

ĐIỀU KHOẢN SẢN PHẨM BẢO HIỂM BỔ TRỢ

BẢO HIỂM TRỢ CẤP Y TẾ BỔ SUNG

Được phê chuẩn theo: Công văn 4720/TC/TCNH ngày 20/09/1999, Công văn 12470/TC/TCNH ngày 24/12/2001, Công văn 25030/TC/TCNH ngày 20/03/2003, Công văn 17131/BTC-BH ngày 29/12/2005 của Bộ Tài Chính

Điều khoản bảo hiểm trợ cấp y tế bổ sung được Công ty kèm theo Hợp đồng bảo hiểm gốc và là một phần của chính hợp đồng bảo hiểm gốc đó (dưới đây gọi là “**Hợp đồng bảo hiểm**”).

Nếu Điều khoản bảo hiểm trợ cấp y tế bổ sung được cấp cùng thời điểm cấp Hợp đồng bảo hiểm gốc, thì ngày có hiệu lực của Điều khoản này là Ngày có hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm gốc. Trang Hợp đồng của Hợp đồng bảo hiểm ghi số tiền bảo hiểm và các thời hạn sau đây:

1. Phí bảo hiểm phải trả cho Điều khoản bảo hiểm trợ cấp y tế;
2. Quyền lợi bảo hiểm của Điều khoản bảo hiểm trợ cấp y tế;
3. Ngày hết hiệu lực của Điều khoản bảo hiểm trợ cấp y tế.

Nếu Điều khoản bảo hiểm trợ cấp y tế bổ sung này được cấp sau ngày cấp Hợp đồng bảo hiểm gốc thì Điều khoản này là một phần bổ sung kèm theo Hợp đồng bảo hiểm gốc và nêu số tiền bảo hiểm và thời hạn nói trên. Để cho chắc chắn hơn, nếu bảo hiểm trợ cấp y tế bổ sung cấp sau ngày cấp Hợp đồng bảo hiểm gốc, thì Ngày có hiệu lực của Điều khoản bảo hiểm trợ cấp y tế bổ sung sẽ là ngày cấp Điều khoản bảo hiểm trợ cấp y tế bổ sung.

I ▶ ĐỊNH NGHĨA

1.1 Ngày có hiệu lực:

Là ngày cấp Điều khoản trợ cấp y tế bổ sung hoặc là ngày khôi phục hiệu lực của điều khoản này.

1.2 Những Người được bảo hiểm của Điều khoản bổ sung:

Có nghĩa là Người được bảo hiểm hoặc Bên mua bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm gốc hoặc bất kỳ người phụ thuộc nào cùng tham gia bảo hiểm trong Điều khoản trợ cấp y tế bổ sung này.

1.3 Người phụ thuộc của Người được bảo hiểm trong hợp đồng bảo hiểm gốc gồm:

- a) Người vợ hoặc chồng hợp pháp của Người được bảo hiểm trong Hợp đồng bảo hiểm gốc ở và dưới tuổi 65;
- b) Con của Người được bảo hiểm trong Hợp đồng bảo hiểm gốc không nhỏ hơn một tuổi hoặc không lớn hơn 18 tuổi hoặc
- c) Con của Người được bảo hiểm trong Hợp đồng bảo hiểm gốc là thanh niên trên 18 tuổi nhưng dưới 21

tuổi chưa lập gia đình và đang theo học chính khóa tại một trường trung học hoặc trường đại học.

1.4 Nằm viện qua đêm:

Có nghĩa Người được bảo hiểm là một bệnh nhân điều trị nội trú qua một đêm ở bệnh viện.

