QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN
SẢN PHẨM

BẢO HIỂM SỨC KHỎE TRỌN ĐỜI

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN MẪU

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN

SẢN PHẨM BẢO HIỂM SỨC KHỎE TRỌN ĐỜI

(Được ban hành theo Quyết định số AIAVN/PM/2610-01, đề ngày 30/10/2026 của Tổng Giám đốc Công ty TNHH Bảo Hiểm Nhân Thọ AIA (Việt Nam))

CHƯƠNG I — QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Điều 1: Quyền lợi chính 03
Điều 2: Quyền lợi bảo hiểm tùy chọn 06

CHƯƠNG II — QUYỀN LỢI THƯỞNG AIA VITAILITY

Điều 3: Quyền lợi Thưởng sống khỏe Vitality 08
Điều 4: Chi trả Quyền lợi Thưởng sống khỏe Vitality 08
Điều 5: Thông báo thường niên về Chương trình AIA Vitality Việt Nam 08

CHƯƠNG III — NHỮNG LƯU Ý KHI THAM GIA BẢO HIỂM

Điều 6: Phí bảo hiểm 09
Điều 7: Định kỳ đóng phí 09
Điều 8: Phương thức đóng phí 09
Điều 9: Thời hạn của Bảo Hiểm Sức Khỏe 09
Điều 10: Thay đổi chương trình bảo hiểm, phạm vi địa lý, quyền lợi bảo hiểm tùy chọn 09
Điều 11: Thay đổi nơi cư trú và/hoặc nghề nghiệp 10
Điều 12: Thời gian chờ 10
Điều 13: Mất hiệu lực và khôi phục hiệu lực Bảo Hiểm Sức Khỏe 10
Điều 14: Loại trừ bảo hiểm 11
Điều 15: Các trường hợp chấm dứt bảo hiểm 12

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN MẪU

CHƯƠNG IV GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM
Điều 16: Thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm 13
Điều 17: Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm 13
Điều 18: Người nhận quyền lợi bảo hiểm 14
Điều 19: Thời hạn giải quyết quyền lợi bảo hiểm 14
Điều 20: Phương thức chi trả quyền lợi bảo hiểm 14

CHƯƠNG V NHỮNG ĐIỀU KHOẢN CHUNG
Điều 21: Nguyên tắc áp dụng 14
Điều 22: Nghĩa vụ kê khai thông tin của Khách hàng 15
Điều 23: Nghĩa vụ cung cấp thông tin của Công ty 15
Điều 24: Kê khai nhầm lẫn tuổi và/hoặc giới tính của NĐBH 15
Điều 25: Trách nhiệm bảo mật thông tin Khách hàng 15
Điều 26: Miễn truy xét 16
Điều 27: Xác minh các khoản tiền đã đóng 16
Điều 28: Giải quyết tranh chấp 16
Điều 29: Chỉ định, thay đổi Người thụ hưởng 16
Điều 30: Bảo hiểm bán kèm vô hiệu 17

PHỤ LỤC GIẢI THÍCH TỪ NGỮ 18

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN MẪU

Điều khoản của sản phẩm Bảo hiểm Sức Khỏe Trọn Đời (Sau đây gọi tắt là "Bảo Hiểm Sức Khỏe") được phân phối kèm Bảo hiểm nhân thọ và là một phần của Hợp đồng bảo hiểm.

Bảo Hiểm Sức Khỏe có bốn chương trình bảo hiểm của Quyền lợi chính và các Quyền lợi bảo hiểm tùy chọn. Khách hàng có thể lựa chọn chương trình bảo hiểm cũng như phạm vi địa lý của quyền lợi bảo hiểm. Sau khi được Công ty chấp thuận, quyền lợi bảo hiểm được thể hiện cụ thể tại Giấy chứng nhận bảo hiểm và các thỏa thuận sửa đổi, bổ sung khác (nếu có).

Những từ "AIA Việt Nam" hay "Công ty" được hiểu là Công ty Trách Nhiệm Hữu Hạn Bảo hiểm Nhân thọ AIA (Việt Nam); từ "Khách hàng" tùy từng trường hợp được hiểu là Bên mua bảo hiểm ("BMBH") và/hoặc Người được bảo hiểm ("NĐBH").

Trong phạm vi của Quy tắc và Điều khoản của Bảo Hiểm Sức Khỏe, khi đề cập đến NĐBH có nghĩa là NĐBH của riêng Bảo Hiểm Sức Khỏe này.

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN MẪU

CHƯƠNG I : QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Điều 1. Quyền lợi chính

Công ty sẽ chi trả Chi phí y tế theo mức Giới hạn phụ của từng quyền lợi theo bảng dưới đây. Tổng số tiền Công ty chi trả cho Quyền lợi chính sẽ không vượt quá Số tiền bảo hiểm trong mỗi Năm hợp đồng, ngoại trừ Quyền lợi Nhân đôi bảo vệ.

Đơn vị tính : Đồng

<table>
<tr><th rowspan="2">Quyền lợi bảo hiểm</th><th rowspan="2">Áp dụng cho</th><th colspan="4">Chương trình bảo hiểm</th></tr>
<tr><th>Cơ bản</th><th>Nâng cao</th><th>Toàn diện</th><th>Hoàn hảo</th></tr>
<tr><td>Số tiền bảo hiểm</td><td>Mỗi Năm hợp đồng</td><td>150.000.000</td><td>350.000.000</td><td>700.000.000</td><td>1.200.000.000</td></tr>
<tr><td>Nhân đôi bảo vệ (không áp dụng cho Quyền lợi thai sản và Quyền lợi Điều trị giảm nhẹ)</td><td>Mỗi Năm hợp đồng</td><td>Cộng thêm 150.000.000</td><td>Cộng thêm 350.000.000</td><td>Cộng thêm 700.000.000</td><td>Cộng thêm 1.200.000.000</td></tr>
<tr><td colspan="4">Công ty sẽ cộng thêm 100% Số tiền bảo hiểm với điều kiện trong Năm hợp đồng:
• Công ty chi trả hết Số tiền bảo hiểm của chương trình bảo hiểm; và
• NĐBH được điều trị tại Cơ sở y tế công lập tại Việt Nam.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Phạm vi địa lý</td><td colspan="4">Phạm vi địa lý được thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm và các thỏa thuận sửa đổi, bổ sung khác (nếu có), trong đó:
• Quyền lợi Điều trị nội trú, Quyền lợi Điều trị ung thư, Quyền lợi Điều trị trong ngày, Quyền lợi Điều trị giảm nhẹ, Quyền lợi Cấp cứu được áp dụng tại Việt Nam hoặc Toàn Cầu trừ Hoa Kỳ.
• Quyền lợi Thai sản được áp dụng tại Việt Nam.</td></tr>
<tr><td>Đồng chi trả</td><td>NĐBH từ 30 ngày tuổi - 4 tuổi</td><td colspan="4">Công ty chi trả 80% Chi phí y tế khi NĐBH được điều trị tại các Cơ sở y tế tư nhân tại Việt Nam.</td></tr>
</table>

Đơn vị tính : Đồng

Quyền lợi bảo hiểm	Áp dụng cho	Chương trình bảo hiểm			
		Cơ bản	Nâng cao	Toàn diện	Hoàn hảo
	NĐBH từ 75 tuổi trở lên	Công ty chi trả 80% Chi phí y tế. Trong trường hợp số tiền Khách hàng đồng chi trả trong Năm hợp đồng vượt qua mức quy định bên dưới, Công ty sẽ chi trả 100% Chi phí y tế đối với các điều trị từ thời điểm đó đến Ngày kỷ niệm hợp đồng.			
		15.000.0000	30.000.000	60.000.000	80.000.000
Giới hạn phụ					
A. Quyền lợi Điều trị nội trú					
1. Phòng và Giường *bệnh* *(tối đa 100 ngày /năm)*	Mỗi ngày	850.000	2.000.000	3.000.000	5.500.000
2. Phòng Chăm sóc đặc biệt (ICU) *(tối đa 30 ngày /năm)*		Theo Chi phí y tế			
3. Giường dành cho người thân *(tối đa 30 ngày /năm) Chỉ áp dụng cho một người thân lưu lại cùng NĐBH dưới 18 tuổi hoặc NĐBH từ 60 tuổi trở lên*		150.000	250.000	500.000	1.000.000
4. Hỗ trợ chi phí nằm viện khi sử dụng Bảo hiểm y tế *(tối đa 30 ngày/năm)*		150.000	250.000	400.000	600.000
5. Phẫu thuật	Mỗi Đợt điều trị	Theo Chi phí y tế			
6. Điều trị trước nhập viện *(tối đa 30 ngày trước khi nhập viện; 02 Lần khám/Đợt điều trị)*					
7. Điều trị sau xuất viện *(tối đa 60 ngày sau khi xuất viện)*					
8. Chi phí y tế nội trú khác					
9. Chăm sóc y tế tại nhà *(tối đa 30 ngày/năm)*	Mỗi ngày	150.000	250.000	500.000	1.000.000

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN MẪU

Đơn vị tính : Đồng

Quyền lợi bảo hiểm		Áp dụng cho	Chương trình bảo hiểm			
			Cơ bản	Nâng cao	Toàn diện	Hoàn hảo
10. Ghép tạng (tim, phổi, gan, tụy, thận, tủy xương)	Cho người được ghép tạng (NĐBH)	Mỗi Lần ghép tạng	Theo Chi phí y tế			
	Cho người hiến tạng (không phải NĐBH)		50% chi phí phẫu thuật			
B. Quyền lợi Điều trị ung thư						
Điều trị ung thư		Mỗi Lần điều trị	Theo Chi phí y tế			
C. Quyền lợi Điều trị trong ngày						
1. Phẫu thuật, thủ thuật trong ngày		Mỗi Năm hợp đồng	Theo Chi phí y tế			
2. Điều trị trong ngày cho các bệnh Viêm phế quản; Viêm phổi; Sốt xuất huyết; Cúm *(tối đa 3 lần điều trị/năm)*		Mỗi Lần điều trị	1.500.000	2.500.000	5.000.000	10.000.000
3. Lọc máu		Mỗi Năm hợp đồng	5.000.000	7.000.000	10.000.000	50.000.000
D. Quyền lợi điều trị giảm nhẹ		Trong suốt thời gian có hiệu lực của Bảo Hiểm Sức Khỏe	Không áp dụng	Không áp dụng	25.000.000	50.000.000
E. Quyền lợi Cấp cứu						
1. Điều trị Cấp cứu do Tai nạn hoặc Bệnh		Mỗi lần cấp cứu	3.000.000	6.000.000	10.000.000	Theo Chi phí y tế
2. Vận chuyển Cấp cứu do Tai nạn hoặc Bệnh			1.500.000	3.000.000	5.000.000	Theo Chi phí y tế
F. Quyền lợi thai sản *(áp dụng trong khoảng thời gian NĐBH từ 18 tuổi đến 45 tuổi và chỉ áp dụng tại Việt Nam)*						

