

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN



SẢN PHẨM BẢO HIỂM

HỖ TRỢ CHI PHÍ NÀM VIỆN VÀ PHẪU THUẬT

(Được phê chuẩn theo công văn số /BTC-QLBH ngày / /2021 của Bộ Tài Chính)

Sản phẩm Bảo hiểm Hỗ Trợ Chi Phí Nằm Viện Và Phẫu Thuật (Sau đây gọi tắt là “**Bảo hiểm**”) bao gồm (i) Quyền lợi cơ bản và (ii) (các) Quyền lợi mở rộng (“**Quyền lợi bảo hiểm**”). Tùy thuộc vào lựa chọn của Khách hàng tại Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm mà các điều khoản và điều kiện có liên quan của Bảo hiểm được áp dụng.

Trong Quy tắc và Điều khoản này, những từ “Công ty” hoặc “AIA Việt Nam” được hiểu là Công ty Trách nhiệm Hữu hạn Bảo hiểm Nhân thọ AIA (Việt Nam); từ “Khách hàng” được hiểu là Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm.

I. Quyền lợi bảo hiểm

Trong thời hạn có hiệu lực của Bảo hiểm, nếu Người được bảo hiểm phải nhập viện như một bệnh nhân Điều trị nội trú tại một Cơ sở y tế theo yêu cầu của Bác sĩ, Công ty sẽ thanh toán một tỷ lệ phần trăm của Số tiền bảo hiểm của Bảo hiểm như qui định dưới đây và các thỏa thuận sửa đổi, bổ sung khác (nếu có).

1- Quyền lợi cơ bản

Quyền lợi	Áp dụng theo	Tỷ lệ chi trả theo Số tiền bảo hiểm
Hỗ trợ chi phí nằm viện (không giới hạn số ngày trong một năm)	Mỗi ngày	100%

2- Các Quyền lợi mở rộng

Các Quyền lợi mở rộng bên dưới chỉ áp dụng khi Khách hàng đã lựa chọn tại Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và được thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Số thứ tự	Quyền lợi	Áp dụng theo	Tỷ lệ chi trả theo Số tiền bảo hiểm
1	Hỗ trợ chi phí nằm viện khi nằm Khoa chăm sóc đặc biệt (ICU), tối đa 60 ngày/ năm hợp đồng	Mỗi ngày	300%
2	Hỗ trợ chi phí Phẫu thuật	Mỗi lần Phẫu thuật	500%
3	Hỗ trợ chi phí nằm viện Điều trị ung thư, tối đa 60 ngày/ năm hợp đồng	Mỗi ngày	200%

Lưu ý: Cho mỗi lần nằm viện điều trị và tính trên một ngày nằm viện, Khách hàng sẽ được chi trả quyền lợi cao nhất trong các Quyền lợi (cơ bản và mở rộng) nêu trên, ngoại trừ Quyền lợi Phẫu thuật.

II. Những lưu ý khi tham gia bảo hiểm

Phí bảo hiểm	Phí bảo hiểm ban đầu phụ thuộc vào tuổi của Người được bảo hiểm, Số tiền bảo hiểm, Quyền lợi bảo hiểm mà Người được bảo hiểm đã chọn tại thời điểm tham gia Hợp đồng bảo hiểm. Phí bảo hiểm có thể thay đổi tùy thuộc vào tuổi của Người được bảo hiểm và chính sách thu Phí bảo hiểm của Công ty tại thời điểm gia hạn Hợp đồng và chấp thuận của Bộ Tài chính.
---------------------	--

