

QUY TẮC ĐIỀU KHOẢN SẢN PHẨM BỒ TRỢ BẢO HIỂM CHĂM SÓC Y TẾ

*(Phê chuẩn theo Công văn số 4391/BTC-QLBH ngày 03 tháng 4 năm 2017
của Bộ Tài chính)*

MỤC LỤC

CHƯƠNG I: NHỮNG QUY ĐỊNH CHUNG.....	2
CHƯƠNG II: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM.....	5
CHƯƠNG III: THỜI HẠN BẢO HIỂM VÀ HIỆU LỰC CỦA SẢN PHẨM BỒ TRỢ ..	10
CHƯƠNG IV: PHÍ BẢO HIỂM VÀ PHÍ THAM GIA SẢN PHẨM BỒ TRỢ	10
CHƯƠNG V: THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	11
PHỤ LỤC: SỐ NGÀY NẪM VIỆN TỐI ĐA CHO CÁC NHÓM BỆNH	13

Quy tắc Điều khoản Sản phẩm bảo trợ này là Thỏa thuận bổ sung kèm theo Hợp đồng bảo hiểm chính (Hợp đồng chính) giữa Bên mua bảo hiểm và Bảo Việt Nhân thọ.

CHƯƠNG I: NHỮNG QUY ĐỊNH CHUNG

Điều 1. Định nghĩa

- 1.1. **“Người được bảo hiểm”** theo Sản phẩm bảo trợ này (Người được bảo hiểm) là cá nhân có độ tuổi từ 0 đến 60 tuổi vào Ngày hiệu lực của Sản phẩm bảo trợ, không quá 65 tuổi vào ngày kết thúc thời hạn bảo hiểm của Sản phẩm bảo trợ và được Bảo Việt Nhân thọ chấp nhận bảo hiểm theo Quy tắc, Điều khoản này.

Thông tin cần thiết về Người được bảo hiểm được nêu tại Giấy yêu cầu bảo hiểm, Giấy chứng nhận bảo hiểm và/hoặc văn bản sửa đổi, bổ sung (nếu có).

- 1.2. **“Số tiền bảo hiểm”** là số tiền Bảo Việt Nhân thọ chấp thuận bảo hiểm theo Quy tắc, Điều khoản này và được nêu tại Giấy chứng nhận bảo hiểm và/hoặc văn bản sửa đổi, bổ sung (nếu có).

- 1.3. **“Tai nạn”** 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. 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.

- 1.4. **“Bệnh viện”** là cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được thành lập và hoạt động hợp pháp tại Việt Nam. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đó phải được cấp phép như một Bệnh viện theo quy định của pháp luật Việt Nam.

Cho mục đích của sản phẩm bảo hiểm này, Bệnh viện sẽ không bao gồm những cơ sở sau cho dù hoạt động độc lập hay trực thuộc một Bệnh viện:

- Bệnh viện/viện y học dân tộc/y học cổ truyền/viện châm cứu;
- Bệnh viện/viện phong;
- Bệnh viện/viện dưỡng lão;
- Trung tâm y tế dự phòng;
- Nhà hộ sinh, trạm xá, nhà điều dưỡng, an dưỡng, cơ sở chữa trị cho người già, người nghiện rượu, ma túy, chất kích thích;
- Bệnh viện/trung tâm điều trị bệnh nhân nhiễm HIV (Nhiễm virus suy giảm miễn dịch mắc phải), AIDS (Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải);
- Cơ sở lưu trú, nuôi dưỡng người tàn tật/không nơi nương tựa/lang thang cơ nhỡ;

- Các cơ sở phẫu thuật chuyên đôi giới tính, phẫu thuật thẩm mỹ, làm đẹp, nâng ngực, bơm mỡ, hút mỡ...;
- Các cơ sở chẩn đoán, bao gồm phòng chẩn đoán hình ảnh và phòng xét nghiệm;
- Các loại phòng khám bệnh, chữa bệnh bao gồm phòng khám đa khoa, phòng khám chuyên khoa, phòng khám bác sỹ gia đình, phòng khám chẩn trị y học cổ truyền và bệnh xá;
- Các viện nghiên cứu khoa học về y khoa.