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN MẪU

Đơn vị tính : Đồng

Quyền lợi bảo hiểm	Áp dụng cho	Chương trình bảo hiểm			
		Cơ bản	Nâng cao	Toàn diện	Hoàn hảo
Số tiền bảo hiểm	Mỗi Năm hợp đồng	Không áp dụng	Không áp dụng	25.000.000	40.000.000
Mức chi trả		Không áp dụng	Không áp dụng	Tỷ lệ Công ty chi trả Chi phí y tế: • Năm hợp đồng đầu tiên: 50% • Năm hợp đồng thứ 2: 80% • Từ Năm hợp đồng thứ 3 trở đi: 100%	
Giới hạn phụ					
1. Khám thai *(tối đa 8 lần/năm)*	Mỗi lần khám	Không áp dụng	Không áp dụng	1.000.000	3.000.000
2. Phòng và Giường *(tối đa 100 ngày/năm)*	Mỗi ngày			3.000.000	5.500.000
3. Phòng Chăm sóc đặc biệt (ICU) *(tối đa 30 ngày/năm)*	Mỗi Năm hợp đồng			Theo Chi phí y tế	Theo Chi phí y tế
4. Sinh thường					
5. Sinh mổ theo chỉ định của Bác sĩ					
6. Biến chứng thai sản					
7. Chăm sóc trẻ sơ sinh *(tối đa 7 ngày sau khi sinh)*					

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN MẪU

Điều 2. Quyền lợi bảo hiểm tùy chọn

2.1. Quy định chung

Khách hàng có thể lựa chọn tham gia thêm Quyền lợi Điều trị ngoại trú và/hoặc Quyền lợi Chăm sóc nha khoa theo quy định của Công ty đối với sản phẩm này và được công bố tại trang thông tin điện tử www.aia.com.vn, nếu đáp ứng các điều kiện sau đây:

- Khách hàng chỉ có thể tham gia Quyền lợi Điều trị ngoại trú khi đã tham gia Quyền lợi chính. Chương trình bảo hiểm của Quyền lợi Điều trị ngoại trú không được vượt quá chương trình bảo hiểm của Quyền lợi chính.
- Khách hàng chỉ có thể lựa chọn bảo hiểm của Quyền lợi Chăm sóc nha khoa khi đã tham gia Quyền lợi Điều trị ngoại trú. Chương trình bảo hiểm của Quyền lợi Chăm sóc nha khoa tương đương với chương trình bảo hiểm của Quyền lợi Điều trị ngoại trú.

Công ty sẽ chi trả Chi phí y tế theo mức Giới hạn phụ và không vượt quá Số tiền bảo hiểm của từng quyền lợi theo quy định tương ứng tại Khoản 2.2 Điều này.

2.2. Chi tiết Quyền lợi bảo hiểm

2.2.1. Quyền lợi Điều trị ngoại trú

Đơn vị tính : Đồng

Quyền lợi bảo hiểm	Áp dụng cho	Chương trình bảo hiểm			
		Cơ bản	Nâng cao	Toàn diện	Hoàn hảo
Số tiền bảo hiểm	Mỗi Năm hợp đồng	6.000.000	12.000.000	24.000.000	48.000.000
Phạm vi địa lý		Việt Nam			
Mức chi trả		Công ty chi trả 80% Chi phí y tế			
Giới hạn phụ					
• Khám bệnh • Xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh • Thuốc theo toa • Vật lý trị liệu	Mỗi lần khám	600.000	1.200.000	2.400.000	4.800.000
Tư vấn/Điều trị sức khỏe tâm thần	Mỗi Năm hợp đồng	Không áp dụng	Không áp dụng	2.000.000	4.000.000

2.2.2. Quyền lợi Chăm sóc nha khoa

Đơn vị tính : Đồng

Quyền lợi bảo hiểm	Áp dụng cho	Chương trình bảo hiểm			
		Cơ bản	Nâng cao	Toàn diện	Hoàn hảo
Số tiền bảo hiểm	Mỗi Năm hợp đồng	1.000.000	2.000.000	5.000.000	10.000.000
Phạm vi địa lý		Việt Nam			
Bao gồm: • Phí khám, tư vấn, xét nghiệm và chẩn đoán • Chẩn đoán hình ảnh theo chỉ định (X-quang) • Cạo vôi răng (tối đa 2 lần/năm) • Viêm nướu, viêm nha chu • Trám răng (amalgam, composite, gic hoặc các vật liệu tương tự khác) • Nhổ răng, điều trị tủy răng • Cắt u mô cứng của răng, cắt cuống răng • Bọc răng (loại trừ implant, cầu răng)	Mỗi năm hợp đồng	Công ty chi trả 80% Chi phí y tế			

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN MẪU

CHƯƠNG II. QUYỀN LỢI THƯỞNG AIA VITALITY

Quyền lợi Thưởng AIA Vitality là khoản Công ty thưởng thêm cho Khách hàng khi NĐBH lựa chọn tham gia Bảo Hiểm Sức Khỏe có quyền lợi AIA Vitality và Tư cách thành viên AIA Vitality của NĐBH là đang có hiệu lực tại thời điểm Bảo Hiểm Sức Khỏe được chấp thuận, mà không có bất kỳ ảnh hưởng nào khác đến các quyền lợi bảo hiểm được đề cập tại Chương I - Quy tắc và Điều khoản này.

Quyền lợi này áp dụng khi Khách hàng chọn phiên bản tích hợp chương trình AIA Vitality.

Điều 3. Quyền lợi Thưởng sống khỏe Vitality

a) Vào Ngày kỷ niệm hợp đồng thứ 03 kể từ Ngày có hiệu lực hoặc ngày thay đổi chương trình bảo hiểm của Bảo Hiểm Sức Khỏe, lấy ngày nào đến sau và Ngày kỷ niệm hợp đồng mỗi 03 năm sau đó, Công ty sẽ chi trả một khoản Thưởng sống khỏe Vitality, với điều kiện:

(i) Bảo Hiểm Sức Khỏe và Tư cách thành viên AIA Vitality phải đang có hiệu lực tại thời điểm xét thưởng; và

(ii) Khách hàng duy trì đóng đủ Phí bảo hiểm của Bảo Hiểm Sức Khỏe trước mỗi thời điểm xét thưởng.

b) Thưởng sống khỏe Vitality được tính toán như sau:

Thưởng sống khỏe Vitality = Tỷ lệ thưởng tại Năm hợp đồng hiện tại x *(nhân với)* Trung bình Phí bảo hiểm đã đóng của Bảo Hiểm Sức Khỏe cho 03 Năm hợp đồng trước đó.

c) Tỷ lệ thưởng trong Năm hợp đồng đầu tiên là 15% và sẽ tăng hoặc giảm tương ứng với Hạng thành viên AIA Vitality hoặc Tư cách thành viên AIA Vitality hoặc tình trạng hiệu lực của Bảo Hiểm Sức Khỏe tại các Ngày kỷ niệm hợp đồng như sau:

	Mất hiệu lực của Bảo Hiểm Sức Khỏe và/hoặc mất tạm thời Tư cách thành viên AIA Vitality	**Hạng thành viên AIA Vitality**			
		Đồng	Bạc	Vàng	Bạch kim
Mức thay đổi của Tỷ lệ Thưởng sống khỏe Vitality	Giảm 5%	Giảm 5%	Giảm 2,5%	Tăng 5%	Tăng 10%

***Lưu ý:** Tỷ lệ thưởng của Quyền lợi Thưởng sống khỏe Vitality không thấp hơn 0% và không vượt quá 60% trong tất cả các trường hợp.

Điều 4. Chi trả Quyền lợi Thưởng sống khỏe Vitality

Công ty sẽ chi trả Quyền lợi Thưởng sống khỏe Vitality cho BMBH. Trong trường hợp BMBH chưa đến nhận quyền lợi này, Công ty sẽ chi trả cho BMBH tiền lãi tính trên (các) khoản thưởng chưa nhận và theo mức lãi suất mà Công ty đang áp dụng cho các khoản tiền mặt định kỳ được tích lũy và được công bố tại trang thông tin điện tử của Công ty www.aia.com.vn.

Điều 5. Thông báo thường niên về Chương trình AIA Vitality Việt Nam

Khách hàng sẽ nhận các thông báo liên quan đến Hạng thành viên AIA Vitality, Tỷ lệ Thưởng sống khỏe Vitality tại (các) Ngày kỷ niệm hợp đồng. Việc thông báo theo quy định tại Điều này sẽ không được thực hiện khi Tư cách thành viên bị mất hiệu lực.

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN MẪU

CHƯƠNG III. NHỮNG LƯU Ý KHI THAM GIA BẢO HIỂM

Điều 6. Phí bảo hiểm

Phí bảo hiểm được xác định theo tuổi, chương trình bảo hiểm, phạm vi địa lý, quyền lợi bảo hiểm và sức khỏe của NĐBH tại thời điểm tham gia Bảo Hiểm Sức Khỏe và mỗi Ngày kỷ niệm hợp đồng. Phí bảo hiểm có thể thay đổi sau khi có sự chấp thuận của Bộ Tài chính. Trong trường hợp này, Công ty sẽ thông báo cho BMBH 30 ngày trước khi mức phí bảo hiểm mới được áp dụng.

Điều 7. Định kỳ đóng phí

Khách hàng có nghĩa vụ 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 của Hợp đồng bảo hiểm sẽ được áp dụng cho định kỳ đóng phí của Bảo Hiểm Sức Khỏe này. Khi có sự thay đổi về định kỳ đóng phí của Hợp đồng bảo hiểm, định kỳ đóng phí của Bảo Hiểm Sức Khỏe này sẽ được thay đổi tương ứng. 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.

Điều 8. Phương thức đóng phí

Khách hàng có thể lựa chọn các hình thức đóng phí bảo hiểm được Công ty áp dụng và công bố tại trang thông tin điện tử của Công ty www.aia.com.vn.

Điều 9. Thời hạn của Bảo Hiểm Sức Khỏe

Thời hạn của Bảo Hiểm Sức Khỏe này là 1 năm tính từ Ngày có hiệu lực và có thể được tái tục hàng năm. Thời hạn bảo hiểm của Bảo Hiểm Sức Khỏe không vượt quá Thời hạn bảo hiểm của Bảo hiểm nhân thọ phân phối kèm.

BMBH có quyền không tái tục Bảo Hiểm Sức Khỏe này.

