

**QUY TẮC ĐIỀU KHOẢN**  
**SẢN PHẨM BỔ TRỢ**  
**BẢO HIỂM HỖ TRỢ NĂM VIỆN - 2**

*(Được phê chuẩn theo công văn số: 8550 /BTC-QLBH của Bộ Tài chính ngày 02/07/2010)*

Đây là Quy tắc điều khoản của Sản phẩm bổ trợ bảo hiểm hỗ trợ năm viện - 2 (sau đây gọi tắt là “Quy tắc điều khoản”) dành cho những khách hàng có yêu cầu bổ sung thêm Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ Bảo hiểm hỗ trợ năm viện vào Hợp đồng bảo hiểm chính. Xin vui lòng kiểm tra và đọc kỹ để chắc chắn rằng Quý khách hàng đã hiểu toàn bộ các nội dung được quy định trong Quy tắc điều khoản này. Chúng tôi rất vui lòng được giải đáp mọi nội dung của Quy tắc điều khoản này với Quý khách hàng. Xin lưu ý, việc Quý khách hàng ký vào Giấy yêu cầu bảo hiểm là bằng chứng xác nhận việc Quý khách hàng đã hiểu rõ tất cả các nội dung được quy định trong Quy tắc điều khoản này.

**Cam kết dịch vụ của chúng tôi**

Chúng tôi mong muốn được cung cấp các dịch vụ có tiêu chuẩn chất lượng cao và giải quyết mọi khiếu nại phát sinh một cách trung thực, công bằng và nhanh chóng.

## MỤC LỤC

Điều 1.	Các định nghĩa.....	3
Điều 2.	Quy định chung.....	6
Điều 3.	Điều kiện của Người được bảo hiểm.....	7
Điều 4.	Quyền lợi bảo hiểm.....	8
Điều 5.	Điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm.....	8
Điều 6.	Phí bảo hiểm và phương thức đóng phí.....	9
Điều 7.	Những thay đổi liên quan đến việc tham gia bảo hiểm.....	10
Điều 8.	Chấm dứt và tái tục Hợp đồng bảo hiểm hỗ trợ.....	11
Điều 9.	Giải quyết quyền lợi bảo hiểm.....	12
Điều 10.	Địa điểm và phương thức thanh toán.....	13
Điều 11.	Giải quyết tranh chấp.....	13

## **Điều 1. Các định nghĩa**

- 1.1. “**Công ty**” là Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ Prévoir Việt Nam, có trụ sở tại tầng 9, Tòa nhà Mặt trời Sông Hồng, 23 Phan Chu Trinh, Hà Nội, có Giấy phép thành lập và hoạt động số 31 GP/KDBH do Bộ Tài chính cấp ngày 17/03/2005.
- 1.2. “**Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ**” là toàn bộ các giao kết về các quyền lợi và trách nhiệm bảo hiểm giữa Công ty và Bên mua bảo hiểm. Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ bao gồm nhưng không giới hạn bởi Giấy yêu cầu bảo hiểm, Giấy chứng nhận bảo hiểm, Bản câu hỏi kiểm tra sức khỏe, Quy tắc điều khoản này và các tài liệu sửa đổi bổ sung có liên quan khác hoặc các tài liệu khác do Công ty và Bên mua bảo hiểm thỏa thuận.
- 1.3. “**Hợp đồng bảo hiểm chính**” là hợp đồng bảo hiểm đã được Công ty giao kết với Bên mua bảo hiểm mà sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này được bán kèm và được ghi nhận trong Giấy chứng nhận bảo hiểm và/hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm sửa đổi.
- 1.4. “**Giấy yêu cầu bảo hiểm**” là giấy yêu cầu bao gồm tất cả các thông tin có liên quan đến việc yêu cầu bảo hiểm, trong đó thể hiện sự đồng ý của Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm về các điều kiện và điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ.
- 1.5. “**Giấy chứng nhận bảo hiểm**” hoặc “**Giấy chứng nhận bảo hiểm sửa đổi**” là tài liệu xác định thông tin chi tiết của Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ và là một bộ phận không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ.
- 1.6. “**Bên mua bảo hiểm**” là Bên mua bảo hiểm trong Hợp đồng bảo hiểm chính, đồng thời là người ký tên trên Giấy yêu cầu bảo hiểm và nộp phí bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ.  
**Bên mua bảo hiểm** có thể đồng thời là Người được bảo hiểm.
- 1.7. “**Người được bảo hiểm**” là Người được bảo hiểm trong Hợp đồng bảo hiểm chính.  
Người được bảo hiểm và các thông tin chi tiết về Người được bảo hiểm được ghi nhận trong Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- 1.8. “**Tuổi**” của Người được bảo hiểm là tuổi tính theo ngày sinh nhật liền trước ngày Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ bắt đầu có hiệu lực hoặc bất kỳ Ngày đáo hạn (Ngày tái tục) nào.
- 1.9. “**Người thụ hưởng**” là Người được bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ hoặc người thụ hưởng của Hợp đồng bảo hiểm chính trong trường hợp Người được bảo hiểm chết.
- 1.10. “**Số tiền bảo hiểm**” là số tiền được xác định để chi trả cho một Ngày nằm viện của Người được bảo hiểm theo quy định tương ứng tại Điều 4 của Quy tắc điều khoản này. Số tiền bảo hiểm được ghi nhận trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc thông báo chấp nhận bảo hiểm.