1.5. **“Phẫu thuật”** là một phương pháp điều trị ngoại khoa được thực hiện bởi Bác sỹ có chuyên môn phù hợp trong phòng mổ thuộc Khoa Phẫu thuật - Gây mê hồi sức của Bệnh viện và phải đáp ứng các điều kiện sau:

+ Phẫu thuật nhằm mục đích chữa bệnh, điều trị cho bệnh nhân nội trú nằm viện và phẫu thuật trong định nghĩa này không bao gồm các phẫu thuật nhằm mục đích khác như chẩn đoán, thẩm mỹ, phục hồi chức năng...;

+ Để thực hiện được phẫu thuật, bệnh nhân phải được gây mê toàn thân và việc gây mê này là cần thiết, hợp lý theo chỉ định của Bác sỹ, phù hợp theo tiêu chuẩn chung của ngành y tế. Gây mê toàn thân trong định nghĩa này chỉ bao gồm gây mê nội khí quản và gây mê tĩnh mạch, không bao gồm các phương pháp gây mê khác.

1.6. **“Bác sỹ”** là người có bằng cấp chuyên môn y khoa được Cơ quan có thẩm quyền tại Việt Nam cấp hoặc thừa nhận, đã đăng ký và được phép thực hành nghề y hoặc phẫu thuật hợp pháp. Bác sỹ không được đồng thời là Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm, thành viên trong gia đình của Người được bảo hiểm hoặc Bên mua bảo hiểm (bao gồm bố, mẹ, vợ, chồng, con, anh, chị, em ruột). Bác sỹ trong định nghĩa này không bao gồm Bác sỹ đông y, y học cổ truyền/dân tộc, vật lý trị liệu, chẩn đoán hình ảnh/cận lâm sàng, châm cứu, điều dưỡng.

1.7. **“Nằm viện”** là việc Người được bảo hiểm cần nhập viện tại Bệnh viện để điều trị nội trú bệnh, tổn thương do những yêu cầu hợp lý và cần thiết về mặt y khoa theo chỉ định của Bác sỹ.

- Khi nhập viện: có làm thủ tục nhập viện và có bệnh án ghi chép toàn bộ quá trình điều trị;
- Khi ra viện: có làm thủ tục ra viện và có giấy ra viện, biên lai (hóa đơn) thu tiền viện phí với đầy đủ chữ ký và con dấu hợp pháp của Bệnh viện theo quy định của pháp luật.

1.8. **“Ngày nằm viện”** là một ngày mà Người được bảo hiểm nằm điều trị nội trú qua đêm tại Bệnh viện và phải nộp viện phí, tiền phòng cho một ngày theo quy định của Bệnh viện.

1.9. **“Khoa hồi sức tích cực” (ICU)** là một khoa hoặc một bộ phận của

Bệnh viện, không phải là khoa/phòng hậu phẫu hoặc khoa/phòng cấp cứu, và phải đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

- Được thành lập để cung cấp chương trình chăm sóc và điều trị đặc biệt;
- Dành riêng cho các bệnh nhân trong điều kiện nguy kịch, đe dọa tính mạng đòi hỏi sự theo dõi và kiểm tra y tế liên tục 24h/24h của Bác sỹ;
- Được trang bị các thiết bị, thuốc, phương tiện cấp cứu để có thể can thiệp ngay khi cần thiết.

1.10. **“Bệnh có sẵn”** là tình trạng bệnh tật hoặc tổn thương của Người được bảo hiểm đã được Bác sỹ chẩn đoán và/hoặc điều trị trước Ngày hiệu lực của Sản phẩm bảo trợ hoặc ngày khôi phục hiệu lực Sản phẩm bảo trợ. Hồ sơ y tế, tình trạng tiền sử bệnh được lưu giữ tại Bệnh viện/Cơ sở y tế được thành lập hợp pháp hoặc các thông tin do Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm tự kê khai được xem là bằng chứng đầy đủ và hợp pháp về bệnh có sẵn.

1.11. **“Bệnh bẩm sinh/Dị tật bẩm sinh”** là những bất thường về cấu trúc, chức năng của cơ quan, bộ phận cơ thể của Người được bảo hiểm, xuất hiện ngay sau khi sinh hoặc tại bất kỳ thời điểm nào, phát sinh do các nguyên nhân bao gồm nhưng không giới hạn bởi quá trình di truyền, đột biến, nhiễm trùng xảy ra trong thời kỳ thụ tinh, phôi thai, bào thai.

1.12. **“Theo quy định của Bảo Việt Nhân thọ”** dẫn chiếu trong các Điều thuộc Quy tắc, Điều khoản này được hiểu là các quy định do Bảo Việt Nhân thọ ban hành phù hợp với quy định của pháp luật.

1.13. Các thuật ngữ, từ ngữ khác được sử dụng trong Quy tắc, Điều khoản này được hiểu theo đúng nghĩa đã giải thích trong Quy tắc, Điều khoản của Hợp đồng chính.

