

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN
SẢN PHẨM BẢO HIỂM BỔ TRỢ
HỖ TRỢ CHI PHÍ Y TẾ THỰC TẾ
(FWD CARE BẢO HIỂM SỨC KHỎE)

(Được phê chuẩn theo Công văn số 5725/BTC-QLBH,

Ngày 17 tháng 05 năm 2018 của Bộ Tài Chính)

Sản phẩm bảo hiểm bồi trợ Hỗ trợ chi phí y tế thực tế (sau đây được gọi tắt là “Sản phẩm bồi trợ”) là sản phẩm bảo hiểm được Bên mua bảo hiểm tham gia kèm theo Hợp đồng bảo hiểm để bảo hiểm cho (những) người có quyền lợi có thể được bảo hiểm với Bên mua bảo hiểm được ghi nhận trong Hợp đồng bảo hiểm.

Sản phẩm bồi trợ này chi trả quyền lợi bảo hiểm khi Người được bảo hiểm phải điều trị do Tai nạn hoặc Bệnh.

Quy tắc và Điều khoản Sản phẩm bồi trợ này là thỏa thuận giữa Công ty và Bên mua bảo hiểm và là một phần của Hợp đồng bảo hiểm. Các thuật ngữ sử dụng trong Quy tắc và Điều khoản này được định nghĩa tại Điều 7.

Quy tắc và Điều khoản bao gồm những phần dưới đây:

1. Quyền lợi bảo hiểm

2. Các trường hợp loại trừ bảo hiểm

3. Thủ tục nhận quyền lợi bảo hiểm

4. Thời hạn bảo hiểm

5. Phí bảo hiểm

6. Các điều khoản khác

7. Các định nghĩa

1. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Tại thời điểm tham gia bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm có thể lựa chọn tham gia 1 trong 4 Kế hoạch bảo hiểm với Phạm vi bảo hiểm tối đa mỗi năm được mô tả trong bảng sau cho mỗi Người được bảo hiểm:

Bảng 1: Phạm vi bảo hiểm tối đa mỗi năm hợp đồng của Sản phẩm bồi trợ

Đơn vị tính: đồng

Kế hoạch bảo hiểm	Care100	Care250	Care500	Care1000
Phạm vi bảo hiểm tối đa mỗi năm (áp dụng cho tất cả các quyền lợi)	100 triệu	250 triệu	500 triệu	1 tỷ
1.1. Điều trị ung thư hoặc Cấy ghép nội tạng (Quyền lợi tối đa mỗi năm hợp đồng)	100 triệu	250 triệu	500 triệu	1 tỷ
1.2 Điều trị nội trú (Quyền lợi tối đa mỗi năm hợp đồng)	100 triệu	250 triệu	500 triệu	1 tỷ
1.3 Điều trị ngoại trú (Quyền lợi tối đa mỗi năm hợp đồng)	5 triệu	7,5 triệu	10 triệu	20 triệu
1.4 Cấp cứu khi đang ở nước ngoài (Quyền lợi tối đa mỗi năm hợp đồng)	100 triệu	250 triệu	500 triệu	1 tỷ
1.5 Điều trị trong ngày có Phẫu thuật (Quyền lợi tối đa mỗi Đợt điều trị)	10 triệu			

Trong mọi trường hợp, tổng số tiền chi trả cho tất cả các yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm cho một Người được bảo hiểm phát sinh trong một năm hợp đồng sẽ không vượt quá Phạm vi bảo hiểm tối đa mỗi năm tương ứng với Kế hoạch bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm đã chọn. Chi tiết về quyền lợi bảo hiểm được mô tả tại các điều khoản sau đây.

1.1. Quyền lợi Điều trị ung thư hoặc Cấy ghép nội tạng

Nếu Người được bảo hiểm phải Điều trị ung thư hoặc thực hiện Cấy ghép nội tạng không thuộc Tình trạng tồn tại trước và sau Thời gian chờ, Công ty sẽ chi trả chi phí y tế thực tế nhưng không vượt quá Phạm vi bảo hiểm tối đa mỗi năm hợp đồng theo Kế hoạch bảo hiểm đã lựa chọn.

