

QUY TẮC, ĐIỀU KHOẢN
AN VUI SỐNG KHỎE
BẢO HIỂM CHĂM SÓC SỨC KHỎE

*(Phê chuẩn theo Công văn số 2217/BTC-QLBH ngày 08 tháng 03 năm 2022
của Bộ Tài chính)*

MỤC LỤC

CHƯƠNG I: NHỮNG QUY ĐỊNH CHUNG	2
CHƯƠNG II: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	10
CHƯƠNG III: THỜI HẠN BẢO HIỂM VÀ HIỆU LỰC CỦA SẢN PHẨM BỒ TRỢ.....	20
CHƯƠNG IV: PHÍ BẢO HIỂM.....	23
CHƯƠNG V: THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	24

Quy tắc, Điều khoản Sản phẩm bổ trợ này là Thỏa thuận bổ sung kèm theo Sản phẩm 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 và giải thích

- 1.1. **“Người được bảo hiểm”** theo Sản phẩm bổ trợ này là cá nhân hiện đang cư trú tại Việt Nam vào Ngày hiệu lực của Sản phẩm bổ trợ và được Bảo Việt Nhân thọ chấp nhận bảo hiểm theo Sản phẩm bổ trợ.
- 1.2. **“Tuổi được bảo hiểm”** của Người được bảo hiểm là 30 ngày tuổi đến 65 tuổi vào Ngày hiệu lực của Sản phẩm bổ trợ.
Việc tái tục các quyền lợi của Sản phẩm bổ trợ này từ tuổi 66 đến tuổi 69 chỉ được xem xét nếu Người được bảo hiểm đã tham gia liên tục ít nhất 5 năm.
- 1.3. **“Chương trình bảo hiểm” (“Chương trình”)** là các chương trình do Bảo Việt Nhân thọ cung cấp và được Bên mua bảo hiểm lựa chọn khi tham gia Sản phẩm bổ trợ này. Bảo Việt Nhân thọ có quyền giới hạn số lượng Chương trình bảo hiểm cung cấp tại thời điểm yêu cầu bảo hiểm hoặc ngừng cung cấp bất kì Chương trình bảo hiểm nào sau khi thông báo cho Bên mua bảo hiểm trước ngày thời hạn bảo hiểm của Sản phẩm bổ trợ kết thúc.
- 1.4. **“Giới hạn bảo hiểm tối đa”** là số tiền tối đa có thể được chi trả trong một Năm hợp đồng đối với từng Quyền lợi điều trị (bao gồm Quyền lợi Điều trị Nội trú, Quyền lợi Điều trị Ngoại trú, Quyền lợi Điều trị Nha khoa).
- 1.5. **“Giới hạn phụ”** là số tiền tối đa có thể được chi trả với mỗi hạng mục được quy định trong Bảng chi tiết quyền lợi bảo hiểm. Trong mọi trường hợp, tổng số tiền chi trả cho tất cả các hạng mục trong một mục sẽ không vượt quá giới hạn của mục đó.
- 1.6. **“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 này 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.

- 1.7. **“Bác sĩ”** 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 và đang công tác tại Cơ sở y tế.
Bác sĩ không được đồng thời là:
- (i) Người được bảo hiểm hoặc Bên mua bảo hiểm;
 - (ii) Thành viên trong gia đình của Người được bảo hiểm hoặc Bên mua bảo hiểm (bao gồm bố, mẹ, vợ, chồng, con, anh ruột, chị ruột, em ruột).
- 1.8. **“Cơ sở y tế”** là nơi khám bệnh, chữa bệnh được thành lập và cấp giấy phép hoạt động hợp pháp tại Việt Nam.
Cơ sở y tế theo phạm vi bảo hiểm của Sản phẩm bảo trợ này không bao gồm:
- Bệnh viện/viện dưỡng lão, Bệnh viện/viện tâm thần;
 - Trung tâm y tế dự phòng, Trung tâm kiểm soát bệnh tật;
 - Nhà hộ sinh, trạm xá, nhà điều dưỡng, nhà an dưỡng, cơ sở chữa trị cho người già, cơ sở điều trị cho người nghiện rượu, ma túy, chất kích thích;
 - Bệnh viện/cơ sở điều trị bệnh nhân nhiễm HIV (Nhiễm vi rút suy giảm miễn dịch mắc phải), AIDS (Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải);
 - Các cơ sở phẫu thuật chuyển đổi giới tính, cơ sở phẫu thuật thẩm mỹ, làm đẹp;
 - Các viện nghiên cứu khoa học về y khoa (trừ các viện có chức năng điều trị như Bệnh viện);
 - Phòng khám chẩn trị y học cổ truyền, phòng khám bác sĩ gia đình, phòng khám tư vấn và điều trị dự phòng, phòng mạch bác sĩ tư.
- 1.9. **“Lần khám”** là một lần Người được bảo hiểm đến khám tại Cơ sở y tế, được Bác sĩ khám bệnh, làm các kỹ thuật chẩn đoán, chỉ định điều trị liên quan trực tiếp đến tình trạng bệnh lý hoặc tổn thương.
- 1.10. **“Đợt điều trị” (“Đợt”)** là một đợt Điều trị Nội trú do bệnh lý hoặc tổn thương của Người được bảo hiểm. Giấy ra viện là cơ sở xác định việc bắt đầu và kết thúc Đợt điều trị.
- 1.11. **“Điều trị Nội trú”** là điều trị y tế mà theo đó Người được bảo hiểm phải nhập viện và nằm viện qua 0 giờ đêm tại Cơ sở y tế do những yêu cầu hợp lý và cần thiết về mặt y khoa theo chỉ định của Bác sĩ.
- Khi nhập viện: có làm thủ tục nhập viện và lập hồ sơ bệnh án;
 - Khi ra viện: có làm thủ tục ra viện và có giấy ra viện, bệnh án ghi chép toàn bộ quá trình điều trị, biên lai (hóa đơn) thu tiền viện phí, bảng kê chi phí Điều trị Nội trú với đầy đủ chữ ký và con dấu hợp pháp của Cơ sở y tế theo quy định của pháp luật;

- Bệnh nhân Điều trị Nội trú phải có mặt liên tục tại Cơ sở y tế trong thời gian điều trị.

1.12. **“Điều trị trong ngày”** là việc Người được bảo hiểm có làm thủ tục nhập viện để điều trị y tế tại Cơ sở y tế theo chỉ định của Bác sĩ. Việc nhập viện và xuất viện diễn ra trong cùng một ngày.

1.13. **“Điều trị Ngoại trú”** là việc Người được bảo hiểm điều trị y tế tại Cơ sở y tế theo chỉ định của Bác sĩ mà không phải là Điều trị Nội trú.

1.14. **“Điều trị trước khi nhập viện”** là việc khám bệnh, làm các kỹ thuật chẩn đoán, chỉ định điều trị liên quan trực tiếp đến bệnh lý hoặc tổn thương mà Người được bảo hiểm sẽ phải nhập viện để Điều trị Nội trú theo chỉ định của Bác sĩ và phải được thực hiện trong vòng 30 ngày trước ngày nhập viện của Đợt điều trị đó. Điều trị trước khi nhập viện chỉ được chi trả cho một lần gần nhất trước ngày nhập viện và không áp dụng cho quyền lợi Thai sản.

1.15. **“Điều trị sau khi xuất viện”** là việc theo dõi điều trị theo chỉ định của Bác sĩ điều trị ngay sau khi xuất viện bao gồm khám bệnh, làm các kỹ thuật chẩn đoán, chỉ định điều trị liên quan trực tiếp đến việc Điều trị Nội trú trước đó và phải được thực hiện trong vòng 30 ngày sau khi xuất viện. Điều trị sau khi xuất viện chỉ được chi trả cho một lần điều trị ngay sau ngày xuất viện và không áp dụng cho quyền lợi Thai sản.