Điều 2. Áp dụng tương tự

Các quy định về thủ tục yêu cầu bảo hiểm, nghĩa vụ kê khai, cung cấp thông tin và bảo mật thông tin, tuổi của Người được bảo hiểm, miễn truy xét, thời hạn giải quyết quyền lợi bảo hiểm và các quy định khác liên quan đến Sản phẩm bảo trợ này được áp dụng theo Quy tắc, Điều khoản của Hợp đồng chính.

Điều 3. Ưu tiên áp dụng

Trường hợp có sự khác biệt giữa Quy tắc, Điều khoản này và Quy tắc, Điều khoản của Hợp đồng chính về cùng một nội dung thì những quy định trong Quy tắc, Điều khoản này sẽ được áp dụng cho Sản phẩm bảo trợ này.

CHƯƠNG II: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Điều 4. Quyền lợi Trợ cấp viện phí

4.1. *Quyền lợi Trợ cấp viện phí cơ bản*

Trong thời gian Sản phẩm bảo trợ có hiệu lực, Bảo Việt Nhân thọ trả cho Bên mua bảo hiểm Trợ cấp viện phí cơ bản bằng Số tiền bảo hiểm cho mỗi Ngày nằm viện nếu Người được bảo hiểm phải nằm từ 02 Ngày nằm viện trở lên do các nguyên nhân sau:

- Do tai nạn khi Sản phẩm bảo trợ đang có hiệu lực;
- Do các nguyên nhân khác khi Sản phẩm bảo trợ có hiệu lực liên tục từ đủ 90 ngày trở lên hoặc được khôi phục có hiệu lực liên tục từ đủ 90 ngày trở lên.

4.2. *Quyền lợi Trợ cấp viện phí đặc biệt*

Trong thời gian Sản phẩm bảo trợ có hiệu lực, Bảo Việt Nhân thọ trả cho Bên mua bảo hiểm Trợ cấp viện phí đặc biệt bằng 02 lần Số tiền bảo hiểm cho mỗi Ngày nằm viện nếu Người được bảo hiểm phải nằm điều trị tại Khoa hồi sức tích cực của Bệnh viện do các nguyên nhân sau:

- Do tai nạn khi Sản phẩm bảo trợ đang có hiệu lực;
- Do các nguyên nhân khác khi Sản phẩm bảo trợ có hiệu lực liên tục từ đủ 90 ngày trở lên hoặc được khôi phục có hiệu lực liên tục từ đủ 90 ngày trở lên.

4.3. *Nguyên tắc trả Quyền lợi Trợ cấp viện phí*

- 4.3.1. Tổng số Ngày nằm viện được tính để trả Trợ cấp viện phí cơ bản theo Khoản 4.1 Điều này tối đa là 100 ngày trong 12 tháng liên tục liền trước ngày nhập viện.
- 4.3.2. Tổng số Ngày nằm viện được tính để trả Trợ cấp viện phí đặc biệt theo Khoản 4.2 Điều này tối đa là 30 ngày trong 12 tháng liên tục liền trước ngày nhập viện và 300 ngày trong toàn bộ thời hạn bảo hiểm của Sản phẩm bảo trợ.
- 4.3.3. Số Ngày nằm viện được trả Trợ cấp viện phí đặc biệt theo Khoản 4.2 Điều này sẽ không được tính để trả Trợ cấp viện phí cơ bản theo Khoản 4.1 Điều này và ngược lại.
- 4.3.4. Số lần nằm viện tối đa là 05 lần trong 12 tháng liên tục liền trước ngày nhập viện.
- 4.3.5. Bảo Việt Nhân thọ chỉ trả tối đa số Ngày nằm viện tương ứng với từng bệnh lý theo quy định tại Phụ lục – Số Ngày nằm viện tối đa cho các nhóm bệnh của Quy tắc, Điều khoản này.

Điều 5. Quyền lợi Trợ cấp phẫu thuật

5.1. Trong thời gian Sản phẩm bảo trợ có hiệu lực, Bảo Việt Nhân thọ trả cho Bên mua bảo hiểm Trợ cấp phẫu thuật bằng 05 lần Số tiền bảo hiểm cho mỗi lần phẫu thuật nếu Người được bảo hiểm phải phẫu thuật do các nguyên nhân sau:

- Do tai nạn khi Sản phẩm bảo trợ đang có hiệu lực;
- Do các nguyên nhân khác khi Sản phẩm bảo trợ có hiệu lực liên tục từ đủ 90 ngày trở lên hoặc được khôi phục có hiệu lực liên tục từ đủ 90 ngày trở lên.