Công ty có quyền không tái tục Bảo Hiểm Sức Khỏe trong các trường hợp sau đây:

i. Hành vi gian lận bảo hiểm;

ii. Công ty ngừng cung cấp Bảo Hiểm Sức Khỏe tại thời điểm tái tục;

iii. Các trường hợp khác theo quy định của pháp luật.

Trường hợp Công ty không tái tục Bảo Hiểm Sức Khỏe này, Công ty sẽ thông báo bằng văn bản cho BMBH trước 30 ngày của ngày tái tục của Bảo Hiểm Sức Khỏe này.

Điều 10. Thay đổi chương trình bảo hiểm, phạm vi địa lý, quyền lợi bảo hiểm tùy chọn

Khách hàng có thể yêu cầu thay đổi chương trình bảo hiểm và/hoặc phạm vi địa lý trong vòng 30 ngày trước Ngày kỷ niệm hợp đồng và/hoặc yêu cầu tham gia thêm quyền lợi bảo hiểm tùy chọn bất kỳ lúc nào. Công ty có thể yêu cầu cung cấp bằng chứng về tình trạng sức khỏe của NĐBH khi thực hiện yêu cầu thay đổi này và có quyết định liên quan.

Yêu cầu thay đổi chương trình bảo hiểm, phạm vi địa lý, quyền lợi bảo hiểm tùy chọn sẽ có hiệu lực từ ngày ghi trên văn bản chấp thuận của Công ty. Phí bảo hiểm, các điều khoản và điều kiện khác liên quan đến Bảo Hiểm Sức Khỏe sẽ được điều chỉnh tương ứng với chương trình bảo hiểm, phạm vi địa lý, quyền lợi bảo hiểm tùy chọn mới.

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN MẪU

Điều 11. Thay đổi nơi cư trú và/hoặc nghề nghiệp

Khách hàng có nghĩa vụ thông báo ngay cho Công ty khi NĐBH đi nước ngoài từ 02 tháng liên tục trở lên và/hoặc thay đổi nghề nghiệp trong vòng 30 ngày kể từ ngày thay đổi. Tùy theo sự thay đổi, Công ty có thể chấp thuận bảo hiểm, hoặc tăng mức phí bảo hiểm của Bảo Hiểm Sức Khỏe, hoặc chấm dứt Bảo Hiểm Sức Khỏe.

Trường hợp quốc gia/vùng lãnh thổ mà NĐBH cư trú được Công ty chấp thuận bảo hiểm và NĐBH tham gia quyền lợi bảo hiểm thuộc phạm vi địa lý là Toàn Cầu trừ Hoa Kỳ, khi có sự kiện bảo hiểm xảy ra ngoài lãnh thổ Việt Nam mà tính đến thời điểm đó:

a) NĐBH sinh sống và/hoặc cư trú ngoài lãnh thổ Việt Nam liên tục dưới 06 tháng, Công ty sẽ chi trả đầy đủ các quyền lợi bảo hiểm; hoặc

b) NĐBH sinh sống và/hoặc cư trú ngoài lãnh thổ Việt Nam liên tục từ 06 tháng trở lên, Công ty sẽ chỉ chi trả cho các chi phí Điều trị nội trú do nguyên nhân Tai nạn và trường hợp điều trị Cấp cứu do nguyên nhân Tai nạn hoặc Bệnh.

Điều 12. Thời gian chờ

Công ty sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm khi sự kiện bảo hiểm xảy ra trong khoảng thời gian chờ theo quy định dưới đây:

a) 90 ngày cho nhóm Bệnh đặc biệt, Điều trị giảm nhẹ, bệnh ung thư, Ghép tạng và Biến chứng thai sản;

b) 270 ngày cho các Quyền lợi thai sản khác;

c) 30 ngày cho các Bệnh khác;

d) Thời gian chờ không áp dụng cho Tai nạn.

Thời gian chờ được bắt đầu tính từ các thời điểm sau, tùy ngày nào đến sau:

- ngày Công ty chấp thuận bảo hiểm; hoặc
- ngày chấp thuận khôi phục hiệu lực gần nhất của Bảo Hiểm Sức Khỏe; hoặc
- ngày chấp thuận thay đổi chương trình bảo hiểm, phạm vi địa lý hoặc quyền lợi bảo hiểm. Trong trường hợp này, thời gian chờ sẽ được áp dụng cho phần tăng thêm và/hoặc quyền lợi bảo hiểm mới.

Điều 13. Mất hiệu lực và khôi phục hiệu lực Bảo Hiểm Sức Khỏe

a) Bảo Hiểm Sức Khỏe mất hiệu lực khi:

- Phí bảo hiểm của Bảo Hiểm Sức Khỏe chưa được đóng hoặc chưa được khấu trừ từ Giá trị tài khoản (nếu có) của Bảo hiểm nhân thọ sau thời gian 60 ngày kể từ Ngày đến hạn đóng phí; hoặc
- Bảo hiểm nhân thọ được phân phối cùng với Bảo Hiểm Sức Khỏe mất hiệu lực, ngoại trừ có quy định khác trong Hợp đồng bảo hiểm.

b) BMBH có thể yêu cầu khôi phục hiệu lực Bảo Hiểm Sức Khỏe nếu đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

- BMBH yêu cầu khôi phục hiệu lực Bảo Hiểm Sức Khỏe bằng văn bản trong vòng 24 tháng kể từ ngày Bảo Hiểm Sức Khỏe bị mất hiệu lực;
- BMBH đóng tất cả các khoản phí bảo hiểm quá hạn và đến hạn theo quy định của Công ty;
- BMBH và NĐBH phải cung cấp bằng chứng về tình trạng sức khỏe và đáp ứng mọi điều kiện để có thể được bảo hiểm theo quy định của Công ty.

Việc khôi phục hiệu lực Bảo Hiểm Sức Khỏe sẽ có hiệu lực từ ngày Công ty chấp thuận với điều kiện NĐBH phải còn sống vào thời điểm Công ty chấp thuận việc khôi phục và Bảo hiểm nhân thọ được phân phối cùng với Bảo Hiểm Sức Khỏe có hiệu lực.

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN MẪU

Khách hàng có nghĩa vụ cung cấp đầy đủ, chính xác, trung thực các thông tin trong hồ sơ yêu cầu khôi phục hiệu lực Bảo Hiểm Sức Khỏe và tuân thủ các điều kiện quy định tại Quy tắc và Điều khoản này. Nếu Khách hàng vi phạm các nghĩa vụ tại Điều này, việc khôi phục hiệu lực Bảo Hiểm Sức Khỏe sẽ bị hủy bỏ theo quy định tại Điều 22 của Quy tắc và Điều khoản này.

Điều 14. Loại trừ bảo hiểm

Công ty sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm cho việc khám và điều trị phát sinh từ, liên quan đến hay là hậu quả của các trường hợp sau:

a) Bệnh có sẵn, ngoại trừ bệnh có sẵn đã được khai báo khi tham gia bảo hiểm và được chấp thuận bởi Công ty; hoặc

b) Bệnh bẩm sinh, dị tật bẩm sinh; hoặc

c) Điều trị thử nghiệm hoặc các loại điều trị/xét nghiệm/trị liệu/thuốc mới chưa được Chính phủ, các cơ quan hữu quan và hiệp hội y tế được công nhận tại Việt Nam hoặc quốc tế công nhận và phê duyệt; hoặc

d) Hành động cố ý gây thương tích cho bản thân trong trạng thái tỉnh táo hoặc mất trí hoặc các thương tích phát sinh từ hành động của NĐBH trong tình trạng bị ảnh hưởng bởi rượu, bia, chất ma túy. Việc bị ảnh hưởng bởi rượu, bia, chất ma tuý được hiểu là trong trường hợp NĐBH có xét nghiệm dương tính với chất ma tuý và/hoặc có xét nghiệm nồng độ cồn vượt quá trị số bình thường hoặc mức cho phép theo hướng dẫn của Bộ Y tế tại thời điểm xảy ra Thương tích; hoặc

e) Thương tích phát sinh do NĐBH có hành vi tham gia điều khiển phương tiện giao thông mà trong máu hoặc hơi thở có nồng độ cồn vượt quá mức trị số bình thường theo quy định của Bộ Y tế, hoặc điều khiển phương tiện giao thông đường bộ vượt quá tốc độ quy định từ 5 km/h; hoặc có hành vi vi phạm quy định pháp luật của Luật giao thông đường bộ khác bao gồm đua xe trái phép, điều khiển phương tiện tham gia giao thông đi vào đường cấm hoặc đi vào đường ngược chiều hoặc lùi xe trái quy định; hoặc

f) Hành vi phạm tội (theo kết luận của cơ quan Nhà nước có thẩm quyền) của Người được bảo hiểm theo quy định tại Bộ luật hình sự; hay hành vi phạm tội xảy ra ngoài Việt Nam theo quy định pháp luật của nước liên quan; hoặc

g) Các biện pháp và biến chứng thai sản liên quan đến kế hoạch hóa gia đình, phá thai không có nguyên nhân bệnh lý, điều trị vô sinh, điều trị thụ tinh trong ống nghiệm, mang thai hộ; hoặc

h) Thăm khám, điều trị liên quan đến thai sản, sinh đẻ (bao gồm Sinh thường hoặc Sinh mổ), các biến chứng thai sản không được đề cập ở mục g, trừ trường hợp được bảo hiểm theo Quyền lợi Thai sản; hoặc

i) Điều trị hoặc phòng ngừa nhằm làm giảm các triệu chứng liên quan đến lão hóa, mãn kinh, tiền mãn kinh, điều trị các rối loạn chức năng sinh dục/tình dục; hoặc

j) Chăm sóc hoặc điều trị nha khoa bao gồm cả Điều trị nội trú và Điều trị ngoại trú trừ trường hợp điều trị cấp cứu nội trú nha khoa do tai nạn đối với răng không có bệnh lý trong vòng 24h sau khi xảy ra tai nạn và/hoặc các trường hợp điều trị nha khoa được bảo hiểm khi NĐBH tham gia Quyền lợi chăm sóc nha khoa; hoặc

k) 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 do lão hóa, bất kỳ phẫu thuật nào để hiệu chỉnh các khuyết tật thoái hóa thính giác và thị giác, máy trợ thính; rụng tóc, tóc giả; các bộ phận giả, thiết bị y tế được sử dụng bên ngoài cơ thể; hoặc

l) Điều trị bệnh tâm thần, rối loạn tâm thần/thần kinh, trầm cảm, rối loạn nhân cách, rối loạn nhận thức, trừ các trường hợp bệnh tâm thần được bảo hiểm khi NĐBH tham gia Quyền lợi điều trị ngoại trú của Chương trình Toàn diện hoặc Chương trình Hoàn hảo; hoặc

