

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN
SẢN PHẨM BẢO HIỂM

Bồi Hoàn Chi Phí Nằm Viện và Phẫu Thuật

Quy tắc và Điều khoản
Sản phẩm bổ sung

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN MẪU

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN
SẢN PHẨM BẢO HIỂM BỔ SUNG
BỒI HOÀN CHI PHÍ NẪM VIỆN VÀ PHẪU THUẬT

(Được phê chuẩn theo Công văn số 17554/BTC-QLBH ngày 19/12/2012 của Bộ Tài Chính)

Quy tắc và Điều khoản này liên quan đến thỏa thuận bổ sung giữa Công ty và Bên mua bảo hiểm khi Bên mua bảo hiểm yêu cầu bổ sung thêm "Sản phẩm bổ sung Bồi hoàn chi phí nằm viện và phẫu thuật" (sau đây được gọi là Sản phẩm bổ sung) vào hợp đồng bảo hiểm chính và đóng đầy đủ khoản phí bổ sung và yêu cầu đó đã được Công ty chấp thuận.

CHƯƠNG 01	NHỮNG ĐIỀU KHOẢN CHUNG	
	Điều 1: Định nghĩa	01
	Điều 2: Tuổi tham gia và Thời hạn của sản phẩm bổ sung	03
	Điều 3: Hiệu lực của sản phẩm bổ sung	03
CHƯƠNG 02	QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	
	Điều 4: Quyền lợi bảo hiểm	04
	Điều 5: Điều khoản loại trừ	05
CHƯƠNG 03	SỐ TIỀN BẢO HIỂM VÀ PHÍ BẢO HIỂM	
	Điều 6: Số tiền bảo hiểm, Phí bảo hiểm và Đóng phí bảo hiểm	07
CHƯƠNG 04	THỦ TỤC YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	
	Điều 7: Thủ tục yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm	08
PHỤ LỤC	CÁC BỆNH NẪM NGOÀI DANH MỤC BẢO HIỂM	09

CHƯƠNG 1: NHỮNG ĐIỀU KHOẢN CHUNG

Tất cả các thuật ngữ sử dụng trong Quy tắc và điều khoản này được hiểu đúng như đã định nghĩa trong hợp đồng bảo hiểm chính, trừ khi có các định nghĩa khác.

Quy tắc và điều khoản của hợp đồng bảo hiểm chính sẽ được áp dụng cho sản phẩm bổ sung. Trong trường hợp có sự mâu thuẫn giữa hợp đồng bảo hiểm chính và sản phẩm bổ sung, điều khoản của sản phẩm bổ sung sẽ được áp dụng.

Các thuật ngữ về y học sử dụng trong Quy tắc và điều khoản này, trừ khi được qui định cụ thể khác đi, 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.

Sản phẩm bổ sung này là loại sản phẩm không chia lãi và không được lãi cũng như thưởng dưới bất kỳ hình thức nào, và không có giá trị hoàn lại.

Điều 1: Định nghĩa

- 1.1 Người được bảo hiểm:** là cá nhân trong hoặc ngoài nước đang sinh sống, học tập, làm việc, hoạt động hoặc kinh doanh tại Việt Nam tại thời điểm nộp hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và được Công ty chấp thuận bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này. Người được bảo hiểm của sản phẩm bổ sung này phải là người có quyền lợi có thể được bảo hiểm đối với Người được bảo hiểm hoặc Bên mua bảo hiểm của sản phẩm chính.
- 1.2 Tai nạn:** là một sự kiện bất ngờ, mạnh mẽ, ngoài ý muốn, từ bên ngoài, ngoại trừ bất cứ trạng thái nào xảy ra do bệnh tật, do tuổi tác hay quá trình thoái hóa, trực tiếp gây ra thương tật có thể nhìn thấy được hoặc gây ra tử vong cho Người được bảo hiểm. Thương tật hay tử vong phải xảy ra trong vòng 90 ngày kể từ ngày xảy ra tai nạn và tai nạn này phải là nguyên nhân duy nhất gây ra thương tật hay tử vong.
- 1.3 Bác sĩ được phép hành nghề:** (sau đây được gọi là "Bác sĩ") là cá nhân có bằng cấp được thừa nhận về tây y đã đăng ký và được phép hành nghề một cách hợp pháp tại một khu vực địa lý nhất định để thực hành nghề y hoặc phẫu thuật bằng tây y;
- Trong định nghĩa này, Bác sĩ không bao gồm những cá nhân sau đây:
- Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, hoặc Người thụ hưởng;
 - Đại lý bảo hiểm, người sử dụng lao động, người lao động của Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm;
 - Đối tác kinh doanh của Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm;
 - Thành viên trực hệ trong gia đình của Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm (cha mẹ, vợ chồng, con cái, anh chị em ruột).
- 1.4 Bệnh viện đủ tiêu chuẩn:** (sau đây được gọi là "Bệnh viện") là bệnh viện hoạt động hợp pháp ở Việt Nam và hội đủ các tiêu chuẩn sau:
- a. Được phép cung cấp dịch vụ y tế tây y để chăm sóc và điều trị cho những người bị thương tật hay bệnh tại địa phương nơi Bệnh viện có trụ sở và là nơi cung cấp các phương tiện cho chẩn đoán bệnh, phẫu thuật và dịch vụ chăm sóc liên tục 24 giờ; và