- 1.11. “**Ngày hiệu lực**” là ngày Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ bắt đầu có hiệu lực, do Bên mua bảo hiểm và Công ty thỏa thuận, được ghi nhận trong Giấy chứng nhận bảo hiểm, với điều kiện Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm còn sống vào thời điểm hồ sơ yêu cầu bảo hiểm được Công ty chấp nhận. Ngày hiệu lực sẽ là “**Ngày tái tục**” nếu Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ được tái tục..
- 1.12. “**Ngày hợp đồng bắt đầu có hiệu lực**” là Ngày hiệu lực đầu tiên của Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ.
- 1.13. “**Ngày đáo hạn**” là ngày Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ đáo hạn. Ngày đáo hạn sẽ được xác định là “**Ngày tái tục**” nếu Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ được tái tục.
- 1.14. “**Thời hạn hiệu lực**” là khoảng thời gian được tính từ Ngày hiệu lực đến Ngày chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ. Trong mọi trường hợp, Người được bảo hiểm chỉ được bảo hiểm theo Quy tắc điều khoản này trong Thời hạn hiệu lực.
- 1.15. “**Ngày đến hạn đóng phí**” là ngày Bên mua bảo hiểm phải đóng Phí bảo hiểm theo thỏa thuận với Công ty và được ghi nhận trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc theo quy định tại Quy tắc điều khoản này. Trong trường hợp Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ được tái tục, **Ngày đến hạn đóng phí** sẽ là Ngày tái tục.
- 1.16. “**Phí bảo hiểm**” là khoản tiền mà Bên mua bảo hiểm phải trả cho Công ty theo Quy tắc điều khoản này.
- 1.17. “**Sự kiện bảo hiểm**” là sự kiện Người được bảo hiểm Nằm viện trong Thời hạn hiệu lực.
- 1.18. “**Bệnh tật**” là tình trạng sức khỏe giảm sút bất ngờ, không dự báo trước được của Người được bảo hiểm dẫn đến tình trạng cần thiết phải Nằm viện để điều trị hoặc phẫu thuật nhằm phục hồi sức khỏe theo chẩn đoán điều trị của một Bác sỹ hành nghề hợp pháp.
- 1.19. “**Bệnh viện**” là một bệnh viện hoặc một cơ sở y tế được thành lập và hoạt động hợp pháp tại Việt Nam, nằm trong danh sách bệnh viện được Công ty chấp thuận tại thời điểm giao kết hoặc tái tục Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ, có chức năng chăm sóc, điều trị sức khỏe, điều trị nội trú cho bệnh nhân, có bệnh án và hồ sơ bệnh án được lưu trữ theo quy định của pháp luật. Danh sách bệnh viện được đính kèm Giấy chứng nhận bảo hiểm và văn bản chấp thuận tái tục Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ (nếu có sự thay đổi).
- 1.20. “**Tai nạn**” là một sự kiện hoặc một chuỗi các sự kiện không bị gián đoạn có liên quan đến sự tác động bất ngờ của một vật chất hoặc một lực bên ngoài, ngoài ý muốn chủ quan của Người được bảo hiểm, lên cơ thể của Người được bảo hiểm và là nguyên nhân trực tiếp làm ảnh hưởng đến sức khỏe của Người được bảo hiểm và là nguyên nhân duy nhất và trực tiếp dẫn đến việc Người được bảo hiểm phải Nằm viện để điều trị, ngoại trừ bất kỳ quá trình nào xảy ra do bệnh tật, tuổi tác hoặc sự thoái hóa.