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN MẪU

m) Phẫu thuật thẩm mỹ, thủ thuật thẩm mỹ, chuyển đổi giới tính, phẫu thuật tạo hình, phẫu thuật chỉnh hình, trừ khi thương tích xảy ra do tai nạn và phẫu thuật tạo hình, phẫu thuật chỉnh hình là cần thiết để khôi phục lại chức năng của NĐBH; hoặc

n) Khám sức khỏe định kỳ hàng năm hoặc kiểm tra sức khỏe, tiêm chủng cho mục đích phòng ngừa bệnh ngoại trừ vắc xin dại do súc vật cắn, vắc xin uốn ván trong trường hợp Tai nạn cần tiêm ngừa theo chỉ định của Bác sĩ; hoặc

o) Thực phẩm chức năng, thuốc cho mục đích làm đẹp, mỹ phẩm, khoáng chất, dinh dưỡng bổ sung; hoặc

p) Chấn thương phát sinh từ việc tập luyện, tham gia thể thao chuyên nghiệp, thể thao mạo hiểm, bao gồm: nhảy bungee, nhảy dù, dù lượn, diều bay, leo núi, săn bắn, đua xe (bao gồm cả ô tô và ngựa), mô tô nước trên biển, xe đạp địa hình, lặn biển, đấm bốc, đấu vật và các hoạt động thể thao mạo hiểm khác theo danh mục được pháp luật quy định tại từng thời điểm; hoặc

q) Điều trị liên quan đến chứng khó thở khi ngủ bao gồm ngủ ngáy và ngưng thở khi ngủ, hội chứng căng thẳng (stress) hoặc các điều trị liên quan khác; hoặc

r) Điều trị giảm cân hoặc tăng cân, chương trình kiểm soát cân nặng hoặc phẫu thuật giảm béo; hoặc

s) Điều trị các Thương tích phát sinh khi NĐBH phục vụ với tư cách là một người lính, cảnh sát tham gia chiến đấu hoặc trấn áp tội phạm; hoặc

t) Điều trị các thương tích phát sinh khi NĐBH di chuyển lên, xuống hoặc đang trong quá trình tham gia các chuyến bay không có cấp phép chuyên chở hành khách hoặc không đăng ký hoạt động như một máy bay thương mại; hoặc

u) Các phương pháp điều trị không phải tây y như y học cổ truyền trừ khi các phương pháp điều trị này là một phần cần thiết của việc Điều trị nội trú theo chỉ định của Bác sĩ tại Khoa y học cổ truyền tại Cơ sở y tế; hoặc

v) Bất kỳ phương pháp điều trị, xét nghiệm, cận lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh, thuốc hoặc vật tư y tế nào không liên quan đến chẩn đoán; và/hoặc chẩn đoán không liên quan đến chấn thương hoặc bệnh tật; các chi phí không phục vụ trực tiếp cho mục đích khám, điều trị Bệnh; hoặc

w) Khủng bố, chiến tranh (cho dù có tuyên chiến hay không), các hành động gây chiến, hành động xâm lược, các hành động của nước thù địch, nội chiến, khởi nghĩa, cách mạng, nổi loạn, đảo chính quân sự hoặc tiếm quyền; hoặc

x) Việc sử dụng thuốc hoặc sử dụng bất kỳ loại chất gây nghiện, ma túy mà không có chỉ định của Bác sĩ; hoặc

y) HIV/AIDS, các bệnh lây truyền qua đường tình dục bao gồm Sùi mào gà, Mụn cóc sinh dục (mụn cơm hoa liễu), Lậu, Giang mai, Herpes sinh dục; Nhiễm ký sinh trùng Trichomonas, Bệnh hạ cam, Nhiễm khuẩn Chlamydia; hoặc

z) Hành vi gian lận bảo hiểm.

Điều 15. Các trường hợp chấm dứt bảo hiểm

Bảo Hiểm Sức Khỏe sẽ chấm dứt hiệu lực và Công ty không có nghĩa vụ chi trả bất kỳ quyền lợi bảo hiểm khi một trong các điều kiện sau xảy ra:

a) Bảo hiểm nhân thọ được phân phối cùng với Bảo Hiểm Sức Khỏe chấm dứt hiệu lực; hoặc

b) Hợp đồng bảo hiểm kết thúc thời hạn đóng phí; hoặc

c) Thời hạn bảo hiểm của Bảo Hiểm Sức Khỏe này kết thúc và không được tái tục; hoặc

d) Bảo Hiểm Sức Khỏe bị mất hiệu lực và không được khôi phục hiệu lực trong vòng 02 năm kể từ ngày mất hiệu lực; hoặc

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN MẪU

e) Vào Ngày kỷ niệm hợp đồng ngay khi NĐBH đạt 100 tuổi; hoặc

f) NĐBH tử vong; hoặc

g) Có bằng chứng chứng minh NĐBH hoặc BMBH có Hành vi gian lận bảo hiểm; hoặc

h) NĐBH thay đổi nơi cư trú và/hoặc nghề nghiệp theo quy định tại Điều 11 của Quy tắc và Điều khoản này; hoặc

i) BMBH yêu cầu hủy bỏ Bảo Hiểm Sức Khỏe; hoặc

j) Các trường hợp khác theo quy định của pháp luật.

CHƯƠNG IV. GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Điều 16. Thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

a) Khách hàng cần nộp yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm trong vòng 12 tháng kể từ ngày xuất viện hoặc ngày bắt đầu khám/điều trị/phát sinh chi phí y tế theo từng quyền lợi bảo hiểm tương ứng.

b) Trường hợp NĐBH hoặc người nhận quyền lợi bảo hiểm chứng minh được rằng không biết thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm thì thời hạn quy định nêu trên được tính từ ngày NĐBH hoặc người nhận quyền lợi bảo hiểm biết việc xảy ra sự kiện bảo hiểm đó.

Điều 17. Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải thông báo bằng văn bản cho Công ty về yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm trong thời gian sớm nhất có thể và gửi cho Công ty các giấy tờ sau đây:

a) Yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm tại trang thông tin điện tử của Công ty www.aia.com.vn hoặc hình thức gửi tài liệu khác được Công ty công bố tại từng thời kỳ đã được điền đầy đủ, chính xác;

b) Giấy tờ tùy thân của người nhận quyền lợi bảo hiểm như căn cước công dân hoặc hộ chiếu;

c) Bằng chứng y tế, bao gồm:

- Kết quả khám, xét nghiệm, chẩn đoán theo chỉ định của Bác sĩ;
- Toa thuốc (có đầy đủ chẩn đoán, chữ ký, họ tên đầy đủ của Bác sĩ điều trị và được đóng dấu của Cơ sở y tế nơi thực hiện tư vấn, khám hoặc điều trị);
- Giấy ra viện, tóm tắt bệnh án (trong trường hợp Điều trị nội trú);
- Giấy chứng nhận phẫu thuật (trong trường hợp Phẫu thuật);
- Phiếu điều trị nha khoa trong đó có ghi rõ phương pháp điều trị chi tiết (đối với Quyền lợi Chăm sóc nha khoa);
- Bằng chứng về Tai nạn, ví dụ: Biên bản, báo cáo hoặc kết luận điều tra về Tai nạn của Cơ quan công an, hình ảnh hoặc video ghi lại cảnh xảy ra Tai nạn, giấy phép lái xe (trong trường hợp điều trị do Tai nạn).

d) Hóa đơn tài chính hợp lệ. Trong trường hợp có nhiều Chi phí y tế trên cùng một hóa đơn, hóa đơn này phải được gửi kèm với bảng kê chi tiết các chi phí tương ứng với mỗi hạng mục Chi phí y tế. Nếu NĐBH cùng lúc được bảo hiểm theo sản phẩm này và các sản phẩm bảo hiểm chi trả chi phí y tế thực tế khác (bao gồm chương trình bảo hiểm sức khỏe tại công ty bảo hiểm khác, bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế của Việt Nam), Công ty sẽ chỉ thanh toán phần Chi phí y tế thực tế thuộc phạm vi bảo hiểm còn lại chưa được chi trả. Khi đó, người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm cần cung cấp xác nhận chi trả từ công ty bảo hiểm hoặc bảo hiểm y tế về quyền lợi và số tiền bảo hiểm đã được chi trả.

e) Giấy xác nhận được UBND hoặc phòng Công chứng chứng thực, cho phép Công ty thay mặt Khách hàng làm việc với cơ sở y tế hoặc chính quyền để giải quyết quyền lợi bảo hiểm;

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN MẪU

f) Bằng chứng về quyền nhận quyền lợi bảo hiểm như di chúc, văn bản phân chia di sản hoặc những giấy tờ xác nhận hợp pháp khác (trong trường hợp quyền lợi được chi trả cho người thừa kế hợp pháp của BMBH).

Công ty bảo lưu quyền thu thập, yêu cầu cung cấp thêm các tài liệu hoặc bằng chứng bổ sung để phục vụ 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 chịu trách nhiệm thanh toán theo hóa đơn, chứng từ thanh toán hợp lệ.

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

Điều 18. Người nhận quyền lợi bảo hiểm

a) Công ty sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm của Bảo Hiểm Sức Khỏe này cho:
- Bên mua bảo hiểm, nếu Bên mua bảo hiểm là cá nhân;
- Người được bảo hiểm, nếu Bên mua bảo hiểm là tổ chức.

b) Ngoại trừ trường hợp như được quy định tại mục (c) dưới đây, trong trường hợp BMBH đã tử vong tại thời điểm chi trả quyền lợi bảo hiểm, Công ty sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm của Bảo Hiểm Sức Khỏe này cho những người thừa kế hợp pháp của BMBH.

c) Trường hợp BMBH đã tử vong và BMBH đồng thời là NĐBH của sản phẩm Bảo hiểm nhân thọ và NĐBH của Bảo Hiểm Sức Khỏe, Công ty sẽ chi trả quyền lợi này cho:
- Người thụ hưởng của sản phẩm Bảo hiểm nhân thọ. Nếu bất kỳ Người thụ hưởng nào tử vong trước NĐBH, phần quyền lợi đó sẽ được chi trả cho người thừa kế hợp pháp của BMBH.
- Nếu không có Người thụ hưởng nào của sản phẩm Bảo hiểm nhân thọ được chỉ định, hoặc toàn bộ Người thụ hưởng đã tử vong trước BMBH, quyền lợi bảo hiểm sẽ được chi trả cho người thừa kế hợp pháp của BMBH.

Điều 19. 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, 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.

Điều 20. Phương thức chi trả quyền lợi bảo hiểm

Phương thức chi trả áp dụng được Công ty công bố tại trang thông tin điện tử của Công ty www.aia.com.vn.