5.2. Nguyên tắc trả Quyền lợi Trợ cấp phẫu thuật

5.2.1. Phẫu thuật được Bảo Việt Nhân thọ chấp thuận chi trả phải thỏa mãn định nghĩa nêu tại Khoản 1.5 Điều 1 và thỏa mãn quy định nêu tại Điểm 5.2.2, Điểm 5.2.3 và Điểm 5.2.4 dưới đây.

5.2.2. Bảo Việt Nhân thọ chỉ trả 01 lần Trợ cấp phẫu thuật cho một ca phẫu thuật có trải qua gây mê toàn thân bất kể trong ca phẫu thuật đó bác sỹ phải thực hiện những công đoạn gì, phương pháp gì.

5.2.3. Bảo Việt Nhân thọ chỉ trả 01 lần Trợ cấp phẫu thuật cho một tai nạn cho dù nếu do tai nạn đó Người được bảo hiểm phải thực hiện nhiều lần phẫu thuật.

5.2.4. Bảo Việt Nhân thọ chỉ trả 01 lần Trợ cấp phẫu thuật cho ca phẫu thuật đầu tiên thỏa mãn quy định nếu do cùng một bệnh lý hay bệnh lý tái phát mà Người được bảo hiểm phải trải qua nhiều lần Phẫu thuật.

5.2.5. Số lần phẫu thuật được chi trả tối đa là 02 lần phẫu thuật trong 12 tháng liên tục liền trước ngày phẫu thuật.

5.2.6. Số lần phẫu thuật được chi trả tối đa là 10 lần phẫu thuật cho toàn bộ thời hạn bảo hiểm của Sản phẩm bảo trợ.

5.2.7. Quyền lợi Trợ cấp phẫu thuật chấm dứt ngay sau khi tổng số lần phẫu thuật được Bảo Việt Nhân thọ chấp thuận trả đạt mức tối đa theo quy định tại Điểm 5.2.6 Điều này.

5.3. Số tiền tối đa mà Bảo Việt nhân thọ chi trả cho tổng Quyền lợi Trợ cấp viện phí quy định tại Khoản 4.1 và Khoản 4.2 Điều 4 và Quyền lợi Trợ cấp phẫu thuật quy định tại Khoản 5.1 Điều này là 1.000 (một nghìn) lần Số tiền bảo hiểm. Sản phẩm bảo trợ chấm dứt hiệu lực ngay sau khi tổng số tiền Bảo Việt Nhân thọ chấp thuận trả đạt hạn mức tối đa này.

Điều 6. Quy định áp dụng riêng đối với Người được bảo hiểm dưới 04 tuổi

Trong thời gian Sản phẩm bảo trợ có hiệu lực, nếu Người được bảo hiểm phải nằm viện và/hoặc phẫu thuật trước sinh nhật lần thứ 04 thỏa mãn quy định tại Điều 4 và/hoặc Điều 5, Bảo Việt Nhân thọ trả số tiền dưới

đây:

Thời điểm Người được bảo hiểm nhập viện/phẫu thuật	Số tiền được trả
Trước sinh nhật lần thứ 01	20%S
Từ sinh nhật lần thứ 01 đến trước sinh nhật lần thứ 02	40%S
Từ sinh nhật lần thứ 02 đến trước sinh nhật lần thứ 03	60%S
Từ sinh nhật lần thứ 03 đến trước sinh nhật lần thứ 04	80%S

Trong đó: S là Quyền lợi bảo hiểm nêu tại Điều 4 và/hoặc Điều 5.

Điều 7. Quyền lợi Tử vong trong khi nằm viện

- 7.1. Trong thời gian Sản phẩm bảo trợ có hiệu lực, Bảo Việt Nhân thọ trả cho Bên mua bảo hiểm 10 lần Số tiền bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm tử vong trong khi nằm viện và lần nằm viện đó được Bảo Việt Nhân thọ đồng ý thanh toán quyền lợi bảo hiểm nêu tại Khoản 4.1 và/hoặc Khoản 4.2 Điều 4.
- 7.2. Sản phẩm bảo trợ chấm dứt hiệu lực ngay sau khi Người được bảo hiểm tử vong.

Điều 8. Quyền lợi Hỗ trợ chi phí vận chuyển cấp cứu

- 8.1. Trong thời gian Sản phẩm bảo trợ có hiệu lực, Bảo Việt Nhân thọ trả cho Bên mua bảo hiểm 02 lần Số tiền bảo hiểm nhưng không vượt quá mức tối đa theo quy định của Bảo Việt Nhân thọ cho mỗi lần Người được bảo hiểm sử dụng dịch vụ vận chuyển cấp cứu được cấp phép bởi cơ quan có thẩm quyền để di chuyển tới Bệnh viện trong phạm vi lãnh thổ Việt Nam nhằm mục đích khám chữa bệnh.