Tai nạn cũng bao gồm trường hợp Người được bảo hiểm có hành động cứu người, cứu tài sản của nhà nước, của nhân dân hoặc tham gia phòng chống các hành động phạm pháp.

- 1.21. “**Nằm viện**” là việc Người được bảo hiểm nhập viện làm bệnh nhân nội trú tại Bệnh viện trong Thời hạn hiệu lực để điều trị y tế khi bị Bệnh tật hoặc bị Tai nạn theo chỉ định của một Bác sỹ hành nghề hợp pháp. Việc nằm viện của Người được bảo hiểm phải diễn ra liên tục và không bị gián đoạn trong suốt thời gian Nằm viện, có bệnh án được lập và biên lai viện phí / giấy xuất viện của Bệnh viện.
- 1.22. “**Ngày nằm viện**” là một ngày Nằm viện với thời gian ở tại bệnh viện liên tục đủ 24 giờ và viện phí, tiền phòng cho một ngày nằm viện được trả đầy đủ cho Bệnh viện theo quy định của Bệnh viện đó.
- 1.23. “**Bệnh loại trừ**” gồm các loại bệnh: Bệnh mãn tính, Bệnh di truyền, Bệnh bẩm sinh, Bệnh có sẵn.
- 1.24. “**Bệnh mãn tính**” hoặc còn gọi là “**Bệnh mạn tính**”, là các bệnh không thể chữa khỏi mà chỉ có thể kiểm soát bằng cách và/hoặc theo phương pháp trị liệu suốt đời. Việc xác định Bệnh mãn tính phải do Bác sỹ hành nghề hợp pháp thực hiện.
- 1.25. “**Bệnh di truyền**” là bất kỳ bệnh nào xuất hiện ở những người có cùng huyết thống hay là sự chuyển những bệnh lý của bố, mẹ cho con cái thông qua gen của bố, mẹ và/hoặc được truyền từ đời này sang đời khác, từ thế hệ này sang thế hệ khác trong những người có cùng huyết thống. Việc xác định Bệnh di truyền phải do Bác sỹ hành nghề hợp pháp thực hiện.
- 1.26. “**Bệnh bẩm sinh**” là bất kỳ bệnh nào được hình thành trên thai nhi trong quá trình mang thai của người mẹ dưới tác động của yếu tố môi trường lên sự phát triển của thai nhi và có thể được cơ quan y tế mô tả dưới nhiều tên gọi khác nhau như “bệnh bẩm sinh”, “dị tật bẩm sinh”, “khuyết tật bẩm sinh”. Việc xác định Bệnh bẩm sinh phải do Bác sỹ hành nghề hợp pháp thực hiện.
- 1.27. “**Bệnh có sẵn**” là thương tật, bệnh lý hoặc triệu chứng mà Người được bảo hiểm đã bị trước khi Hợp đồng bảo hiểm bắt đầu có hiệu lực lần đầu tiên, cho dù Người được bảo hiểm biết hoặc không biết về tình trạng thương tật, bệnh lý, triệu chứng đó.
- 1.28. “**Điều trị loại trừ**” là việc Người được bảo hiểm Nằm viện để thực hiện các điều trị hoặc phẫu thuật sau đây:
- (a) Điều trị nha khoa, điều trị da liễu (trừ trường hợp Nằm viện do tai nạn);
  - (b) Điều trị các tật khúc xạ mắt, kiểm tra thị lực, thử kính, điều trị các bệnh lý liên quan đến việc sử dụng kính áp tròng, điều trị mắt lác bằng bất kỳ phương pháp nào; trợ thính hoặc phục hồi thính lực (trừ trường hợp Nằm viện do tai nạn);
  - (c) Điều trị về thai sản bao gồm mang thai, sinh đẻ, mổ đẻ, sảy thai, nạo thai, điều trị trước và/hoặc sau khi sinh đẻ (trừ trường hợp Nằm viện điều trị thai sản do tai nạn) hay bất kỳ bệnh tật ốm đau nào hoặc tổn thương liên quan đến hoặc do thai sản gây ra, thực hiện các thủ thuật nhằm mục đích điều trị

vô sinh, thụ tinh nhân tạo, thụ tinh trong ống nghiệm, thụ tinh trong tử cung, thực hiện các biện pháp kế hoạch hóa gia đình;

