

**ĐIỀU KHOẢN QUYỀN LỢI BẢO HIỂM TĂNG CƯỜNG
TRỢ CẤP Y TẾ - ĐÓNG PHÍ NGẮN HẠN**

*(Được đính kèm vào Sản Phẩm Bảo Hiểm Hỗn Hợp Không Chia Lãi – Bảo Vệ Toàn Diện
hoặc Sản Phẩm Bảo Hiểm Hỗn Hợp Không Chia Lãi – Tiết Kiệm Hiệu Quả
và được phê chuẩn theo Công Văn số 7950 /BTC-QLBH ngày 16 tháng 6 năm 2015 của Bộ Tài Chính)*

Điều khoản Quyền Lợi Bảo Hiểm Trợ Cấp Y Tế – Đóng Phí Ngắn Hạn (“**Điều Khoản Tăng Cường**”) này được đính kèm theo hợp đồng bảo hiểm chính và là một phần của hợp đồng bảo hiểm chính đó (dưới đây được gọi là “**Hợp Đồng Bảo Hiểm**”).

Trừ trường hợp được quy định một cách cụ thể và được giải thích riêng trong Điều Khoản Tăng Cường này, tất cả các thuật ngữ được sử dụng trong Điều Khoản Tăng Cường này sẽ mang cùng ý nghĩa với các thuật ngữ được sử dụng và định nghĩa trong Hợp Đồng Bảo Hiểm và/hoặc Phụ lục – Những quy định chung của các điều khoản tăng cường. Các điều khoản và điều kiện của Hợp Đồng Bảo Hiểm sẽ được áp dụng cho Điều Khoản Tăng Cường này. Trong trường hợp có sự mâu thuẫn giữa các điều khoản và điều kiện của Điều Khoản Tăng Cường và các điều khoản và điều kiện của Hợp Đồng Bảo Hiểm, các quy định của Điều Khoản Tăng Cường này sẽ được ưu tiên áp dụng.

ĐIỀU 1. ĐỊNH NGHĨA

1.1 Bệnh Viện: là (i) bệnh viện và có chữ “bệnh viện” trong tên gọi và trên con dấu chính thức hoặc (ii) (các) trung tâm y tế cấp quận/huyện trở lên, được thành lập hợp pháp và thực hiện điều trị theo phương pháp tây y để chăm sóc và điều trị cho những người bị bệnh hoặc bị thương, và có đủ các thiết bị chuyên môn để tiến hành việc chẩn đoán, có y tá chăm sóc 24/24 và có bác sĩ trực thường xuyên. Bệnh Viện đó phải được cơ quan nhà nước có thẩm quyền cấp giấy phép hoạt động hợp pháp.

Vì mục đích của Điều Khoản Tăng Cường này, các cơ sở sau đây không được xem là Bệnh Viện:

- a) Nhà an dưỡng, nhà dưỡng lão; và
- b) Nơi chữa trị dành cho những người nghiện rượu, nghiện ma túy hoặc người bị bệnh tâm thần; và
- c) Nơi điều trị bệnh phong; và
- d) Phòng khám, bao gồm cả phòng khám trực thuộc Bệnh Viện và/hoặc trực thuộc trung tâm y tế các cấp.

1.2 Bác Sĩ: là cá nhân đăng ký hành nghề bác sĩ tây y được luật pháp công nhận trong lĩnh vực hành nghề của người đó để cung cấp dịch vụ y tế, khám, chữa bệnh, và/hoặc phẫu thuật. Vì mục đích của Điều Khoản Tăng Cường này, Bác Sĩ không được đồng thời là Bên Mua Bảo Hiểm, Người Được Bảo Hiểm, Người Thụ Hưởng, thành viên trực hệ trong gia đình của Người Được Bảo Hiểm hay Bên Mua Bảo Hiểm, Người Thụ Hưởng hoặc đại lý bảo hiểm của Hợp Đồng Bảo Hiểm.

