

ĐIỀU KHOẢN SẢN PHẨM BẢO HIỂM BỔ TRỢ BẢO HIỂM TRỢ CẤP Y TẾ - ĐÓNG PHÍ NGẮN HẠN

(Được phê chuẩn theo Công Văn số 12030/BTC-QLBH ngày 29 tháng 8 năm 2016 của Bộ Tài Chính)

Trừ trường hợp được quy định một cách cụ thể và được giải thích riêng trong Sản Phẩm Bảo Hiểm Bổ Trợ Trợ Cấp Y Tế - Đóng Phí Ngắn Hạn này ("**Sản Phẩm Bổ Trợ**"), tất cả các thuật ngữ được sử dụng trong Sản Phẩm Bổ Trợ này sẽ mang cùng ý nghĩa với các thuật ngữ được sử dụng và định nghĩa trong sản phẩm bảo hiểm chính ("**Hợp Đồng Bảo Hiểm**") mà Sản Phẩm Bổ Trợ này đính kèm. Các điều khoản và điều kiện của Hợp Đồng Bảo Hiểm sẽ được áp dụng cho Sản Phẩm Bổ Trợ này. Trong trường hợp có sự mâu thuẫn giữa các điều khoản và điều kiện của Sản Phẩm Bổ Trợ và các điều khoản và điều kiện của Hợp Đồng Bảo Hiểm, các quy định của Sản Phẩm Bổ Trợ này sẽ được ưu tiên áp dụng. Trong phạm vi của Sản Phẩm Bổ Trợ, khi đề cập đến Người Được Bảo Hiểm và Số Tiền Bảo Hiểm có nghĩa là Người Được Bảo Hiểm và Số Tiền Bảo Hiểm của riêng Sản Phẩm Bổ Trợ này.