- (d) Điều trị tâm thần, suy nhược cơ thể, rối loạn tâm lý, suy nhược thần kinh, thiếu năng trí tuệ, mất trí, thoái hóa cột sống, thần kinh tọa, gai đôi cột sống;
- (e) Hiến, cho, cấy ghép tạng, chuyển đổi giới tính;
- (f) Điều trị bệnh phong, bệnh lao, bệnh sốt rét, bệnh lây truyền qua đường tình dục, bệnh nghề nghiệp (“bệnh nghề nghiệp” được xác định theo các quy định của Bộ Y tế và Bộ Lao động - Thương Binh và Xã hội);
- (g) Điều trị các bệnh như: Bệnh liên quan đến ung thư, Khối u (“Khối u” là hiện tượng một số tế bào vượt ra ngoài sự kiểm soát của cơ thể, tăng trưởng khi không cần thiết, tạo nên một khối tế bào thừa, không có chức năng gì đối với cơ thể), bệnh tim mạch (phẫu thuật động mạch vành, nhồi máu cơ tim, phẫu thuật van tim, phẫu thuật động mạch chủ), tai biến mạch máu não, suy thận, parkinson, alzheimer, huyết áp, đái tháo đường, viêm gan;
- (h) Điều dưỡng, an dưỡng, dưỡng lão, cai nghiện;
- (i) Điều trị bằng các phương pháp y học dân tộc;

1.29. **“Phẫu thuật theo yêu cầu”** là (các) thủ thuật, phẫu thuật y tế có liên quan đến sức khỏe và sinh mạng của Người được bảo hiểm, được thực hiện hoàn toàn theo mong muốn riêng của Người được bảo hiểm nhằm đáp ứng một nhu cầu nào đó của Người được bảo hiểm, không phải nhằm mục đích chữa khỏi Bệnh tật để phục hồi sức khỏe (như phẫu thuật thẩm mỹ, kế hoạch hóa gia đình), không phải do chỉ định độc lập của Bác sỹ hành nghề hợp pháp mà là phẫu thuật được lựa chọn từ sự thỏa thuận giữa bác sỹ với Người được bảo hiểm theo yêu cầu của Người được bảo hiểm.

1.30. **“Bác sỹ hành nghề hợp pháp”** là bác sỹ được phép hành nghề điều trị bệnh hoặc thực hiện phẫu thuật theo quy định của pháp luật, có giấy phép, bằng cấp chuyên môn phù hợp với nội dung điều trị hoặc phẫu thuật.

1.31. **“Hợp lý và cần thiết về mặt y khoa”** là việc điều trị hoặc phẫu thuật y tế đúng với chẩn đoán của bệnh lý buộc Người được bảo hiểm cần thiết phải nhập viện nhằm mục đích chữa khỏi bệnh để phục hồi sức khỏe, đồng thời việc điều trị hay phẫu thuật đó phải phù hợp với tình trạng bệnh lý thực tế của Người được bảo hiểm và việc điều trị hoặc phẫu thuật đó cũng đang được áp dụng cho những người có tình trạng bệnh lý tương tự tại thời điểm Người được bảo hiểm phải nhập viện.

1.32. **“Điều”** là các điều, khoản, mục tương ứng của Quy tắc điều khoản này.