1.2. Quyền lợi Điều trị nội trú

Nếu Người được bảo hiểm phải Điều trị nội trú tại Bệnh viện do Tai nạn hoặc Bệnh không thuộc Tình trạng tồn tại trước và sau Thời gian chờ, Công ty sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm như được mô tả trong bảng sau:

Bảng 2: Tóm tắt quyền lợi Điều trị nội trú

Đơn vị: đồng

Kế hoạch bảo hiểm	Care100	Care250	Care500	Care1000
Quyền lợi tối đa mỗi năm hợp đồng	100 triệu	250 triệu	500 triệu	1 tỷ
a. Điều trị nội trú có thực hiện Phẫu thuật (Quyền lợi tối đa mỗi Đợt điều trị)	20 triệu	40 triệu	60 triệu	80 triệu
b. Điều trị nội trú không thực hiện Phẫu thuật (Quyền lợi tối đa mỗi Đợt điều trị)	10 triệu	20 triệu	30 triệu	40 triệu

1.3. Quyền lợi Điều trị ngoại trú

Nếu Người được bảo hiểm phải Điều trị ngoại trú tại Bệnh viện hoặc Phòng khám do Tai nạn hoặc Bệnh không thuộc Tình trạng tồn tại trước và sau Thời gian chờ, Công ty sẽ chi trả quyền lợi Điều trị ngoại trú bằng số tiền chênh lệch giữa Chi phí Điều trị ngoại trú thực tế và Mức khấu trừ mỗi lần khám nhưng không vượt quá Quyền lợi tối đa mỗi lần khám theo Kế hoạch bảo hiểm đã lựa chọn.

Mức khấu trừ mỗi lần khám 300 nghìn đồng, là khoản chi phí y tế cho mỗi lần Điều trị ngoại trú mà Người được bảo hiểm phải tự thanh toán.

Bảng 3: Tóm tắt quyền lợi Điều trị ngoại trú

Đơn vị: đồng

Kế hoạch bảo hiểm	Care100	Care250	Care500	Care1000
Quyền lợi tối đa mỗi năm	5 triệu	7,5 triệu	10 triệu	20 triệu
Mức khấu trừ mỗi lần khám	300 nghìn			
Quyền lợi tối đa mỗi lần khám	500 nghìn	750 nghìn	1 triệu	2 triệu

1.4. Quyền lợi Hỗ trợ chi phí Cấp cứu khi đang ở nước ngoài

Trường hợp Người được bảo hiểm phải được điều trị Cấp cứu khi đang ở một quốc gia, vùng lãnh thổ khác ngoài lãnh thổ Việt Nam, Công ty sẽ chi trả chi phí y tế thực tế phát sinh (không bao gồm chi phí vận chuyển khi Cấp cứu) nhưng không vượt quá Phạm vi bảo hiểm tối đa mỗi năm hợp đồng theo Kế hoạch bảo hiểm đã lựa chọn.

Quyền lợi Hỗ trợ chi phí Cấp cứu khi đang ở nước ngoài chỉ áp dụng khi Người được bảo hiểm ở ngoài lãnh thổ Việt Nam không quá 90 ngày liên tục trước ngày xảy ra sự kiện được bảo hiểm.

1.5. Quyền lợi Điều trị trong ngày có Phẫu thuật

Nếu Người được bảo hiểm phải Điều trị trong ngày có Phẫu thuật tại Bệnh viện do Tai nạn hoặc Bệnh không thuộc Tình trạng tồn tại trước và sau Thời gian chờ, Công ty sẽ chi trả các chi phí y tế thực tế phát sinh, nhưng tối đa là 10 triệu đồng cho mỗi lần Điều trị trong ngày có Phẫu thuật.

Các chi phí y tế phát sinh được Công ty chi trả tại Điều 1.1, Điều 1.2, Điều 1.3, Điều 1.4 và Điều 1.5 của Quy tắc và Điều khoản Sản phẩm bảo trợ này phải là chi phí phát sinh cho các Điều trị hợp lý và cần thiết về mặt y tế cho Người được bảo hiểm.

2. CÁC TRƯỜNG HỢP LOẠI TRỪ BẢO HIỂM

Công ty sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm của sản phẩm bảo trợ này trong các trường hợp sau đây:

- Người được bảo hiểm bị nhiễm HIV, Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS) và các bệnh lây qua đường tình dục theo danh mục của Bộ y tế;
- Điều trị nha khoa, ngoại trừ các điều trị nha khoa cần thiết do Tai nạn gây ra;
- Bất kỳ điều trị hay phẫu thuật nào đối với các bệnh lý bẩm sinh bất thường hoặc dị tật bao gồm các trường hợp di truyền được chẩn đoán trước khi Người được bảo hiểm tròn 1 tuổi;
- Các điều trị bệnh liên quan đến sức khỏe sinh sản như hiếm muộn, vô sinh; Sinh con, các biến chứng thai sản ngoại trừ các trường hợp Biến chứng thai sản được định nghĩa tại Điều 7.9 của Quy tắc và Điều khoản Sản phẩm bảo trợ này;
- Hành vi vi phạm pháp luật của Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng. Trong trường hợp có hơn một Người thụ hưởng, và một hoặc một số Người thụ hưởng cố ý gây ra Hành vi vi phạm pháp luật đối với Người được bảo hiểm và trực tiếp hay gián tiếp gây ra sự kiện bảo hiểm, Công ty vẫn trả quyền lợi bảo hiểm cho những Người thụ hưởng còn lại theo tỷ lệ tương ứng với tỷ lệ mà Bên mua bảo hiểm đã chỉ định theo Quy tắc và Điều khoản Sản phẩm bảo trợ này;
- Các sự kiện gây tổn thất lớn bao gồm chiến tranh (dù có tuyên bố hay không tuyên bố), xâm lược, các hoạt động khủng bố, nổi loạn, bạo loạn, bạo động, cách mạng, nội chiến hoặc bất kỳ hoạt động hiếu chiến nào; Phóng xạ hoặc nhiễm phóng xạ.

3. THỦ TỤC NHẬN QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

3.1 Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm sẽ nộp cho Công ty các giấy tờ để yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm tương ứng như sau:

- i. Phiếu yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm đã được điền thông tin đầy đủ và chính xác theo mẫu của Công ty;
- ii. Các chứng từ liên quan đến việc điều trị: Giấy ra viện, giấy chứng nhận phẫu thuật (nếu có), sổ khám bệnh, đơn thuốc, tóm tắt hồ sơ bệnh án (nếu nằm viện Điều trị Ung thư, hoặc Cấy ghép nội tạng, hoặc có Phẫu thuật, hoặc nằm viện trên 15 ngày);

- iii. Các chứng từ liên quan đến việc thanh toán chi phí y tế hợp lệ và hợp pháp theo quy định của Bộ Tài chính như bản gốc hóa đơn thu tiền viện phí, bản gốc hóa đơn thuốc và bảng kê chi tiết chi phí điều trị.
- iv. Các chứng từ khác, nếu có, bao gồm: Chỉ định và kết quả xét nghiệm, Biên bản tai nạn giao thông, báo cáo kết luận điều tra, được cơ quan có thẩm quyền cấp trong trường hợp Tai nạn, hoặc Giấy xác nhận nghỉ bệnh của cơ quan.

Các chứng từ liên quan đến thanh toán sẽ được Công ty lưu giữ để làm căn cứ giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

Trường hợp chứng từ cần phải nộp có ngôn ngữ khác với tiếng Việt hoặc tiếng Anh, Bên mua bảo hiểm hoặc người nhận quyền lợi bảo hiểm phải tự chịu chi phí dịch thuật sang tiếng Việt hoặc tiếng Anh và chứng thực các chứng từ đó trước khi nộp cho Công ty.

Trong trường hợp có bất đồng về việc chi trả quyền lợi bảo hiểm, Công ty có quyền yêu cầu người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm cung cấp các giấy tờ hoặc bằng chứng bổ sung khác theo hướng dẫn của Công ty tùy từng trường hợp cụ thể. Công ty sẽ thanh toán các chi phí liên quan đến việc cung cấp các chứng từ trên theo hóa đơn hợp lệ.

3.2 Thời hạn nộp yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm cần thông báo cho Công ty về sự kiện bảo hiểm ngay khi có thể.

Thời hạn nộp yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm tối đa là 12 tháng kể từ ngày xuất viện hoặc ngày bắt đầu Điều trị ngoại trú, trừ trường hợp bất khả kháng hoặc có lý do chính đáng được Công ty chấp thuận.

Kể từ khi nhận hồ sơ yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm đầy đủ và hợp lệ, Công ty có trách nhiệm xem xét, giải quyết yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm trong thời gian 30 ngày.

3.3 Thứ tự ưu tiên nhận quyền lợi bảo hiểm

Các quyền lợi bảo hiểm theo Quy tắc và điều khoản này được chi trả theo thứ tự ưu tiên như sau:

a. Trường hợp Bên mua bảo hiểm là cá nhân:

- Bên mua bảo hiểm;
- Người được bảo hiểm nếu Người được bảo hiểm đã đủ 18 tuổi;
- Người thụ hưởng, nếu Bên mua bảo hiểm có chỉ định Người thụ hưởng và Bên mua bảo hiểm đã tử vong;
- Người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm, nếu Bên mua bảo hiểm không chỉ định Người thụ hưởng hoặc Người thụ hưởng và Bên mua bảo hiểm đã tử vong.

b. Trường hợp Bên mua bảo hiểm là tổ chức:

- Người được bảo hiểm;
- Người thụ hưởng;
- Người thừa kế hợp pháp của Người được bảo hiểm, nếu Quy tắc và Điều khoản này không chỉ định Người thụ hưởng;
- Bên mua bảo hiểm.