- b. Có lưu giữ hồ sơ bệnh án và hồ sơ của bệnh nhân theo tiêu chuẩn qui định của pháp luật và qui định hiện hành tại địa phương nơi Bệnh viện có trụ sở; và
- c. Là bệnh viện tuyến trung ương hoặc tuyến tỉnh hoặc tuyến huyện theo phân cấp của Bộ Y tế Việt Nam; và
- d. Được đăng ký là một bệnh viện hợp pháp với cơ quan có thẩm quyền tại địa phương nơi bệnh viện có trụ sở và tư cách của bệnh viện phải được thể hiện bằng chữ "Bệnh viện" trên con dấu chính thức của bệnh viện.

Bệnh viện sẽ không bao gồm những cơ sở sau đây cho dù các cơ sở này hoạt động độc lập hay trực thuộc một Bệnh viện:

- Bệnh viện hoặc viện tâm thần;
- Bệnh viện hoặc viện y học dân tộc, vật lý trị liệu và/hoặc phục hồi chức năng;
- Bệnh viện hoặc viện phong;
- Bệnh viện hoặc viện điều dưỡng;
- Nhà bảo sanh, nhà điều dưỡng, nhà an dưỡng hay các cơ sở khác chủ yếu dành cho việc chữa trị cho người già, người nghiện rượu, người nghiện chất ma túy, người nghiện chất kích thích;
- Trung tâm y tế hoặc phòng khám.

- 1.5 Khoa săn sóc đặc biệt:** là khoa dành riêng cho các bệnh nhân mắc bệnh nặng có các chức năng quan trọng của cơ thể bị đe dọa và cần sự theo dõi và điều trị tích cực 24/24 giờ. Khoa này được trang bị các máy móc hồi sức cấp cứu và các thiết bị theo dõi cho phép đánh giá liên tục các chức năng sinh tồn của cơ thể như nhịp tim, huyết áp và các chỉ số sinh hóa máu. Khoa này không phải là khoa cấp cứu.
- 1.6 Phẫu thuật:** là quá trình phẫu thuật được thực hiện tại Bệnh viện theo yêu cầu hoặc chỉ định của Bác sĩ. Việc phẫu thuật được tiến hành nhằm mục đích điều trị bệnh, thương tật, và trong mọi trường hợp không phải để chẩn đoán. Tất cả các phẫu thuật được thực hiện bằng cách gây tê tại chỗ sẽ không được chi trả quyền lợi bảo hiểm. Phẫu thuật được bảo hiểm phải được chứng minh bằng Giấy chứng nhận phẫu thuật và Giấy xuất viện được cấp bởi Bệnh viện nơi phẫu thuật được thực hiện và việc phẫu thuật phải thật sự cần thiết về mặt y khoa, theo tiêu chuẩn thực hành tốt về y khoa và không được vượt quá tiêu chuẩn thông thường về việc điều trị cho bệnh hay Thương tật tương tự tại địa phương nơi phẫu thuật được thực hiện.
- 1.7 Ngày nằm viện:** là một khoảng thời gian 24 giờ liên tục mà Người được bảo hiểm phải nằm viện nội trú tại một Bệnh viện và là cơ sở để tính tiền phòng và viện phí theo quy định của Bệnh viện.
- 1.8 Bệnh được bảo hiểm:** (sau đây được gọi là "Bệnh") là các bệnh được chi trả bảo hiểm theo sản phẩm bổ sung này. Trong định nghĩa này, một bệnh được coi là bắt đầu khi bệnh đó được kiểm tra, chẩn đoán hay điều trị hoặc khi có các dấu hiệu hay triệu chứng mà một người bình thường sẽ đi khám y tế, chẩn đoán, chăm sóc hay điều trị.
- 1.9 Thương tật được bảo hiểm:** (sau đây được gọi là "Thương tật") là bất kỳ một thương tật nào do hậu quả trực tiếp và duy nhất của Tai nạn.
- 1.10 Nằm viện:** là việc nhập viện nội trú tại Bệnh viện với thời gian ít nhất là một Ngày nằm viện theo chỉ định của một Bác sĩ do cần điều trị Bệnh hay Thương tật và phải nằm trong Bệnh viện đó liên tục trước khi được ra viện.