Đóng Phí bảo hiểm	Khách hàng cần phải đóng Phí bảo hiểm đầy đủ và đúng hạn để đảm bảo các Quyền lợi bảo hiểm, cho dù không nhận được thông báo nhắc đóng phí. Định kỳ đóng phí là theo năm. Phụ thuộc vào việc Bảo hiểm này được gia hạn, Khách hàng sẽ được gia hạn đóng Phí bảo hiểm trong vòng 60 ngày kể từ ngày đến hạn đóng phí. Trong thời gian này, Quyền lợi bảo hiểm của Khách hàng vẫn được đảm bảo.
Thời hạn Hợp đồng bảo hiểm	Thời hạn của Hợp đồng bảo hiểm này là một năm tính từ Ngày có hiệu lực và được tự động gia hạn hàng năm cho đến ngày kỷ niệm hợp đồng ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt 60 tuổi. Khách hàng hoặc Công ty có quyền không gia hạn Bảo hiểm này. Trường hợp Công ty không gia hạn Bảo hiểm này, Công ty sẽ thông báo cho Bên mua bảo hiểm 30 ngày trước ngày kết thúc Hợp đồng bảo hiểm.
Thời gian cân nhắc	Khách hàng có quyền từ chối tham gia bảo hiểm trong vòng 21 ngày kể từ ngày nhận được bộ Hợp đồng bảo hiểm. Công ty sẽ hoàn lại số Phí bảo hiểm mà Khách hàng đã đóng, không có lãi.
Thời gian chờ	Thời gian chờ đối với các Quyền lợi bảo hiểm liên quan đến Bệnh là 30 ngày. Công ty sẽ không chi trả Quyền lợi bảo hiểm cho trường hợp nhập viện để điều trị Bệnh trong khoảng thời gian chờ. Thời gian chờ không áp dụng cho Quyền lợi bảo hiểm liên quan đến Tai nạn.
Loại trừ Bảo hiểm	Công ty sẽ không chi trả Quyền lợi bảo hiểm cho việc nhập viện và/hoặc phẫu thuật nếu việc nhập viện và/hoặc phẫu thuật đó có liên quan đến các trường hợp sau: Đối với Tai nạn: ✓ Cố ý gây Thương tích cho bản thân trong trạng thái tinh táo hoặc mất trí hoặc các Thương tích phát sinh từ hành động của Người được bảo hiểm trong tình trạng bị ảnh hưởng bởi rượu, bia, chất ma túy; hoặc ✓ Thương tích phát sinh do Người được bảo hiểm có hành vi vi phạm các quy định của pháp luật; hoặc ✓ Hành vi gian lận bảo hiểm. Đối với Bệnh: ✓ Tình trạng y tế có trước, ngoại trừ Tình trạng y tế có trước đã được khai báo khi tham gia Bảo hiểm và được chấp thuận bởi chúng tôi; hoặc ✓ Bệnh bẩm sinh, dị tật bẩm sinh; hoặc ✓ Triệt sản, tránh thai, điều trị vô sinh, sinh con, biến chứng thai sản, phá thai không có nguyên nhân bệnh lý, bệnh lây truyền qua đường tình dục; hoặc ✓ Điều trị hoặc phòng ngừa nhằm làm giảm các triệu chứng liên quan đến lão hóa, mãn kinh, tiền mãn kinh; hoặc ✓ Điều trị nha khoa (trừ các trường hợp điều trị nha khoa do nguyên nhân Tai nạn), tật khúc xạ (bao gồm cả dụng cụ trực quan, LASIK), máy trợ thính; rụng tóc, tóc giả; hoặc ✓ Điều trị bệnh tâm thần, rối loạn tâm thần/ thần kinh, trầm cảm, rối loạn nhân cách; hoặc ✓ Phẫu thuật tạo hình, trừ khi Thương tích xảy ra do Tai nạn và Phẫu thuật tạo hình là cần thiết để khôi phục lại chức năng của Người được bảo hiểm; hoặc ✓ Điều trị liên quan đến chứng khó thở khi ngủ bao gồm ngủ ngáy và ngưng thở khi ngủ, làm việc căng thẳng hoặc các điều trị liên quan khác; hoặc ✓ Điều trị giảm cân hoặc tăng cân, chương trình kiểm soát cân nặng hoặc Phẫu thuật giảm béo; hoặc ✓ Sử dụng chất ma túy không có chỉ định của Bác sĩ, ngộ độc rượu, bia; hoặc ✓ Hành vi gian lận bảo hiểm.

Các trường hợp chấm dứt Bảo hiểm	Bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực khi Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt trong các trường hợp sau: ✓ Thời hạn của Hợp đồng bảo hiểm kết thúc và không được gia hạn; hoặc ✓ Người được bảo hiểm tử vong; hoặc ✓ Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm; hoặc ✓ Các trường hợp khác theo quy định tại Hợp đồng bảo hiểm này và của pháp luật.
----------------------------------	--