1.16. **“Điều trị Nha khoa”:**

Điều trị Nha khoa được chi trả theo Sản phẩm bảo trợ này bao gồm:

- Điều trị Nha khoa do bệnh lý (thuộc Quyền lợi Điều trị Nha khoa - quyền lợi bổ sung tùy chọn);
- Điều trị Nội trú tổn thương răng do Tai nạn (thuộc mục I.8 Chi phí Điều trị Nội trú của Quyền lợi Điều trị Nội trú);
- Điều trị Nha khoa trong ngày tại khoa cấp cứu do Tai nạn (thuộc mục IV. Quyền lợi Điều trị Ngoại trú đặc biệt của Quyền lợi Điều trị Nội trú).

Điều trị Nha khoa do bệnh lý và Tai nạn bao gồm:

- Khám và chẩn đoán bệnh;
- Lấy cao răng;
- Trám răng bằng các chất liệu thông thường (amalgam, composite, fuji hoặc các chất liệu tương đương);
- Nhổ răng (không phẫu thuật);
- Lấy u vôi răng (lấy vôi răng sâu dưới nướu);
- Phẫu thuật cắt chóp răng;
- Điều trị tủy răng;

- Điều trị viêm nướu, viêm nha chu.

Điều trị Nội trú tổn thương răng do Tai nạn và Điều trị Nha khoa trong ngày tại khoa cấp cứu do Tai nạn là việc điều trị khẩn cấp trong vòng 7 ngày tính từ ngày xảy ra Tai nạn, gây mất mát hoặc tổn thương đối với răng thật và lành lặn.

Trong mọi trường hợp, Điều trị Nha khoa tại mục (i), (ii), (iii) nêu trên không bao gồm: trám răng không bằng các chất liệu nêu trên, làm răng giả, cấy ghép răng Implant, làm cầu răng, nắn chỉnh răng, niềng răng, thẩm mỹ răng.

1.17. **“Phòng và Giường”** là phòng và giường đơn của Cơ sở y tế (không trả chi phí phòng bao) bao gồm các suất ăn theo tiêu chuẩn của bệnh nhân Điều trị Nội trú. Phòng bao là phòng có hai hoặc nhiều giường được một bệnh nhân đăng ký sử dụng.

1.18. **Khoa Hồi sức tích cực/Khoa điều trị tích cực (ICU)** là một khoa hoặc một bộ phận của Cơ sở y tế:

- Được thành lập để thực hiện chức năng điều trị hồi sức, chăm sóc tích cực và theo dõi chặt chẽ 24/24h những bệnh nhân nặng có đe dọa chức năng sống;
- Được trang bị đầy đủ tất cả các loại thiết bị y tế, thuốc men, dụng cụ và các phương tiện cấp cứu cần thiết tại chỗ để có thể sử dụng ngay khi cần thiết nhằm can thiệp kịp thời trong các trường hợp khẩn cấp, phù hợp theo tiêu chuẩn chung của ngành y tế;
- Không phải là khoa/phòng cấp cứu hoặc khoa/phòng hậu phẫu; không phải là phòng hậu phẫu, phòng hồi sức, phòng chăm sóc đặc biệt thuộc các khoa khám bệnh/khoa điều trị bệnh.

Các khoa, bộ phận của Cơ sở y tế chỉ được xem là Khoa Hồi sức tích cực/Khoa điều trị tích cực theo định nghĩa này nếu đáp ứng tất cả yêu cầu và có đầy đủ các chức năng nêu trên.

1.19. **“Phẫu thuật”** là một phương pháp điều trị ngoại khoa dùng để điều trị bệnh lý hoặc tổn thương được thực hiện bởi Bác sĩ phẫu thuật có chuyên môn phù hợp trong phòng phẫu thuật của Cơ sở y tế.

Tất cả các phẫu thuật được thực hiện bằng cách gây tê tại chỗ hoặc phẫu thuật phục vụ cho thẩm mỹ, phục hồi chức năng sẽ không thỏa mãn định nghĩa này.

1.20. **“Phẫu thuật trong ngày”** là phương pháp y khoa dùng để điều trị bệnh lý hoặc tổn thương được thực hiện bởi Bác sĩ có chuyên môn phù hợp tại Cơ sở y tế mà Người được bảo hiểm phải nhập viện nhưng không nằm qua 0 giờ đêm.

Tất cả các phẫu thuật trong ngày phục vụ cho thẩm mỹ, phục hồi chức năng sẽ không thỏa mãn định nghĩa này.

1.21. **“Bệnh đặc biệt”** bao gồm:

- a. Bệnh hệ thần kinh: Các bệnh viêm hệ thần kinh trung ương, teo hệ thống ảnh hưởng lên hệ thần kinh trung ương (Bệnh xơ cứng teo cơ một bên (ALS), Teo cơ tủy sống (SMAs), rối loạn vận động ngoài tháp (Parkinson), rối loạn trương lực cơ, rối loạn 4 vận động và ngoại tháp khác), hội chứng Apalic, hội chứng mất trí nhớ, hôn mê, các bệnh bại não, hội chứng liệt khác.
- b. Bệnh hệ hô hấp: Bệnh suy phổi, tràn khí màng phổi, tràn dịch màng phổi, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD), hen phế quản, bệnh xơ phổi, biến chứng giãn phế quản của lao phổi cũ.
- c. Bệnh tim mạch (CVD): Bệnh mạch vành, bệnh cơ tim, bệnh van tim, tai biến mạch máu não (đột quy), tăng huyết áp (cao huyết áp), bệnh mạch máu ngoại biên, bệnh thấp tim, suy tim, rối loạn nhịp tim và các hậu quả, di chứng của các bệnh này.
- d. Bệnh hệ tiêu hóa: Viêm gan, xơ gan, suy gan, sỏi mật, teo mật, loét đường tiêu hóa, trĩ.
- e. Bệnh hệ tiết niệu: Suy thận, hội chứng thận hư, bệnh cầu thận, bệnh ống thận, sỏi tiết niệu, lạc nội mạc tử cung.
- f. Bệnh hệ nội tiết: Rối loạn chức năng các tuyến nội tiết: tuyến yên, tuyến giáp, tuyến cận giáp, tuyến thượng thận, tuyến tụy và các tuyến nội tiết khác.
- g. Bệnh ung thư và khối u: Tất cả các khối u, bướu, nhân xơ, nang, polyp, ung thư các loại.
- h. Bệnh của máu: Rối loạn đông máu, rối loạn chức năng tủy xương và hệ bạch huyết.
- i. Bệnh của da và mô liên kết: Bệnh Lupus ban đỏ, xơ cứng bì, Penphygus, vẩy nến, mề đay dị ứng mạn, viêm da cơ địa (chàm, tổ đũa...).
- j. Bệnh cơ xương khớp: Gout, viêm đa khớp, viêm khớp dạng thấp, viêm cột sống dính khớp; nhược cơ, loạn dưỡng cơ.
- k. Các bệnh lý mạn tính khác: Viêm xoang mạn, đục thủy tinh thể, ...

1.22. **“Bệnh có sẵn, Thương tật có sẵn”** là tình trạng bệnh hoặc tổn thương, thương tật đã được Bác sĩ chẩn đoán, hoặc được điều trị trước Ngày hiệu lực của Sản phẩm bảo trợ này hoặc trước ngày khôi phục hiệu lực gần nhất của Sản phẩm bảo trợ này (nếu có). Hồ sơ bệnh án hoặc thông tin y tế được lưu giữ tại Cơ sở y tế hoặc các thông tin do Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm (hoặc Người đại diện theo pháp luật của Người được bảo hiểm)

tự kê khai được xem là bằng chứng đầy đủ và hợp pháp về bệnh có sẵn, thương tật có sẵn.

1.23. **“Bệnh bẩm sinh, Di tật bẩm sinh”** (còn gọi là Di tật bào thai hay Bất thường bẩm sinh) là những bất thường cấu trúc hoặc bất thường chức năng (bao gồm cả bất thường chuyển hóa) xảy ra từ thời kỳ bào thai và có thể được phát hiện trước, trong hoặc sau khi sinh.

