</b>           | <b>Bạch Kim</b> | <b>Vàng</b>         | <b>Bạc</b> |
| <b>Phạm vi địa lý</b>                                |  | Toàn cầu trừ Mỹ            | Việt Nam                   | Việt Nam        | Việt Nam            | Việt Nam   |
| <b>Đồng chi trả</b>                                  |  | 0%                         | 20% tại Cơ sở y tế tư nhân |                 |                     |            |
| <b>Giới hạn Năm Hợp đồng</b>                         |  | 180.000.000                | 50.000.000                 | 24.000.000      | 12.000.000          | 5.000.000  |
| 1  | Giới hạn mỗi Lần khám                    | 9.000.000                  | 5.000.000                  | 2.400.000       | 1.200.000           | 500.000    |
| 1.1  | Chi phí khám bệnh                        | Chi phí y tế thực tế       |                            |                 |                     |            |
| 1.2  | Thuốc kê toa                             | Chi phí y tế thực tế       |                            |                 |                     |            |
| 1.3  | Chi phí Chẩn đoán, xét nghiệm            | Chi phí y tế thực tế       |                            |                 |                     |            |
| 2  | Vật lý trị liệu/<br>Năm Hợp đồng         | 9.000.000                  | 5.000.000                  | 2.400.000       | 1.200.000           | 500.000    |
| 3  | Y học thay thế/<br>Năm Hợp đồng          | 4.500.000                  | 2.500.000                  | 1.200.000       | 600.000             | 250.000    |
| 4  | Điều trị sức khỏe tinh thần/Năm Hợp đồng | Tối đa 10 lần/Năm Hợp đồng | 7.000.000                  | 4.000.000       | Không được bảo hiểm |            |

#### 4.2. Quyền lợi Chăm sóc Nha khoa

Bên mua bảo hiểm chỉ có thể lựa chọn Quyền lợi Chăm sóc Nha khoa nếu có tham gia Quyền lợi Điều trị Ngoại trú. Chương trình bảo hiểm của Quyền lợi Chăm sóc Nha khoa bằng hoặc thấp hơn Chương trình bảo hiểm của Quyền lợi Điều trị Ngoại trú.

**Bảng 3. Chi tiết Quyền lợi Chăm sóc Nha khoa**
*Đơn vị: đồng*

| Chương trình bảo hiểm |   |   | Tinh Hoa             | Kim Cương                  | Bạch Kim  | Vàng      | Bạc       |
|-----------------------|---|---|----------------------|----------------------------|-----------|-----------|-----------|
| Phạm vi địa lý        |   |   | Toàn cầu trừ Mỹ      | Việt Nam                   | Việt Nam  | Việt Nam  | Việt Nam  |
| Đồng chi trả          |   |   | 0%                   | 20% tại Cơ sở y tế tư nhân |           |           |           |
| Giới hạn Năm Hợp đồng |   |   | 60.000.000           | 10.000.000                 | 6.000.000 | 3.000.000 | 2.000.000 |
| 1                     | Giới hạn mỗi Lần khám   |   | 30.000.000           | 5.000.000                  | 3.000.000 | 1.500.000 | 1.000.000 |
| 1.1                   | Cạo vôi răng  | Mỗi Năm Hợp đồng, tối đa 2 lần/Năm Hợp đồng | 6.000.000            | 1.000.000                  | 600.000   | 300.000   | 200.000   |
| 1.2                   | Điều trị nha khoa   |   | Chi phí y tế thực tế |                            |           |           |           |
| 1.3                   | Mão răng, Hàm giả và Chụp răng (không bao gồm cấy ghép Implant) |   | Chi phí y tế thực tế |                            |           |           |           |

#### 4.3. Quyền lợi Chăm sóc Thai sản

Bên mua bảo hiểm chỉ có thể lựa chọn Quyền lợi Chăm sóc Thai sản nếu có tham gia Quyền lợi Điều trị Ngoại trú. Chương trình bảo hiểm của Quyền lợi Chăm sóc Thai sản bằng hoặc thấp hơn Chương trình bảo hiểm của Quyền lợi Điều trị Ngoại trú.