III. Giải quyết Quyền lợi bảo hiểm

Thời hạn yêu cầu giải quyết Quyền lợi bảo hiểm	Thời hạn yêu cầu giải quyết Quyền lợi bảo hiểm là 12 tháng kể từ ngày xuất viện.
Hồ sơ yêu cầu giải quyết Quyền lợi bảo hiểm	Hồ sơ yêu cầu giải quyết Quyền lợi bảo hiểm bao gồm: 1. Phiếu yêu cầu giải quyết Quyền lợi bảo hiểm đã được điền đầy đủ và chính xác; 2. Chứng minh nhân dân hoặc căn cước công dân hoặc hộ chiếu của người nhận Quyền lợi bảo hiểm; 3. Bảng chứng y tế, bao gồm: ✓ Kết quả khám, xét nghiệm, chẩn đoán theo chỉ định của Bác sĩ; và ✓ Giấy ra viện; và ✓ Giấy chứng nhận Phẫu thuật (trong trường hợp Phẫu thuật); và ✓ Chứng từ y tế thể hiện Tai nạn nếu yêu cầu giải quyết Quyền lợi bảo hiểm liên quan đến Tai nạn. Công ty bảo lưu quyền yêu cầu cung cấp thêm các tài liệu hoặc bằng chứng bổ sung để hỗ trợ cho việc giải quyết Quyền lợi bảo hiểm. Mọi chi phí liên quan đến việc cung cấp các tài liệu bổ sung sẽ do Công ty thanh toán theo hóa đơn, chứng từ thanh toán hợp lệ.
Người nhận Quyền lợi bảo hiểm	Công ty sẽ chi trả Quyền lợi bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này cho: 1. Bên mua bảo hiểm. 2. Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm đã tử vong tại thời điểm chi trả Quyền lợi bảo hiểm, Công ty sẽ chi trả Quyền lợi bảo hiểm của Bảo hiểm này cho người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm.
Thời hạn giải quyết Quyền lợi bảo hiểm	Thời hạn giải quyết Quyền lợi bảo hiểm là 30 ngày kể từ ngày Công ty nhận được hồ sơ đầy đủ và hợp lệ. Nếu việc chi trả Quyền lợi bảo hiểm bị chậm trễ so với thời hạn nêu trên mà do lỗi của Công ty, Công ty sẽ trả lãi trên số tiền chậm trả theo mức lãi suất mà Công ty đang áp dụng cho các khoản tạm ứng từ giá trị hợp đồng và được công bố tại trang thông tin điện tử của Công ty www.aia.com.vn.

IV. Những điều khoản chung

Nghĩa vụ kê khai thông tin	Khách hàng có trách nhiệm kê khai đầy đủ và trung thực tất cả các thông tin cần thiết để Công ty đánh giá việc chấp nhận bảo hiểm. Khách hàng phải trực tiếp ký tên vào Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm hoặc trực tiếp xác nhận trên Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm điện tử. Việc thẩm định sức khỏe theo quyết định của Công ty tại từng trường hợp, nếu có, không thay thế cho nghĩa vụ kê khai trung thực của Khách hàng. Trường hợp Khách hàng cố ý cung cấp thông tin không trung thực hoặc không đầy đủ, theo đó nếu với thông tin chính xác Công ty đã: (i) Không chấp nhận Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm của Khách hàng, thì Công ty sẽ không chi trả Quyền lợi bảo hiểm, đơn phương chấm dứt hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm và không hoàn lại tất cả phí bảo hiểm đã đóng; hoặc
----------------------------	--