ĐIỀU 1 ▸ ĐỊNH NGHĨA

- 1.1 Ngày Hiệu Lực:** là ngày mà Sản Phẩm Bổ Trợ bắt đầu có hiệu lực và được ghi nhận tại Trang hợp đồng hoặc Xác nhận thay đổi hợp đồng (nếu có).
- 1.2 Ngày Cấp:** là ngày mà Sản Phẩm Bổ Trợ được Công ty chấp thuận và được ghi nhận tại Trang hợp đồng hoặc Xác nhận thay đổi hợp đồng (nếu có).
- 1.3 Người Được Bảo Hiểm:** là (những) người được bảo hiểm theo các quy định của Sản Phẩm Bổ Trợ. Tùy thuộc vào yêu cầu của Bên mua bảo hiểm và sự chấp thuận của Công ty, Người Được Bảo Hiểm phải đáp ứng toàn bộ các điều kiện sau vào Ngày Hiệu Lực của Sản Phẩm Bổ Trợ:
 - (a) Còn sống và có mối quan hệ bảo hiểm với Bên mua bảo hiểm; và
 - (b) Đang hiện diện tại Việt Nam; và
 - (c) Trong độ Tuổi: tối thiểu từ một (01) tháng Tuổi và Tuổi tối đa không vượt quá:
 - (i) 58 tuổi đối với Hợp Đồng Bảo Hiểm có thời hạn đóng phí là 12 năm; hoặc
 - (ii) 55 tuổi đối với Hợp Đồng Bảo Hiểm có thời hạn đóng phí là 15 năm.
 Tên của (những) Người Được Bảo Hiểm sẽ được ghi nhận tại Trang hợp đồng hoặc Xác nhận thay đổi hợp đồng (nếu có).
- 1.4 Tuổi:** là tuổi của (những) Người Được Bảo Hiểm tính theo ngày sinh nhật gần nhất trước: (i) Ngày Hiệu Lực, hoặc (ii) Ngày kỷ niệm hợp đồng trong các Năm hợp đồng tiếp theo.
- 1.5 Số Tiền Bảo Hiểm:** là mệnh giá của Sản Phẩm Bổ Trợ do Bên mua bảo hiểm yêu cầu và Công ty chấp nhận bảo hiểm. Số Tiền Bảo Hiểm được thể hiện cụ thể trong Trang hợp đồng hoặc (các) Xác nhận thay đổi hợp đồng (nếu có).
- 1.6 Thời Hạn Đóng Phí:** là khoảng thời gian tính từ Ngày hiệu lực hợp đồng đến Ngày kỷ niệm hợp đồng thứ mười hai (12) hoặc Ngày kỷ niệm hợp đồng thứ mười lăm (15) mà trong khoảng thời gian đó Phí bảo hiểm của Sản Phẩm Bổ Trợ phải được đóng theo các điều khoản và điều kiện của Hợp Đồng Bảo Hiểm và Sản Phẩm Bổ Trợ. Thời Hạn Đóng Phí của Sản Phẩm Bổ Trợ do Bên mua bảo hiểm lựa chọn và được ghi nhận trong Trang hợp đồng hoặc Xác Nhận Thay Đổi Hợp Đồng (nếu có).
- 1.7 Thời Hạn Sản Phẩm Bổ Trợ:** là khoảng thời gian tính từ Ngày Hiệu Lực đến ngày chấm dứt như được nêu cụ thể tại Trang hợp đồng hoặc Xác nhận thay đổi hợp đồng (nếu có).
- 1.8 Giá Trị Hoàn Lại:** là khoản tiền còn lại của Sản Phẩm Bổ Trợ sau khi lấy:
 - (a) Giá trị tiền mặt của Sản Phẩm Bổ Trợ được thể hiện trong bảng giá trị tiền mặt nêu tại Trang hợp đồng hoặc Xác nhận thay đổi hợp đồng (nếu có) (sau đây gọi là "Giá Trị Tiền Mặt"), trừ đi
 - (b) Các khoản Nợ.
- 1.9 Tai Nạn:** nghĩa là một sự kiện hoặc một chuỗi sự kiện liên tục, khách quan xảy ra do tác động của một lực, một vật bất ngờ từ bên ngoài lên cơ thể của Người Được Bảo Hiểm và gây ra thương tật hoặc tử vong cho Người Được Bảo Hiểm. Sự kiện hoặc chuỗi sự kiện nêu trên phải là nguyên nhân trực tiếp, duy nhất và không liên quan đến bất kỳ nguyên nhân nào khác gây ra thương tật hoặc tử vong cho Người Được Bảo Hiểm trong vòng (90) ngày kể từ ngày xảy ra sự kiện hoặc chuỗi sự kiện đó.
- 1.10 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. Trong trường hợp phát hiện trục lợi hoặc có dấu hiệu trục lợi của Bệnh Viện, Công ty có quyền không chi trả chi phí y tế khi Người Được Bảo Hiểm điều trị tại các Bệnh Viện này. Danh sách (các) Bệnh Viện Công ty không chi trả hoặc giới hạn chi trả sẽ được Công ty cập nhật trên trang thông tin điện tử của Công ty.

Vì mục đích của Sản Phẩm Bảo Trợ 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.

1.11 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 Sản Phẩm Bảo Trợ 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.

1.12 Nằm 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.

1.13 Ngày Nằm Viện: (hoặc được gọi tắt là “Ngày”): Được tính là một Ngày Nằm Viện cho việc chi trả quyền lợi bảo hiểm theo quy định của Sản Phẩm Bảo Trợ này, Người Được Bảo Hiểm phải Nằm Viện đủ hai mươi bốn (24) giờ liên tục.

1.14 Thai Sản: nghĩa là việc sinh đẻ, sẩy 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.

1.15 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 Nằm 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 Nằm Viện được xem là Cần Thiết Về Mặt Y Khoa vào từng thời điểm.

1.16 Khoa Chăm Sóc Đặc Biệt: là một khoa hoặc một bộ phận của Bệnh Viện, mà không phải là khoa, phòng hộ 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.

1.17 Bệnh Có Sẵn: nghĩa là tình trạng bệnh tật hoặc tổn thương của Người Được Bảo Hiểm đã được Bác Sĩ kiểm tra, chẩn đoán hay điều trị trước: (i) Ngày Cấp Hợp Đồng, hoặc (ii) Ngày Hiệu Lực của Sản Phẩm Bảo Trợ này hoặc (iii) ngày khôi phục hiệu lực gần nhất của Sản Phẩm Bảo Trợ này, lấy ngày nào đến sau. 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 Bệnh Có Sẵn.

ĐIỀU 2 ▸ QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Trong thời gian Sản Phẩm Bảo Trợ 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, 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

Ngoại trừ có thỏa thuận khác giữa Công ty và Bên mua bảo hiểm, Quyền lợi bảo hiểm nêu tại Sản Phẩm Bồi Trợ 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 Sản Phẩm Bồi Trợ 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 Sản Phẩm Bồi Trợ, tùy thuộc vào ngày nào đến

sau.