- 1.3 Năm Viện:** là việc Người Được Bảo Hiểm phải nhập viện để điều trị y tế đối với bệnh hoặc chấn thương tại một Bệnh Viện như là một bệnh nhân nội trú theo yêu cầu của Bác Sĩ theo các điều kiện Cần Thiết Về Mặt Y Khoa.
- 1.4 Ngày Năm Viện:** (hoặc được gọi tắt là “Ngày”): Để được tính là một Ngày Năm Viện cho việc chi trả quyền lợi bảo hiểm theo quy định của Điều Khoản Tăng Cường này, Người Được Bảo Hiểm phải Nằm Viện đủ hai mươi bốn (24) giờ liên tục.
- 1.5 Thai Sản:** nghĩa là việc sinh đẻ, sảy thai, nạo, phá thai, điều trị vô sinh, điều trị trước và sau khi sinh đẻ hay bất kỳ bệnh tật ốm đau nào hoặc tổn thương nào liên quan đến các sự kiện này.
- 1.6 Cần Thiết Về Mặt Y Khoa:** nghĩa là dịch vụ y tế hoặc điều trị y tế:
- a) Phù hợp với các chẩn đoán và thông lệ về chẩn trị y tế đối với bệnh hoặc chấn thương liên quan, và
 - b) Phù hợp với tiêu chuẩn về hành nghề y dược, và
 - c) Có tính chất bắt buộc và phải thực hiện tại Bệnh Viện, và
 - d) Không nhằm mục đích thử nghiệm, chẩn đoán, nghiên cứu, phòng ngừa hoặc tầm soát, và
 - e) Có số Ngày Năm Viện là hợp lý và phù hợp với thông lệ điều trị cho bệnh hoặc chấn thương liên quan.

Tùy thuộc vào phê duyệt của Bộ Tài Chính, Công Ty có toàn quyền áp dụng và điều chỉnh các định mức về số Ngày Năm Viện được xem là Cần Thiết Về Mặt Y Khoa vào từng thời điểm.

- 1.7 Khoa Chăm Sóc Đặc Biệt:** là một khoa hoặc một bộ phận của Bệnh Viện, mà không phải là khoa, phòng hậu phẫu hay khoa, phòng hồi sức, cấp cứu và:
- a) được Bệnh Viện thành lập nhằm chăm sóc và điều trị tích cực 24/24 giờ; và
 - b) chỉ dành riêng cho các bệnh nhân mắc bệnh nặng mà các chức năng quan trọng của cơ thể đang bị đe dọa đòi hỏi sự theo dõi, quan sát liên tục do Bác Sĩ chỉ định; và
 - c) cung cấp tất cả các trang thiết bị, thuốc men và các phương tiện cấp cứu cần thiết ngay bên cạnh để có thể can thiệp ngay.

ĐIỀU 2. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Trong thời gian Điều Khoản Tăng Cường này có hiệu lực, Công Ty sẽ xem xét để thanh toán các quyền lợi bảo hiểm sau:

2.1 Quyền lợi trợ cấp nằm viện

Nếu Người Được Bảo Hiểm phải Nằm Viện, Công Ty sẽ thanh toán Quyền lợi trợ cấp nằm viện bằng Số Tiền Bảo Hiểm tại thời điểm Nằm Viện cho mỗi Ngày Nằm Viện, với điều kiện là:

- a) Tổng số Ngày Nằm Viện tối đa mà Công Ty có nghĩa vụ chi trả theo Điều 2.1 này không vượt quá ba trăm sáu mươi lăm (365) Ngày Nằm Viện cho mỗi Năm Hợp Đồng; và
- b) Quyền lợi trợ cấp nằm viện theo Điều 2.1 này sẽ không được chi trả cho số Ngày Nằm Viện đã được chi trả theo Quyền lợi trợ cấp nằm viện tại Khoa Chăm Sóc Đặc Biệt nêu tại Điều 2.2.

2.2 Quyền lợi trợ cấp nằm viện tại Khoa Chăm Sóc Đặc Biệt

Nếu Người Được Bảo Hiểm phải Nằm Viện và được điều trị tại Khoa Chăm Sóc Đặc Biệt, Công Ty sẽ thanh toán quyền lợi này bằng hai (02) lần Số Tiền Bảo Hiểm cho mỗi Ngày Nằm Viện để điều trị tại Khoa Chăm Sóc Đặc Biệt.

2.3 Giới Hạn Và Điều Kiện Chi Trả Chung

Ngoài các quy định cụ thể nêu trên, việc thanh toán các quyền lợi bảo hiểm được quy định tại Điều 2.1 và Điều 2.2 cũng sẽ phụ thuộc vào các giới hạn và điều kiện chi trả chung như sau:

- a) Tổng số Ngày Nằm Viện tối đa mà Công Ty có nghĩa vụ chi trả cho từng quyền lợi bảo hiểm được nêu tại Điều 2.1 hoặc Điều 2.2 không vượt quá một nghìn (1.000) Ngày Nằm Viện cho toàn Thời Hạn Hợp Đồng; và
- b) Trong trường hợp Người Được Bảo Hiểm phải Nằm Viện tại các trung tâm y tế cấp quận/huyện hoặc các bệnh viện không trực thuộc sự quản lý của Bộ Y Tế, số Ngày Nằm Viện tối đa mà Công Ty xem xét chi trả trong trường hợp này không vượt quá năm (05) Ngày Nằm Viện cho mỗi lần Nằm Viện.
- c) Trong trường hợp Người Được Bảo Hiểm phải Nằm Viện tại các Bệnh viện/viện/khoa hoặc bất cứ cơ sở y học cổ truyền/y học dân tộc/điều dưỡng và phục hồi chức năng nào, số Ngày Nằm Viện tối đa mà Công Ty xem xét chi trả trong trường hợp này không vượt quá năm (05) Ngày Nằm Viện cho mỗi lần Nằm Viện.

2.4 Người nhận quyền lợi bảo hiểm

Quyền lợi bảo hiểm nêu tại Điều Khoản Tăng Cường này sẽ được Công Ty thanh toán cho: (i) Bên Mua Bảo Hiểm nếu Bên Mua Bảo Hiểm là cá nhân, hoặc (ii) Người Được Bảo Hiểm của sản phẩm bảo hiểm chính trong trường hợp Bên Mua Bảo Hiểm là tổ chức.

ĐIỀU 3. THỜI GIAN CHỜ

- 3.1** Bất kể đã có quy định nêu trên và trừ trường hợp Nằm Viện do Tai Nạn, bất kỳ và tất cả các quyền lợi được quy định tại Điều Khoản Tăng Cường này sẽ chỉ được xem xét và/hoặc chi trả nếu việc Nằm Viện diễn ra sau ba mươi (30) ngày kể từ Ngày Cấp hoặc ngày khôi phục hiệu lực gần nhất của Điều Khoản Tăng Cường, tùy thuộc vào ngày nào đến sau.
- 3.2** Công Ty sẽ không thanh toán Quyền lợi bảo hiểm nêu tại Điều Khoản Tăng Cường này trong trường hợp Người Được Bảo Hiểm có tình trạng sức khỏe liên quan đến việc Nằm Viện:
- a) Được chẩn đoán, hoặc
 - b) Được điều trị, hoặc
 - c) Được Bác Sĩ tư vấn, hoặc
 - d) Có bất kỳ dấu hiệu hoặc triệu chứng đặc hiệu nào liên quan đến sự kiện bảo hiểm

Trong hoặc trước *Thời Gian Chờ*

ĐIỀU 4. CHỨNG TỪ YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

- 4.1** Ngoài các chứng từ được quy định tại Điều 2 của Phụ Lục 3, hồ sơ yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm phải có thêm Giấy xác nhận điều trị tại Khoa Chăm Sóc Đặc Biệt trong trường hợp yêu cầu chi trả Quyền lợi trợ cấp nằm viện tại Khoa Chăm Sóc Đặc Biệt.
- 4.2** Bên Mua Bảo Hiểm và Người Được Bảo Hiểm đồng ý và ủy quyền cho Công Ty được kiểm tra, thu thập hoặc yêu cầu các bên liên quan cung cấp các thông tin liên quan đến việc Nằm Viện của Người Được Bảo Hiểm nếu xét thấy cần thiết.

ĐIỀU 5. CÁC TRƯỜNG HỢP LOẠI TRỪ

Công Ty sẽ không thanh toán các quyền lợi được quy định tại Điều Khoản Tăng Cường này nếu như Người Được Bảo Hiểm phải Nằm Viện vì các nguyên nhân được nêu tại Điều 3 của Phụ Lục 3 và một trong các nguyên nhân trực tiếp sau:

- a) Việc khám sức khỏe định kỳ, kiểm tra sức khỏe không liên quan đến việc điều trị hay chẩn đoán bệnh hoặc thương tật của Người Được Bảo Hiểm hoặc bất kỳ điều trị y tế nào không đáp ứng các điều kiện Cần Thiết Về Mặt Y Khoa; hoặc
- b) Điều trị khuyết tật bẩm sinh, bệnh bẩm sinh, bệnh di truyền, vô sinh, triệt sản; hoặc
- c) Tất cả các điều trị về nha khoa trừ khi bắt buộc phải có điều trị do Tai Nạn gây ra trong khi Hợp Đồng Bảo Hiểm còn hiệu lực; hoặc