**Bảng 4. Chi tiết Quyền lợi Chăm sóc Thai sản**
*Đơn vị: đồng*

| Chương trình bảo hiểm |                            |                           | Tinh Hoa        | Kim Cương  | Bạch Kim   | Vàng       | Bạc              |
|-----------------------|----------------------------|---------------------------|-----------------|------------|------------|------------|------------------|
| Phạm vi địa lý        |                            |                           | Toàn cầu trừ Mỹ | Việt Nam   | Việt Nam   | Việt Nam   | Không triển khai |
| Đồng chi trả          |                            |                           | 20%             |            |            |            |                  |
| Giới hạn Năm Hợp đồng |                            |                           | 120.000.000     | 75.000.000 | 30.000.000 | 15.000.000 |                  |
| 1                     | Chi phí Khám thai/Lần khám | Tối đa 8 lần/Năm Hợp đồng | 12.000.000      | 3.000.000  | 1.500.000  | 750.000    |                  |

|   |   |                             |                 |           |           |           |                  |
|---|---|-----------------------------|-----------------|-----------|-----------|-----------|------------------|
| 2 | Chi phí Phòng và Giường sau sinh (mỗi ngày)             | Tối đa 60 ngày/Năm Hợp đồng | 12.000.000      | 3.000.000 | 1.500.000 | 750.000   | Không triển khai |
| 3 | Phòng và Giường ICU (mỗi ngày)                          | Tối đa 60 ngày/Năm Hợp đồng | Chi phí thực tế | 7.500.000 | 3.000.000 | 1.500.000 |                  |
| 4 | Sinh thường   |                             | Chi phí thực tế |           |           |           |                  |
| 5 | Sinh mổ   |                             | Chi phí thực tế |           |           |           |                  |
| 6 | Biến chứng thai sản                                     |                             | Chi phí thực tế |           |           |           |                  |
| 7 | Chi phí Chăm sóc trẻ sơ sinh trong vòng 7 ngày sau sinh |                             | Chi phí thực tế |           |           |           |                  |

## Điều 5. Loại trừ bảo hiểm

Công ty sẽ không chi trả Quyền lợi bảo hiểm cho việc khám và điều trị y tế phát sinh từ, và/hoặc hậu quả do các trường hợp sau đây:

- 5.1.** Việc điều trị y tế của Người được bảo hiểm xảy ra trong Thời gian chờ, trừ trường hợp do Tai nạn;
- 5.2.** Hành vi phạm tội theo kết luận của Cơ quan Nhà nước có thẩm quyền của Người được bảo hiểm và/hoặc Người thụ hưởng và/hoặc Bên mua bảo hiểm gây ra cho Người được bảo hiểm;
- 5.3.** 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;
- 5.4.** Các chi phí y tế không thỏa mãn định nghĩa Cần thiết về mặt y khoa;
- 5.5.** Bệnh có sẵn, ngoại trừ các trường hợp đã kê khai và được Công ty chấp nhận bảo hiểm;
- 5.6.** Người được bảo hiểm tham gia vào chiến tranh, bạo loạn, ẩu đả (trừ trường hợp tự vệ hợp pháp), khởi nghĩa, biểu tình hoặc đình công bất hợp pháp, hoặc hành vi khủng bố;

**5.7.** 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;

**5.8.** 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;

**5.9.** Điều trị liên quan đến HIV/AIDS, ngoại trừ trường hợp nhiễm HIV/AIDS do Tai nạn nghề nghiệp khi đang làm nhiệm vụ với tư cách là công an, cảnh sát, nhân viên y tế;

**5.10.** 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;

**5.11.** Phẫu thuật thẩm mỹ/phẫu thuật tạo hình, cắt/nong bao quy đầu; kính mắt, các tật khúc xạ của mắt ví dụ như cận thị, viễn thị, loạn thị, lão thị (bao gồm cả dụng cụ trực quan, LASIK), rối loạn điều tiết, mỏi mắt điều tiết, khô mắt, đục thủy tinh thể không do bệnh lý, bất kỳ phẫu thuật nào để hiệu chỉnh các khuyết tật thoái hóa về thính giác và thị giác, máy trợ thính; tóc giả; các bộ phận giả (ngoại trừ thiết bị cần thiết phải được cấy ghép vào bên trong cơ thể để duy trì tuần hoàn và hô hấp của cơ thể, đảm bảo sự sống), Thiết bị y tế, dụng cụ y tế được dùng bên ngoài cơ thể;