4. THỜI HẠN BẢO HIỂM VÀ TÁI TỤC SẢN PHẨM BỒ TRỢ

4.1. Thời hạn bảo hiểm của Sản phẩm bồi trợ này là 1 năm tính từ Ngày hiệu lực của Sản phẩm bồi trợ này. Ngày hiệu lực của Sản phẩm bồi trợ này là ngày Bên mua bảo hiểm hoàn tất Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và đóng đủ khoản phí bảo hiểm của Sản phẩm bồi trợ, với điều kiện

Người được bảo hiểm phải còn sống vào thời điểm Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm được Công ty chấp thuận.

- 4.2. Với điều kiện phí bảo hiểm tái tục của Sản phẩm bổ trợ được đóng đủ khi đến hạn và Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực, Sản phẩm bổ trợ này sẽ được tự động tái tục hàng năm cho đến hết năm hợp đồng khi Người được bảo hiểm đạt 75 tuổi. Tuy nhiên, Công ty hoặc Bên mua bảo hiểm có quyền từ chối tái tục Sản phẩm bổ trợ này bằng cách thông báo trước 30 ngày bằng văn bản cho bên kia.

Trong mọi trường hợp, thời hạn bảo hiểm của Sản phẩm bổ trợ này sẽ không vượt quá thời hạn bảo hiểm của sản phẩm chính trong Hợp đồng bảo hiểm.

5. PHÍ BẢO HIỂM

- 5.1. Bên mua bảo hiểm có nghĩa vụ đóng đủ Phí bảo hiểm cho Sản phẩm bổ trợ này vào hoặc trước các ngày đến hạn đóng phí, cho dù có nhận được thông báo đóng phí của Công ty hay không. Ngày đến hạn đóng phí được xác định dựa trên định kỳ đóng phí bảo hiểm, tính từ Ngày hiệu lực. Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu thay đổi định kỳ đóng phí vào những Ngày kỷ niệm năm hợp đồng, tuy nhiên, trong mọi trường hợp, Sản phẩm bổ trợ này sẽ có cùng định kỳ đóng phí với Hợp đồng bảo hiểm.
- 5.2. Phí bảo hiểm của sản phẩm bổ trợ này được tính theo tuổi của Người được bảo hiểm tại thời điểm Sản phẩm bổ trợ này có hiệu lực và tuổi tại các Ngày tái tục hàng năm của sản phẩm bổ trợ.
- 5.3. Với sự chấp thuận của Bộ Tài chính, Công ty có quyền điều chỉnh mức Phí bảo hiểm trong thời gian Sản phẩm bổ trợ này đang có hiệu lực. Tuy nhiên mức Phí bảo hiểm mới chỉ được áp dụng vào Ngày tái tục hàng năm của sản phẩm bổ trợ này và Công ty sẽ thông báo bằng văn bản cho Bên mua bảo hiểm 3 tháng trước ngày áp dụng Phí bảo hiểm mới. Trong trường hợp Sản phẩm bổ trợ này được khôi phục, mức Phí bảo hiểm Công ty đang thực hiện tại thời điểm khôi phục hiệu lực sẽ được áp dụng.

6. CÁC ĐIỀU KHOẢN KHÁC

6.1. Thời gian gia hạn đóng Phí bảo hiểm của Sản phẩm bổ trợ

Công ty sẽ áp dụng một khoảng thời gian gia hạn đóng phí 60 ngày kể từ ngày đến hạn đóng phí của các Sản phẩm bổ trợ được đính kèm Hợp đồng bảo hiểm.

Vào ngày kết thúc thời gian gia hạn đóng Phí bảo hiểm cho Sản phẩm bổ trợ này, nếu Bên mua bảo hiểm chưa đóng đủ Phí bảo hiểm đến hạn, Sản phẩm bổ trợ này sẽ mất hiệu lực, trừ trường hợp phí bảo hiểm của Sản phẩm bổ trợ này được đóng theo Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm chính của Hợp đồng bảo hiểm.

Công ty không có nghĩa vụ thanh toán bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào của Sản phẩm bổ trợ này nếu sự kiện bảo hiểm xảy ra trong thời gian Sản phẩm bổ trợ này bị mất hiệu lực.

Bên mua bảo hiểm có thể khôi phục hiệu lực Sản phẩm bổ trợ theo Điều 6.2 của Quy tắc và Điều khoản Sản phẩm bổ trợ này.