Mức hỗ trợ chi phí vận chuyển cấp cứu được nêu tại Giấy chứng nhận bảo hiểm.

- 8.2. ***Nguyên tắc trả Quyền lợi Hỗ trợ chi phí vận chuyển cấp cứu:***

- 8.2.1. Bảo Việt Nhân thọ chi trả tối đa 02 lần sử dụng dịch vụ vận chuyển cấp cứu trong 12 tháng liên tục liên trước ngày vận chuyển cấp cứu.
- 8.2.2. Bảo Việt Nhân thọ chi trả tối đa 10 lần sử dụng dịch vụ vận chuyển cấp cứu trong suốt thời hạn bảo hiểm của Sản phẩm bảo trợ.
- 8.3. Quyền lợi Hỗ trợ chi phí vận chuyển cấp cứu chấm dứt ngay sau khi Bảo Việt Nhân thọ chi trả hết hạn mức tối đa quy định tại Điểm 8.2.2 Điều này.

Điều 9. Quyền lợi Thưởng khi không có yêu cầu giải quyết Quyền lợi bảo hiểm

Vào Ngày kỷ niệm hợp đồng lần thứ tám và mỗi 08 năm sau đó, với điều kiện Sản phẩm bảo trợ còn hiệu lực, Bảo Việt Nhân thọ sẽ trả cho Bên mua bảo hiểm một khoản thưởng tương đương một định kỳ phí bảo hiểm năm của Sản phẩm bảo trợ này cho mỗi kỳ xét thưởng (08 năm) nếu trong kỳ xét thưởng đó Bên mua bảo hiểm không có bất kỳ yêu cầu giải quyết Quyền lợi bảo hiểm nào được Bảo Việt Nhân thọ chi trả.

Điều 10. Loại trừ trách nhiệm bảo hiểm

10.1. *Loại trừ áp dụng chung cho tất cả Quyền lợi*

Bảo Việt Nhân thọ không trả các Quyền lợi bảo hiểm quy định tại Điều 4, Điều 5, Điều 6, Điều 7, Điều 8 khi Người được bảo hiểm phải nằm viện, phẫu thuật, tử vong khi nằm viện hoặc sử dụng dịch vụ vận chuyển cấp cứu do bất kỳ nguyên nhân nào dưới đây, dù trực tiếp hay gián tiếp:

- 10.1.1. Hành động tự tử hoặc mưu toan tự tử của Người được bảo hiểm;
- 10.1.2. Hành vi cố ý của Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm;
- 10.1.3. Người được bảo hiểm tự gây thương tích, tai nạn cho dù đang ở trong bất kỳ trạng thái tinh thần nào (bình thường hoặc mất trí) hoặc cố ý không thực hiện những hành động cần thiết nhằm tránh tai nạn/sự kiện rủi ro xảy ra hoặc cố ý đặt mình vào tình huống/hoàn cảnh mà khả năng xảy ra tai nạn/sự kiện rủi ro là không tránh khỏi hoặc rất cao;
- 10.1.4. Người được bảo hiểm tham gia: các hoạt động hàng không (trừ khi với tư cách là hành khách); các hoạt động thể thao/giải trí nguy hiểm: nhảy dù, nhào lộn trên không, leo núi, đua xe ô tô/mô tô/xe đạp, đua ngựa, săn bắn, đấm bốc, lặn; các hoạt động thể thao/giải trí nguy hiểm tương tự khác;
- 10.1.5. Người được bảo hiểm thực hiện hoặc tham gia thực hiện hành động trộm cắp, đánh nhau, gây rối trật tự công cộng hoặc chống cự việc bắt giữ người hợp pháp và/hoặc thực hiện các hành vi phạm tội (theo kết luận của cơ quan nhà nước có thẩm quyền);
- 10.1.6. Người được bảo hiểm sử dụng rượu, bia, ma túy, thuốc gây nghiện hoặc các chất kích thích khác trái với quy định của pháp luật;
- 10.1.7. Động đất, sóng thần, phản ứng hạt nhân, nhiễm phóng xạ, vũ khí hoá học, vũ khí sinh học;
- 10.1.8. Chiến tranh (cho dù tuyên bố hay không tuyên bố), nội chiến, khủng bố, bạo động, nổi loạn và các sự kiện mang tính chất chiến tranh khác;
- 10.1.9. Người được bảo hiểm có nhiễm HIV hoặc mắc bệnh AIDS kèm theo (rủi ro xảy ra trên Người được bảo hiểm có nhiễm HIV hoặc mắc bệnh AIDS), trừ trường hợp Người được bảo hiểm là công an, cảnh sát, đội ngũ chăm sóc y tế nhiễm HIV, bị AIDS khi đang làm nhiệm vụ;