- 1.11 Giới hạn hợp lý và thông thường:** các dịch vụ y tế phải thực sự cần thiết về mặt y khoa, không vượt quá tiêu chuẩn áp dụng cho việc điều trị các bệnh và các thương tật tương tự được tiến hành tại địa phương nơi Người được bảo hiểm Nằm viện. Giới hạn hợp lý và thông thường, bao gồm nhưng không giới hạn, việc nhập viện, thời gian nằm viện, các dịch vụ y tế và điều trị, các chi phí bệnh viện và chuyên môn.

Điều 2: Tuổi tham gia và Thời hạn của sản phẩm bổ sung

- 2.1** Tuổi tham gia của Người được bảo hiểm từ 30 (ba mươi) ngày tuổi đến 55 (năm mươi lăm) tuổi. Quyền lợi bảo hiểm sẽ chấm dứt vào ngày kỷ niệm hợp đồng ngay sau ngày sinh nhật lần thứ 65 (sáu mươi lăm) của Người được bảo hiểm.
- 2.2** Thời hạn của sản phẩm bổ sung được quy định trong Giấy chứng nhận bảo hiểm, nhưng không vượt quá thời hạn của sản phẩm bảo hiểm chính.

Điều 3: Hiệu lực của sản phẩm bổ sung

3.1 Hiệu lực của sản phẩm bổ sung

Nếu hồ sơ yêu cầu cho sản phẩm bổ sung được Công ty chấp thuận thì ngày sản phẩm bổ sung có hiệu lực là ngày Bên mua bảo hiểm điền đầy đủ vào hồ sơ yêu cầu sản phẩm bổ sung và đóng đủ khoản phí bảo hiểm đầu tiên cho sản phẩm bổ sung như ghi trong hợp đồng bảo hiểm. Nếu hồ sơ yêu cầu sản phẩm bổ sung không được Công ty chấp thuận thì phí bảo hiểm đầu tiên cho sản phẩm bổ sung, nếu đã đóng, sẽ được hoàn trả lại.

3.2 Kết thúc hiệu lực của sản phẩm bổ sung

- a. Bên mua bảo hiểm không đóng đủ phí bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm chính hay sản phẩm bổ sung khi hết thời gian gia hạn; hay
- b. Hợp đồng bảo hiểm chính hết hạn, đáo hạn, bị chấm dứt hay bị hủy bỏ; hay
- c. Thời hạn của sản phẩm bổ sung kết thúc; hay
- d. Tại ngày kỷ niệm hợp đồng ngay sau lần sinh nhật thứ 65 (sáu mươi lăm) của Người được bảo hiểm; hay
- e. Người được bảo hiểm tử vong; hay
- f. Tổng số tiền chi trả cho sản phẩm bổ sung này đạt mức Giới hạn quyền lợi bảo hiểm như quy định tại điều 4.4; hay
- g. Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt sản phẩm bổ sung; hay
- h. Công ty chấm dứt hiệu lực của sản phẩm bổ sung vào bất kỳ thời điểm nào, bằng cách thông báo cho Bên mua bảo hiểm bằng văn bản trước 30 (ba mươi) ngày, Công ty sẽ hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm khoản phí bảo hiểm đã đóng cho khoảng thời gian chưa được bảo hiểm (nếu có) theo quy định của pháp luật; hay
- i. Các trường hợp khác theo quy định của pháp luật.