**Điều 2. Quy định chung**

- 2.1. Quy tắc điều khoản này quy định các điều kiện và điều khoản bảo hiểm giữa chúng tôi, CÔNG TY TNHH BẢO HIỂM NHÂN THỌ PRÉVOIR VIỆT NAM, và Bên mua bảo hiểm được ghi tên trong Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ.
- 2.2. Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ có thời hạn 1 (một) năm kể từ Ngày hiệu lực. Tùy thuộc vào việc tái tục được quy định trong Quy tắc điều khoản này, Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ này có thể được tái tục hàng năm cho mỗi thời hạn hợp đồng 1 (một) năm tiếp theo vào mỗi Ngày đáo hạn cho đến khi Hợp đồng bảo hiểm chính chấm dứt hoặc khi Người được bảo hiểm không nằm trong độ Tuổi được Công ty chấp nhận bảo hiểm.
- 2.3. Công ty có thể chấp nhận bảo hiểm cho Người được bảo hiểm theo Quy tắc điều khoản này vào bất kỳ ngày nào kể từ ngày Hợp đồng bảo hiểm chính bắt đầu có hiệu lực cho đến trước ngày chấm dứt hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm chính.
- 2.4. Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ Hỗ trợ nằm viện là loại sản phẩm bảo hiểm bổ trợ. Đây là loại sản phẩm không chia lãi, không có giá trị hoàn lại và không có quyền lợi đáo hạn.
- 2.5. Tại một thời điểm, một người chỉ được tham gia với tư cách là Người được bảo hiểm trong 1 (một) Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ. Trong trường hợp một người là Người được bảo hiểm của 2 (hai) Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ còn hiệu lực trở lên thì Công ty chỉ chấp nhận bảo hiểm cho Người được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ có hiệu lực sớm nhất trong số các Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ có cùng một Người được bảo hiểm đó. Công ty được chấm dứt hiệu lực tất cả (các) Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ còn lại ngay lập tức mà không phải chi trả quyền lợi bảo hiểm theo các Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ này và hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm các khoản phí bảo hiểm đã đóng sau khi đã trừ đi các khoản phí quản lý hợp đồng của (các) Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ bị chấm dứt.
- 2.6. Các quyền lợi bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ không được chuyển nhượng cho bên thứ ba.
- 2.7. Trừ trường hợp có quy định khác trong Quy tắc điều khoản này, các định nghĩa, điều khoản và điều kiện của Hợp đồng chính sẽ được áp dụng cho Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ.
- 2.8. Nếu có sự khác nhau giữa Quy tắc điều khoản này và Hợp đồng chính thì các quy định của Quy tắc điều khoản này sẽ được áp dụng.

### **Điều 3. Điều kiện của Người được bảo hiểm**

Ngoài các điều kiện khác được quy định trong Quy tắc điều khoản này, Người được bảo hiểm chỉ được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ khi đáp ứng đầy đủ các điều kiện sau:

- Là cá nhân hiện đang cư trú tại Việt Nam,

- Nằm trong độ tuổi được Công ty chấp nhận bảo hiểm từ 2 đến 59 Tuổi tại thời điểm yêu cầu bảo hiểm hoặc tái tục bảo hiểm.
- Đáp ứng đầy đủ các điều kiện để được chấp nhận bảo hiểm theo yêu cầu của Công ty.

**Điều 4. Quyền lợi bảo hiểm**

4.1. Trong Thời hạn hiệu lực, nếu Người được bảo hiểm Nằm viện liên tục từ hai (2) ngày trở lên, với điều kiện việc Nằm viện phải Hợp lý và cần thiết về mặt y khoa theo chỉ định của một Bác sỹ hành nghề hợp pháp và không nằm trong các trường hợp loại trừ bảo hiểm được quy định trong Điều 5, Công ty sẽ chi trả 100% Số tiền bảo hiểm cho mỗi Ngày nằm viện của Người được bảo hiểm. Số ngày chi trả quyền lợi bảo hiểm này được tính từ Ngày nằm viện thứ hai trở đi, không tính cho Ngày nằm viện đầu tiên.

Tổng số ngày chi trả quyền lợi bảo hiểm tối đa được xác định như sau:

- (a) Hình thức hỗ trợ cơ bản: không quá 4 Ngày nằm viện liên tục trong một lần Nằm viện và không quá 30 Ngày nằm viện trong một năm;
- (b) Hình thức hỗ trợ tăng cường: không quá 9 Ngày nằm viện liên tục trong một lần Nằm viện và không quá 60 Ngày nằm viện trong một năm.

4.2. Có nhiều mức Số tiền bảo hiểm để Bên mua bảo hiểm lựa chọn khi tham gia bảo hiểm.

4.3. Số tiền bảo hiểm do Bên mua bảo hiểm lựa chọn và được ghi nhận trong Giấy chứng nhận bảo hiểm.

**Điều 5. Điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm**

Công ty có quyền không chi trả Quyền lợi bảo hiểm nếu Sự kiện bảo hiểm xảy ra ngoài lãnh thổ Việt Nam hoặc thuộc (hoặc có nguyên nhân từ) bất cứ trường hợp nào sau đây, dù trực tiếp hoặc gián tiếp:

- 5.1. Người được bảo hiểm không đáp ứng được các điều kiện của Người được bảo hiểm theo quy định tại Điều 3;
- 5.2. Người được bảo hiểm tự tử trong thời hạn hai năm kể từ Ngày hợp đồng bắt đầu có hiệu lực. Người được bảo hiểm Nằm viện để điều trị các thương tích do hành vi cố ý của Người thụ hưởng, Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm.
- 5.3. Người được bảo hiểm phải Nằm viện để điều trị các thương tật xảy ra trong lúc hoặc do Người được bảo hiểm đang bị ảnh hưởng của rượu, bia hoặc các chất có cồn;
- 5.4. Người được bảo hiểm phải Nằm viện do tham gia vào các hoạt động bạo loạn, biểu tình, đình công. Người được bảo hiểm vi phạm pháp luật hình sự hoặc tham gia đánh nhau trừ khi được cơ quan nhà nước có thẩm quyền xác nhận đó là hành động tự vệ hoặc để bảo vệ tính mạng, sức khỏe của người khác;



- 5.5. Chiến tranh (dù có tuyên bố hay không), các hành động thù địch hoặc mang tính chiến tranh, nội chiến, nổi loạn, bạo động hay bạo loạn dân sự, khủng bố
- 5.6. Động đất, núi lửa, nhiễm phóng xạ, các vụ nổ hoặc phóng xạ do vũ khí, trang thiết bị lắp đặt hạt nhân, nguyên tử hay hoá học;
- 5.7. Người được bảo hiểm Nằm viện để thực hiện các Phẫu thuật theo yêu cầu hoặc để điều trị các Bệnh loại trừ hoặc để thực hiện các Điều trị loại trừ hoặc Nằm viện nhằm mục đích khám bệnh, xét nghiệm, phòng bệnh hoặc tiêm chủng; Người được bảo hiểm Nằm viện để điều trị cùng một loại bệnh trên hai (2) lần trong một năm bảo hiểm.
- 5.8. Người được bảo hiểm có bất kỳ hành động tự ý sử dụng thuốc, ma túy hoặc chất gây mê mà theo quy định của cơ quan quản lý nhà nước về y tế thì việc sử dụng này phải được thực hiện theo đơn thuốc của một Bác sỹ hành nghề hợp pháp;
- 5.9. Người được bảo hiểm Nằm viện để điều trị các bệnh có nguyên nhân và/hoặc phát sinh từ hoặc có liên quan đến virus HIV, hoặc các dạng đột biến hay biến thể của nó, bao gồm Hội chứng Suy giảm Miễn dịch Mắc phải (AIDS) Hội chứng phức hợp có liên quan đến Aids (ARC);
- 5.10. Người được bảo hiểm Nằm viện để điều trị chứng nghiện rượu, lạm dụng chất kích thích, ma túy hoặc tình trạng nghiện thuốc mọi thể loại và điều trị bất cứ căn bệnh hay tổn thương nào có nguyên nhân trực tiếp hay gián tiếp từ việc lạm dụng hoặc tình trạng nghiện đó;
- 5.11. Người được bảo hiểm tham gia vào các công việc có tính rủi ro cao, như tiếp xúc với các chất amiăng, tham gia tháo dỡ, phá hủy các công trình xây dựng, phòng chống cháy nổ, làm việc dưới hầm mỏ, tham gia các hành động nguy hiểm khi đóng phim;
- 5.12. Người được bảo hiểm tham gia dưới bất kỳ hình thức nào các cuộc đua, các hoạt động thể thao chuyên nghiệp, các hoạt động leo núi hoặc các hoạt động dưới nước có sử dụng mặt nạ thở; Người được bảo hiểm tham gia các hoạt động trên không trừ khi với tư cách là hành khách có mua vé trên một chuyến bay có giấy phép hoạt động và bay theo lịch trình bay thương mại.
- 5.13. Người được bảo hiểm Nằm viện để tiến hành các phẫu thuật thẩm mỹ trừ khi những phẫu thuật đó là cần thiết do hậu quả từ một Tai nạn hay Bệnh tật;
- 5.14. Trong năm đầu tiên của Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ, Người được bảo hiểm Nằm viện do Bệnh tật trong vòng 03 tháng kể từ Ngày hợp đồng bắt đầu có hiệu lực.

## **Điều 6. Phí bảo hiểm và phương thức đóng phí.**

### **6.1 Phí bảo hiểm**

Phí bảo hiểm phụ thuộc vào Số tiền bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm lựa chọn và được ghi nhận trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc thông báo chấp nhận bảo hiểm hoặc thông báo tái tục bảo hiểm.