1.5 Bệnh viện

Là bệnh viện được thành lập hợp pháp và có cung cấp dịch vụ y tế theo phương pháp tây y để chăm sóc và điều trị cho những người bị ốm hoặc bị thương, và có đủ các thiết bị chuyên môn để tiến hành việc chẩn đoán, đại phẫu thuật, gây mê tổng quát, có y tá chăm sóc 24/24 và có bác sỹ trực thường xuyên. Bệnh viện đó phải được cơ quan nhà nước có thẩm quyền cấp giấy phép hoạt động hợp pháp, có chữ "bệnh viện" trong tên gọi và trên con dấu chính thức hoặc được cấp giấy phép như một Viện chuyên khoa cấp Trung ương. Vì mục đích của Hợp Đồng này, nhà an dưỡng, nhà dưỡng lão, nơi chữa trị dành cho những người nghiện rượu, nghiện ma túy hoặc người bị bệnh tâm thần; nơi điều trị bệnh phong; bệnh viện/viện/khoa hoặc bất cứ cơ sở chữa bệnh y học cổ truyền/y học dân tộc; bệnh viện/viện/khoa hoặc bất cứ cơ sở điều dưỡng và phục hồi chức năng và trung tâm y tế các cấp đều không được xem là Bệnh viện.

1.6 Bác sỹ:

Có nghĩa là một người đăng ký hành nghề bác sỹ được luật pháp cho phép tại khu vực hành nghề của người ấy để cung cấp dịch vụ y tế và phẫu thuật.

1.7 Bệnh nhân nội trú:

Có nghĩa là một người cần thiết phải được điều trị tại bệnh viện và sự điều trị này yêu cầu người đó phải ở lại bệnh viện qua đêm.

1.8 Thai sản:

Có nghĩa là việc sinh đẻ, sẩy thai, nạo thai, điều trị trước và sau khi đẻ hay bất kỳ bệnh tật ốm đau nào hoặc tổn thương liên quan đến hoặc do thai sản gây ra.

1.9 Tình trạng tồn tại trước:

Có nghĩa là tình trạng sức khỏe khiến Người được bảo hiểm đã phải điều trị y tế hay chịu sự chỉ dẫn điều trị y tế hoặc Người được bảo hiểm đã biết hoặc có thể phán

đoán là đã biết trước khi bắt đầu được bảo hiểm trợ cấp y tế bổ sung trừ khi những tình trạng nói trên đã thông báo và được Công ty chấp thuận.

1.10 Dịch vụ y tế thiết yếu:

Là một dịch vụ y tế mà:

- nhất quán trong việc chẩn đoán và điều trị bệnh thông thường theo quy định, và
- phù hợp với các tiêu chuẩn thực hành y tế tốt, và
- không vì mục đích tạo ra sự tiện lợi cho người được bảo hiểm và bác sỹ.

1.11 Khoa chăm sóc/săn sóc đặc biệt (ICU):

Là một khoa hoặc một bộ phận của bệnh viện, không phải khoa hậu phẫu, có dịch vụ cung cấp chỗ ăn ở nội trú:

- được bệnh viện thiết lập nhằm cung cấp chương trình chăm sóc/săn sóc đặc biệt tiêu chuẩn;
- chỉ dành riêng cho các bệnh nhân mắc bệnh nặng đòi hỏi sự theo dõi, quan sát liên tục do bác sỹ chỉ định và được bác sỹ theo dõi;
- được 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.

1.12 Tổn thương do tai nạn gây ra:

Có nghĩa là tổn thương cơ thể do tai nạn trực tiếp gây ra và độc lập với tất cả các nguyên nhân khác, trừ trường hợp bị chết đuối hoặc tổn thương nội tạng xác định qua khám nghiệm tử thi, có bằng chứng về một sự giập gãy hoặc vết thương bên ngoài cơ thể.

- 1.13 Trừ khi được giải thích riêng trong điều khoản này, tất cả các thuật ngữ sử dụng trong điều khoản này được hiểu theo cùng nghĩa như các thuật ngữ đã sử dụng và định nghĩa trong điều khoản Hợp đồng bảo hiểm mà điều khoản này đính kèm.

II ▸ QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Khi Điều khoản trợ cấp y tế bổ sung có hiệu lực mà Người được bảo hiểm phải nằm viện qua đêm, thì ngay khi nhận được bằng chứng yêu cầu thanh toán quyền lợi bảo hiểm và yêu cầu được chấp thuận, Công ty sẽ trả trợ cấp viện phí ngày theo mỗi đêm nằm viện như đã nêu tại trang Hợp đồng hoặc bản điều chỉnh. Số ngày nhận trợ cấp tối đa là 365 ngày cho mỗi lần tổn thương hay ốm đau.