10.1.10. Các bệnh có sẵn, khuyết tật, dị tật, bệnh bẩm sinh;

10.2. ***Loại trừ áp dụng bổ sung trong trường hợp Người được bảo hiểm phải nằm viện và/hoặc phẫu thuật***

Bảo Việt Nhân thọ không trả Quyền lợi bảo hiểm quy định tại Điều 4, Điều 5 và Điều 6 nếu Người được bảo hiểm phải nằm viện và/hoặc phẫu thuật thuộc các trường hợp sau đây:

- 10.2.1. Điều trị, phẫu thuật, nằm viện do thai sản: mang thai, sinh đẻ, sảy thai, nạo thai, điều trị trước và/hoặc sau khi sinh đẻ hay bất kỳ bệnh tật ốm đau hoặc tổn thương nào liên quan đến hoặc do thai sản gây ra; thực hiện các thủ thuật nhằm mục đích triệt sản hoặc điều trị vô sinh, thụ tinh nhân tạo, thụ tinh trong ống nghiệm, thụ tinh trong tử cung (IUI, IVF...);
 - 10.2.2. Thực hiện tạo hình/chỉnh hình/phẫu thuật thẩm mỹ, phục hồi chức năng, làm chân tay giả, mắt giả, răng giả, chuyển đổi giới tính;
 - 10.2.3. Kiểm tra sức khỏe định kỳ, khám giám định y khoa hoặc kiểm tra sức khỏe với mục đích phát hiện và chẩn đoán bệnh mà không liên quan tới việc điều trị bệnh tật, thương tật, tổn thương;
 - 10.2.4. Điều trị, phẫu thuật nha khoa (trừ trường hợp tai nạn);
 - 10.2.5. Điều trị các tật khúc xạ mắt, kiểm tra thị lực, điều trị bệnh lý liên quan đến việc sử dụng kính áp tròng, điều trị lác mắt bằng bất kỳ phương pháp nào, trợ thính hoặc phục hồi thính lực;
 - 10.2.6. Điều trị, phẫu thuật thử nghiệm;
 - 10.2.7. Hiến, cho mô hay bộ phận cơ thể;
 - 10.2.8. Điều trị, phẫu thuật các bệnh hoặc các nhóm bệnh: tâm thần, rối loạn tâm lý, suy nhược cơ thể, suy nhược thần kinh, mất trí, Alzheimer, thoái hóa cột sống, thần kinh tọa, gai đôi cột sống, phong, lao, sốt rét, các bệnh lây truyền qua đường tình dục và bệnh nghề nghiệp;
 - 10.2.9. Điều dưỡng, an dưỡng;
 - 10.2.10. Điều trị bằng phương pháp y học dân tộc hoặc điều trị tại khoa Đông y, khoa Y học cổ truyền của các Bệnh viện;
 - 10.2.11. Nằm viện, điều trị, phẫu thuật theo yêu cầu của Người được bảo hiểm/Bên mua bảo hiểm mà không phải là nằm viện, điều trị, phẫu thuật cần thiết và hợp lý theo chỉ định của Bác sỹ;
- 10.3. Sản phẩm bồi trợ chấm dứt hiệu lực ngay sau khi Người được bảo hiểm tử vong trong khi nằm viện do một trong các nguyên nhân quy định tại Khoản 10.1 Điều này. Bảo Việt Nhân thọ sẽ hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm số phí bảo hiểm đã đóng của Sản phẩm bồi trợ (không có lãi) trừ đi tất cả các quyền lợi bảo hiểm Bảo Việt Nhân thọ đã trả, Phí kiểm tra sức khỏe (nếu có) và Khoản nợ (nếu có).

CHƯƠNG III: THỜI HẠN BẢO HIỂM VÀ HIỆU LỰC CỦA SẢN PHẨM BỒ TRỢ

Điều 11. Thời điểm phát sinh hiệu lực

- 11.1. Trường hợp yêu cầu bảo hiểm cùng lúc với Hợp đồng chính và được chấp nhận bảo hiểm, Sản phẩm bảo trợ sẽ phát sinh hiệu lực cùng lúc với Hợp đồng chính.
- 11.2. Trường hợp yêu cầu bảo hiểm sau khi Hợp đồng chính đã có hiệu lực, Sản phẩm bảo trợ sẽ phát sinh hiệu lực vào ngày Bảo Việt Nhân thọ chấp nhận bảo hiểm theo Sản phẩm bảo trợ này.