1.24. **“Chi phí y tế thực tế”** là những chi phí phát sinh thực tế, cần thiết, hợp lý về mặt y khoa và được Bác sĩ điều trị chỉ định để điều trị cho Người được bảo hiểm tại Cơ sở y tế. Chi phí này phải đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

- Phát sinh trong thời gian Sản phẩm bảo hiểm bảo trợ còn hiệu lực; phù hợp và liên quan trực tiếp tới chẩn đoán và điều trị đối với bệnh lý, tổn thương hoặc thai sản thuộc phạm vi bảo hiểm; không thuộc trường hợp loại trừ theo Quy tắc, Điều khoản này;
- Phát sinh phù hợp với phạm vi giấy phép hoạt động của Cơ sở y tế, phù hợp với tiêu chuẩn hành nghề y dược;
- Chi trả cho dịch vụ y tế cần thiết, không phải là các chi phí, dịch vụ y tế nhằm phục vụ cho sự tiện nghi của Người được bảo hiểm; là mức chi phí y tế hợp lý và thông thường; có số ngày nằm viện là hợp lý và phù hợp với tiêu chuẩn điều trị cho bệnh hoặc tổn thương liên quan;
- Chi phí phải được liệt kê chi tiết trên bảng kê chi tiết viện phí, hóa đơn, chứng từ thanh toán hợp pháp theo quy định của pháp luật.

Chi phí y tế thực tế không bao gồm chi phí đã được chi trả bởi Bảo hiểm y tế hoặc các chương trình bảo hiểm khác.

1.25. **“Chi phí y tế nội trú khác”** là các chi phí y tế phát sinh thực tế trong quá trình Điều trị Nội trú của Người được bảo hiểm, bao gồm chi phí xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thuốc điều trị, dịch truyền, máu, huyết tương, tiêm truyền tĩnh mạch, chi phí hành chính, vật tư y tế.

1.26. **“Chi phí giường dành cho người chăm sóc”** là chi phí giường cho một người chăm sóc lưu lại qua đêm cùng Người được bảo hiểm trong quá trình Điều trị Nội trú. Quyền lợi này chỉ áp dụng cho trường hợp Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi.

1.27. **“Chi phí Phẫu thuật”** là chi phí cần thiết dùng trong Phẫu thuật, bao gồm: chi phí phòng mổ, chi phí bác sĩ phẫu thuật và nhân viên y tế, chi phí gây mê, gây tê (không áp dụng với gây tê tại chỗ ngoại trừ Phẫu thuật trong ngày), chi phí Thuốc điều trị, Vật tư y tế và các Chi phí y tế thực tế khác phục vụ cho ca Phẫu thuật.

- 1.28. **“Chi phí điều trị ung thư”** là chi phí xạ trị, hóa trị, liệu pháp trúng đích (ngoại trừ phương pháp Phẫu thuật) theo chỉ định của Bác sĩ, bao gồm cả Điều trị Nội trú và Điều trị trong ngày.
- 1.29. **“Chi phí cấy ghép nội tạng”** là chi phí cho Phẫu thuật ghép thận, tim, gan, phổi, tụy và tủy xương cho Người được bảo hiểm là người nhận tạng và được tiến hành bởi Bác sĩ có chuyên môn phù hợp tại Cơ sở y tế, bao gồm:
- Chi phí Phẫu thuật và Chi phí Điều trị Nội trú liên quan đến người nhận tạng (là Người được bảo hiểm); và
 - Chi phí Phẫu thuật cho người hiến tạng (không phải Người được bảo hiểm).
- Chi phí cấy ghép nội tạng không bao gồm các chi phí liên quan đến việc xác định sự phù hợp của tạng và quá trình mua tạng, bảo quản tạng, vận chuyển tạng để phục vụ ghép tạng.
- Bảo Việt Nhân thọ chỉ chi trả cho một lần cấy ghép nội tạng trong toàn bộ thời gian tham gia Sản phẩm bảo trợ này, bao gồm cả thời gian tái tục của Sản phẩm bảo trợ.
- 1.30. **“Chi phí chạy thận nhân tạo định kỳ”** là chi phí phục vụ cho việc lọc máu để điều trị suy thận mạn tính giai đoạn cuối và phải được thực hiện bởi máy lọc nhân tạo tại Cơ sở y tế. Chi phí chạy thận nhân tạo định kỳ chỉ được chi trả theo Quyền lợi Điều trị ngoại trú đặc biệt nêu tại Bảng chi tiết Quyền lợi bảo hiểm.
- 1.31. **“Chi phí xe cứu thương”** là chi phí vận chuyển cấp cứu bằng xe cứu thương và chăm sóc trong quá trình vận chuyển Người được bảo hiểm đang trong tình trạng nguy cấp tới Cơ sở y tế. Bảo Việt Nhân thọ không chi trả chi phí này cho trường hợp thai sản, ngoại trừ cấp cứu thai sản do Tai nạn.
- 1.32. **“Chi phí sinh thường”** là chi phí cho việc sinh con tự nhiên, không có can thiệp bằng Phẫu thuật của Người được bảo hiểm tại Cơ sở y tế và được thể hiện trên Hồ sơ bệnh án.
- 1.33. **“Chi phí sinh mổ”** là chi phí cho việc sinh con của Người được bảo hiểm cần phải can thiệp Phẫu thuật tại Cơ sở y tế và được thể hiện trên Hồ sơ bệnh án.
- 1.34. **“Biến chứng thai sản”** là những biến chứng xảy ra trong quá trình mang thai và sinh đẻ tại Cơ sở y tế và được thể hiện trên Hồ sơ bệnh án. Biến chứng thai sản được chi trả theo Sản phẩm bảo trợ này bao gồm các trường hợp sau:
- Thai lưu từ tuần thứ 20 (hai mươi) trở đi;
 - Thai trứng;

- Thai ngoài tử cung;
- Đông máu nội mạch lan tỏa;
- Thuyên tắc ối;
- Vỡ tử cung;
- Băng huyết sau khi sinh;
- Đình chỉ thai nghén do bệnh lý bao gồm các trường hợp đình chỉ thai nghén do các bệnh lý di truyền, nhiễm trùng, truyền nhiễm dẫn đến dị tật bẩm sinh hoặc nguy cơ dị tật bẩm sinh của thai nhi hoặc phải chấm dứt thai kỳ để bảo vệ tính mạng của người mẹ theo chỉ định của Bác sĩ.

Các khoản Chi phí sinh thường (Khoản 1.32), Chi phí sinh mổ (Khoản 1.33), chi phí điều trị Biến chứng thai sản (Khoản 1.34) không bao gồm: chi phí khám thai định kỳ; xét nghiệm sàng lọc; chẩn đoán hình ảnh; tiêm phòng, tiêm huyết thanh miễn dịch; các chi phí khám thai trước khi nhập viện như xét nghiệm và chẩn đoán thăm dò trước khi nhập viện...; chi phí khám sau khi xuất viện; chi phí giường cho người chăm sóc; chi phí sàng lọc, chăm sóc và điều trị bệnh cho trẻ sơ sinh; chi phí xe cứu thương.

1.35. **“Thuốc điều trị”** là các loại thuốc điều trị hợp lý, cần thiết về mặt y khoa được Bác sĩ chỉ định để điều trị bệnh lý hoặc tổn thương thuộc phạm vi bảo hiểm và không thuộc các trường hợp loại trừ theo quy định tại Quy tắc, Điều khoản này.

Thuốc điều trị phải có trong danh mục thuốc đăng ký và được phê chuẩn bởi cơ quan quản lý dược phẩm có thẩm quyền và không bao gồm vắc-xin, các chế phẩm miễn dịch, thực phẩm chức năng, thuốc để làm đẹp, mỹ phẩm, dược mỹ phẩm, khoáng chất, thuốc đông y, thuốc y học dân tộc.

Bảo Việt Nhân thọ chi trả chi phí cho vitamin và thuốc bổ (bao gồm Thuốc tăng cường miễn dịch), tối đa bằng 20% tổng chi phí thuốc thuộc phạm vi bảo hiểm, khi thỏa mãn các điều kiện sau:

- Các loại thuốc bổ và vitamin này được Bác sĩ điều trị chỉ định;
- Hỗ trợ cho việc điều trị bệnh lý, tổn thương;
- Trong danh sách thuốc phải có thuốc điều trị chính đi kèm.