- d) Phẫu thuật thẩm mỹ, lắp mắt kính và kính khúc xạ hoặc thiết bị trợ thính ; hoặc
- e) Thai Sản như đã được định nghĩa ở trên; hoặc
- f) Tình dục, bệnh tâm thần, rối loạn tâm lý, rối loạn chức năng của não; hoặc
- g) Bất kỳ sự điều trị hay kiểm tra liên quan đến hội chứng suy giảm miễn dịch (AIDS) hoặc nhiễm vi rút HIV; hoặc
- h) lạm dụng thuốc, thức uống có cồn, nghiện hoặc lạm dụng chất ma túy và do việc điều trị các bệnh lây qua đường tình dục; hoặc
- i) Điều trị bằng thuốc đông y/y học cổ truyền hoặc các biện pháp y học dân tộc; hoặc
- j) Tiêm phòng và tiêm miễn dịch; hoặc
- k) Việc điều trị các bệnh lý thông thường, bao gồm:
 - (i) Đau lưng, đau khớp, viêm khớp, viêm cơ, thoái hóa cột sống; viêm kết mạc, mộng thịt không phẫu thuật;
 - (ii) Viêm xoang/đa xoang, viêm Amygdal không phẫu thuật, viêm mũi họng, viêm hô hấp, viêm phế quản, viêm tai ngoài và sốt siêu vi (áp dụng đối với Người Được Bảo Hiểm từ 16 Tuổi trở lên);
 - (iii) Rối loạn tiền đình, rối loạn tuần hoàn não, thiếu năng tuần hoàn não;
 - (iv) Rối loạn tiêu hóa;
 - (v) Viêm dạ dày, viêm tá tràng, hội chứng dạ dày tá tràng;
 - (vi) Trĩ không có phẫu thuật;
 - (vii) Viêm phần phụ, nhiễm trùng tiểu ở phụ nữ;
 - (viii) Suy nhược cơ thể, suy nhược thần kinh;
 - (ix) 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.
- l) Các Tình Trạng Tồn Tại Trước. Tình Trạng Tồn Tại Trước nghĩa là tình trạng bệnh tật hoặc tổn thương của Người Được Bảo Hiểm đã có trước: (i) Ngày Cấp Hợp Đồng, hoặc (ii) Ngày Hiệu Lực hoặc (iii) Ngày khôi phục hiệu lực gần nhất của Điều Khoản Tăng Cường này, lấy ngày nào đến sau. "*Bệnh tật hoặc tổn thương đã có trước*" là các tình trạng bệnh tật hoặc tổn thương đã được kiểm tra, chẩn đoán hay điều trị hoặc có các dấu hiệu hay triệu chứng có liên quan đến sự kiện bảo hiểm. Hồ sơ y tế, tình trạng tiền sử bệnh được lưu giữ tại các cơ sở y tế được thành lập hợp pháp 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 Tồn Tại Trước.

ĐIỀU 6. TÁI TỤC ĐIỀU KHOẢN

- 6.1 Tùy thuộc vào chấp thuận của Công Ty, Điều Khoản Tăng Cường này có thể được xem xét tái tục hàng năm tại mỗi Ngày Kỷ Niệm Hợp Đồng cho đến khi Bên Mua Bảo Hiểm yêu cầu chấm dứt hoặc Người Được Bảo Hiểm không còn đáp ứng các điều kiện được bảo hiểm quy định tại Điều Khoản Tăng Cường này.
- 6.2 Công Ty có quyền từ chối tái tục Điều Khoản Tăng Cường này, ngay cả khi đã hết Thời Hạn Đóng Phí của Điều Khoản Tăng Cường này, bằng cách gửi thông báo bằng văn bản cho Bên Mua Bảo Hiểm trước thời điểm xem xét tái tục. Để tránh hiểu lầm, việc Công Ty nhận phí bảo hiểm tái tục cho Điều Khoản Tăng Cường này (nếu có) sẽ không được xem là Công Ty đã đồng ý tái tục Điều Khoản Tăng Cường này. Trong trường hợp từ chối tái tục Điều Khoản Tăng Cường, Công Ty sẽ hoàn trả Giá Trị Hoàn Lại (nếu có) của Điều Khoản Tăng Cường này cho Bên Mua Bảo Hiểm theo quy định.
- 6.3 Những quy định đối với các quyền lợi bảo hiểm tại Điều Khoản Tăng Cường này sẽ tiếp tục được áp dụng theo cùng các điều khoản và điều kiện trong thời gian được tái tục.