- 3.2 Công ty sẽ không thanh toán Quyền lợi bảo hiểm nêu tại Sản Phẩm Bồi Trợ này trong trường hợp Người Được Bảo Hiểm bị Bệnh Có Sẵn trong hoặc trước thời gian chờ.

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

- 4.1 Thông báo về sự kiện bảo hiểm xảy ra và các bằng chứng, chứng từ liên quan phải được người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm nộp cho Công ty trong vòng mười hai (12) tháng kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm, nếu không Công ty có quyền từ chối giải quyết quyền lợi bảo hiểm được quy định trong Sản Phẩm Bồi Trợ. Công ty sẽ chỉ xem xét và/hoặc có nghĩa vụ chi trả quyền lợi bảo hiểm trong trường hợp việc chậm nộp các bằng chứng/chứng từ là do hậu quả của các sự kiện bất khả kháng theo quy định của pháp luật.
- 4.2 Chứng từ khi yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo Sản Phẩm Bồi Trợ bao gồm:
- a) Mẫu đơn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm và giấy ủy quyền do Công ty cung cấp đã được điền hoàn chỉnh và chính xác, và
- b) Hồ sơ y tế, bản sao bệnh án có xác nhận của cơ sở y tế điều trị, giấy ra viện, kết quả xét nghiệm, kết quả chẩn đoán hình ảnh, giấy chứng nhận thương tích, kết quả giám định y khoa, bảng kê chi tiết viện phí, hóa đơn, đơn thuốc (nếu có); và
- c) 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.
- d) Các giấy tờ bao gồm cả chứng minh nhân dân của người nhận quyền lợi bảo hiểm và/hoặc người được ủy quyền nhận quyền lợi bảo hiểm, và/hoặc chứng từ tùy trường hợp cụ thể và cần thiết theo quy định của Công ty.
- 4.3 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 Sản Phẩm Bồi Trợ này nếu như Người Được Bảo Hiểm phải Nằm Viện vì một trong các nguyên nhân trực tiếp sau:

- a) Tự tử hoặc có hành vi tự tử hoặc bất kỳ trường hợp tự ý

- gây ra tổn thương, cho dù Người Được Bảo Hiểm có bị mất trí hay không; hoặc
- b) Các Hành vi phạm tội của Người Được Bảo Hiểm, Bên mua bảo hiểm hoặc của Người thụ hưởng; hoặc
- c) Do Người Được Bảo Hiểm tự ý sử dụng bất kỳ loại thuốc kích thích, ma túy, các chất có cồn, chất gây nghiện, chất độc hoặc thuốc không theo chỉ định của Bác Sĩ; hoặc
- d) Do chiến tranh hoặc hành động nào liên quan đến chiến tranh, dù là được tuyên bố hay không được tuyên bố, tham gia lực lượng vũ trang của bất kỳ nước nào đang có chiến tranh hay lực lượng dân phòng; hoặc
- e) Bạo loạn, ấu dâm, khởi nghĩa, bạo động dân sự, biểu tình, đình công hay khủng bố; hoặc
- f) Người Được Bảo Hiểm bị Tai Nạn khi di chuyển hoặc đi lại bằng máy bay, hoặc tham gia trên các phương tiện vận chuyển hàng không, trừ khi Người Được Bảo Hiểm là hành khách có mua vé trên một chuyến bay thương mại; hoặc
- g) Bất kỳ tổn thương nào của Người Được Bảo Hiểm khi vi phạm pháp luật hoặc cố tình cản trở hoặc chống lại việc truy bắt của người thi hành pháp luật hoặc do hậu quả trực tiếp hoặc gián tiếp của các hành vi chạy xe quá tốc độ hoặc uống rượu bia vượt quá mức quy định khi tham gia giao thông theo luật giao thông hiện hành; hoặc
- h) Tham gia các hoạt động thể thao chuyên nghiệp hoặc các hoạt động có tính chất nguy hiểm, bao gồm nhưng không giới hạn các hoạt động như nhảy dù, leo núi, săn bắn, đua xe, đua ngựa, lặn có bình khí nén.
- i) 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
- j) Điều trị khuyết tật bẩm sinh, bệnh bẩm sinh, bệnh di truyền, vô sinh, triệt sản; hoặc
- k) 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
- l) Phẫu thuật thẩm mỹ, lắp mắt kính và kính khúc xạ hoặc thiết bị trợ thính; hoặc
- m) Thai Sản như đã được định nghĩa ở trên; hoặc
- n) Tình dưởng, bệnh tâm thần, rối loạn tâm lý, rối loạn chức năng của não; hoặc
- o) Bất kỳ sự điều trị hay kiểm tra liên quan đến hội chứng suy giảm miễn dịch (AIDS) hoặc nhiễm vi rút HIV; hoặc
- p) 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
- q) Điều trị bằng thuốc đông y/y học cổ truyền hoặc các biện pháp y học dân tộc; hoặc
- r) Tiêm phòng và tiêm miễn dịch; hoặc
- s) 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/đá 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.
- t) Bệnh Có Sẵn, ngoại trừ những trường hợp đã được kê khai và được sự chấp thuận của Công ty.