	(ii) Chấp thuận Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm nhưng có giới hạn Quyền lợi bảo hiểm hoặc Khách hàng phải trả thêm phí, thì Công ty theo quyết định của mình, sẽ: • Chi trả đầy đủ Quyền lợi bảo hiểm sau khi đã thu thêm hoặc khấu trừ khoản phí bảo hiểm phải tăng; hoặc • Chi trả Số tiền bảo hiểm đã giảm tương ứng với mức phí bảo hiểm mà Khách hàng đã đóng; hoặc • Chi trả Quyền lợi bảo hiểm nằm ngoài giới hạn có thể được bảo hiểm.
Xác minh các khoản tiền đã đóng	Bên mua bảo hiểm phải cung cấp các chứng từ liên quan đến các khoản tiền đã nộp hoặc thanh toán cho Công ty liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm này nếu có bất kỳ truy vấn nào của cơ quan nhà nước có thẩm quyền về nguồn gốc của các khoản thanh toán đó. Trường hợp Bên mua bảo hiểm bị phát hiện có hành vi liên quan đến rửa tiền/ khủng bố, Công ty có quyền thực hiện các hành động theo quy định của pháp luật và/ hoặc thực hiện các biện pháp theo yêu cầu của cơ quan có thẩm quyền liên quan đến hành vi đó.
Nghĩa vụ cung cấp thông tin của AIA Việt Nam	Công ty có trách nhiệm cung cấp đầy đủ thông tin liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm giải thích các điều kiện, điều khoản bảo hiểm cho Khách hàng. Khách hàng có quyền đơn phương chấm dứt thực hiện Hợp đồng bảo hiểm nếu phát hiện Công ty cố ý cung cấp thông tin sai sự thật nhằm giao kết Hợp đồng bảo hiểm. Ngoài ra, Công ty sẽ bồi thường thiệt hại phát sinh do việc cung cấp thông tin sai sự thật.
Thay đổi nơi cư trú hoặc nghề nghiệp	Khách hàng phải thông báo trước cho Công ty nếu Khách hàng đi nước ngoài từ 2 tháng liên tục trở lên hoặc đã thay đổi nghề nghiệp để Công ty thẩm định lại mức độ rủi ro và có quyết định liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm này.
Kê khai nhầm lẫn tuổi và/ hoặc giới tính của Người được bảo hiểm	Trường hợp nhầm lẫn khi kê khai tuổi và/ hoặc giới tính của Người được bảo hiểm thì Phí bảo hiểm sẽ được điều chỉnh theo tuổi và/ hoặc giới tính đúng căn cứ theo Số tiền bảo hiểm của Quyền lợi bảo hiểm được lựa chọn kể từ thời điểm Công ty chấp thuận điều chỉnh. Trường hợp theo tuổi và/ hoặc giới tính đúng, Người được bảo hiểm không thể được bảo hiểm, Công ty sẽ hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm và hoàn trả cho Bên mua bảo hiểm Phí bảo hiểm đã đóng của năm hiện tại, không có lãi, sau khi đã trừ đi các khoản tiền bảo hiểm đã được thanh toán trong năm hiện tại, nếu có.
Giải quyết tranh chấp	Mọi tranh chấp phát sinh từ/ hoặc liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm này nếu không giải quyết được bằng thương lượng giữa các bên thì một trong các bên có quyền đưa tranh chấp ra tòa án có thẩm quyền để giải quyết. Thời hiệu khởi kiện là trong vòng 3 năm tính từ ngày xảy ra tranh chấp.

Các thuật ngữ về y học sử dụng trong Quy tắc và Điều khoản này sẽ có cùng nghĩa về mặt y học theo như cách hiểu và sử dụng chung của các chuyên gia về y học trong lĩnh vực tương ứng. Trong trường hợp pháp luật Việt Nam có quy định riêng về các thuật ngữ y học, các thuật ngữ này sẽ được ưu tiên áp dụng.