**5.12.** Các chi phí y tế liên quan đến nha khoa (ngoại trừ trường hợp tham gia Quyền lợi Chăm sóc nha khoa hoặc Điều trị cấp cứu tổn thương răng do Tai nạn trong vòng 24 giờ ngay sau khi xảy ra Tai nạn nhằm điều trị phục hồi chức năng ăn nhai theo chất liệu thông thường như Nhựa (Acrylic), Composite, hoặc Sứ (Porcelain), GIC);

**5.13.** Điều dưỡng tư nhân, các liệu pháp nghỉ dưỡng; bệnh tâm thần (trừ trường hợp có Quyền lợi Điều trị Sức khỏe tinh thần với Chương trình Tinh Hoa và Kim Cương), điều trị tại viện điều dưỡng, viện an dưỡng; triệt râu; Bệnh lây truyền qua đường tình dục và các di chứng liên quan (bệnh hạ cam, u hạt bẹn, bệnh lậu, giang mai, herpes sinh dục, bệnh sùi mào gà; Bệnh rận mu do rận mu hay còn gọi là chấy của gây ra, ngoại trừ trường hợp bệnh lây nhiễm qua đường tình dục đối với trẻ em); bệnh truyền nhiễm được yêu cầu kiểm soát, cách ly y tế theo quy định của cơ quan có thẩm quyền;

**5.14.** Bệnh bẩm sinh, dị tật bẩm sinh;

**5.15.** Các chi phí khám và điều trị liên quan đến thai sản (ngoại trừ trường hợp có tham gia Quyền lợi Chăm sóc Thai sản và/hoặc cấp cứu thai sản do Tai nạn);

**5.16.** Khám và điều trị rối loạn giấc ngủ và ngáy; liệu pháp hormone thay thế; Y học thay thế (ngoại trừ trường hợp có tham gia Quyền lợi Điều trị Ngoại trú), bao gồm: nắn chỉnh cột sống, châm cứu, bấm huyệt, phân xạ học, chỉnh xương, đông y/thảo dược, xoa bóp, liệu pháp mùi hương, hoặc các hình thức điều trị thay thế khác;

**5.17.** Điều trị nội trú hoặc phẫu thuật tại Cơ sở y tế không đủ điều kiện hoặc không được cấp phép hợp pháp;

**5.18.** 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;

**5.19.** Yêu cầu bồi thường là hậu quả của việc không tuân thủ tư vấn, chỉ định, đơn thuốc hoặc phác đồ điều trị đã được chỉ định của Bác sĩ điều trị; hoặc từ chối tiếp nhận điều trị y tế, hoặc không đồng ý thực hiện các xét nghiệm/chẩn đoán bổ sung cần thiết nhằm xác định chẩn đoán hoặc phác đồ điều trị cho chẩn đoán xác định đó;

**5.20.** Tất cả các loại thuốc không theo chỉ định của Bác sĩ;

**5.21.** Chi phí mua bộ phận cơ thể để ghép tạng, trừ các chi phí y tế thực tế liên quan trực tiếp đến phẫu thuật ghép tạng theo quy định của Hợp đồng;

**5.22.** Điều trị thử nghiệm, điều dưỡng, phục hồi chức năng, phòng ngừa (tiêm chủng, vắc-xin, ngoại trừ trường hợp tiêm ngừa uốn ván, ngừa đại do tai nạn); các loại thuốc hoặc liệu pháp không được công nhận hoặc phê duyệt bởi các cơ quan y tế có thẩm quyền ở cấp quốc gia hoặc quốc tế;

**5.23.** Điều trị liên quan đến phá thai (trừ các trường hợp có chỉ định của Bác sĩ/Bác sĩ chuyên khoa, và/hoặc thai nhi có bệnh bẩm sinh/ bệnh di truyền/ đột biến gen), điều trị vô sinh/hiếm muộn, rối loạn chức năng tình dục, thụ tinh nhân tạo, tránh thai, triệt sản;