ĐIỀU 6 • 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 (s) của Điều 5 và giới hạn chi trả được quy định tại điểm (b), điểm (c) Điều 2.3 của Sản Phẩm Bảo Trợ 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 CÓ 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 KÍ 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, 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.

ĐIỀU 7 › CÁC TRƯỜNG HỢP GIAN DỐI VÀ KHAI BÁO KHÔNG ĐẦY ĐỦ

- 7.1** Bên mua bảo hiểm và Người Được Bảo Hiểm có nghĩa vụ phải kê khai trung thực và cung cấp đầy đủ các thông tin theo yêu cầu của Công ty để Công ty đánh giá khả năng chấp nhận bảo hiểm hoặc chi trả bảo hiểm theo Sản Phẩm Bảo Trợ. Việc Công ty có hoặc không có yêu cầu kiểm tra y tế sẽ không có tác dụng hoặc được diễn giải để giải trừ nghĩa vụ kê khai trung thực của Bên mua bảo hiểm và Người Được Bảo Hiểm.
- 7.2** Vào bất kỳ thời điểm nào, kể cả sau khi sự kiện bảo hiểm đã phát sinh hoặc Sản Phẩm Bảo Trợ đã chấm dứt, nếu có bằng chứng cho thấy Bên mua bảo hiểm và Người Được

Bảo Hiểm đã cố ý kê khai không chính xác, thiếu hoặc làm sai lệch hồ sơ, Công ty sẽ không có nghĩa vụ chi trả bất cứ quyền lợi bảo hiểm nào theo Sản Phẩm Bảo Trợ hay không hoàn trả bất cứ khoản Phí bảo hiểm đã đóng nào và có quyền đơn phương chấm dứt Sản Phẩm Bảo Trợ. Bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào đã được chấp thuận nhưng chưa được chi trả đều sẽ ngay lập tức bị hủy bỏ, mất hiệu lực và Công ty sẽ không có nghĩa vụ tiếp tục chi trả. Trong trường hợp Công ty đã chi trả một hoặc một số quyền lợi bảo hiểm, Công ty sẽ không yêu cầu hoàn trả các quyền lợi đã được chi trả đó.

ĐIỀU 8 › CÁC THAY ĐỔI QUAN TRỌNG

Bên mua bảo hiểm và Người Được Bảo Hiểm có nghĩa vụ phải thông báo cho Công ty, bao gồm nhưng không giới hạn các thay đổi về nơi cư trú, tính chất công việc, hoặc nghề nghiệp của Người Được Bảo Hiểm trong thời hạn ba mươi (30) ngày kể từ ngày có sự thay đổi nêu trên. Trong trường hợp có sự thay đổi, Công ty có toàn quyền điều chỉnh mức Phí bảo hiểm và/hoặc Số Tiền Bảo Hiểm hoặc áp dụng các loại trừ bổ sung cần thiết.

ĐIỀU 9 › SỐ TIỀN BẢO HIỂM

Trong thời gian Sản Phẩm Bảo Trợ còn hiệu lực, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu thay đổi Số Tiền Bảo Hiểm theo những điều kiện do Công ty toàn quyền quyết định. Việc thay đổi này sẽ chỉ có hiệu lực khi được Công ty chấp thuận bằng văn bản hoặc ban hành (các) Xác nhận thay đổi hợp đồng. Công ty bảo lưu quyền quyết định chấp thuận/từ chối đối với yêu cầu thay đổi Số Tiền Bảo Hiểm Bảo Trợ.