1.36. **“Vật tư y tế”** là vật tư được sử dụng nhằm mục đích hỗ trợ điều trị bệnh lý, tổn thương và không được lắp đặt vĩnh viễn trong cơ thể. Vật tư y tế theo định nghĩa này bao gồm cả các vật tư (i) tự tiêu trong cơ thể, hoặc (ii) có thể lấy ra khỏi cơ thể mà không ảnh hưởng đến chức năng hoạt động của cơ thể.

1.37. **“Vật lý trị liệu”** là phương pháp khoa học vật lý để điều trị các bệnh lý hoặc tổn thương ảnh hưởng đến khả năng vận động hay các hoạt động bình thường hàng ngày của Người được bảo hiểm theo chỉ định của Bác sĩ, không

bao gồm phương pháp massage (mát-xa), spa, làm đẹp, tập sửa dáng đi. Việc điều trị này phải được thực hiện tại Cơ sở y tế. Bảo Việt Nhân thọ chỉ chi trả tối đa 01 đợt Vật lý trị liệu trong mỗi Năm hợp đồng.

- 1.38. **“Đồng chi trả”** là khoản chi phí tính theo tỷ lệ phần trăm trên Chi phí y tế thực tế mà Người được bảo hiểm có trách nhiệm tự chi trả cho mỗi sự kiện bảo hiểm thuộc phạm vi bảo hiểm theo Sản phẩm bảo hiểm hỗ trợ này.
- 1.39. **“Thời gian chờ”** là khoảng thời gian mà nếu xảy ra các sự kiện bảo hiểm trong thời gian đó thì Bảo Việt Nhân thọ sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm. Thời gian chờ được tính từ ngày Sản phẩm hỗ trợ này phát sinh hiệu lực hoặc từ ngày Sản phẩm hỗ trợ này được khôi phục hiệu lực gần nhất, tùy thuộc ngày nào xảy ra sau.
- 1.40. **“Theo quy định của Bảo Việt Nhân thọ”** dẫn chiếu trong Quy tắc, Điều khoản này được hiểu là quy định do Bảo Việt Nhân thọ ban hành phù hợp với quy định của pháp luật.

Điều 2. Áp dụng tương tự

Ngoại trừ các quy định được nêu tại Quy tắc, Điều khoản này, các quy định khác liên quan đến Sản phẩm hỗ trợ này được áp dụng theo Quy tắc, Điều khoản của Sản phẩm chính mà Sản phẩm hỗ trợ này tham gia cùng.

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 Sản phẩm 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 Sản phẩm chính về cùng một nội dung thì những quy định trong Quy tắc, Điều khoản này sẽ được áp dụng cho Sản phẩm hỗ trợ này.

CHƯƠNG II: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Điều 4. Lựa chọn Chương trình bảo hiểm

Bên mua bảo hiểm có thể lựa chọn một trong các Chương trình bảo hiểm nêu trong bảng sau đây.

Bảng Giới hạn bảo hiểm tối đa của mỗi Chương trình:

Đơn vị: Đồng Việt Nam

Quyền lợi bảo hiểm		Chương trình bảo hiểm			
		Bạc	Vàng	Bạch Kim	Kim Cương
A. Quyền lợi Điều trị Nội trú		150 triệu đồng/năm	250 triệu đồng/năm	500 triệu đồng/năm	1 tỷ đồng/năm
<i>Quyền lợi bổ sung tùy chọn</i>	B. Quyền lợi Điều trị Ngoại trú	Không áp dụng	10 triệu đồng/năm	20 triệu đồng/năm	40 triệu đồng/năm
	C. Quyền lợi Điều trị Nha khoa		3 triệu đồng/năm	5 triệu đồng/năm	10 triệu đồng/năm

Điều 5. Phạm vi địa lý

Bảo Việt Nhân thọ chi trả các quyền lợi bảo hiểm của Sản phẩm bảo trợ này khi Chi phí y tế thực tế phát sinh trong phạm vi lãnh thổ Việt Nam.

Điều 6. Quyền lợi bảo hiểm

Trong thời hạn Sản phẩm bảo trợ có hiệu lực, Bảo Việt Nhân thọ sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế trừ đi khoản Đồng chi trả của Người được bảo hiểm, nhưng không vượt quá Giới hạn bảo hiểm tối đa và Giới hạn phụ của từng quyền lợi quy định tại Bảng chi tiết Quyền lợi bảo hiểm.

Trong Bảng chi tiết Quyền lợi bảo hiểm dưới đây, “năm” được hiểu là Năm hợp đồng.

6.1. Quyền lợi Điều trị Nội trú

Chương trình	Bạc	Vàng	Bạch Kim	Kim Cương
Giới hạn bảo hiểm tối đa cho Quyền lợi Điều trị Nội trú	150.000.000 đồng/năm	250.000.000 đồng/năm	500.000.000 đồng/năm	1.000.000.000 đồng/năm
Đồng chi trả Quyền lợi Điều trị Nội trú	Người được bảo hiểm tự chi trả: 0% Chi phí y tế thực tế.			

Các Giới hạn phụ như sau:				
I. Chi phí Điều trị Nội trú <i>(giới hạn cho mỗi Đợt điều trị, không bao gồm Thai sản)</i>	60.000.000 đồng/đợt	100.000.000 đồng/đợt	200.000.000 đồng/đợt	400.000.000 đồng/đợt
Giới hạn phụ trong Phần I	Được chi trả theo Giới hạn phụ của từng mục từ Mục 1 đến Mục 8 dưới đây			
1. Chi phí Phòng và Giường <i>Tối đa 60 ngày/năm</i>	750.000 đồng/ngày	1.250.000 đồng/ngày	2.500.000 đồng/ngày	5.000.000 đồng/ngày
2. Chi phí Phòng và Giường ở Khoa Hồi sức tích cực (ICU) <i>Tối đa 30 ngày/năm</i>	1.500.000 đồng/ngày	2.500.000 đồng/ngày	5.000.000 đồng/ngày	10.000.000 đồng/ngày
3. Chi phí Phẫu thuật	24.000.000 đồng/đợt	40.000.000 đồng/đợt	75.000.000 đồng/đợt	150.000.000 đồng/đợt
4. Chi phí Điều trị trước khi nhập viện	3.000.000 đồng/đợt	5.000.000 đồng/đợt	8.000.000 đồng/đợt	10.000.000 đồng/đợt
5. Chi phí Điều trị sau khi xuất viện	3.000.000 đồng/đợt	5.000.000 đồng/đợt	8.000.000 đồng/đợt	10.000.000 đồng/đợt
6. Chi phí Giường dành cho người chăm sóc <i>Tối đa 30 ngày/năm</i>	300.000 đồng/ngày	500.000 đồng/ngày	700.000 đồng/ngày	1.000.000 đồng/ngày
7. Chi phí y tế nội trú khác	Theo giới hạn tối đa của Phần I	Theo giới hạn tối đa của Phần I	Theo giới hạn tối đa của Phần I	Theo giới hạn tối đa của Phần I
8. Chi phí Điều trị Nội trú tổn thương răng do Tai nạn	1.500.000 đồng/năm	2.000.000 đồng/năm	4.000.000 đồng/năm	6.000.000 đồng/năm