Mức phí bảo hiểm tương ứng với mỗi mức Số tiền bảo hiểm cụ thể được xác định trong biểu phí bảo hiểm do Công ty quy định tại ngày giao kết Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ hoặc tại Ngày tái tục.

Mức phí bảo hiểm có thể được thay đổi hàng năm khi tái tục bảo hiểm trên cơ sở sự thay đổi tỉ lệ người điều trị nội trú hàng năm theo thống kê của Bộ Y Tế.

Trong trường hợp có sự thay đổi biểu phí bảo hiểm, Công ty sẽ gửi văn bản thông báo cho Bên mua bảo hiểm trước Ngày tái tục 30 ngày trong đó nêu rõ mức phí bảo hiểm mới khi tái tục hợp đồng bảo hiểm để Bên mua bảo hiểm cân nhắc quyết định việc tái tục Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ.

## **6.2. Đóng Phí bảo hiểm**

Trừ khi có thỏa thuận khác giữa Bên mua bảo hiểm và Công ty, Phí bảo hiểm được đóng theo năm, vào Ngày hiệu lực tại bất kỳ địa điểm thanh toán nào được Công ty chỉ định.

## **6.3. Gia hạn đóng phí bảo hiểm**

Quá Ngày đến hạn đóng phí nếu Bên mua bảo hiểm không thể đóng phí bảo hiểm, Công ty sẽ gia hạn đóng phí bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm một khoảng thời gian là 60 ngày kể từ Ngày đến hạn đóng phí.

Trong thời gian gia hạn đóng phí bảo hiểm, nếu phát sinh Sự kiện bảo hiểm và có yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm, phần phí bảo hiểm còn thiếu sẽ được khấu trừ vào quyền lợi bảo hiểm trước khi chi trả.

Đến hết thời gian gia hạn đóng phí bảo hiểm nêu trên, nếu Bên mua bảo hiểm không đóng phí bảo hiểm, hoặc Bên mua bảo hiểm không đóng đầy đủ phí bảo hiểm theo đúng quy định nêu trên, Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ sẽ chấm dứt hiệu lực kể từ Ngày đáo hạn.

## **Điều 7. Những thay đổi liên quan đến việc tham gia bảo hiểm**

7.1. Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm thông báo sai Tuổi của Người được bảo hiểm, và Tuổi đúng của Người được bảo hiểm không thuộc nhóm tuổi có thể được bảo hiểm thì Công ty có quyền hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ và hoàn trả lại 70% số phí bảo hiểm đã đóng cho Bên mua bảo hiểm. Trong trường hợp này, Công ty sẽ không giải quyết quyền lợi bảo hiểm cho bất kỳ Sự kiện bảo hiểm nào phát sinh.

7.2. Nếu Bên mua bảo hiểm kê khai nhằm lẫn thông tin khi yêu cầu bảo hiểm như nghề nghiệp, tình trạng sức khỏe, hoặc trả lời không đúng các câu hỏi được nêu trong Giấy yêu cầu bảo hiểm và/hoặc Bản câu hỏi kiểm tra sức khỏe, trừ trường hợp được nêu tại Điều 7.1 nêu trên, và các thông tin nhằm lẫn này ảnh hưởng đến quyết định chấp nhận bảo hiểm của Công ty, Công ty có quyền ngay lập tức chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ và không giải quyết quyền lợi bảo hiểm cho bất kỳ

Sự kiện bảo hiểm nào phát sinh. Trong trường hợp này, Công ty sẽ không hoàn trả lại phí bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm đã nộp.

- 7.3. Trong Thời hạn của Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ, Bên mua bảo hiểm có quyền yêu cầu chấm dứt việc tham gia bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ bằng văn bản. Trong trường hợp này, Công ty sẽ không hoàn trả phần phí bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm đã nộp.

## **Điều 8. Chấm dứt và tái tục Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ**

### **8.1. Chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ**

Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ sẽ chấm dứt ngay lập tức và/hoặc không được tái tục khi xảy ra một trong các trường hợp sau:

- Hợp đồng bảo hiểm chính chấm dứt vì bất kỳ lý do gì; hoặc
- Người được bảo hiểm đạt 60 Tuổi; hoặc
- Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt hoặc không tái tục Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ; hoặc
- Bên mua bảo hiểm không đóng phí bảo hiểm theo các quy định tương ứng tại Điều 6 của Quy tắc điều khoản này; hoặc
- Các trường hợp được quy định tại Điều 2.5, Điều 7 của Quy tắc điều khoản này; hoặc
- Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ hoặc các quyền lợi bảo hiểm tương ứng nêu trong Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ cũng có thể bị chấm dứt do những nguyên nhân khác được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm chính, Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ hoặc theo quy định của pháp luật Việt Nam.