CHƯƠNG V. NHỮNG ĐIỀU KHOẢN CHUNG

Điều 21. Nguyên tắc áp dụng

Luật Kinh doanh bảo hiểm và/hoặc các quy định pháp luật hiện hành khác liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm sẽ được áp dụng trong các trường hợp:

a. Khách hàng chuyển giao Hợp đồng bảo hiểm. Bên nhận chuyển giao phải đáp ứng các điều kiện về quyền lợi có thể được bảo hiểm với NĐBH;

b. Các quy định về quyền và nghĩa vụ của các bên tại Hợp đồng bảo hiểm;

c. Sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan.

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN MẪU

Điều 22. Nghĩa vụ kê khai thông tin của Khách hàng

a. Khách hàng có trách nhiệm kê khai đầy đủ và trung thực tất cả các thông tin cần thiết để Công ty đánh giá khả năng chấp nhận bảo hiểm cho Hợp đồng bảo hiểm. 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.

b. 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 thể bảo hiểm được cho Khách hàng, thì Công ty sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm, hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm và hoàn lại tất cả phí bảo hiểm đã đóng, không có lãi, sau khi trừ đi các quyền lợi bảo hiểm đã chi trả trước đó, các chi phí kiểm tra sức khỏe và các khoản nợ (nếu có). BMBH phải bồi thường thiệt hại phát sinh cho Công ty (nếu có), hoặc

(ii) Chấp thuận bảo hiểm nhưng có loại trừ quyền lợi bảo hiểm, thu hồi hoặc khấu trừ các quyền lợi có liên quan đã chi trả hoặc Khách hàng phải trả thêm phí để được chi trả đầy đủ quyền lợi bảo hiểm.

Điều 23. Nghĩa vụ cung cấp thông tin của Công ty

Công ty có nghĩa vụ 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. Trường hợp Công ty cố ý không thực hiện nghĩa vụ cung cấp thông tin hoặc cung cấp thông tin sai sự thật nhằm giao kết hợp đồng, Bên mua bảo hiểm có quyền hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm, được hoàn lại phí bảo hiểm đã đóng (không có lãi). Công ty phải bồi thường những thiệt hại phát sinh cho BMBH (nếu có).

Điều 24. Kê khai nhầm lẫn tuổi và/hoặc giới tính của NĐBH

Trường hợp nhầm lẫn khi kê khai tuổi và/hoặc giới tính của NĐBH thì Phí bảo hiểm sẽ được điều chỉnh theo tuổi và/hoặc giới tính đúng căn cứ theo 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, NĐBH không thể được bảo hiểm, Công ty sẽ hủy bỏ Bảo Hiểm Sức Khỏe và hoàn trả cho BMBH toàn bộ Phí bảo hiểm đã đóng (không có lãi), sau khi đã trừ đi các khoản tiền bảo hiểm đã được thanh toán trước đó (nếu có).

Điều 25. Trách nhiệm bảo mật thông tin Khách hàng

Công ty thực hiện thu thập, xử lý và bảo mật thông tin khách hàng theo nội dung Chính sách bảo vệ dữ liệu cá nhân tại https://www.aia.com.vn/vi/dich-vu/chinh-sach-bao-ve-du-lieu-ca-nhan.html và Cam kết bảo mật tại https://www.aia.com.vn/vi/cam-ket-bao-mat.html của Công ty, theo đó, Công ty được xử lý, lưu trữ và chuyển giao dữ liệu cá nhân, kể cả dữ liệu cá nhân nhạy cảm của BMBH, (các) NĐBH, (các) NTH do khách hàng cung cấp khi tham gia bảo hiểm cho bên thứ ba cho các mục đích:

a) Theo yêu cầu của Cơ quan có thẩm quyền bao gồm cả Cơ quan quản lý thuế vụ Hoa Kỳ;

b) Cho các mục đích cần thiết: Tính toán phí, thẩm định, phát hành, thu phí và chi trả quyền lợi bảo hiểm từ hợp đồng; tái bảo hiểm; chăm sóc và thực hiện các yêu cầu của khách hàng; trích lập quỹ dự phòng nghiệp vụ; theo dõi đánh giá tình hình tài chính; quản lý, quản trị cơ sở dữ liệu; ứng dụng khoa học, công nghệ và chuyển đổi số để tối ưu hóa, cải thiện hiệu suất của công cụ làm việc nhằm nâng cao chất lượng phục vụ khách hàng tham gia bảo hiểm; phòng chống trục lợi, gian lận bảo hiểm; nghĩa vụ tuân thủ pháp luật;

c) Cho các mục đích tùy chọn: Tiếp thị, quảng cáo, khuyến mại; nghiên cứu, thiết kế sản phẩm và mục đích tùy chọn khác theo thông báo cụ thể từ Công ty về mục đích chuyển giao thông tin và khách hàng được quyền lựa chọn giữa đồng ý hoặc không đồng ý với việc chuyển giao đó. Việc Khách hàng không đồng ý chuyển giao thông tin cho bên thứ ba không được sử dụng làm lý do để từ chối giao kết hợp đồng.

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN MẪU

Điều 26. Miễn truy xét

Sau thời hạn hai năm kể từ ngày Công ty chấp thuận hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, hoặc ngày yêu cầu thay đổi chương trình bảo hiểm hoặc Quyền lợi bảo hiểm được Công ty chấp thuận gần nhất hoặc ngày khôi phục hiệu lực của Bảo Hiểm Sức Khỏe hoặc Hợp đồng bảo hiểm gần nhất, tùy ngày nào đến sau, nếu NĐBH vẫn còn sống, các nội dung kê khai không chính xác hoặc bỏ sót trong Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và các giấy tờ có liên quan sẽ được Công ty miễn truy xét. Quy định này sẽ không được áp dụng trong trường hợp BMBH đã cố ý kê khai không trung thực hoặc không đầy đủ theo quy định tại Điều 22 và Điều 24 của Quy tắc và Điều khoản này.

Điều 27. Xác minh các khoản tiền đã đóng

BMBH phải đảm bảo nguồn tiền dùng để mua Bảo Hiểm Sức Khỏe là hợp pháp. Trường hợp BMBH bị phát hiện hoặc có lý do nghi ngờ liên quan đến rửa tiền/khủng bố hoặc có bất kỳ rủi ro nào liên quan đến các lệnh trừng phạt kinh tế hoặc thương mại, lệnh cấm vận/hạn chế nào theo các Nghị quyết của Liên Hợp quốc, Liên minh Châu Âu, Vương quốc Anh, Hoa Kỳ hoặc bất kỳ lệnh trừng phạt kinh tế hoặc thương mại khác có quy định, 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.

Điều 28. Giải quyết tranh chấp

Mọi tranh chấp liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm được giải quyết thông qua thương lượng giữa các bên. Trường hợp không thương lượng được thì tranh chấp được giải quyết thông qua hòa giải hoặc Tòa án tại Việt Nam nơi Công ty hoặc Khách hàng có trụ sở hoặc nơi cư trú của Khách hàng để giải quyết. Thời hiệu khởi kiện trong vòng 03 năm tính từ ngày xảy ra tranh chấp.

Điều 29. Chỉ định, thay đổi Người thụ hưởng

a) BMBH có thể chỉ định Người thụ hưởng. Trường hợp BMBH không đồng thời là NĐBH, việc chỉ định Người thụ hưởng phải có sự đồng ý bằng văn bản của NĐBH. Nếu NĐBH là người chưa thành niên, mất năng lực hành vi dân sự, có khó khăn trong nhận thức, làm chủ hành vi hoặc bị hạn chế năng lực hành vi dân sự, việc chỉ định Người thụ hưởng phải có sự đồng ý của người đại diện theo pháp luật.

b) Trường hợp có từ hai Người thụ hưởng trở lên, người có quyền chỉ định Người thụ hưởng theo quy định tại Điều này có thể xác định thứ tự hoặc tỷ lệ thụ hưởng. Nếu không xác định, các Người thụ hưởng sẽ được hưởng quyền lợi theo tỷ lệ bằng nhau.

c) BMBH có quyền thay đổi Người thụ hưởng nhưng phải có sự đồng ý bằng văn bản của NĐBH và phải thông báo bằng văn bản cho Công ty. Trường hợp NĐBH là người chưa thành niên, mất năng lực hành vi dân sự, có khó khăn trong nhận thức, làm chủ hành vi hoặc bị hạn chế năng lực hành vi dân sự, việc thay đổi Người thụ hưởng phải có sự đồng ý của Người đại diện theo pháp luật. Việc thay đổi Người thụ hưởng chỉ có hiệu lực khi được Công ty chấp thuận bằng văn bản.

Trong trường hợp có sự mâu thuẫn hoặc khác biệt về việc chỉ định, thay đổi Người thụ hưởng giữa Điều này và quy định của Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm Bảo hiểm nhân thọ thì Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm Bảo hiểm nhân thọ sẽ được ưu tiên áp dụng.

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN MẪU

Điều 30. Bảo hiểm bán kèm vô hiệu

Sản phẩm bảo hiểm bán kèm vô hiệu trong các trường hợp sau:

a) BMBH không có quyền lợi có thể được bảo hiểm tại thời điểm giao kết sản phẩm bảo hiểm bán kèm;

b) NĐBH không tồn tại tại thời điểm giao kết sản phẩm bảo hiểm bán kèm;

c) Tại thời điểm giao kết sản phẩm bảo hiểm bán kèm, BMBH biết sự kiện bảo hiểm đã xảy ra;

d) Mục đích hoặc nội dung của sản phẩm bảo hiểm bán kèm vi phạm điều cấm của pháp luật hoặc trái đạo đức xã hội;

e) Sản phẩm bảo hiểm bán kèm được giao kết do nhầm lẫn làm cho một hoặc các bên không đạt được mục đích giao kết, trừ trường hợp mục đích đó đã đạt được hoặc có thể khắc phục ngay sự nhầm lẫn;

f) Sản phẩm bảo hiểm bán kèm được giao kết do bị lừa dối, trừ trường hợp pháp luật có quy định khác;

g) Sản phẩm bảo hiểm bán kèm được giao kết do bị đe dọa hoặc cưỡng ép;

h) Sản phẩm bảo hiểm bán kèm không tuân thủ quy định về hình thức theo quy định của pháp luật;

i) Hợp đồng bảo hiểm vô hiệu theo quy định tại Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm Bảo hiểm nhân thọ.

Khi sản phẩm bảo hiểm bán kèm vô hiệu theo quy định tại Điều này thì sản phẩm này không có hiệu lực từ thời điểm giao kết và Công ty sẽ hoàn trả cho BMBH tất cả phí bảo hiểm đã đóng của sản phẩm này (không có lãi), sau khi trừ đi các quyền lợi bảo hiểm đã chi trả trước đó, các khoản nợ và chi phí kiểm tra sức khỏe, nếu có. Ngoài ra, bên có lỗi gây thiệt hại phải bồi thường theo quy định của pháp luật.