II. Quyền lợi Điều trị ung thư				
Quyền lợi Điều trị ung thư chỉ được bảo hiểm đến hết tuổi 65.				
1. Chi phí Điều trị Nội trú	Chi phí Điều trị Nội trú cho ung thư được áp dụng và tính chung trong giới hạn của Phần I và Giới hạn phụ của từng mục (trừ Mục 8) trong Phần I nêu trên.			
2. Chi phí điều trị ung thư (xạ trị, hóa trị, liệu pháp trúng đích)	Theo giới hạn tối đa của Phần A.			
III. Quyền lợi Cấy ghép nội tạng				
1. Chi phí cho người nhận tạng (là Người được bảo hiểm)				
a) Chi phí Điều trị Nội trú	Được áp dụng và tính chung trong giới hạn của Phần I và Giới hạn phụ của từng mục (trừ Mục 3 và Mục 8) trong Phần I nêu trên.			
b) Chi phí Phẫu thuật	150.000.000 đồng/lần ghép	250.000.000 đồng/lần ghép	500.000.000 đồng/lần ghép	1.000.000.000 đồng/lần ghép
2. Chi phí cho người hiến tạng (Chi phí Phẫu thuật)	25.000.000 đồng/lần ghép			
IV. Quyền lợi Điều trị Ngoại trú đặc biệt				
1. Chi phí chạy thận nhân tạo định kỳ	5.000.000 đồng/năm	10.000.000 đồng/năm	15.000.000 đồng/năm	20.000.000 đồng/năm
2. Chi phí xe cứu thương	1.500.000 đồng/năm	2.000.000 đồng/năm	4.000.000 đồng/năm	6.000.000 đồng/năm
3. Chi phí Điều trị trong ngày tại khoa cấp cứu (bao gồm cả Điều trị Nha khoa)	1.500.000 đồng/năm	2.000.000 đồng/năm	4.000.000 đồng/năm	6.000.000 đồng/năm

trong ngày do Tai nạn)				
4. Chi phí Phẫu thuật trong ngày	2.500.000 đồng/năm	4.000.000 đồng/năm	6.000.000 đồng/năm	8.000.000 đồng/năm
V. Quyền lợi Thai sản				
Quyền lợi Thai sản chỉ áp dụng với Người được bảo hiểm là nữ trong độ tuổi từ 18 đến 45 tại thời điểm sinh con hoặc xảy ra Biến chứng thai sản.				
Giới hạn bảo hiểm tối đa cho Quyền lợi Thai sản	Không áp dụng	15.000.000 đồng/năm	30.000.000 đồng/năm	50.000.000 đồng/năm
<i>Giới hạn phụ trong Phần V</i>	Chi phí sinh thường, Chi phí sinh mổ, chi phí điều trị Biến chứng thai sản được chi trả riêng theo Giới hạn phụ của từng mục dưới đây, không áp dụng theo Phần I đến Phần IV phía trên. Mục 4 và Mục 5 dưới đây được tính chung trong giới hạn của Mục 1, 2, 3.			
1. Chi phí sinh thường	Không áp dụng	10.000.000 đồng/lần	20.000.000 đồng/lần	30.000.000 đồng/lần
2. Chi phí sinh mổ		15.000.000 đồng/lần	30.000.000 đồng/lần	50.000.000 đồng/lần
3. Chi phí điều trị Biến chứng thai sản		15.000.000 đồng/năm	30.000.000 đồng/năm	50.000.000 đồng/năm
4. Chi phí Phòng và Giường <i>Tối đa 30 ngày/năm cho tổng Quyền lợi Thai sản</i>		1.250.000 đồng/ngày	2.500.000 đồng/ngày	5.000.000 đồng/ngày
5. Chi phí Phòng và Giường tại Khoa Hồi sức tích cực (ICU) <i>Tối đa 15 ngày/năm cho tổng Quyền lợi Thai sản</i>		2.500.000 đồng/ngày	5.000.000 đồng/ngày	10.000.000 đồng/ngày

6.2. Quyền lợi Điều trị Ngoại trú

Chương trình	Bạc	Vàng	Bạch Kim	Kim Cương
Giới hạn bảo hiểm tối đa cho Quyền lợi Điều trị Ngoại trú	Không áp dụng	10.000.000 đồng/năm	20.000.000 đồng/năm	40.000.000 đồng/năm
Đồng chi trả Quyền lợi Điều trị Ngoại trú	Người được bảo hiểm tự chi trả: 20% Chi phí y tế thực tế.			
Các Giới hạn phụ như sau:				
I. Giới hạn cho mỗi lần khám, điều trị Bao gồm: - Khám bệnh; - Thuốc điều trị; - Các kỹ thuật chẩn đoán; - Chi phí Điều trị trong ngày (<i>không bao gồm Vật lý trị liệu, điều trị ung thư trong ngày, chạy thận nhân tạo trong ngày, Điều trị trong ngày tại khoa Cấp cứu</i>).	Không áp dụng	1.000.000 đồng/lần	2.000.000 đồng/lần	4.000.000 đồng/lần
	Giới hạn: 10 lần khám/năm.			
II. Vật lý trị liệu (01 đợt/năm)	Không áp dụng	1.000.000 đồng/năm	2.000.000 đồng/năm	4.000.000 đồng/năm

6.3. Quyền lợi Điều trị Nha khoa

Chương trình bảo hiểm	Bạc	Vàng	Bạch Kim	Kim Cương
Giới hạn bảo hiểm tối đa cho Quyền lợi Điều trị Nha khoa	Không áp dụng	3.000.000 đồng/năm	5.000.000 đồng/năm	10.000.000 đồng/năm
Đồng chi trả Quyền lợi Điều trị Nha khoa	Người được bảo hiểm tự chi trả: 20% Chi phí y tế thực tế.			
Các Giới hạn phụ như sau:				
I. Điều trị Nha khoa	Không áp dụng	1.000.000 đồng/lần	2.000.000 đồng/lần	3.000.000 đồng/lần
II. Lấy cao răng (01 lần/năm)	Không áp dụng	500.000 đồng/lần	700.000 đồng/lần	1.000.000 đồng/lần

Điều 7. Quyền lợi giảm phí khi không có yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

7.1. Trong khoảng thời gian một năm liên trước thời điểm xem xét hoặc đối với năm tham gia đầu tiên là khoảng thời gian từ khi Sản phẩm bảo trợ có hiệu lực đến thời điểm xem xét, nếu không phát sinh bất kỳ yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm nào theo Sản phẩm bảo trợ này, Bên mua bảo hiểm sẽ được giảm phí cho một năm tái tục tiếp theo.

Tỉ lệ giảm phí bảo hiểm tái tục cho từng Quyền lợi bảo hiểm nêu tại Khoản 6.1, 6.2, 6.3 Điều 6 như sau:

Điều kiện xét giảm phí	Tỉ lệ giảm phí (% phí bảo hiểm của Quyền lợi bảo hiểm nêu tại Khoản 6.1, 6.2, 6.3 Điều 6 cho một năm tái tục tiếp theo)
Không phát sinh yêu cầu chi trả theo Quyền lợi điều trị tương ứng trong 01 năm tham gia liên trước thời điểm xem xét	5%

Không phát sinh yêu cầu chi trả theo Quyền lợi điều trị tương ứng trong 02 năm tham gia liên tục liền trước thời điểm xem xét	10%
Không phát sinh yêu cầu chi trả theo Quyền lợi điều trị tương ứng trong 03 năm tham gia liên tục liền trước thời điểm xem xét	15%

7.2. Thời điểm xem xét là ngày Bảo Việt Nhân thọ đánh giá việc tái tục Sản phẩm bảo trợ này.

Riêng đối với năm đầu tiên tham gia, khoảng thời gian xét giảm phí là từ khi Quyền lợi bảo hiểm tương ứng có hiệu lực đến thời điểm xem xét.

Tại mỗi lần xem xét, Bảo Việt Nhân thọ chỉ áp dụng tỷ lệ giảm phí theo tỷ lệ cao nhất được hưởng với từng Quyền lợi bảo hiểm, không áp dụng cộng dồn các tỷ lệ giảm phí.