CHƯƠNG 2: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Điều 4: Quyền lợi bảo hiểm:

Trong thời hạn hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ sung, nếu Người được bảo hiểm Nằm viện điều trị các Bệnh hay Thương tật hoặc được thực hiện Phẫu thuật tại Bệnh viện theo chỉ định của Bác sĩ, Công ty sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm của sản phẩm bổ sung này như sau:

4.1 Quyền lợi hỗ trợ chi phí nằm viện

Nếu Người được bảo hiểm phải Nằm viện điều trị nội trú, Công ty sẽ chi trả tất cả những chi phí liên quan cho mỗi Ngày nằm viện (không bao gồm các chi phí liên quan đến Phẫu thuật được giải quyết theo điều 4.2), nhưng không vượt quá quyền lợi tối đa được quy định như sau:

- Trong trường hợp Người được bảo hiểm phải nằm điều trị nội trú tại các phòng không phải là Khoa sản sóc đặc biệt, số tiền chi trả cho mỗi ngày nằm viện sẽ không vượt quá 1 (một) lần Số tiền bảo hiểm. Tổng số ngày nằm viện cộng dồn trong 1 (một) Năm hợp đồng không vượt quá 100 (một trăm) ngày.
- Trong trường hợp Người được bảo hiểm phải nằm điều trị nội trú tại Khoa sản sóc đặc biệt, số tiền chi trả cho mỗi ngày nằm viện tại Khoa sản sóc đặc biệt sẽ không vượt quá 3 (ba) lần Số tiền bảo hiểm. Tổng số ngày nằm viện cộng dồn tại Khoa sản sóc đặc biệt trong 1 (một) Năm hợp đồng không vượt quá 30 (ba mươi) ngày.

Nếu thời hạn được bảo hiểm của sản phẩm bổ sung này không tròn 1 (một) Năm hợp đồng, Tổng số ngày nằm viện tối đa áp dụng trong Năm hợp đồng đó sẽ được tính theo tỉ lệ tương ứng của thời hạn được bảo hiểm so với Năm hợp đồng.

4.2 Quyền lợi hỗ trợ chi phí phẫu thuật

Nếu Người được bảo hiểm trải qua Phẫu thuật trong thời gian Nằm viện, Công ty sẽ chi trả chi phí liên quan đến Phẫu thuật gồm chi phí phòng mổ; tiền công cho ca mổ; chi phí gây mê, gây mê.

Quyền lợi tối đa chi trả phụ thuộc vào từng loại phẫu thuật được quy định như sau:

a. 20 (hai mươi) lần số tiền bảo hiểm cho các loại phẫu thuật sau:

- Phẫu thuật nhu mô não theo phương pháp mổ hở;
- Phẫu thuật dẫn lưu thương tổn của nhu mô não;
- Phẫu thuật ghép một trong những cơ quan sau: phổi, gan, tụy, tim, thận;
- Phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ đại tràng hoặc trực tràng;
- Phẫu thuật tạo hình van tim hay thay van tim theo phương pháp mổ hở;
- Phẫu thuật các mạch máu lớn trong lồng ngực theo phương pháp mổ hở. Các mạch máu lớn là động mạch chủ, tĩnh mạch chủ trên, tĩnh mạch chủ dưới, động mạch phổi phải, động mạch phổi trái, tĩnh mạch phổi phải, tĩnh mạch phổi trái chứ không phải là các nhánh của các mạch máu trên;
- Phẫu thuật phục hồi hoặc thay thế một đoạn động mạch chủ theo phương pháp mổ hở;
- Phẫu thuật điều chỉnh dị dạng cột sống theo phương pháp mổ hở;
- Phẫu thuật bất động cột sống qua đường bụng và phẫu thuật giảm áp tủy sống qua đường bụng.

b. Quyền lợi chi trả tối đa 10 (mười) lần Số tiền bảo hiểm cho các loại phẫu thuật khác.