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.

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN MẪU

PHỤ LỤC: GIẢI THÍCH TỪ NGỮ

Bác sĩ	là người có bằng cấp chuyên môn y khoa được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc được thừa nhận hành nghề y và/hoặc nghề nha hợp pháp trong phạm vi giấy phép theo quy định của pháp luật của nước sở tại nơi người này tiến hành việc khám, điều trị. Vì mục đích của Bảo Hiểm Sức Khỏe này, Bác sĩ không được đồng thời là: • Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm; hoặc • Vợ, chồng, cha ruột, mẹ ruột, cha nuôi, mẹ nuôi, cha dượng, mẹ kế, con ruột, con nuôi, anh ruột, chị ruột, em ruột, ông nội, bà nội, ông ngoại, bà ngoại của BMBH, NĐBH, con riêng của vợ hoặc chồng của BMBH, NĐBH; hoặc • Đại lý bảo hiểm, người sử dụng lao động, người lao động của BMBH, NĐBH.
Bảo hiểm nhân thọ	Là sản phẩm bảo hiểm được phân phối cùng với Bảo Hiểm Sức Khỏe này. Tùy thuộc vào lựa chọn của Khách hàng và kế hoạch phân phối của Công ty cũng như quy định pháp luật về nghiệp vụ bảo hiểm nhân thọ thì Bảo hiểm nhân thọ bao gồm các nghiệp vụ bảo hiểm trọn đời, bảo hiểm sinh kỳ, bảo hiểm tử kỳ, bảo hiểm hỗn hợp, bảo hiểm trả tiền định kỳ, bảo hiểm liên kết đầu tư, bảo hiểm hưu trí.
Bảo hiểm y tế	là hình thức bảo hiểm được áp dụng trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe, không vì mục đích lợi nhuận, do Nhà nước tổ chức thực hiện và các đối tượng có trách nhiệm tham gia theo quy định của Luật Bảo hiểm y tế Việt Nam.
Bên mua bảo hiểm (BMBH)	là cá nhân tại Việt Nam từ 18 tuổi trở lên và có năng lực hành vi dân sự đầy đủ tại thời điểm giao kết Hợp đồng bảo hiểm hoặc tổ chức được thành lập và hoạt động hợp pháp tại Việt Nam. BMBH phải có quyền lợi có thể được bảo hiểm với Người được bảo hiểm và đáp ứng các điều kiện để mua bảo hiểm theo Quy tắc và Điều khoản này.
Bệnh	là ốm đau, bệnh tật mà NĐBH mắc phải trong khi Bảo Hiểm Sức Khỏe này còn hiệu lực, và cần được Bác sĩ điều trị.
Bệnh bẩm sinh, dị tật bẩm sinh	là sự phát triển bất thường về mặt thể chất hoặc tâm thần tồn tại ngay từ khi sinh ra hoặc phát triển sau khi sinh, có thể là do di truyền, mắc phải do ảnh hưởng của các biến cố trong tử cung hoặc do sự kết hợp của các nguyên nhân trên, cho dù NĐBH có biết hay không.
Bệnh có sẵn	là tình trạng bệnh tật hoặc thương tích của NĐBH đã được Bác sĩ chẩn đoán hoặc điều trị trước Ngày có hiệu lực hoặc ngày khôi phục hiệu lực (gần nhất) của Bảo Hiểm Sức Khỏe này, tùy ngày nào đến sau. Bao gồm dấu hiệu, triệu chứng đặc thù khởi phát trong vòng 36 tháng trước Ngày chấp thuận bảo hiểm hoặc ngày khôi phục hiệu lực (gần nhất). Việc xác định Bệnh có sẵn sẽ căn cứ vào hồ sơ y tế được lưu trữ tại 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 BMBH, NĐBH tự kê khai trên hồ sơ yêu cầu bảo hiểm hoặc phiếu bổ sung thông tin.

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN MẪU

Bệnh đặc biệt	bao gồm: • U, bướu, nang, u nang, polyp; thoát vị; • Đục thủy tinh thể; tăng nhãn áp; mộng thịt; • Bệnh vòm khẩu cái, amidan; bệnh của xoang, xoang mũi, vách ngăn mũi, cuống mũi; • Lao phổi, hen suyễn; • Loét dạ dày, loét tá tràng; bệnh trĩ; rò hậu môn; • Bệnh tuyến giáp; đái tháo đường; • Các bệnh tim mạch (bao gồm cả tăng huyết áp); • Sỏi mật, sỏi thận, sỏi đường tiết niệu hoặc bàng quang; • Phì đại tuyến tiền liệt, u xơ tử cung, lạc nội mạc tử cung, u nang buồng trứng, sa tử cung, cắt tử cung; • Thoát vị đĩa đệm; thoái hóa đốt sống, thoái hóa khớp, bệnh Gout; • Tổn thương dây chằng, sụn chêm khớp gối; • Giãn tĩnh mạch.
Bệnh viện	là tổ chức được thành lập và cấp phép hoạt động hợp pháp theo luật của nước sở tại nơi tổ chức này đặt cơ sở và đáp ứng tất cả các điều kiện sau: • Được thành lập nhằm tiếp nhận, chăm sóc, khám và điều trị y tế cho người bị ốm đau, bệnh tật hay thương tích; • Có đầy đủ năng lực và phương tiện để thực hiện các ca chẩn đoán, phẫu thuật y khoa; • Có đầy đủ điều kiện cho hoạt động điều trị nội trú và theo dõi bệnh nhân; • Không phải là nơi điều dưỡng, dưỡng bệnh, nơi cho người già an dưỡng, nơi cho người cai nghiện rượu hay cai nghiện ma túy hay một tổ chức tương tự.
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: • Sẩy thai hoặc thai nhi tử vong trong tử cung; • Thai trứng; Thai ngoài tử cung; • Băng huyết sau khi sinh; Sót 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; • Dọa sinh non; Thiếu ối nặng, đa ối, vô ối, suy thai, ối vỡ sớm, thuyên tắc ối, bất xứng đầu - chậu; Ngôi thai ngược; • Tiền sản giật hoặc sản giật; • 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 tiền Phòng và Giường bệnh phát sinh từ các trường hợp Biến chứng thai sản nêu trên theo giới hạn phụ Phòng và Giường của Quyền lợi Thai sản.

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN MẪU

Cấp cứu	là tình trạng NĐBH gặp phải một Thương tích hoặc Bệnh lý 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 Cơ sở y tế để ngăn ngừa tử vong hoặc suy giảm nghiêm trọng đối với sức khỏe lâu dài của NĐBH. 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 này. Trường hợp điều trị tại phòng cấp cứu chỉ vì lý do ngoài giờ phục vụ của Phòng khám/Bệnh viện thì được coi là Điều trị ngoại trú.
Chi phí Giường dành cho người thân	là chi phí giường cho 1 người thân lưu lại cùng NĐBH dưới 18 tuổi hoặc NĐBH từ 60 tuổi trở lên trong quá trình Điều trị nội trú. Các giới hạn phụ về hạn mức chi phí Giường/ngày và số ngày/năm cho người thân được áp dụng chung cho tất cả các quyền lợi Điều trị nội trú liên quan, Điều trị ung thư, Điều trị giảm nhẹ và Quyền lợi Nhân đôi bảo vệ.
Chi phí vận chuyển cấp cứu	là chi phí vận chuyển cấp cứu bằng xe cứu thương của Cơ sở y tế địa phương hoặc dịch vụ 115 và chăm sóc trong quá trình vận chuyển NĐBH đang trong tình trạng nguy cấp tới Cơ sở y tế có khả năng cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cần thiết cho NĐBH.
Chi phí y tế	là các chi phí mà Khách hàng đã thanh toán cho các sản phẩm y khoa và/hoặc dịch vụ y tế mà NĐBH được Bác sĩ chỉ định sử dụng theo Bảo Hiểm Sức Khỏe này, và phải thỏa các điều kiện sau: • Phù hợp với phạm vi giấy phép hoạt động của Cơ sở y tế; và • Không vượt quá mức độ chăm sóc cần thiết để cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế an toàn, đầy đủ và phù hợp về phạm vi, thời gian hoặc mức độ; và • Phù hợp với các tiêu chuẩn chuyên môn được chấp nhận rộng rãi trong thực hành y tế quốc tế hoặc bởi cộng đồng y tế tại địa phương; và • Phù hợp với các bằng chứng khoa học được công nhận; và • Phát sinh trong thời gian Bảo Hiểm Sức Khỏe này còn hiệu lực; và • Không phải là các chi phí, dịch vụ y tế nhằm phục vụ cho sự tiện nghi của NĐBH hoặc gia đình, người thân của NĐBH hoặc Bác sĩ; và • Không thuộc trường hợp loại trừ theo điều khoản loại trừ của Quy tắc và Điều khoản này; và • Không phục vụ cho mục đích thử nghiệm, điều tra dịch tễ học, nghiên cứu, sàng lọc; và • Là mức Chi phí hợp lý và thông thường; và • Phục vụ trực tiếp cho việc chẩn đoán, điều trị hoặc theo dõi bệnh lý cụ thể của NĐBH, theo chỉ định chuyên môn của Bác sĩ điều trị. Các xét nghiệm, cận lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh sẽ không được chi trả nếu kết quả âm tính, không có chỉ định điều trị liên quan, hoặc dịch vụ y tế khác không liên quan đến chẩn đoán và điều trị.
Chi phí hợp lý và thông thường	Là mức giá dịch vụ do Công ty xác định dựa trên các trường hợp tương tự Công ty đã xử lý và các báo giá dịch vụ tương đương của các Cơ sở y tế có cùng tiêu chuẩn trong cùng khu vực địa lý.