Điều 8. Nguyên tắc trả Quyền lợi bảo hiểm

8.1. Bảo Việt Nhân thọ không trả quyền lợi nêu tại Điều 6 nếu sự kiện bảo hiểm phát sinh đối với Người được bảo hiểm trong Thời gian chờ sau đây:

- Quyền lợi Điều trị Nội trú, Quyền lợi Điều trị Ngoại trú (trừ Bệnh đặc biệt, ung thư, cấy ghép nội tạng): 30 ngày;
- Quyền lợi Điều trị Nội trú, Quyền lợi Điều trị Ngoại trú với Bệnh đặc biệt, ung thư, cấy ghép nội tạng: 90 ngày;
- Quyền lợi Điều trị Nha khoa: 30 ngày;
- Quyền lợi Thai sản: 270 ngày;
- Với các sự kiện bảo hiểm do Tai nạn: không áp dụng Thời gian chờ.

8.2. Tại mỗi thời điểm, Bảo Việt Nhân thọ chỉ chấp nhận bảo hiểm cho một Sản phẩm bảo trợ này với mỗi Người được bảo hiểm. Nếu tại bất kỳ thời điểm nào Người được bảo hiểm có từ hai Hợp đồng có Sản phẩm bảo trợ này trở lên đang còn hiệu lực tại Bảo Việt Nhân thọ thì Bảo Việt Nhân thọ chỉ công nhận và chấp nhận bảo hiểm cho một Sản phẩm bảo trợ phát sinh hiệu lực đầu tiên trong số những Sản phẩm bảo trợ đó. Bảo Việt Nhân thọ sẽ hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm phí bảo hiểm đã đóng (không có lãi) trừ đi Quyền lợi bảo hiểm đã trả đối với những Sản phẩm bảo trợ không được bảo hiểm.

Điều 9. Người nhận quyền lợi bảo hiểm

Quyền lợi bảo hiểm quy định tại Điều 6 được trả theo thứ tự ưu tiên sau:

- a) Người được bảo hiểm;
- b) Người thụ hưởng của Sản phẩm chính, trong trường hợp Người được bảo hiểm đã tử vong;
- c) Bên mua bảo hiểm, trong trường hợp (i) Người được bảo hiểm đã tử vong và (ii) không có hoặc không tồn tại Người thụ hưởng được chỉ định của Sản phẩm chính hoặc không còn Người thụ hưởng được chỉ định của Sản phẩm chính còn sống tại thời điểm Người được bảo hiểm tử vong;
- d) Người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm, nếu Bên mua bảo hiểm là cá nhân tử vong và không có Bên mua bảo hiểm mới;
- e) Người thừa kế hợp pháp của Người được bảo hiểm, nếu Bên mua bảo hiểm là tổ chức chấm dứt hoạt động và không có Bên mua bảo hiểm mới.

Điều 10. Loại trừ trách nhiệm bảo hiểm

Bảo Việt Nhân thọ không trả các Quyền lợi bảo hiểm quy định tại Điều 6 khi xảy ra rủi ro với Người được bảo hiểm trong các trường hợp sau đây:

- 10.1. Người được bảo hiểm có hành vi tự tử, tự gây thương tích, cho dù đang ở trong bất kỳ trạng thái tinh thần nào hoặc cố ý không thực hiện những hành động cần thiết nhằm tránh sự kiện rủi ro xảy ra;
- 10.2. Người được bảo hiểm tham gia: các hoạt động thể thao, giải trí nguy hiểm như: nhảy dù, nhào lộn trên không, leo núi, đua xe ô tô, mô tô, xe đạp, đua ngựa, săn bắn, đấm bốc, lặn, nhảy bungee và các hoạt động thể thao, giải trí nguy hiểm tương tự khác;
- 10.3. Người được bảo hiểm bị cơ quan Nhà nước có thẩm quyền kết luận thực hiện hoặc tham gia thực hiện các hành vi phạm tội hoặc các hành vi vi phạm pháp luật khác, ngoại trừ các hành vi vi phạm pháp luật do vô ý;
- 10.4. Người được bảo hiểm sử dụng rượu, bia, ma túy, thuốc gây nghiện hoặc các chất kích thích khác vi phạm quy định của pháp luật;
- 10.5. 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; đình công, biểu tình;
- 10.6. Các bệnh lây truyền qua đường tình dục; tình trạng nhiễm HIV, bị AIDS (Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải), hay các bệnh có liên quan đến HIV, AIDS, trừ trường hợp Người được bảo hiểm là công an nhân dân, quân đội nhân dân, lực lượng chức năng có thẩm quyền, đội ngũ chăm sóc y tế nhiễm HIV/AIDS khi đang làm nhiệm vụ theo quy định pháp luật;

- 10.7. Các Bệnh có sẵn, Thương tật có sẵn; Di tật bẩm sinh, Bệnh bẩm sinh, Bệnh di truyền trừ trường hợp Bảo Việt Nhân thọ đã biết và chấp nhận bảo hiểm;
- 10.8. Điều trị liên quan đến chứng nghiện hoặc lạm dụng thuốc, thuốc lá, rượu hoặc bất kì chất gây nghiện, chất kích thích thần kinh nào;
- 10.9. Thăm khám, điều trị, phẫu thuật, nằm viện liên quan trực tiếp hoặc gián tiếp đến các biện pháp tránh thai, triệt sản, sảy thai, nạo thai, phá thai và điều trị trước, sau khi sinh đẻ (trừ trường hợp phá thai thuộc phạm vi bảo hiểm tại quyền lợi Biến chứng thai sản), điều trị vô sinh, hiếm muộn, bất lực, thụ tinh nhân tạo, thụ tinh trong ống nghiệm, thụ tinh trong tử cung (IUI, IVF...);
- 10.10. Thực hiện tạo hình, chỉnh hình (trừ trường hợp tổn thương gây ra bởi Tai nạn và việc phẫu thuật chỉnh hình đó là cần thiết để khôi phục lại chức năng ban đầu của cơ quan bị tổn thương); làm chân tay giả, mắt giả, răng giả; phẫu thuật thẩm mỹ, điều trị liên quan đến việc thẩm mỹ, làm đẹp, các biến chứng của việc phẫu thuật và điều trị này; các điều trị liên quan đến da như viêm nang lông (trứng cá), nám da, tàn nhang, mụn thịt, nốt ruồi, tăng/giảm/rối loạn sắc tố da; các phẫu thuật tự chọn khác;
- 10.11. Kiểm tra sức khỏe định kỳ, khám giám định y khoa, tiêm chủng Vắc-xin và tiêm các chế phẩm miễn dịch, thực hiện các xét nghiệm tầm soát;
- 10.12. Điều trị nha khoa và phẫu thuật nha khoa do bệnh lý sẽ bị loại trừ đối với Quyền lợi Điều trị Nội trú, Quyền lợi Điều trị Ngoại trú;
- 10.13. 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, phục hồi thính lực;
- 10.14. Các công nghệ, quy trình, liệu pháp điều trị y tế thử nghiệm, điều trị y tế không chính thống; các thuốc điều trị, dược phẩm, liệu pháp tế bào gốc mới chưa được phê chuẩn bởi các cơ quan có thẩm quyền;
- 10.15. Điều trị, phẫu thuật trong trường hợp Người được bảo hiểm hiến, cho mô hay bộ phận cơ thể;
- 10.16. Điều trị, phẫu thuật các bệnh hoặc các nhóm bệnh: tâm thần, rối loạn tâm lý, rối loạn nhân cách, các rối loạn liên quan đến giấc ngủ, trầm cảm, động kinh, tự kỷ, tăng động giảm chú ý, các rối loạn phát triển tâm thần và thể chất, rối loạn giao tiếp, rối loạn hành vi, mất trí, Alzheimer, phong, lao, sốt rét; Suy nhược cơ thể, suy nhược thần kinh, thoái hóa cột sống, thoái hóa đĩa đệm, thoái hóa khớp;
- 10.17. Điều dưỡng, an dưỡng, phục hồi chức năng, Vật lý trị liệu (trừ Vật lý trị liệu thuộc Quyền lợi Điều trị Ngoại trú, nếu có tham gia);