Điều 12. Thời hạn bảo hiểm

Thời hạn bảo hiểm của Sản phẩm bảo trợ tối thiểu là 05 năm, được tính từ ngày Sản phẩm bảo trợ phát sinh hiệu lực đến ngày kết thúc thời hạn đóng phí của Hợp đồng chính hoặc đến ngày liền trước ngày kỷ niệm Hợp đồng khi Người được bảo hiểm đạt 65 tuổi, tùy thuộc thời điểm nào xảy ra trước.

Điều 13. Chấm dứt hiệu lực

Sản phẩm bảo trợ sẽ tự động chấm dứt hiệu lực khi xảy ra một trong các sự kiện sau:

- 13.1. Thời hạn bảo hiểm của Sản phẩm bảo trợ kết thúc theo quy định tại Điều 12; hoặc
- 13.2. Hợp đồng chính đáo hạn hoặc chấm dứt hiệu lực; hoặc
- 13.3. Bên mua bảo hiểm dừng đóng phí cho Hợp đồng chính và Hợp đồng chính chuyển sang Số tiền bảo hiểm giảm/Niên kim giảm hoặc Hợp đồng chính được miễn phí bảo hiểm; hoặc
- 13.4. Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt Sản phẩm bảo trợ; hoặc
- 13.5. Sản phẩm bảo trợ chấm dứt hiệu lực theo quy định tại Khoản 5.3 Điều 5 hoặc Khoản 7.2 Điều 7; hoặc
- 13.6. Các trường hợp khác theo quy định tại Quy tắc, Điều khoản này.

CHƯƠNG IV: PHÍ BẢO HIỂM VÀ PHÍ THAM GIA SẢN PHẨM BỒ TRỢ

Điều 14. Phí bảo hiểm

- 14.1. Phí bảo hiểm và thời hạn bảo hiểm của Sản phẩm bảo trợ được nêu tại Giấy chứng nhận bảo hiểm. Thời hạn đóng phí của Sản phẩm bảo trợ trùng với thời hạn bảo hiểm của Sản phẩm bảo trợ.

- 14.2. Trường hợp Hợp đồng chính đóng phí định kỳ, định kỳ và ngày đến hạn đóng phí của Sản phẩm bảo trợ phải trùng khớp với định kỳ và ngày đến hạn đóng phí của Hợp đồng chính.
- 14.3. Trường hợp Bên mua bảo hiểm không đóng phí theo đúng thời hạn đã thỏa thuận, Phí bảo hiểm phải đóng của Sản phẩm bảo trợ được gia hạn 60 ngày kể từ ngày đến hạn đóng phí.
- 14.4. Sau thời gian gia hạn đóng phí quy định tại Khoản 14.3 Điều này, nếu Bên mua bảo hiểm không đóng Phí bảo hiểm, Sản phẩm bảo trợ sẽ tự động chấm dứt kể từ ngày đến hạn đóng phí của kỳ phí nợ đầu tiên hoặc ngay sau khi kết thúc thời gian gia hạn đóng phí (tùy theo quy định tại Điều khoản Hợp đồng chính) trừ trường hợp Phí bảo hiểm của Sản phẩm bảo trợ được tự động khấu trừ theo quy định tại Hợp đồng chính (nếu có).
- 14.5. Bảo Việt Nhân thọ có thể thay đổi mức phí bảo hiểm của Sản phẩm bảo trợ này với sự chấp thuận của Bộ Tài chính. Bảo Việt Nhân thọ sẽ thông báo cho Bên mua bảo hiểm bằng văn bản trước 03 tháng kể từ ngày hiệu lực của mức phí bảo hiểm mới. Nếu Bên mua bảo hiểm không đồng ý với mức phí bảo hiểm mới thì Sản phẩm bảo trợ sẽ chấm dứt hiệu lực kể từ ngày kết thúc kỳ phí đã đóng. Trong trường hợp Sản phẩm bảo trợ này được khôi phục hiệu lực, Bảo Việt Nhân thọ sẽ áp dụng mức phí bảo hiểm hiện hành tại thời điểm khôi phục hiệu lực.
- 14.6. Các quy định khác về Phí bảo hiểm được áp dụng như quy định trong Quy tắc, Điều khoản của Hợp đồng chính.