Phụ lục 1: Giải thích từ ngữ

<i>Bác sĩ</i>	là người có bằng cấp chuyên môn y khoa trong lĩnh vực tây y được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc thừa nhận được hành nghề y hợp pháp trong phạm vi giấy phép theo pháp luật của nước sở tại nơi người này tiến hành việc khám, điều trị.
<i>Bệnh</i>	là ốm đau, bệnh tật mà Người được bảo hiểm mắc phải trong thời hạn có hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm và cần được điều trị theo chỉ định của Bác sĩ.
<i>Bên mua bảo hiểm</i>	là cá nhân từ 18 tuổi trở lên và có năng lực hành vi dân sự đầy đủ hoặc tổ chức được thành lập và hoạt động hợp pháp tại Việt Nam.
<i>Cơ sở y tế</i>	là một cơ sở khám chữa bệnh được cơ quan có thẩm quyền tại Việt Nam cấp giấy phép hoạt động hợp pháp. Cơ sở y tế không bao gồm trạm y tế cấp xã, phòng hoặc tương đương, trạm xá, bệnh xá.
<i>Điều trị nội trú</i>	là việc điều trị y tế mà Người được bảo hiểm phải nhập viện và nằm điều trị từ 18 giờ liên tục tại Cơ sở y tế theo chỉ định của Bác sĩ.
<i>Điều trị ung thư</i>	là Điều trị nội trú bằng phương pháp xạ trị, hóa trị, liệu pháp nhắm trúng đích theo chỉ định của Bác sĩ.
<i>Giấy chứng nhận bảo hiểm</i>	là văn bản chấp thuận bảo hiểm của Công ty gửi đến Khách hàng, thể hiện các thông tin chính về Quyền lợi bảo hiểm và là một phần không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm.
<i>Hành vi gian lận bảo hiểm</i>	là hành vi của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm (i) sử dụng các chứng từ, tài liệu giả mạo hoặc cố ý làm sai lệch thông tin trong hồ sơ yêu cầu giải quyết Quyền lợi bảo hiểm; hoặc (ii) gây thiệt hại đến tính mạng, sức khỏe của Người được bảo hiểm để yêu cầu chi trả Quyền lợi bảo hiểm.
<i>Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm (“HSYCBH”)</i>	là mẫu văn bản yêu cầu tham gia bảo hiểm do Công ty phát hành, trong đó bao gồm các nội dung đề nghị tham gia bảo hiểm và thông tin do Khách hàng cung cấp để Công ty đánh giá rủi ro, làm căn cứ chấp thuận bảo hiểm hoặc từ chối Bảo hiểm. HSYCBH là một phần không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm.
<i>Hợp đồng bảo hiểm</i>	là tất cả các thỏa thuận giữa Công ty và Khách hàng trên cơ sở yêu cầu bảo hiểm của Khách hàng. Hợp đồng bảo hiểm bao gồm HSYCBH, các thông tin và bằng chứng khác liên quan đến Người được bảo hiểm do Khách hàng cung cấp, Giấy chứng nhận bảo hiểm do Công ty phát hành, các Quy tắc và Điều khoản bảo hiểm, tài liệu minh họa bán hàng và tất cả các xác nhận sửa đổi bổ sung (nếu có). Tất cả các tài liệu trên cùng nhau tạo thành Hợp đồng bảo hiểm. Hợp đồng bảo hiểm có thể được chuyển đến Khách hàng dưới hình thức giấy hoặc điện tử hoặc cả hai.
<i>Ngày có hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm</i>	là ngày Khách hàng hoàn tất Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và đóng đầy đủ Phí bảo hiểm cho Hợp đồng bảo hiểm, với điều kiện Người được bảo hiểm còn sống vào thời điểm Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm được Công ty chấp thuận. Ngày có hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc xác nhận sửa đổi, bổ sung (nếu có).
<i>Người được bảo hiểm</i>	là cá nhân đang sinh sống tại Việt Nam tại thời điểm nộp Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm cho hợp đồng đầu tiên, trong độ tuổi từ 18 đến 50 tuổi, và được Công ty chấp thuận Bảo Hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm.
<i>Phòng phẫu thuật</i>	là một bộ phận của Cơ sở y tế được trang bị các thiết bị y tế phù hợp và cần thiết để phục vụ cho việc Phẫu thuật.

<i>Phẫu thuật</i>	là một phương pháp y khoa để điều trị Bệnh hoặc Thương tích do những yêu cầu cần thiết và hợp lý 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 hoặc phục vụ cho mục đích chẩn đoán bệnh sẽ không được hiểu là Phẫu thuật theo định nghĩa này.
<i>Khoa chăm sóc đặc biệt (ICU)</i>	là một bộ phận của Cơ sở y tế và phải đáp ứng tất cả các điều kiện sau: - được thành lập để chăm sóc và điều trị đặc biệt; và - dành riêng cho các bệnh nhân trong điều kiện nguy kịch, cần sự theo dõi và kiểm tra y tế liên tục của Bác sĩ; và - được trang bị các thiết bị, thuốc, phương tiện khác cần thiết cho việc cứu sống bệnh nhân một cách nhanh chóng; và - không phải là phòng hậu phẫu hoặc phòng cấp cứu.
<i>Số tiền bảo hiểm</i>	là số tiền mà Khách hàng đã chọn làm căn cứ để chi trả các Quyền lợi bảo hiểm.
<i>Tai nạn</i>	là một sự kiện hoặc một chuỗi sự kiện liên tục, khách quan, xảy ra do tác động của một lực hoặc một vật bất ngờ, từ bên ngoài, không chủ định và ngoài ý muốn của Người được bảo hiểm, gây ra thương tật cho Người được bảo hiểm. Sự kiện hoặc chuỗi sự kiện nêu trên phải là nguyên nhân trực tiếp, duy nhất và không liên quan đến bất kỳ nguyên nhân nào khác gây ra thương tật cho Người được bảo hiểm trong vòng 180 ngày kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm.
<i>Tình trạng y tế có trước</i>	là tình trạng Bệnh hoặc Thương tích của Người được bảo hiểm đã được Bác sĩ khám, chẩn đoán hoặc điều trị trước Ngày có hiệu lực của Bảo hiểm. Hồ sơ y tế, tình trạng tiền sử bệnh được lưu giữ tại Cơ sở y tế hoặc các thông tin do Người được bảo hiểm tự kê khai được xem là bằng chứng đầy đủ và hợp pháp về Tình trạng y tế có trước.
<i>Thương tích</i>	là các tổn thương cơ thể gây ra bởi nguyên nhân duy nhất và trực tiếp do Tai nạn.