4.3 Quyền lợi hỗ trợ chi phí trước và sau khi nằm viện

Công ty sẽ chi trả chi phí phát sinh trước và sau khi nằm viện như tiền thuốc, chi phí khám, vật lý trị liệu, tư vấn và xét nghiệm, chi phí chăm sóc y tế tại nhà của Người được bảo hiểm, nhưng không vượt quá 2 (hai) lần Số tiền bảo hiểm.

Quyền lợi này được chi trả với điều kiện như sau:

- Thời gian nằm viện tối thiểu là 10 (mười) ngày liên tục;
- Các dịch vụ y tế này phải liên quan trực tiếp đến Bệnh hay Thương tật khiến Người được bảo hiểm phải Nằm viện và được chỉ định trực tiếp từ Bác sĩ;
- Các dịch vụ y tế này được thực hiện trong vòng 30 (ba mươi) ngày trước khi nhập viện và 30 (ba mươi) ngày sau khi xuất viện.

4.4 Giới hạn quyền lợi bảo hiểm

Tổng số tiền tối đa chi trả cho tất cả các quyền lợi bảo hiểm của sản phẩm bổ sung này trong suốt Thời hạn hợp đồng là 1.000 (một ngàn) lần Số tiền bảo hiểm.

Điều 5: Điều khoản loại trừ

- 5.1** Công ty không chi trả bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào theo sản phẩm bổ sung nếu Người được bảo hiểm phải Nằm viện hay trải qua Phẫu thuật do các nguyên nhân trực tiếp hoặc gián tiếp từ:
- Thương tật gây ra bởi Tai nạn trước ngày Công ty chấp thuận hồ sơ yêu cầu bảo hiểm của sản phẩm bổ sung hoặc ngày khôi phục hiệu lực gần nhất của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này (nếu có).
 - Bệnh có dấu hiệu, triệu chứng, hoặc được chẩn đoán hay điều trị trước hoặc trong vòng 30 (ba mươi) ngày kể từ ngày Công ty chấp thuận hồ sơ yêu cầu bảo hiểm của sản phẩm bổ sung hoặc từ ngày khôi phục hiệu lực gần nhất của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này (nếu có).
- 5.2** Công ty không chi trả bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào theo sản phẩm bổ sung nếu Người được bảo hiểm phải Nằm viện hay trải qua Phẫu thuật do các nguyên nhân trực tiếp hoặc gián tiếp từ các loại Bệnh hay Thương tật thuộc danh sách trong Phụ lục.
- 5.3** Vào tất cả các thời điểm, Công ty không chi trả bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào theo sản phẩm bổ sung nếu Người được bảo hiểm phải Nằm viện hay trải qua Phẫu thuật do các nguyên nhân trực tiếp hay gián tiếp dưới đây:
- a. Điều trị thử nghiệm;
 - b. Bất kỳ thương tật hay bệnh nào do Người được bảo hiểm tự hủy hoại, hay tự gây thương tích dù trong tình trạng tinh táo hay mất trí; hay bất kỳ sự liên quan nào đến các sự kiện nguy hiểm không cần thiết ngoại trừ trường hợp cố gắng để cứu người;
 - c. Chiến tranh (tuyên chiến hay không tuyên chiến) hoặc các hoạt động gây chiến, bao gồm hành động xâm lược, hành động của nước thù địch, nội chiến, nổi loạn, cách mạng, khởi nghĩa, đảo chính quân sự hoặc tiếm quyền, hành động quấy rối, bạo động dân sự, bãi công hay khủng bố;
 - d. Tham gia đánh nhau, ẩu đả; hay chống cự việc bắt giữ;
 - e. Do bất cứ khuyết tật bẩm sinh nào;