- 10.18. Các phương pháp điều trị không phải Tây y như điều trị bằng phương pháp y học dân tộc, y học cổ truyền, châm cứu hoặc điều trị tại khoa Đông y, khoa Y học cổ truyền, khoa Y dược cổ truyền, khoa Châm cứu của các Cơ sở y tế;
- 10.19. Bất cứ điều trị nào theo yêu cầu của Người được bảo hiểm mà không phải là điều trị cần thiết và hợp lý theo chỉ định của Bác sĩ; điều trị không đáp ứng định nghĩa tại Quy tắc, Điều khoản này; khám, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh không có kết luận chẩn đoán bệnh hoặc kết luận không có bệnh cần điều trị của Bác sĩ;
- 10.20. Điều trị do phơi nhiễm năng lượng hạt nhân, phóng xạ ion hóa hay nhiễm phóng xạ thuộc bất kỳ loại nào, trừ trường hợp Người được bảo hiểm bị phơi nhiễm phóng xạ do sử dụng phương pháp xạ trị trong điều trị ung thư;
- 10.21. Điều trị liên quan đến giảm cân, tăng cân, các chương trình kiểm soát cân nặng hoặc phẫu thuật giảm béo;
- 10.22. Điều trị hoặc phòng ngừa để giảm nhẹ các triệu chứng phổ biến liên quan đến quá trình lão hóa, mãn kinh, tiền mãn kinh hoặc dậy thì sớm; điều trị rối loạn chức năng tình dục; điều trị liên quan đến chuyển đổi giới tính bao gồm phẫu thuật, điều trị thuốc, tâm lý trị liệu và các dịch vụ tương tự;
- 10.23. Các chi phí thuê, mua, bảo dưỡng, sửa chữa, thay thế thiết bị, dụng cụ chỉnh hình, phục hồi chức năng, thiết bị giả, bộ phận giả (như răng giả, chân tay giả, thùy tinh thể nhân tạo...), vật liệu thay thế, vật liệu cấy ghép nhân tạo (như van tim nhân tạo, mạch máu nhân tạo, giá đỡ (stent), xương sụn khớp gân nhân tạo, miếng vá, mảnh ghép, bóng nong, đĩa đệm, máy tạo nhịp tim...), các loại dao phẫu thuật, thiết bị hỗ trợ bên ngoài cơ thể (như nạng, xe lăn, thiết bị trợ thính hoặc thị lực, kính thuốc, máy hỗ trợ tim...), dụng cụ chỉnh hình thẩm mỹ và các thiết bị hỗ trợ điều trị y tế tương tự khác.

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

Điều 11. Thời điểm phát sinh hiệu lực

- 11.1. Trường hợp yêu cầu bảo hiểm cùng lúc với Sản phẩm chính và được chấp nhận bảo hiểm, Sản phẩm bổ trợ sẽ phát sinh hiệu lực cùng lúc với Sản phẩm chính.

- 11.2. Trường hợp yêu cầu bảo hiểm sau khi Sản phẩm chính đã có hiệu lực, Sản phẩm bổ trợ sẽ phát sinh hiệu lực vào ngày Bảo Việt Nhân thọ chấp nhận bảo hiểm theo Sản phẩm bổ trợ này.

Điều 12. Thời hạn bảo hiểm

Thời hạn bảo hiểm của Sản phẩm bổ trợ là một năm kể từ ngày phát sinh hiệu lực theo quy định tại Điều 11 hoặc ngày tái tục Sản phẩm bổ trợ theo quy định tại Khoản 13.1 Điều 13.

Điều 13. Tái tục Sản phẩm bổ trợ

- 13.1. Sản phẩm bổ trợ sẽ được tự động tái tục hàng năm vào ngày tiếp theo ngày kết thúc thời hạn bảo hiểm của Sản phẩm bổ trợ (được gọi là ngày tái tục Sản phẩm bổ trợ) nếu Người được bảo hiểm thỏa mãn điều kiện về độ tuổi được tái tục theo quy định tại Khoản 1.2 Điều 1, trừ các trường hợp sau:

- Bên mua bảo hiểm yêu cầu không tái tục Sản phẩm bổ trợ bằng văn bản trước ngày tái tục; hoặc
- Bảo Việt Nhân thọ thông báo từ chối tái tục hoặc thông báo tái tục có điều kiện ít nhất 30 ngày trước ngày kết thúc thời hạn bảo hiểm.

Khi được tái tục, Bên mua bảo hiểm đóng phí bảo hiểm theo mức phí do Bảo Việt Nhân thọ áp dụng tại thời điểm tái tục. Trường hợp được giảm phí theo quy định tại Điều 7, Bên mua bảo hiểm đóng phí bảo hiểm theo mức phí đã giảm.

- 13.2. Bảo Việt Nhân thọ có quyền từ chối tái tục Sản phẩm bổ trợ này và sẽ thông báo cho Bên mua bảo hiểm bằng văn bản trước ngày kết thúc thời hạn bảo hiểm của Sản phẩm bổ trợ.

Điều 14. Chấp nhận, tái tục, khôi phục bảo hiểm có điều kiện

Trong trường hợp chấp nhận bảo hiểm hoặc chấp nhận tái tục bảo hiểm hoặc chấp nhận khôi phục bảo hiểm với những điều kiện và thỏa thuận đặc biệt phù hợp với quy định pháp luật, bao gồm: điều chỉnh Chương trình bảo hiểm; điều chỉnh phạm vi loại trừ trách nhiệm bảo hiểm; điều chỉnh phí bảo hiểm, Bảo Việt Nhân thọ sẽ gửi thông báo bằng văn bản tới Bên mua bảo hiểm, trong đó ghi rõ những nội dung này.

Những điều kiện và thỏa thuận đặc biệt được hai bên chấp thuận nêu trên là một phần không thể tách rời của Hợp đồng.

Điều 15. Thay đổi Chương trình bảo hiểm, Quyền lợi bảo hiểm

15.1. Tùy thuộc vào sự chấp thuận và quy định của Bảo Việt Nhân thọ, trong thời gian Sản phẩm bảo trợ có hiệu lực, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu thay đổi Chương trình bảo hiểm, Quyền lợi bảo hiểm bằng cách gửi văn bản cho Bảo Việt Nhân thọ ít nhất 30 ngày trước Ngày tái tục sản phẩm bảo trợ hàng năm.

Nếu được Bảo Việt Nhân thọ chấp thuận, việc thay đổi Chương trình bảo hiểm và/hoặc Quyền lợi bảo hiểm sẽ có hiệu lực từ thời điểm được nêu tại văn bản chấp thuận của Bảo Việt Nhân thọ. Sau khi thay đổi, Quyền lợi bảo hiểm, Phí bảo hiểm và các điều kiện khác sẽ được áp dụng theo Chương trình bảo hiểm, Quyền lợi bảo hiểm mới.

Trường hợp thay đổi sang Chương trình bảo hiểm có Giới hạn bảo hiểm tối đa cao hơn hoặc tham gia bổ sung Quyền lợi bảo hiểm tùy chọn, Thời gian chờ áp dụng cho phần tăng thêm (đối với trường hợp thay đổi sang Chương trình bảo hiểm có Giới hạn bảo hiểm tối đa cao hơn) và Quyền lợi bảo hiểm mới (đối với trường hợp bổ sung Quyền lợi bảo hiểm tùy chọn) được tính từ ngày Bảo Việt Nhân thọ chấp thuận việc thay đổi hoặc tham gia bổ sung.

15.2. Bảo Việt Nhân thọ có thể thay đổi Quyền lợi bảo hiểm và các quy định của Sản phẩm bảo trợ này vào bất kỳ ngày tái tục nào sau khi được Bộ Tài chính chấp thuận. Bảo Việt Nhân thọ sẽ thông báo cho Bên mua bảo hiểm bằng văn bản về sự thay đổi này trước khi áp dụng. Những thay đổi trên cũng sẽ được áp dụng với Sản phẩm bảo trợ có yêu cầu khôi phục hiệu lực.

Nếu Bên mua bảo hiểm không đồng ý với việc thay đổi nêu trên thì Sản phẩm bảo trợ sẽ chấm dứt hiệu lực kể từ ngày kết thúc kỳ phí bảo hiểm cuối cùng đã đóng.