**5.24.** Cố ý tự gây thương tích, bất kể Người được bảo hiểm tình tảo hay mất năng lực hành vi tại thời điểm xảy ra sự kiện;

**5.25.** Chi phí khám sức khỏe định kỳ hằng năm, tầm soát sức khỏe;


**5.26.** Thực phẩm chức năng, khoáng chất (trừ trường hợp khoáng chất được bác sĩ chỉ định để điều trị các bệnh/triệu chứng được xác định do thiếu hụt khoáng chất hoặc hỗ trợ điều trị bệnh với điều kiện chi phí cho khoáng chất không lớn hơn chi phí thuốc điều trị), các chất hữu cơ dùng để bổ sung dinh dưỡng hoặc cho mục đích ăn kiêng; thuốc dùng cho mục đích làm đẹp; mỹ phẩm;

**5.27.** Điều trị do phơi nhiễm năng lượng hạt nhân, bức xạ ion hóa hoặc nhiễm xạ từ bất kỳ nguồn nào; bất kỳ tình trạng nào phát sinh trực tiếp hoặc gián tiếp từ ô nhiễm hóa chất hoặc sinh học, không phân biệt nguyên nhân; hoặc bệnh bụi phổi, ngoại trừ trường hợp Người được bảo hiểm bị phơi nhiễm bức xạ do sử dụng xạ trị trong điều trị ung thư;


**5.28.** Điều trị giảm cân hoặc tăng cân, các chương trình quản lý cân nặng, hoặc phẫu thuật điều trị béo phì.

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

**6.1.** 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 này đến Bên mua bảo hiểm. Sản phẩm bán kèm này sẽ được tái tục nếu thỏa mãn tất cả các điều kiện sau:

- a) Hợp đồng bảo hiểm và Sản phẩm bảo hiểm này phải có hiệu lực đến thời điểm tái tục;
- b) Bên mua bảo hiểm không có thông báo về việc từ chối tái tục Sản phẩm bán kèm này;
- c) Người được bảo hiểm vẫn đáp ứng đầy đủ các điều kiện tái tục của Sản phẩm bán kèm này;
-  d) Phí bảo hiểm tái tục của Sản phẩm bán kèm này 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 này 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.

**6.2.** Bên mua bảo hiểm 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 này được đóng theo quy định tại Điểm d Khoản 6.1, được hiểu là Bên mua bảo hiểm lựa chọn tái tục Sản phẩm, Sản phẩm bán kèm này 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 này không được đóng theo quy định tại Điểm d Khoản 6.1, được hiểu là Bên mua bảo hiểm lựa chọn không tái tục Sản phẩm, Sản phẩm bán kèm này sẽ chấm dứt hiệu lực kể từ sau Ngày kết thúc Thời hạn bảo hiểm.  
Ngoài ra, Bên mua bảo hiểm cũng có thể gửi thông báo về việc từ chối tái tục Sản phẩm bán kèm này trước thời điểm tái tục.

**6.3.** Trường hợp tái tục sản phẩm, Thời hạn bảo hiểm bằng 1 năm.

**6.4.** Trong Trường hợp Sản phẩm không được tái tục do không thỏa mãn điều kiện tại Điểm c và Điểm e Khoản 6.1, 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 này sẽ chấm dứt hiệu lực.

## 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 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 này, 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. Thay đổi Chương trình bảo hiểm, Quyền lợi bảo hiểm tùy chọn

▶ **9.1.1.** Trong thời gian Sản phẩm bảo hiểm này có hiệu lực, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu thay đổi Chương trình bảo hiểm và/hoặc Quyền lợi bảo hiểm tùy chọn 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 thay đổi Chương trình bảo hiểm và/hoặc Quyền lợi bảo hiểm tùy chọn 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 nâng cấp Chương trình bảo hiểm và/hoặc bổ sung thêm Quyền lợi bảo hiểm tùy chọn, 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.

### 9.3. Thay đổi nơi cư trú

▶ **9.3.1.** Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm có Nghĩa vụ cập nhật thông tin khi ra khỏi phạm vi lãnh thổ Việt Nam theo quy định tại Quy tắc, Điều khoản Sản phẩm chính.