ĐIỀU 7. CHẤM DỨT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM TĂNG CƯỜNG

Tất cả các quyền lợi bảo hiểm theo Điều Khoản Tăng Cường này sẽ được chấm dứt toàn bộ hoặc đối với từng Người Được Bảo Hiểm ngay khi có bất kỳ sự kiện nào dưới đây xảy ra, tùy thuộc vào sự kiện nào xảy ra trước:

- 7.1 Khi Hợp Đồng Bảo Hiểm bị mất hiệu lực, bị chấm dứt, bị hủy bỏ, đáo hạn chuyển thành Hợp Đồng Bảo Hiểm Giảm; hoặc
- 7.2 Khi Bên Mua Bảo Hiểm yêu cầu chấm dứt Điều Khoản Tăng Cường này hoặc yêu cầu chấm dứt Điều Khoản Tăng Cường đối với từng Người Được Bảo Hiểm; hoặc
- 7.3 Đối với từng Người Được Bảo Hiểm, vào Ngày Kỷ Niệm Hợp Đồng khi Người Được Bảo Hiểm đó đủ 70 Tuổi; hoặc
- 7.4 Người Được Bảo Hiểm từ vong; hoặc
- 7.5 Khi Điều Khoản Tăng Cường này không được tái tục theo quyết định của Công Ty như được quy định tại Điều 6; hoặc
- 7.6 Đối với từng Người Được Bảo Hiểm, khi tổng số Ngày Nằm Viện tối đa như quy định tại điểm (a) Điều 2.3 đã được chi trả đầy đủ.

Việc chấm dứt Điều Khoản Tăng Cường này sẽ không làm ảnh hưởng đến bất kỳ khoản thanh toán quyền lợi bảo hiểm phát sinh trước thời điểm chấm dứt.

ĐIỀU 8. TIÊU CHUẨN VỀ SỐ NGÀY NÀM VIỆN ĐỐI VỚI MỘT SỐ BỆNH THÔNG THƯỜNG

Ngoại trừ các bệnh lý thuộc trường hợp loại trừ như được nêu tại điểm (k) của Điều 5 và giới hạn chi trả được quy định tại điểm (b), điểm (c) Điều 2.3 của Điều Khoản Tăng Cường này, Công Ty sẽ căn cứ vào số Ngày Nằm Viện tối đa được xem là Cần Thiết Về Mặt Y Khoa theo bảng dưới đây để chi trả cho mỗi lần Nằm Viện của Người Được Bảo Hiểm.

SỐ THỨ TỰ	NHÓM BỆNH	SỐ NGÀY CHI TRẢ TỐI ĐA
1	BỆNH LAO	30
2	BỆNH VIÊM GAN SIÊU VI CỎ TRIỆU CHỨNG	15
3	NHÓM BỆNH CƠ-XƯƠNG-KHỚP	14
4	NHÓM BỆNH CỦA MẮT	13
5	NHÓM BỆNH CỦA HỆ MIỄN NHIỄM	13
6	NHÓM BỆNH CỦA HỆ TIM MẠCH	12
7	NHÓM BỆNH U BƯỚU	11
8	NHÓM BỆNH NHIỄM TRÙNG KHÁC	11
9	NHÓM BỆNH DO CHẤN THƯƠNG NGỘ ĐỘC	10
10	NHÓM BỆNH CỦA TAI	10
11	NHÓM BỆNH CỦA HỆ THẦN KINH	10
12	NHÓM BỆNH CỦA HỆ HÔ HẤP	10
13	NHÓM BỆNH CỦA HỆ TIẾT NIỆU; SINH DỤC	9
14	NHÓM BỆNH CỦA HỆ CHUYỂN HÓA; NỘI TIẾT	9
15	NHÓM BỆNH NHIỄM KÝ SINH TRÙNG	8
16	NHÓM BỆNH CỦA HỆ TIÊU HÓA	8
17	NHÓM BỆNH CỦA HỆ TẠO MÁU	8
18	NHÓM BỆNH CỦA DA	8
19	NHÓM BỆNH NHIỄM TRÙNG CỦA HỆ TIÊU HÓA	7
20	NHÓM BỆNH NHIỄM SIÊU VI KÈM SỐT CAO	6

Những trường hợp cần thiết phải nằm viện vì những bệnh lý nặng ngoài bảng trên, Công Ty sẽ chi trả theo số Ngày Nằm Viện thực tế mà được xem là Cần Thiết Về Mặt Y Khoa và có sự chỉ định của bác sĩ điều trị. Trong những trường hợp này, khách hàng phải thông báo cho Công Ty để được tư vấn và hướng dẫn thủ tục.