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN MẪU

Chi phí y tế nội trú khác	là Chi phí y tế được Công ty chấp thuận phát sinh khi NĐBH được Điều trị nội trú như các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thuốc theo toa, phí thăm khám, y tá chăm sóc, máu và huyết tương, chi phí thuê xe lăn, các vật tư tiêu hao, các dụng cụ, trang thiết bị phẫu thuật, các bộ phận nhân tạo hỗ trợ hoặc thay thế chức năng của các bộ phận cơ thể được đưa vào bên trong cơ thể NĐBH trong quá trình Phẫu thuật và các chi phí điều trị y tế cần thiết liên quan đến thủ thuật trong quá trình nằm viện.
Chăm sóc trẻ sơ sinh	là các chi phí y tế cần thiết để điều trị Bệnh hoặc triệu chứng cấp tính (không bao gồm bệnh bẩm sinh) bao gồm vàng da sơ sinh, đau bụng, tiêu chảy, táo bón, nôn mửa và nhiễm trùng tai với trẻ sơ sinh tại Cơ sở y tế trong vòng 7 ngày sau khi sinh. 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.
Chăm sóc y tế tại nhà	là dịch vụ chăm sóc y tế tại nơi ở của NĐBH, được thực hiện bởi Y tá/Điều dưỡng hoặc Bác sĩ ngay sau khi xuất viện theo chỉ định của Bác sĩ trong vòng 30 ngày kể từ ngày xuất viện. Chi phí cho dịch vụ này phải có hóa đơn tài chính của Cơ sở y tế.
Chuyên gia vật lý trị liệu	là một chuyên gia được cấp giấy phép hành nghề hợp pháp của Chính phủ tại khu vực địa lý nơi họ hành nghề để thực hiện các dịch vụ vật lý trị liệu.
Cơ sở y tế	Là một cơ sở khám chữa bệnh hợp pháp và được cơ quan có thẩm quyền của nước sở tại cấp giấy phép hoạt động. Cơ sở y tế không phải là nơi an dưỡng, dưỡng lão, hay cơ sở chữa trị dành riêng cho người nghiện rượu, ma túy, chất kích thích, người bị bệnh tâm thần (ngoại trừ trường hợp Điều trị sức khỏe tâm thần đối với Quyền lợi Điều trị ngoại trú của chương trình bảo hiểm Toàn diện hoặc Hoàn hảo).
Cơ sở y tế công lập	Là một cơ sở khám chữa bệnh hợp pháp, do cơ quan nhà nước có thẩm quyền thành lập và quản lý theo quy định của pháp luật. Danh sách Cơ sở y tế công lập được Cơ quan Bảo hiểm Xã hội công bố tại từng thời điểm.
Cơ sở y tế tư nhân	là cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hợp pháp do một công ty vì lợi nhuận hoặc một tổ chức phi lợi nhuận làm chủ sở hữu theo quy định của pháp luật địa phương tại Việt Nam hoặc các nước khác. Nguồn thu kinh phí hoạt động của các Cơ sở y tế tư nhân được nhận từ bệnh nhân qua việc thanh toán cho các dịch vụ y tế của chính bệnh nhân, của các công ty bảo hiểm, của Chính phủ thông qua các chương trình Bảo hiểm y tế quốc gia hoặc bởi các đại sứ quán nước ngoài.
Chương Trình AIA Vitality Việt Nam	là một chương trình do Công ty TNHH AIA Sức Sống Mới (Việt Nam) triển khai nhằm giúp người dùng lựa chọn lối sống khoẻ mạnh hơn thông qua các công cụ, hỗ trợ và khích lệ nhằm khuyến khích những thói quen tích cực như thường xuyên vận động, chế độ dinh dưỡng lành mạnh và kiểm tra sức khỏe định kỳ. Chương trình dành cho NĐBH trong độ tuổi từ 18 tuổi đến 70 tuổi tại Ngày có hiệu lực của Bảo hiểm nhân thọ hoặc Bảo Hiểm Sức Khỏe.
Điều trị giảm nhẹ	là việc điều trị nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh nguy kịch/bị đe dọa đến tính mạng. Quyền lợi này được áp dụng khi NĐBH điều trị tại trung tâm chăm sóc giảm nhẹ/Khoa chăm sóc giảm nhẹ tại các Cơ sở y tế hoặc điều trị tại nhà theo chỉ định của Bác sĩ tại trung tâm chăm sóc giảm nhẹ/Khoa chăm sóc giảm nhẹ của Cơ sở y tế.

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN MẪU

	Các dịch vụ được chi trả bao gồm: - Chăm sóc điều dưỡng liên quan đến kiểm soát đau; - Giảm nhẹ triệu chứng; - Liệu pháp oxy; - Hỗ trợ dinh dưỡng duy trì sự sống Quyền lợi bảo hiểm không được áp dụng cho dịch vụ người chăm sóc tại nhà hoặc bất kỳ hình thức chăm sóc hỗ trợ nào không cần thiết về mặt y khoa, chủ yếu nhằm mục đích thoải mái hoặc tiện lợi cá nhân. Quyền lợi này được chi trả tối đa trong vòng 12 tháng kể từ ngày kích hoạt quyền lợi.
Điều trị nha khoa	là bất kỳ sự kiểm tra, thăm khám, điều trị và phẫu thuật được thực hiện bởi Nha sĩ liên quan đến những Bệnh/Thương tích đối với răng và nướu hoặc hàm có liên quan đến răng của NĐBH.
Điều trị ngoại trú	là việc điều trị y tế mà không yêu cầu phải nhập viện hoặc Điều trị trong ngày mà NĐBH thực hiện tại Cơ sở y tế theo chỉ định của Bác sĩ.
Điều trị nội trú	là việc điều trị y tế mà NĐBH phải nhập viện và nằm điều trị qua đêm tại Cơ sở y tế theo chỉ định của Bác sĩ. Quyền lợi bảo hiểm không được áp dụng trong trường hợp việc điều trị của NĐBH nhằm mục đích theo dõi, hoặc chỉ để nhận các xét nghiệm, vật lý trị liệu hoặc chẩn đoán hình ảnh, mặc dù NĐBH có thể được nhập viện như một bệnh nhân nội trú.
Điều trị trong ngày	là dịch vụ và/hoặc phương pháp điều trị cần thiết về mặt y tế cho Bệnh hoặc Thương tích được thực hiện trong ngày tại Phòng khám y tế hoặc trung tâm phẫu thuật trong ngày bởi Bác sĩ hoặc Bác sĩ chuyên khoa, hoặc tại khoa ngoại trú hoặc phòng điều trị cấp cứu của Bệnh viện nơi NĐBH điều trị nhưng không phải nhập viện.
Điều trị trong ngày cho các bệnh Viêm phế quản, Viêm phổi, Sốt xuất huyết, Cúm	Nếu NĐBH được chẩn đoán mắc bệnh Viêm phế quản, Viêm phổi, Cúm và được điều trị bằng phương pháp hút đàm, phun khí dung; hoặc NĐBH được chẩn đoán mắc bệnh Sốt xuất huyết và có tiềm ẩn rủi ro cần được thực hiện theo dõi xét nghiệm máu hàng ngày (từ 02 ngày trở lên) theo chỉ định của Bác sĩ điều trị; hoặc điều trị bằng kháng sinh tiêm tĩnh mạch, truyền dịch và điện giải qua đường tĩnh mạch theo chỉ định của Bác sĩ điều trị cho các bệnh nêu trên, quyền lợi này sẽ được chi trả cho các khoản Chi phí hợp lý và thông thường phát sinh tại Bệnh viện nơi NĐBH điều trị nhưng không phải nhập viện.
Điều trị trước nhập viện	là các dịch vụ thăm khám, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh liên quan trực tiếp đến Bệnh hoặc Thương tích mà NĐBH phải nhập viện để điều trị theo chỉ định của Bác sĩ, và phải được thực hiện trong vòng 30 ngày trước ngày nhập viện của Đợt điều trị đó. Chi trả tối đa 02 (hai) Lần khám cho mỗi Đợt điều trị. Các điều trị trước nhập viện liên quan đến Quyền lợi Thai sản sẽ không được chi trả theo phạm vi quyền lợi Điều trị trước nhập viện này.
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 NĐBH 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 xuất viện liên quan đến Quyền lợi thai sản sẽ không được chi trả theo phạm vi quyền lợi Điều trị sau xuất viện này.

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN MẪU

Điều trị ung thư	là chi phí điều trị bằng phương pháp xạ trị, hóa trị và/hoặc các phương pháp điều trị tích cực khác theo chỉ định của Bác sĩ, bao gồm cả Điều trị nội trú, Điều trị trong ngày và Điều trị ngoại trú. Chi phí giường, phòng phát sinh khi Điều trị ung thư sẽ được chi trả trong phạm vi giới hạn phụ của Phòng và Giường bệnh của Quyền lợi Điều trị nội trú. Công ty không chi trả chi phí phát sinh cho bất kỳ việc tư vấn, dùng thuốc và/hoặc xét nghiệm chẩn đoán nào được thực hiện đối với NĐBH chỉ nhằm mục đích theo dõi tình trạng sức khỏe của NĐBH mà không cần phải điều trị tích cực. Các hình thức xét nghiệm, điều trị và thuốc thử nghiệm bị loại trừ.
Đợt điều trị	là một đợt Điều trị nội trú liên quan đến Bệnh hoặc Thương tích của NĐBH. Giấy ra viện là bằng chứng chứng minh kết thúc Đợt điều trị.
Ghép tạng	là chi phí cho việc Phẫu thuật ghép thận, tim, gan, phổi, tụy và tủy xương cho NĐBH được tiến hành bởi Bác sĩ tại một Cơ sở y tế bao gồm: • Chi phí y tế thực tế liên quan đến người nhận tạng (NĐBH); và • Chi phí Phẫu thuật cho người hiến tạng (không phải NĐBH); nhưng không bao gồm: • Chi phí cho các dịch vụ phát sinh liên quan đến việc xác định và mua tạng để thực hiện việc ghép tạng; và/hoặc • Tất cả các chi phí vận chuyển và hành chính phát sinh liên quan đến việc ghép tạng; và/hoặc • Bất kỳ biến chứng trực tiếp hoặc gián tiếp nào liên quan đến việc lấy tạng, chi phí sàng lọc người hiến tặng hoặc chi phí phát sinh trong ca phẫu thuật ghép tạng liên quan đến các cơ quan không được lấy từ cơ thể người. Việc nhận, hiến tạng từ người hiến tạng phải tuân thủ theo quy định pháp luật về hiến, ghép tạng tại thời điểm thực hiện việc hiến, ghép tạng. Các chi phí giường, phòng phát sinh sẽ được chi trả trong phạm vi giới hạn phụ của Phòng và Giường bệnh trong Quyền lợi Điều trị nội trú.
Giấy chứng nhận bảo hiểm	là văn bản chấp thuận bảo hiểm của Công ty, thể hiện các thông tin chính về các quyền lợi bảo hiểm và là một phần không tách rời của HĐBH.
Giới hạn phụ	là mức quyền lợi bảo hiểm tối đa mà Công ty sẽ chi trả với mỗi Quyền lợi bảo hiểm được liệt kê trong mục Quyền lợi bảo hiểm.
Hành vi gian lận bảo hiểm	là hành vi của BMBH, NĐBH, NTH (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 NĐBH để yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm; hoặc (iii) hành vi khác của Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm nhằm mục đích nhận quyền lợi bảo hiểm vượt quá chi thực tế phát sinh hoặc không phù hợp với chi phí y tế cần thiết.
Hạng thành viên AIA Vitality	là hạng thành viên của Chương trình AIA Vitality mà thành viên có thể đạt được tương ứng với số điểm đã đạt được và tích lũy trong một năm thành viên. Các hạng bao gồm Đồng, Bạc, Vàng và Bạch Kim. Các thành viên mới bắt đầu từ hạng Đồng và có thể đạt được hạng cao hơn khi tích lũy đủ điểm từ việc tham gia các hoạt động Vitality.