- f. Có thai, sẩy thai, sinh con, hoặc các biến chứng của những trường hợp đó;
- g. Triệt sản, thụ tinh nhân tạo, kiểm tra/chẩn đoán và điều trị vô sinh;
- h. Các trợ giúp điều chỉnh khuyết tật, kính sát trùng, trợ thính và điều trị các tật khúc xạ trừ khi là đòi hỏi cần thiết của các thương tật phát sinh do tai nạn;
- i. Bệnh loạn thần, rối loạn tâm thần/thần kinh, hay các rối loạn về giấc ngủ;
- j. Điều trị nghiện rượu, lạm dụng thuốc hay bất cứ biến chứng nào phát sinh do các nguyên nhân này, sử dụng thuốc không có chỉ định, tình cờ hoặc cố ý sử dụng thuốc quá liều hay bất cứ tai nạn nào về thuốc;
- k. Bất kỳ hình thức chăm sóc nha khoa nào hay phẫu thuật nào trừ khi là đòi hỏi cần thiết của các thương tật phát sinh do tai nạn (không bao gồm các chi phí làm răng giả và các chi phí liên quan);
- l. Phẫu thuật thẩm mỹ, tạo hình, hiến/cho mô hay bộ phận cơ thể, chuyển đổi giới tính hay bất kỳ một phẫu thuật không cần thiết cho việc điều trị Bệnh, hay thương tật;
- m. Khám sức khỏe định kỳ, hay dưỡng bệnh, hay chăm sóc y tế chỉ cần nghỉ ngơi;
- n. Điều trị hay phẫu thuật V.A, đục thủy tinh thể, lệch vách ngăn mũi, thoái hóa khớp, thoát vị đĩa đệm, bệnh gout, loét dạ dày, loét tá tràng, phì đại tuyến tiền liệt, tràn dịch màng tinh hoàn, cắt bao qui đầu hay một bệnh của cơ quan sinh sản nữ trừ khi Người được bảo hiểm đã liên tục được bảo hiểm theo sản phẩm bổ sung này trong một thời gian ít nhất là 120 ngày ngay trước khi nhập viện để điều trị hay phẫu thuật tính từ ngày công ty chấp thuận hồ sơ yêu cầu bảo hiểm của sản phẩm bổ sung hay ngày khôi phục lần sau cùng của sản phẩm bổ sung, lấy ngày nào đến sau;
- o. Tiêm chủng;
- p. Tham gia các môn thể thao nguy hiểm như lặn có sử dụng máy thở, leo núi, nhảy dù...; mọi hình thức đua tốc độ cao hoặc các môn thể thao chuyên nghiệp khác với tư cách là vận động viên và nguyên nhân gây ra tai nạn có liên quan trực tiếp đến các môn thể thao chuyên nghiệp này;
- q. Điều trị hay kiểm tra liên quan đến HIV/AIDS hay bệnh lây truyền do tình dục;
- r. Điều dưỡng, tĩnh dưỡng hoặc điều trị bằng thuốc hoặc các biện pháp liên quan đến y học dân tộc;
- s. Bất kỳ lần nằm viện nào mà không nằm trong giới hạn hợp lý và thông thường;
- t. Hành vi phạm tội của Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm hay người thụ hưởng vi phạm pháp luật và các qui định của Việt Nam;

CHƯƠNG 3: SỐ TIỀN BẢO HIỂM VÀ PHÍ BẢO HIỂM**Điều 6: Số tiền bảo hiểm, Phí bảo hiểm và Đóng phí bảo hiểm**

- 6.1** Số tiền bảo hiểm, phí bảo hiểm, định kỳ đóng phí bảo hiểm được quy định trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hay phần sửa đổi bổ sung (nếu có).
- 6.2** Với sự chấp thuận của Bộ Tài chính, Công ty có thể thay đổi mức Phí bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này. Tuy nhiên, mức phí bảo hiểm mới chỉ được áp dụng vào Ngày đóng phí kế tiếp và Công ty sẽ thông báo cho Bên mua bảo hiểm bằng văn bản trước 30 (ba mươi) ngày kể từ ngày hiệu lực của mức phí bảo hiểm mới.