6.2. Khôi phục hiệu lực Sản phẩm bổ trợ

Nếu Sản phẩm bổ trợ bị mất hiệu lực do không đóng Phí bảo hiểm sau khi kết thúc Thời gian gia hạn đóng phí bảo hiểm theo Điều 6.1 của Quy tắc và Điều khoản Sản phẩm bổ trợ này, Bên mua bảo hiểm có thể khôi phục hiệu lực Sản phẩm bổ trợ này trong thời hạn 2 năm kể từ ngày Sản phẩm bổ trợ mất hiệu lực nếu thỏa mãn tất cả các điều kiện sau đây:

- (i). Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực hoặc Bên mua bảo hiểm yêu cầu khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm trong thời hạn được phép khôi phục hiệu lực hợp đồng; và

- (ii). Bên mua bảo hiểm cung cấp bằng chứng về khả năng có thể được bảo hiểm của Người được bảo hiểm theo yêu cầu của Công ty; và
- (iii). Bên mua bảo hiểm đóng các khoản Phí bảo hiểm còn thiếu để khôi phục hiệu lực Sản phẩm bảo trợ; và
- (iv). Người được bảo hiểm dưới 75 tuổi tại thời điểm khôi phục sản phẩm bảo trợ này; và
- (v). Công ty vẫn đang cung cấp Sản phẩm bảo trợ này.

Nếu được Công ty chấp thuận, thời điểm khôi phục hiệu lực hợp đồng sẽ được tính từ ngày Công ty phát hành thông báo chấp nhận khôi phục hiệu lực Sản phẩm bảo trợ.

6.3. Cập nhật thông tin cá nhân

Bên mua bảo hiểm cần thông báo cho Công ty bằng văn bản bất kỳ thay đổi nào về nơi cư trú hoặc nghề nghiệp của Người được bảo hiểm trong hợp đồng.

Trong trường hợp Người được bảo hiểm thay đổi nghề nghiệp có rủi ro cao hơn, Công ty có thể tiếp tục hoặc chấm dứt hiệu lực Sản phẩm bảo trợ.

Công ty sẽ gửi thông báo bằng văn bản cho Bên mua bảo hiểm về quyết định của mình. Trường hợp Công ty chấm dứt hiệu lực Sản phẩm bảo trợ, Công ty sẽ hoàn trả phần Phí bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm đã đóng tương ứng với thời gian chưa được bảo hiểm.

6.4. Thay đổi Kế hoạch bảo hiểm

Trong thời gian Sản phẩm bảo trợ này có hiệu lực, vào các Ngày tái tục hàng năm của Sản phẩm bảo trợ, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu điều chỉnh Kế hoạch bảo hiểm đã lựa chọn bằng cách gửi thông báo bằng văn bản cho Công ty. Việc thay đổi Kế hoạch bảo hiểm sẽ có hiệu lực kể từ thời điểm Công ty chấp thuận bằng văn bản.

Sau khi thay đổi, các quyền lợi bảo hiểm và phí bảo hiểm sẽ được điều chỉnh tương ứng.

Nếu Bên mua bảo hiểm yêu cầu thay đổi Kế hoạch bảo hiểm với Phạm vi bảo hiểm tối đa mỗi năm từ thấp lên cao hơn, Người được bảo hiểm cần đáp ứng các điều kiện về thẩm định của Công ty và Công ty có thể chấp nhận, chấp nhận có điều kiện hoặc từ chối yêu cầu thay đổi Kế hoạch bảo hiểm. Trong trường hợp này, Công ty sẽ thực hiện áp dụng Thời gian chờ theo quy định tại Điều 7.25 của Quy tắc và Điều khoản Sản phẩm bảo trợ này kể từ ngày Kế hoạch bảo hiểm mới có hiệu lực.

6.5. Chấm dứt hiệu lực Sản phẩm bảo trợ:

6.5.1. Tất cả các quyền lợi bảo hiểm theo Quy tắc và Điều khoản Sản phẩm bảo trợ này sẽ chấm dứt toàn bộ ngay khi có bất kỳ sự kiện nào dưới đây xảy ra:

- (i). Sản phẩm bảo trợ mất hiệu lực theo Điều 6.1 của Quy tắc và Điều khoản Sản phẩm bảo trợ này quá 2 năm liên tục; hoặc
- (ii). Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt hoặc mất hiệu lực; hoặc
- (iii). Khi Công ty từ chối tái tục sản phẩm bảo trợ này theo quy định tại Điều 4.2 hoặc từ chối duy trì sản phẩm bảo trợ này theo quy định tại Điều 6.3 của Quy tắc và Điều khoản Sản phẩm bảo trợ này.