Điều 16. Chấm dứt hiệu lực Sản phẩm bảo trợ

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

- a) Người được bảo hiểm của Sản phẩm bảo trợ tử vong;
- b) Sản phẩm chính đáo hạn hoặc chấm dứt hiệu lực;
- c) Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt Sản phẩm bảo trợ;
- d) Bảo Việt Nhân thọ hoặc Bên mua bảo hiểm từ chối tái tục;
- e) Sau thời gian gia hạn đóng phí theo quy định tại Điều 19;

- f) Người được bảo hiểm không thỏa mãn điều kiện về độ tuổi theo Khoản 1.2 Điều 1;
- g) Sản phẩm chính được miễn phí bảo hiểm;
- h) Thời hạn đóng phí của Sản phẩm chính kết thúc (trừ trường hợp Bảo Việt Nhân thọ có thông báo chấp thuận tiếp tục bảo hiểm theo Sản phẩm bổ trợ);
- i) Sản phẩm chính chuyển sang Số tiền bảo hiểm giảm/Niên kim giảm hoặc tạm ngừng đóng phí bảo hiểm;
- k) Các trường hợp khác theo quy định tại Quy tắc, Điều khoản Sản phẩm chính (nếu có).

Điều 17. Khôi phục hiệu lực Sản phẩm bổ trợ

- 17.1. Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu khôi phục hiệu lực Sản phẩm bổ trợ trong vòng 24 tháng kể từ ngày Sản phẩm bổ trợ chấm dứt hiệu lực, phù hợp với quy định của Bảo Việt Nhân thọ tại thời điểm yêu cầu khôi phục. Bảo Việt Nhân thọ có quyền chấp thuận khôi phục hoặc từ chối yêu cầu khôi phục hiệu lực Sản phẩm bổ trợ này.
- 17.2. Sản phẩm bổ trợ sẽ được khôi phục hiệu lực kể từ ngày Bảo Việt Nhân thọ thông báo bằng văn bản việc chấp thuận khôi phục. Bảo Việt Nhân thọ không chịu trách nhiệm bảo hiểm đối với các rủi ro đã xảy ra với Người được bảo hiểm trong thời gian từ ngày Sản phẩm bổ trợ này chấm dứt hiệu lực đến ngày được khôi phục hiệu lực.

CHƯƠNG IV: PHÍ BẢO HIỂM

Điều 18. Phí bảo hiểm

- 18.1. Trường hợp Sản phẩm chính đóng phí bảo hiểm định kỳ, Sản phẩm bổ trợ sẽ có định kỳ và ngày đến hạn đóng phí bảo hiểm trùng với Sản phẩm chính.
- 18.2. Bảo Việt Nhân thọ có thể thay đổi Biểu phí bảo hiểm của Sản phẩm bổ trợ này vào ngày tái tục sau khi được Bộ Tài chính chấp thuận. Bảo Việt Nhân thọ sẽ thông báo cho Bên mua bảo hiểm ít nhất 30 ngày trước ngày áp dụng mức phí bảo hiểm mới. Mức phí bảo hiểm mới cũng sẽ được áp dụng với Sản phẩm bổ trợ có yêu cầu khôi phục hiệu lực. Nếu Bên mua bảo hiểm

không đồng ý với mức phí bảo hiểm mới thì Sản phẩm hỗ trợ sẽ chấm dứt hiệu lực kể từ ngày kết thúc kỳ phí bảo hiểm cuối cùng đã đóng.

Điều 19. Gia hạn đóng phí bảo hiểm

- 19.1. Trường hợp Bên mua bảo hiểm không đóng phí bảo hiểm theo đúng thời hạn đã thoả thuận, Phí bảo hiểm đến hạn của Sản phẩm hỗ trợ được gia hạn 60 (sáu mươi) ngày kể từ ngày đến hạn đóng phí.
- 19.2. Nếu Bên mua bảo hiểm không đóng Phí bảo hiểm trong thời gian gia hạn đóng phí, Sản phẩm hỗ trợ sẽ tự động chấm dứt hiệu lực theo quy định của Sản phẩm chính. Phí bảo hiểm của Sản phẩm hỗ trợ này sẽ không được khấu trừ từ Giá trị Tài khoản Hợp đồng, kể cả khi Sản phẩm chính có quy định cho phép khấu trừ.
- 19.3. Bên mua bảo hiểm phải đóng toàn bộ phí bảo hiểm còn nợ của Sản phẩm chính và tất cả các Sản phẩm hỗ trợ mua kèm Sản phẩm chính trước khi được Bảo Việt Nhân thọ xem xét chi trả quyền lợi bảo hiểm cho sự kiện bảo hiểm xảy ra trong thời gian gia hạn đóng phí của Sản phẩm hỗ trợ này. Bảo Việt Nhân thọ có quyền khấu trừ phí bảo hiểm đến hạn chưa thanh toán nêu trên khi chi trả Quyền lợi bảo hiểm cho sự kiện bảo hiểm xảy ra trong thời gian gia hạn đóng phí.

CHƯƠNG V: THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Điều 20. Thời hạn 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 một năm kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm. Thời gian một năm này không bao gồm thời gian trì hoãn do sự kiện bất khả kháng hoặc các trở ngại khách quan.

Điều 21. Thời hạn giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Bảo Việt Nhân thọ có trách nhiệm giải quyết quyền lợi bảo hiểm trong vòng 30 ngày kể từ ngày nhận được hồ sơ đầy đủ và hợp lệ.

Điều 22. Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

22.1. Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm hợp lệ theo quy định của Bảo Việt Nhân thọ sẽ bao gồm những giấy tờ sau:

- Giấy yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm;
- Hồ sơ tai nạn do cơ quan có thẩm quyền cấp hoặc xác nhận (bản chính hoặc bản sao);
- Bảng chứng y tế (bản chính hoặc bản sao) bao gồm:
 - + Hồ sơ bệnh án (bao gồm cả sổ khám bệnh và các chứng từ y tế liên quan đến việc khám, kết quả cận lâm sàng, chẩn đoán và điều trị được cấp bởi các Cơ sở y tế);
 - + Giấy ra viện;
 - + Giấy chứng nhận Phẫu thuật trong trường hợp có phẫu thuật;
 - + Đơn thuốc.
- Chứng từ thanh toán bao gồm:
 - + Bản chính hóa đơn tài chính, biên lai, phiếu thu;
 - + Bản chính của bảng kê chi tiết viện phí.
- Giấy tờ tùy thân hợp pháp của người nhận quyền lợi bảo hiểm (Chứng minh nhân dân, Thẻ Căn cước công dân, Hộ chiếu...) (bản sao);
- Giấy tờ hợp pháp chứng minh quyền được nhận quyền lợi bảo hiểm (bản chính hoặc bản sao, tùy theo từng trường hợp);
- 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.
- Trường hợp Người được bảo hiểm đã được các đơn vị bảo hiểm khác, bao gồm bảo hiểm y tế nhà nước và công ty bảo hiểm khác, chi trả một phần quyền lợi bảo hiểm, Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm cần cung cấp cho Bảo Việt Nhân thọ bản sao các chứng từ y tế và hóa đơn được chứng thực hợp pháp kèm theo văn bản xác nhận từ các đơn vị bảo hiểm đã chi trả trước đó về các quyền lợi bảo hiểm đã được chi trả.

22.2. Bản sao nêu tại Khoản 22.1 phải là bản sao được chứng thực hợp pháp hoặc được xác nhận bởi cơ quan ban hành văn bản đó, trừ trường hợp đặc biệt được Bảo Việt Nhân thọ chấp thuận.

22.3. Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm chịu các chi phí để thu thập và cung cấp các giấy tờ, bằng chứng nêu tại Khoản 22.1.

- 22.4. Trường hợp Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm kê khai không trung thực thông tin về quyền lợi bảo hiểm đã được chi trả bởi các đơn vị bảo hiểm khác trước đó, Bảo Việt Nhân thọ có quyền đối trừ, thu hồi các khoản Bảo Việt Nhân thọ đã chi trả dựa trên thông tin kê khai không trung thực.