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN MẪU

Hợp đồng bảo hiểm (HĐBH)	là thỏa thuận giữa Công ty và Khách hàng trên cơ sở yêu cầu bảo hiểm của Khách hàng. Hợp đồng bảo hiểm được cấu thành bởi: • Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, các thông tin và bằng chứng khác liên quan đến Người được bảo hiểm do Khách hàng cung cấp, • Bảng phân tích nhu cầu và thông tin tài chính, • Bảng khảo sát mức độ chấp nhận rủi ro trong đầu tư (nếu có), • Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm Bảo hiểm nhân thọ và các sản phẩm bảo hiểm bán kèm (nếu có), • Tài liệu tóm tắt Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm Bảo hiểm nhân thọ và các sản phẩm bán kèm (nếu có), • Tài liệu minh họa bán hàng, • Giấy chứng nhận bảo hiểm, và tất cả các điều khoản riêng hay các xác nhận sửa đổi bổ sung (nếu có), • Các tài liệu khác theo thỏa thuận giữa Công ty và Khách hàng.
Khám thai	Chi phí khám thai bao gồm phí tư vấn, xét nghiệm, tiêm chủng, siêu âm thai nhi, thuốc theo chỉ định của Bác sĩ trong thời kỳ mang thai. Xét nghiệm đo độ mờ da gáy, kiểm tra gắng sức thai nhi được chi trả nếu có chỉ định của Bác sĩ cho tình huống thai kỳ có nguy cơ cao. Chi phí khám thai không bao gồm bất kỳ chi phí sàng lọc và chẩn đoán trước sinh nào như các xét nghiệm phát hiện sớm các dị tật thai nhi, rối loạn di truyền hoặc chậm phát triển trí tuệ như Triple test, Double test, xét nghiệm chọc ối, xét nghiệm nhiễm sắc thể, hoặc chi phí thuốc bổ khi mang thai.
Lần khám	là một lần người bệnh được Bác sĩ thăm khám lâm sàng, thực hiện các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh hay các thủ thuật thăm dò khác và/hoặc sử dụng thuốc điều trị theo chỉ định của Bác sĩ tại cùng một Cơ sở y tế nhằm mục đích chẩn đoán và điều trị bệnh/thương tật. • Trường hợp nhiều Bác sĩ chuyên khoa cùng hội chẩn cho NĐBH theo quy chế Cơ sở y tế thì chỉ được tính là một lần khám. • Trường hợp NĐBH khám một chuyên khoa nhiều lần trong ngày thì chỉ tính là một lần khám. • Trường hợp NĐBH tái khám theo lịch hẹn tái khám của Bác sĩ thì áp dụng tính lần tái khám là một lần khám mới. • Trường hợp NĐBH phải khám nhiều chuyên khoa khác trong cùng một Cơ sở y tế, trong một ngày thì được áp dụng tính mỗi chuyên khoa là một lần khám.
Lần điều trị	là một lần điều trị liên quan đến Bệnh hoặc Thương tích của NĐBH được tính từ lúc được chẩn đoán bệnh đến khi hoàn tất điều trị.
Lọc máu	Nếu NĐBH được chẩn đoán suy thận mãn tính không hồi phục và được điều trị chạy thận nhân tạo hoặc thẩm phân phúc mạc theo chỉ định của Bác sĩ điều trị, quyền lợi này sẽ chi trả các Chi phí hợp lý và thông thường phát sinh tại Cơ sở y tế liên quan.
Năm hợp đồng	là khoảng thời gian một năm kể từ Ngày có hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm hoặc Ngày kỷ niệm hợp đồng.
Ngày có hiệu lực	Nếu yêu cầu bảo hiểm của Khách hàng được Công ty chấp thuận, Ngày có hiệu lực của Bảo Hiểm Sức Khỏe này là ngày được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc xác nhận sửa đổi, bổ sung (nếu có).

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN MẪU

Ngày đến hạn đóng phí	là ngày Bên mua bảo hiểm đóng Phí bảo hiểm theo định kỳ đóng phí được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các sửa đổi, bổ sung (nếu có).
Ngày kỷ niệm hợp đồng	là ngày lặp lại hàng năm của Ngày có hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm.
Người được bảo hiểm (NĐBH)	là cá nhân có quyền lợi có thể được bảo hiểm với Bên mua bảo hiểm, được Công ty chấp thuận bảo hiểm, hiện đang sinh sống tại Việt Nam tại thời điểm nộp hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, trong độ tuổi từ 30 ngày đến 70 tuổi. Tuổi tối đa kết thúc Bảo Hiểm Sức Khỏe của NĐBH là 100 tuổi.
Người thụ hưởng (NTH)	là cá nhân hoặc tổ chức được Bên mua bảo hiểm chỉ định (với sự đồng ý bằng văn bản của NĐBH hoặc người đại diện theo pháp luật của NĐBH) để nhận quyền lợi bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm.
Phẫu thuật	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 và/hoặc phục vụ cho mục đích chẩn đoán bệnh sẽ không được hiểu là Phẫu thuật theo định nghĩa này.
Phẫu thuật, thủ thuật trong ngày	là phương pháp phẫu thuật (bao gồm tiểu phẫu), thủ thuật cần thiết về mặt y tế để điều trị Bệnh hoặc Thương tích được thực hiện trong ngày tại Phòng khám y tế hoặc trung tâm phẫu thuật trong ngày bởi Bác sĩ hoặc Bác sĩ chuyên khoa, hoặc tại khoa ngoại trú hoặc phòng điều trị cấp cứu của Bệnh viện nơi NĐBH điều trị nhưng không phải nhập viện. Phẫu thuật, thủ thuật trong ngày không bao gồm Vật lý trị liệu.
Phòng Chăm sóc đặc biệt (ICU)	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; • 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; • Được trang bị các thiết bị, thuốc, phương tiện khác cần thiết cho việc cứu sống bệnh nhân một cách nhanh chóng; • Không phải là phòng hậu phẫu hoặc phòng cấp cứu.
Phòng phẫu thuật	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.
Phòng và Giường bệnh	là chi phí phòng và giường đơn theo hạng thông thường hoặc tiêu chuẩn của Cơ sở y tế (không phải là phòng và giường cao cấp, hạng sang hoặc phòng có nhiều hơn 1 giường bệnh được đăng ký sử dụng riêng cho 1 bệnh nhân). Nếu NĐBH nằm tại phòng và giường bệnh không thuộc hạng thông thường hoặc tiêu chuẩn nêu trên, Công ty sẽ chỉ chi trả tối đa chi phí của phòng và giường bệnh theo hạng tiêu chuẩn của Cơ sở y tế đó. Các giới hạn phụ về hạn mức chi phí Phòng và Giường bệnh/ngày và số ngày/năm được áp dụng chung cho tất cả các quyền lợi Điều trị nội trú liên quan, Điều trị ung thư, Điều trị giảm nhẹ, Quyền lợi thai sản và Quyền lợi Nhân đôi bảo vệ.

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN MẪU

Phòng khám	là tổ chức được thành lập và hoạt động hợp pháp theo luật của nước sở tại nơi tổ chức này đặt cơ sở, hoạt động với mục đích chủ yếu là khám và điều trị y tế mà không có chức năng lưu bệnh qua đêm.
Tai nạn	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 NĐBH, gây ra thương tật cho NĐBH. 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 NĐBH trong vòng 180 ngày kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm.
Thuốc theo toa	Là những loại thuốc, dược phẩm được bán hợp pháp theo đơn kê của Bác sĩ để điều trị tình trạng Bệnh/Thương tích của NĐBH. Chi phí các loại vitamin hoặc thuốc bổ trong đơn kê được chi trả khi được sự chỉ định của Bác sĩ để điều trị bệnh lý thiếu hụt vitamin hoặc để hỗ trợ cho thuốc điều trị chính. Công ty sẽ thanh toán cho các loại thuốc kê đơn được mua cho thời gian sử dụng tối đa 60 ngày cho mỗi Lần khám.
Thương tích	là các tổn thương cơ thể gây ra bởi nguyên nhân duy nhất và trực tiếp do Tai nạn.
Tuổi bảo hiểm	là tuổi của NĐBH tại Ngày có hiệu lực của hợp đồng hoặc Ngày kỷ niệm hợp đồng tính theo lần sinh nhật vừa qua. Tất cả các từ "tuổi" sử dụng trong Quy tắc và Điều khoản này đều được hiểu là Tuổi bảo hiểm.
Tư cách thành viên AIA Vitality	là tình trạng hiệu lực của thành viên trong Chương trình AIA Vitality.
Tư vấn/Điều trị sức khỏe tâm thần	là hình thức điều trị, tư vấn sức khỏe tâm thần tại một Cơ sở y tế hợp lệ bao gồm: i) Chi phí thăm khám, chẩn đoán và tư vấn của Bác sĩ/chuyên gia tâm lý; ii) Đơn thuốc/liệu pháp dược lý do Bác sĩ/chuyên gia tâm lý chỉ định để điều trị các triệu chứng bệnh tâm thần cụ thể*. * Triệu chứng bệnh tâm thần: là các rối loạn tâm thần và hành vi được phân loại theo Mã ICD 10 (từ F00-F99) hoặc bất kỳ ấn phẩm tương tự nào được thay thế sau này, loại trừ các bệnh lý tâm thần do sử dụng ma túy, chất có cồn, và lạm dụng chất gây nghiện.
Vật lý trị liệu	là phương pháp điều trị sử dụng biện pháp vật lý được thực hiện bởi Chuyên gia vật lý trị liệu tại Cơ sở y tế giúp NĐBH giảm đau, phục hồi chức năng của cơ bắp cho các hoạt động bình thường hàng ngày (không bao gồm các loại hình xoa bóp, spa, phục hồi dáng đi, chỉnh hình thẩm mỹ).
Vật tư tiêu hao	Là vật tư được sử dụng nhằm mục đích hỗ trợ cho điều trị Bệnh/Thương tích và không được lắp đặt vĩnh viễn trong cơ thể, ngoại trừ các vật tư tự tiêu trong cơ thể hoặc lẽ ra có thể lấy ra khỏi cơ thể mà không ảnh hưởng đến chức năng hoạt động của cơ thể.
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.

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN MẪU