6.5.2. Tất cả các quyền lợi bảo hiểm theo Quy tắc và Điều khoản Sản phẩm bảo trợ này đối với một Người được bảo hiểm sẽ chấm dứt ngay khi có bất kỳ sự kiện nào dưới đây xảy ra:

- (i). Khi Công ty từ chối tái tục sản phẩm bảo trợ này theo quy định tại Điều 4.2 hoặc từ chối duy trì sản phẩm bảo trợ này theo quy định tại Điều 6.3 của Quy tắc và Điều khoản Sản phẩm bảo trợ này; hoặc
- (ii). Bên mua bảo hiểm yêu cầu hủy bỏ Sản phẩm bảo trợ đối với Người được bảo hiểm đó; hoặc
- (iii). Khi Người được bảo hiểm tử vong; hoặc

(iv). Vào Ngày kỷ niệm hợp đồng của Sản phẩm bảo trợ này ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt 75 tuổi.

Việc chấm dứt quyền lợi bảo hiểm theo Sản phẩm bảo trợ đối với một Người được bảo hiểm theo Điều 6.5.2 này sẽ không ảnh hưởng tới các quyền lợi bảo hiểm đối với Người được bảo hiểm khác.

7. CÁC ĐỊNH NGHĨA

Các Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm chính sẽ được áp dụng cho Quy tắc và Điều khoản Sản phẩm bảo trợ này trừ khi Sản phẩm bảo trợ có quy định khác đi. Trong trường hợp có sự mâu thuẫn giữa Quy tắc và Điều khoản Sản phẩm bảo trợ này với Quy tắc và Điều khoản của các sản phẩm bảo hiểm khác trong Hợp đồng bảo hiểm, Quy tắc và Điều khoản Sản phẩm bảo trợ này sẽ được áp dụng.

Trong Quy tắc và Điều khoản Sản phẩm bảo trợ này, các thuật ngữ được định nghĩa dưới đây được hiểu và giải thích như sau:

- 7.1. Người được bảo hiểm** là Người được bảo hiểm của sản phẩm bảo trợ này, có quyền lợi có thể được bảo hiểm với Bên mua bảo hiểm, trong độ tuổi từ 30 ngày tuổi đến 70 tuổi tính theo lần sinh nhật vừa qua, cư trú tại Việt Nam vào Ngày hiệu lực của Sản phẩm bảo trợ và được Công ty chấp nhận bảo hiểm. Tuổi tối đa khi kết thúc Sản phẩm bảo trợ này là 75 tuổi.
- 7.2. Ngày tái tục hàng năm** của Sản phẩm bảo trợ là ngày lặp lại hàng năm của ngày Sản phẩm bảo trợ này có hiệu lực. Nếu năm không có ngày này, ngày cuối tháng tương ứng sẽ là Ngày tái tục hàng năm của sản phẩm bảo trợ này
- 7.3. Bệnh viện** là một cơ sở y tế được thành lập và cấp phép hoạt động hợp pháp tại Việt Nam. Tư cách của bệnh viện phải được thể hiện bằng chữ “bệnh viện” trên con dấu chính thức.
Theo Quy tắc và Điều khoản Sản phẩm bảo trợ này, Bệnh viện không bao gồm các cơ sở dưới đây cho dù các cơ sở này hoạt động độc lập hay trực thuộc một Bệnh viện:
 - Nhà an dưỡng hay nhà dưỡng lão hay viện điều dưỡng;
 - Nơi chữa trị cho người nghiện rượu hoặc nghiện ma túy;
 - Nơi chữa trị cho người bị bệnh tâm thần.
- 7.4. Phòng khám** là một cơ sở y tế khám chữa bệnh được cấp giấy phép thành lập và hoạt động theo luật pháp Việt Nam. Tư cách của phòng khám phải được thể hiện bằng chữ “phòng khám” trên con dấu chính thức.
- 7.5. Bác sĩ** là một bác sĩ đã có bằng cấp chuyên môn, được cấp giấy phép hành nghề hợp pháp và được cơ quan quản lý y tế của nước sở tại cho phép hành nghề y và phẫu thuật tại nơi hành nghề, với điều kiện không phải là Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm trừ trường hợp những người này làm nhiệm vụ theo sự phân công của cấp có thẩm quyền.
- 7.6. Tai nạn** là một hoặc một chuỗi sự kiện khách quan xảy ra do tác động của một lực, một vật bất ngờ từ bên ngoài lên cơ thể Người được bảo hiểm. Tai nạn phải là nguyên nhân trực tiếp gây ra thương tật của Người được bảo hiểm.
- 7.7. Bệnh** là tình trạng ốm đau, bệnh tật mà Người được bảo hiểm mắc phải trong thời gian hiệu lực của Sản phẩm bảo trợ này và cần được Bác sĩ điều trị.
- 7.8. Cấp cứu** là tình trạng y tế biểu hiện bằng các triệu chứng cấp tính với mức độ nghiêm trọng (bao gồm đau dữ dội) mà một người có hiểu biết trung bình về y khoa sẽ hiểu rằng nếu

không có sự chăm sóc y tế kịp thời tại một phòng cấp cứu của Bệnh viện thì một trong các trường hợp sau sẽ xảy ra:

- Sức khỏe của một người sẽ bị đe dọa nghiêm trọng; hoặc
- Suy giảm nghiêm trọng chức năng của cơ thể; hoặc
- Rối loạn nghiêm trọng chức năng của bất kỳ cơ quan hoặc một phần cơ thể.

7.9. Biến chứng thai sản bao gồm các biến chứng như sau:

- Băng huyết sau sinh (băng huyết trong hoặc sau sinh, với số lượng máu chảy trên >500ml);
- Nhiễm khuẩn huyết sau sinh;
- Huyết khối tĩnh mạch do thai sản (tắc mạch phổi hoặc huyết khối tĩnh mạch sâu);
- Đông máu nội mạch lan tỏa do thai sản.

7.10. Điều trị nội trú là việc Người được bảo hiểm được điều trị y tế tại Bệnh viện, có làm thủ tục nhập viện và nằm viện qua đêm.

7.11. Đợt điều trị là khoảng thời gian từ khi Người được bảo hiểm nhập viện đến khi xuất viện để điều trị tại Bệnh viện. Giấy ra viện là bằng chứng chứng minh kết thúc một Đợt điều trị.

7.12. Chi phí điều trị nội trú là những chi phí y tế thực tế phát sinh trong một Đợt điều trị, bao gồm: chi phí phòng và giường, chi phí thuốc kê toa, chi phí phẫu thuật (nếu có Phẫu thuật), Chi phí điều trị trước khi nhập viện, Chi phí điều trị sau khi xuất viện và các chi phí điều trị nội trú khác.

7.13. Chi phí điều trị trước khi nhập viện bao gồm các chi phí khám kiểm tra, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh theo yêu cầu của Bác sĩ và thuốc được kê đơn, có liên quan trực tiếp đến Tai nạn hoặc Bệnh mà Người được bảo hiểm cần phải nhập viện để điều trị theo chỉ định của Bác sĩ.

Điều trị trước khi nhập viện phải được thực hiện trong vòng 30 ngày trước ngày nhập viện của Đợt điều trị đó.

7.14. Chi phí điều trị sau khi xuất viện là các chi phí điều trị y tế theo chỉ định của Bác sĩ sau khi xuất viện bao gồm khám kiểm tra, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh theo yêu cầu của Bác sĩ, và Thuốc theo toa liên quan trực tiếp đến Tai nạn hoặc Bệnh đã được Điều trị nội trú trước đó.

Điều trị sau khi xuất viện cần được thực hiện trong vòng 60 ngày kể từ ngày xuất viện của Đợt điều trị đó.

7.15. Ung thư là khối u được chẩn đoán mô học là ác tính, có sự tăng sinh không kiểm soát của các tế bào ung thư. Bệnh ung thư phải được Bác sĩ chuyên khoa xác nhận dựa trên kết quả giải phẫu bệnh hoặc kết quả xét nghiệm tế bào học thông qua sinh thiết khối u.

7.16. Cấy ghép nội tạng là việc Phẫu thuật cấy ghép một trong các cơ quan nội tạng bao gồm tim, phổi, gan, tụy, thận, tủy xương cho Người được bảo hiểm được thực hiện bởi Bác sĩ tại một Bệnh viện.

7.17. Chi phí Cấy ghép nội tạng là chi phí y tế thực tế liên quan đến người nhận tạng (là Người được bảo hiểm) và chi phí Phẫu thuật cho người hiến tạng (không phải Người được bảo hiểm) để lấy tạng ghép.

7.18. Phẫu thuật là việc thực hiện phẫu thuật, thủ thuật trên cơ thể Người được bảo hiểm để điều trị Bệnh hoặc Tai nạn. Phẫu thuật cần được thực hiện bởi Bác sĩ và trong phòng phẫu thuật của Bệnh viện.

Giấy chứng nhận phẫu thuật là bằng chứng chứng minh cho việc phẫu thuật.