ĐIỀU 10 › TÁI TỤC ĐIỀU KHOẢN

- 10.1** Tùy thuộc vào chấp thuận của Công ty, Sản Phẩm Bảo Trợ 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 Sản Phẩm Bảo Trợ này.
- 10.2** Công ty có quyền từ chối tái tục Sản Phẩm Bảo Trợ này, ngay cả khi đã hết Thời Hạn Đóng Phí của Sản Phẩm Bảo Trợ này, bằng cách gửi thông báo bằng văn bản cho Bên mua bảo hiểm trước thời điểm xem xét tái tục. Trong trường hợp từ chối tái tục Sản Phẩm Bảo Trợ, Công ty sẽ hoàn trả Giá Trị Hoàn Lại (nếu có) của Sản Phẩm Bảo Trợ này cho Bên mua bảo hiểm theo quy định.
- 10.3** Những quy định đối với các quyền lợi bảo hiểm tại Sản Phẩm Bảo Trợ này sẽ tiếp tục được áp dụng theo cùng các

điều khoản và điều kiện trong thời gian được tái tục.

ĐIỀU 11 › HỦY BỎ SẢN PHẨM BỔ TRỢ

Trong thời gian Hợp Đồng Bảo Hiểm và Sản Phẩm Bổ Trợ vẫn còn hiệu lực, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu hủy bỏ Sản Phẩm Bổ Trợ tương ứng với từng Người Được Bảo Hiểm của từng Sản Phẩm Bổ Trợ này. Ngày hiệu lực hủy bỏ sẽ được ghi trên Xác nhận thay đổi hợp đồng do Công ty phát hành. Tùy thuộc vào điều khoản và điều kiện của Sản Phẩm Bổ Trợ này, Công ty sẽ chi trả Giá Trị Hoàn Lại (nếu có) cho Bên mua bảo hiểm tính đến ngày hiệu lực hủy bỏ.

ĐIỀU 12 › KHÔI PHỤC HIỆU LỰC SẢN PHẨM BỔ TRỢ

- 12.1** Tùy thuộc vào sự chấp thuận của Công ty, Sản Phẩm Bổ Trợ này có thể được khôi phục hiệu lực trong trường hợp Sản Phẩm Bổ Trợ bị mất hiệu lực do Hợp Đồng Bảo Hiểm bị mất hiệu lực. Việc khôi phục hiệu lực sẽ được áp dụng một cách tương ứng theo các điều khoản và điều kiện của Hợp Đồng Bảo Hiểm. Sản Phẩm Bổ Trợ bị chấm dứt hiệu lực theo yêu cầu của Bên mua bảo hiểm sẽ không được khôi phục hoặc cấp lại.
- 12.2** Công ty không có nghĩa vụ thanh toán bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào nêu tại Sản Phẩm Bổ Trợ này nếu sự kiện bảo hiểm xảy ra hoặc được chẩn đoán hoặc có bất kỳ dấu hiệu nào gây ra sự kiện bảo hiểm đó đã xuất hiện trong thời gian Sản Phẩm Bổ Trợ bị mất hiệu lực.

ĐIỀU 13 › CHẤM DỨT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM BỔ TRỢ

Tất cả các quyền lợi bảo hiểm theo Sản Phẩm Bổ Trợ 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:

- 13.1** 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
- 13.2** Khi Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt Sản Phẩm Bổ Trợ này hoặc yêu cầu chấm dứt Sản Phẩm Bổ Trợ đối với từng Người Được Bảo Hiểm; hoặc
- 13.3** Đối với từng Người Được Bảo Hiểm, vào Ngày kỷ niệm hợp đồng khi Người Được Bảo Hiểm đã đủ 70 Tuổi; hoặc
- 13.4** Người Được Bảo Hiểm tử vong; hoặc
- 13.5** Khi Sản Phẩm Bổ Trợ này không được tái tục theo quyết định của Công ty như được quy định tại Điều 10; hoặc
- 13.6** 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 Sản Phẩm Bổ Trợ này sẽ không làm ảnh hưởng đến bất kỳ khoản thanh toán quyền lợi bảo hiểm phát sinh trước thời điểm chấm dứt.

ĐIỀU 14 › KHÔNG THAM GIA CHIA LÃI

Sản Phẩm Bổ Trợ này không tham gia vào bất kỳ việc chia lãi của Công ty.