Nếu người được bảo hiểm của Điều khoản trợ cấp y tế bổ sung phải điều trị ở Khoa chăm sóc/săn sóc đặc biệt thì trợ cấp y tế bổ sung hàng ngày sẽ tăng gấp đôi như đã nêu tại trang Hợp đồng hoặc bản điều chỉnh của Điều khoản trợ cấp y tế bổ sung này. Số

ngày nhận trợ cấp ở Khoa chăm sóc/săn sóc đặc biệt tối đa là 20 ngày cho mỗi lần tổn thương hoặc ốm đau.

Những giới hạn nêu trên về số ngày tối đa trả trợ cấp cho mỗi lần tổn thương hoặc ốm đau cả đối với việc nằm viện qua đêm và điều trị tại Khoa chăm sóc/săn sóc đặc biệt là những giới hạn áp dụng chung trong thời gian Điều khoản bảo hiểm bổ sung này có hiệu lực bao gồm cả các lần tái tục sau này.

Số ngày nhận trợ cấp tối đa áp dụng riêng cho từng Người được bảo hiểm của Điều khoản bảo hiểm trợ cấp y tế bổ sung.

III ▸ THỜI GIAN CHỜ ĐỢI

Trừ trường hợp tổn thương do tai nạn, Người được bảo hiểm có quyền nhận trợ cấp do các tổn thương phát sinh sau 30 ngày kể từ ngày cấp hoặc ngày tái tục Điều khoản trợ cấp y tế bổ sung này.

IV ▸ THÔNG BÁO VÀ BẰNG CHỨNG YÊU CẦU THANH TOÁN QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Công ty phải nhận được thông báo yêu cầu thanh toán quyền lợi bảo hiểm bằng văn bản trong vòng 30 ngày kể từ ngày Người được bảo hiểm nhập viện và bằng chứng nằm viện qua đêm tại thời điểm yêu cầu thanh toán. Người được bảo hiểm phải nộp cho Công ty bản gốc về bằng chứng nằm viện qua đêm của bệnh viện. Nếu bằng chứng không nộp được trong thời gian quy định thì phải được nộp sớm nhất trong thời gian có thể, nếu không Công ty sẽ không trả trợ cấp. Ngoài ra phải có những bằng chứng sau:

- Hoàn chỉnh các mẫu khai liên quan do Công ty yêu cầu;
- Mối quan hệ của người hoặc các người yêu cầu thanh toán; và
- Tuổi của Người được bảo hiểm (trừ khi trước đây đã nộp cho Công ty bằng chứng về tuổi thực)

Công ty có quyền và có thể dùng kiểm tra viên y tế của mình để kiểm tra Người được bảo hiểm vào bất kỳ thời điểm nào và thường xuyên khi có yêu cầu chính đáng.

Công ty sẽ cố gắng giải quyết ngay tất cả các yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm. Nếu vì bất kỳ lý do gì mà yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm không được thanh toán sau 2 (hai) tháng kể từ ngày yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm thì Công ty sẽ trả một khoản lãi tương đương mức lãi suất nợ quá hạn do Ngân hàng Nhà nước Việt Nam quy định. Điều khoản trợ cấp này sẽ chấm dứt sau khi đã giải quyết xong tất cả những quyền lợi của Điều khoản.

V ▸ LOẠI TRỪ

Người được bảo hiểm sẽ không nhận được tiền trợ cấp theo

Điều khoản này nếu phải điều trị nội trú vì các nguyên nhân sau:

1. Tình trạng tổn tại trước như đã được định nghĩa ở trên;
2. Việc khám sức khỏe định kỳ, kiểm tra sức khỏe không liên quan đến việc điều trị hay chẩn đoán thương tật hoặc ốm đau của người được bảo hiểm trong Điều khoản bảo hiểm gốc hoặc bất kỳ sự điều trị y tế không cần thiết khác;
3. Khuyết tật bẩm sinh, vô sinh, triệt sản;
4. Tất cả các điều trị về nha khoa hoặc phẫu thuật miệng trừ khi bắt buộc phải có do tai nạn xảy ra trong thời gian bảo hiểm;
5. Phẫu thuật thẩm mỹ, lắp mắt kính và kính khúc xạ hoặc thiết bị trợ giúp thính giác và đơn thuốc cho các dịch vụ này, trừ khi các trường hợp nêu trên hoàn toàn là hậu quả do tai nạn gây ra trong thời kỳ bảo hiểm;
6. Bất kỳ một hình thức phẫu thuật nào tự lựa chọn tham gia;
7. Thai sản như đã được định nghĩa ở trên;
8. Chấn thương hay ốm đau phát sinh trực tiếp hay gián tiếp từ chiến tranh hoặc bất kỳ hoạt động nào của chiến tranh, dù là được tuyên bố hay không được tuyên bố, các cuộc nổi loạn, khởi nghĩa hay nội chiến;
9. Tình dưởng, điều trị ở nơi an dưỡng hoặc điều trị rối loạn chức năng của não;
10. Bất kỳ sự điều trị hay kiểm tra liên quan đến Hội chứng suy giảm miễn dịch (AIDS) và bất kỳ tình trạng hoặc bệnh tật nào liên quan đến AIDS (ARC), hoặc nhiễm vi rút HIV;
11. Tự gây thương tích, tự tử, lạm dụng rượu, nghiện hoặc lạm dụng chất ma túy và do việc điều trị các bệnh lây qua đường tình dục;
12. Tiêm phòng và tiêm miễn dịch;
13. Phạm tội hoặc cố tình phạm tội hình sự của những người được bảo hiểm đã định nghĩa trên.

VI ▶ TÁI TỤC ĐIỀU KHOẢN

Điều khoản này có thể được gia hạn bằng việc trả phí bảo hiểm ở mức phí áp dụng vào thời điểm gia hạn. Công ty có quyền từ chối việc gia hạn Điều khoản vào bất kỳ ngày kỷ niệm của Điều khoản thông qua việc thông báo bằng văn bản trước 30 ngày. Việc Công ty chấp nhận cho nộp phí bảo hiểm được coi là sự đồng ý cho tái tục Điều khoản.

VII ▶ QUYỀN LỢI KHÔNG THỂ BỊ TƯỚC ĐOẠT

Điều khoản trợ cấp y tế bổ sung sẽ không ảnh hưởng tới bảng giá trị tiền mặt nếu có trong Hợp đồng bảo hiểm gốc.

VIII ▶ KHÔNG THAM GIA CHIA LÃI

Điều khoản trợ cấp y tế bổ sung không tham gia chia lãi từ Công ty.

IX ▶ CHẤM DỨT HIỆU LỰC

Điều khoản bảo hiểm trợ cấp y tế bổ sung sẽ chấm dứt khi một trong số các trường hợp sau đây xảy ra, tùy trường hợp nào xảy ra trước:

1. Khi Hợp đồng bảo hiểm gốc của Điều khoản trợ cấp y tế bổ sung đã thanh toán xong quyền lợi bảo hiểm.
2. Khi Người được bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm gốc đến 65 tuổi vào ngày kỷ niệm hợp đồng.
3. Khi Người được bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm gốc không còn thường trú ở Việt Nam.
4. Đối với từng Người được bảo hiểm của Điều khoản trợ cấp y tế bổ sung có tên trong Đơn yêu cầu bảo hiểm thì khi số ngày nằm viện hoặc điều trị cấp cứu cho mỗi tổn thương hoặc ốm đau đã đạt đến mức tối đa hoặc khi Người được bảo hiểm của Điều khoản bổ sung không còn thường trú ở Việt Nam.
5. Khi Người tham gia bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm gốc yêu cầu chấm dứt Điều khoản trợ cấp y tế bổ sung.
6. Khi thời hạn gia hạn đóng phí bảo hiểm kết thúc.
7. Khi Hợp đồng bảo hiểm gốc đó chấm dứt hiệu lực hoặc đảo hạn.
8. Ngày mà bảo hiểm giảm có hiệu lực hoặc Hợp đồng bị hủy ngang để lĩnh giá trị hoàn lại.

Việc chấm dứt hiệu lực Điều khoản trợ cấp y tế bổ sung không làm ảnh hưởng đến các yêu cầu thanh toán quyền lợi bảo hiểm xảy ra trước khi chấm dứt Điều khoản.