▶ **9.3.2.** Trong trường hợp Người được bảo hiểm ra khỏi phạm vi lãnh thổ Việt Nam và vẫn được Công ty chấp thuận bảo hiểm, khi có Sự kiện bảo hiểm xảy ra ngoài phạm vi lãnh thổ Việt Nam mà Người được bảo hiểm khám, điều trị tại Cơ sở y tế thuộc Phạm vi địa lý của Chương trình bảo hiểm mà Người được bảo hiểm tham gia thì:

- a) Công ty sẽ chi trả đầy đủ các Quyền lợi bảo hiểm nếu Người được bảo hiểm ra khỏi phạm vi lãnh thổ Việt Nam liên tục dưới 06 tháng; hoặc
- b) Công ty sẽ chỉ chi trả cho các chi phí Điều trị nội trú do Tai nạn và/hoặc Quyền lợi Điều trị cấp cứu do Bệnh hoặc Tai nạn nếu Người được bảo hiểm ra khỏi phạm vi lãnh thổ Việt Nam liên tục từ 06 tháng trở lên.

## 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;
- b) 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).

#### ▶ 10.1.2. 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;
- b) Toa thuốc (có đầy đủ chẩn đoán, chữ ký, họ tên đầy đủ của Bác sĩ điều trị và được đóng dấu của bệnh viện/phòng khám nơi thực hiện việc khám và điều trị);
- c) Giấy ra viện, tóm tắt hồ sơ bệnh án có đầy đủ thông tin chẩn đoán và chỉ định điều trị (nếu có nằm viện);
- d) Giấy chứng nhận phẫu thuật nếu Phương pháp điều trị là Phẫu thuật;
- e) Các chứng từ y tế khác (nếu có).

#### ▶ 10.1.3. Chứng từ thanh toán, bao gồm:

- a) Hóa đơn tài chính hợp lệ (cần được xuất trong vòng 30 ngày kể từ thời điểm kết thúc thăm khám/điều trị);
- b) Bảng kê chi tiết (có thể miễn trừ nếu Hóa đơn tài chính đã liệt kê được chi tiết các chi phí);
- c) Phiếu thu/Biên lai thu tiền (có thể thay thế Bảng kê chi tiết nếu Phiếu thu/Biên lai thu tiền liệt kê chi tiết chi phí. Công ty yêu cầu bắt buộc nếu hóa đơn thuốc được xuất sau 5 ngày kể từ ngày kê đơn thuốc).

#### ▶ 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 đến 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 Điều này 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 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 theo quy định tại Quy tắc, Điều khoản Sản phẩm chính, và/hoặc thay đổi nơi cư trú theo quy định tại Khoản 9.3;
- 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.

**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

## DANH MỤC CÁC BỆNH ĐẶC BIỆT

1. Thoát vị các loại
2. Rối loạn cột sống/đốt sống gồm thoái hóa cột sống/ đốt sống, thoát vị đĩa đệm
3. Khối u / tăng sinh / u nang dưới mọi hình thức
4. Rò hậu môn
5. Bệnh lao
6. Viêm túi mật – sỏi mật
7. Lạc nội mạc tử cung
8. Sỏi thận, niệu quản hoặc bàng quang
9. Trĩ
10. Đục thủy tinh thể
11. Bệnh lý amidan hoặc VA
12. Loét dạ dày – tá tràng; viêm dạ dày
13. Bất thường mũi, vách ngăn hoặc cuốn mũi, bao gồm các bệnh lý xoang
14. Bệnh lý tuyến giáp
15. Bệnh lý tử cung với phương pháp điều trị cắt tử cung (bao gồm hoặc không bao gồm cắt vòi trứng – buồng trứng)
16. Bệnh lý hệ sinh sản bao gồm: sa sinh dục, rối loạn nội tiết, hội chứng buồng trứng đa nang, u xơ tử cung, lạc nội mạc tử cung, giãn tĩnh mạch thừng tinh, bệnh tuyến tiền liệt
17. Tăng huyết áp và bệnh tim mạch
18. Đái tháo đường
19. Tràn dịch tinh mạc
20. Động kinh
21. Giãn tĩnh mạch thừng tinh