7.19. Điều trị trong ngày có Phẫu thuật là việc Người được bảo hiểm được điều trị y tế có thực hiện Phẫu thuật tại Bệnh viện, có làm thủ tục nhập viện nhưng không nằm viện qua đêm.

7.20. Điều trị ngoại trú là việc Người được bảo hiểm được khám, điều trị y tế tại Bệnh viện hoặc Phòng khám, nhưng không làm thủ tục nhập viện và không nằm viện qua đêm.

7.21. Chi phí Điều trị ngoại trú là những chi phí y tế thực tế phát sinh trong 1 lần Điều trị ngoại trú, bao gồm chi phí khám bệnh, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh; chi phí thuốc kê toa; chi phí Vật lý trị liệu; chi phí Y học thay thế.

7.22. 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 Bệnh viện hoặc Phòng khám.

7.23. Y học thay thế là phương pháp chữa bệnh không phải là tây y, như y học dân tộc, y học cổ truyền và những phương pháp tương tự được thực hiện tại Bệnh viện hoặc Phòng khám.

7.24. Tình trạng tồn tại trước là

- Triệu chứng, dấu hiệu bất thường được thể hiện tại hồ sơ y tế và lưu giữ tại cơ sở y tế về tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm khởi phát trong vòng 12 tháng trước Ngày hiệu lực của Sản phẩm bảo trợ hoặc Ngày khôi phục hiệu lực của Sản phẩm bảo trợ, tùy ngày nào đến sau; hoặc
- Tình trạng Bệnh hoặc thương tật của Người được bảo hiểm đã được Bác sĩ khám, xét nghiệm, chẩn đoán, điều trị trước Ngày hiệu lực của Sản phẩm bảo trợ hoặc Ngày khôi phục hiệu lực của Sản phẩm bảo trợ gần nhất, mà nếu biết được các tình trạng này Công ty không chấp thuận bảo hiểm hoặc áp dụng thêm loại trừ bảo hiểm.

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

- Đối với Ung thư và Cấy ghép nội tạng: 90 ngày
- Đối với các Bệnh khác: 30 ngày.

Thời gian chờ không áp dụng cho trường hợp Tai nạn.

7.26. Điều trị hợp lý và cần thiết về mặt y tế là điều trị y tế

- (a) Phù hợp với chẩn đoán và điều trị y tế thông thường đối với Bệnh hoặc Tai nạn được bảo hiểm;
- (b) Phù hợp với các tiêu chuẩn theo đúng thông lệ y tế, phù hợp với các tiêu chuẩn hiện hành về chăm sóc y tế chuyên nghiệp, và các phúc lợi y tế đã được chứng minh;
- (c) Không vì lợi ích hay mong muốn cá nhân của Người được bảo hiểm hoặc Bác sĩ;
- (d) Không có tính chất thử nghiệm, tầm soát hoặc nghiên cứu, hoặc phòng ngừa, hoặc chưa được sự chấp thuận của cơ quan có thẩm quyền của nước nơi Người được bảo hiểm đang điều trị;
- (e) Chi phí y tế hợp lý, không vượt quá mức chi phí chung do các cơ sở y tế, đơn vị cung cấp dịch vụ khác có cùng tiêu chuẩn tại địa phương khi cung cấp việc điều trị, dịch vụ tương đương.

Dưới đây là một số ví dụ về các trường hợp không phải là Điều trị hợp lý và cần thiết về

mặt y tế:

- (a) Hiến/cho mô hay bộ phận cơ thể;
- (b) Kiểm tra sức khỏe định kỳ, khám sức khỏe hoặc thực hiện các xét nghiệm để kiểm tra tổng quát không nhằm mục đích điều trị hoặc các trường hợp điều trị không cần thiết về mặt y tế;
- (c) Phẫu thuật thẩm mỹ, phẫu thuật theo yêu cầu của Người được bảo hiểm, phẫu thuật chuyển đổi giới tính, điều chỉnh tật khúc xạ, hoặc bất kỳ điều trị y tế nào không có nguyên nhân do Tai nạn, Bệnh hoặc triệu chứng y tế.

7.27. Hành vi vi phạm pháp luật là hành vi của 1 cá nhân cố ý tham gia vào các hoạt động bất hợp pháp, hoặc không tuân thủ pháp luật, bao gồm hành vi phạm tội của bất kỳ cá nhân nào có lợi ích liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm. Hành vi vi phạm pháp luật bao gồm việc sử dụng rượu, bia vượt quá nồng độ cồn cho phép theo quy định của pháp luật, hoặc sử dụng chất ma túy, trừ trường hợp có sự chỉ định của Bác sĩ.