Điều 15. Phí tham gia Sản phẩm bảo trợ

Trường hợp yêu cầu bảo hiểm theo Sản phẩm bảo trợ khi Hợp đồng chính đã có hiệu lực, khi yêu cầu bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm phải chịu Phí tham gia Sản phẩm bảo trợ (nếu có) theo quy định của Bảo Việt Nhân thọ nhưng tối đa không quá 100.000 đồng. Phí tham gia là khoản tiền cần thiết dùng để trang trải các chi phí liên quan đến đánh giá rủi ro và chấp nhận bảo hiểm theo Sản phẩm bảo trợ này.

CHƯƠNG V: THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Điều 16. Thời hạn thông báo rủi ro và yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

16.1. Thông báo rủi ro

Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm có nghĩa vụ thông báo bằng văn bản cho Bảo Việt Nhân thọ về sự kiện bảo hiểm (tử vong, nằm viện, phẫu thuật, vận chuyển cấp cứu) trong thời gian sớm nhất kể từ khi Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm biết được sự kiện bảo hiểm và cung cấp các chứng từ theo quy định để giải quyết quyền lợi

bảo hiểm.

- 16.2. Bảo Việt Nhân thọ bảo lưu quyền được kiểm tra, giám định về tình trạng bệnh, thương tật, tổn thương, tử vong, phẫu thuật, nằm viện của Người được bảo hiểm.

Chi phí kiểm tra, xác minh, trưng cầu giám định theo yêu cầu của Bảo Việt Nhân thọ sẽ do Bảo Việt Nhân thọ chịu.

16.3. ***Thời hạn lập hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm***

Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải lập hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm và gửi tới Bảo Việt Nhân thọ trong thời hạn tối đa là 01 năm kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm (tử vong, phẫu thuật, vận chuyển cấp cứu) hoặc kể từ ngày xuất viện.

Quá thời hạn nêu trên, mọi yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm đều không có giá trị.

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

- 17.1. Tùy theo yêu cầu của Bảo Việt Nhân thọ đối với từng trường hợp, hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm sẽ bao gồm những giấy tờ sau:

- Giấy yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm;
- Bộ Hợp đồng bảo hiểm;
- Hồ sơ tai nạn của cơ quan có thẩm quyền;
- Trích lục khai tử (đối với trường hợp tử vong);
- Hồ sơ bệnh án, sổ khám bệnh và các chứng từ y tế liên quan đến việc khám, chẩn đoán, điều trị và/hoặc phẫu thuật;
- Giấy ra viện;
- Bản kê chi tiết viện phí điều trị, biên lai/hóa đơn viện phí;
- Giấy chứng nhận phẫu thuật;
- Giấy xác nhận hoặc hóa đơn sử dụng dịch vụ vận chuyển cấp cứu;
- Giấy tờ tùy thân hợp pháp của Người nhận quyền lợi bảo hiểm (CMND /Thẻ căn cước công dân/Hộ chiếu/Giấy khai sinh...);
- Giấy tờ hợp pháp chứng minh quyền được nhận quyền lợi bảo hiểm;
- Các bằng chứng hoặc các giấy tờ bổ sung cần thiết khác (nếu có) theo yêu cầu của Bảo Việt Nhân thọ để phục vụ cho việc giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

- 17.2. Các giấy tờ nêu tại Khoản 17.1 Điều này cung cấp cho Bảo Việt Nhân thọ là bản gốc hoặc bản sao được chứng thực bởi cơ quan có thẩm quyền theo quy định của pháp luật trừ một số trường hợp đặc biệt khác được Bảo Việt Nhân thọ chấp thuận.

PHỤ LỤC
SỐ NGÀY NÀM VIỆN TỐI ĐA CHO CÁC NHÓM BỆNH

STT (1)	Nhóm Bệnh (2)	Số Ngày nằm viện tối đa cho một nhóm bệnh trong 12 tháng liên tục liên trước ngày nhập viện (3)
1	Viêm gan và các bệnh truyền nhiễm	25
2	Ung thư	14
3	Tim mạch	14
4	Cơ Xương Khớp	14
5	Nội tiết và Chuyển hóa	12
6	Thần kinh	12
7	Hô hấp	12
8	Mắt	12
9	Huyết học	10
10	Tiêu hóa	10
11	Tiết niệu và Sinh dục	10
12	Tai mũi họng	10
13	Da liễu	10
14	Nhóm các bệnh khác (*)	10

(*) Tổng số Ngày nằm viện tối đa cho tổng hợp tất cả các bệnh thuộc nhóm các bệnh khác là 10 ngày.

Bảo Việt Nhân thọ chia các tình trạng bệnh lý thành 14 chuyên khoa, số Ngày nằm viện tối đa (cột 3) được hiểu là tổng số Ngày nằm viện cho tất cả các bệnh thuộc chuyên khoa đó.