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN MUA

CHƯƠNG 4: THỦ TỤC YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Điều 7: Thủ tục yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

- 7.1** Quyền lợi bảo hiểm sẽ được chi trả cho Bên mua bảo hiểm.
- 7.2** Để nhận quyền lợi bảo hiểm như quy định tại Điều 4.1, Điều 4.2, Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải cung cấp các giấy tờ dưới đây cho Công ty trong vòng 30 ngày kể từ ngày xuất viện:
- Phiếu giải quyết quyền lợi bảo hiểm;
 - Giấy ra viện;
 - Bệnh án;
 - Bản gốc các hóa đơn tài chính cho chi phí nằm viện;
 - Bảng kê chi phí nằm viện;
 - Kết quả xét nghiệm (nếu có xét nghiệm);
 - Giấy chứng nhận phẫu thuật (nếu có phẫu thuật);
 - Giấy chứng nhận nằm tại khoa Săn sóc đặc biệt (nếu có nằm tại khoa này);
 - Hồ sơ tai nạn (nếu có tai nạn).
- 7.3** Để nhận quyền lợi bảo hiểm như quy định tại Điều 4.3, Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải cung cấp các giấy tờ dưới đây cho Công ty trong vòng 60 ngày kể từ ngày xuất viện:
- Phiếu giải quyết quyền lợi bảo hiểm;
 - Giấy ra viện;
 - Sổ khám bệnh, toa thuốc có kèm chẩn đoán & chi tiết điều trị;
 - Bản gốc hóa đơn tài chính của tất cả các loại chi phí liên quan đến việc khám và điều trị bệnh;
 - Phiếu chỉ định xét nghiệm, kết quả xét nghiệm, hóa đơn tài chính thanh toán xét nghiệm (nếu có xét nghiệm);
 - Hóa đơn tài chính thanh toán vật lý trị liệu (nếu có tiến hành vật lý trị liệu);
 - Hóa đơn tài chính thanh toán chi phí chăm sóc tại nhà (nếu có chăm sóc tại nhà).
- Công ty bảo lưu quyền yêu cầu thêm bất cứ các bằng chứng hay các tài liệu bổ sung để phục vụ việc xem xét giải quyết bồi thường.
- 7.4** Công ty bảo lưu quyền yêu cầu các bằng chứng hay các tài liệu bổ sung để phục vụ việc xem xét giải quyết bồi thường. Trong trường hợp có khám y tế, hay có thực hiện các thủ thuật chẩn đoán hay phẫu thuật, Công ty có thể yêu cầu bằng chứng y tế để chứng minh rằng việc khám sức khỏe và/hoặc thực hiện các thủ thuật đó là thông thường trong trường hợp này và cần thiết về mặt y học, cũng như nằm trong Giới hạn hợp lý và thông thường. 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 và biểu giá theo quy định của nhà nước (nếu có). Thời gian để cung cấp các tài liệu bổ sung này sẽ không tính vào các thời hạn được qui định ở điều 7.2 và 7.3.

PHỤ LỤC: CÁC BỆNH NẪM NGOÀI DANH MỤC BẢO HIỂM

- 1 Đau lưng, đau khớp (*)
- 2 Viêm khớp, viêm cơ (*)
- 3 Thoái hóa cột sống (*)
- 4 Viêm kết mạc
- 5 Mộng thịt không phẫu thuật
- 6 Viêm xoang, viêm đa xoang, viêm mũi & polyp mũi không phẫu thuật
- 7 Viêm Amidan không phẫu thuật, viêm họng, viêm hô hấp ở người lớn
- 8 Viêm phế quản, viêm tai ngoài và sốt siêu vi ở người lớn
- 9 Rối loạn tiền đình, rối loạn tuần hoàn não, thiếu năng tuần hoàn não
- 10 Rối loạn tiêu hóa
- 11 Viêm dạ dày, viêm tá tràng, hội chứng dạ dày tá tràng không có nội soi
- 12 Viêm đại tràng không có đi tiêu ra máu
- 13 Trĩ không có đi tiêu ra máu và không có phẫu thuật
- 14 Viêm phần phụ, nhiễm trùng đường tiểu dưới ở phụ nữ
- 15 Sỏi thận không đau quặn thận và không phẫu thuật
- 16 Suy nhược cơ thể, suy nhược thần kinh
- 17 Bệnh Alzheimer
- 18 Những thương tật không nghiêm trọng như rách da hoặc chấn thương phần mềm.
Gãy kín hay trật khớp ngón tay, ngón chân không phẫu thuật.

(*) Cho các trường hợp Người được bảo hiểm nằm viện để được chẩn đoán, xác định nguyên nhân hoặc/và điều trị triệu chứng liên quan đến các Bệnh này.