Trong trường hợp Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ chấm dứt hiệu lực do Hợp đồng bảo hiểm chính đáo hạn, Công ty sẽ hoàn trả lại cho Bên mua bảo hiểm 70% phí bảo hiểm của các khoản phí bảo hiểm đã đóng cho thời gian bảo hiểm bị chấm dứt trước hạn.

Trong trường hợp Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ chấm dứt hiệu lực do Hợp đồng bảo hiểm chính bị hủy trong thời gian tự do xem xét, Công ty sẽ hoàn trả lại cho Bên mua bảo hiểm 100% số phí bảo hiểm đã đóng cho Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ.

### **8.2. Tái tục Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ**

Trừ trường hợp có thông báo trước bằng văn bản của Công ty hoặc Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ, Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ sẽ được tái tục vào Ngày đáo hạn mà không cần văn bản xác nhận của Công ty nếu:

- Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ chưa bị chấm dứt hiệu lực theo quy định tại Điều 8.1;
- Người được bảo hiểm đang ở trong độ Tuổi được Công ty chấp nhận bảo hiểm;

- Bên mua bảo hiểm đóng phí bảo hiểm đầy đủ trong Thời gian gia hạn đóng phí bảo hiểm.

## **Điều 9. Giải quyết quyền lợi bảo hiểm**

### **9.1. Thông báo Sự kiện bảo hiểm**

Người thụ hưởng hoặc đại diện hợp pháp của Người thụ hưởng phải thông báo bằng văn bản cho Công ty về Sự kiện bảo hiểm sau 15 ngày kể từ ngày Người được bảo hiểm Nằm viện (nhưng tối đa không quá 30 ngày kể từ ngày Người được bảo hiểm chấm dứt việc Nằm viện).

### **9.2. Hồ sơ yêu cầu giải quyết Quyền lợi bảo hiểm:**

Người thụ hưởng, bằng chi phí của mình, cung cấp cho Công ty hồ sơ yêu cầu giải quyết Quyền lợi bảo hiểm, bao gồm:

- (a) Thư yêu cầu giải quyết Quyền lợi bảo hiểm theo mẫu do Công ty cung cấp;
- (b) Cung cấp các thông tin và bằng chứng cần thiết, bao gồm:
  - Bản photocopy của Giấy chứng nhận bảo hiểm;
  - Bản sao hợp pháp của Giấy xuất viện do Bệnh viện nơi Người được bảo hiểm Nằm viện cấp;
  - Bản sao hợp pháp hồ sơ bệnh án điều trị với các thông tin tối thiểu như sau: tên Bệnh viện, tên bệnh nhân, ngày vào viện, ngày ra viện, chẩn đoán khi vào viện, chẩn đoán khi ra viện, bệnh sử, tiền sử bệnh, loại thuốc điều trị, phương pháp điều trị, tên bác sĩ điều trị, tên khoa điều trị, quá trình điều trị.
  - Bản sao hợp pháp Biên bản tai nạn của cơ quan có thẩm quyền (trường hợp Nằm viện do tai nạn);
  - Bản sao hợp pháp giấy tờ tùy thân (Chứng minh thư nhân dân hoặc Hộ chiếu, ...) của Người được bảo hiểm/Người thụ hưởng;
  - Các giấy tờ khác có liên quan đến việc giải quyết quyền lợi bảo hiểm (theo yêu cầu của Công ty)

Công ty cũng có quyền, với chi phí do Công ty chịu (trên cơ sở hóa đơn, chứng từ hợp pháp): trưng cầu một cơ quan giám định có thẩm quyền để tiến hành giám định y tế đối với tình trạng bệnh tật của Người được bảo hiểm cùng với sự có mặt của bác sĩ điều trị. Kết quả giám định sẽ do Công ty lưu giữ, một bản sao của kết quả sẽ được gửi tới bác sĩ điều trị trong trường hợp Người được bảo hiểm có yêu cầu và/hoặc yêu cầu Người thụ hưởng cung cấp thêm những tài liệu về quá trình nằm viện trước đó.

Công ty sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm nếu Người được bảo hiểm và/hoặc Người thụ hưởng không thực hiện các yêu cầu trên, trừ khi có lý do chính đáng được Công ty chấp thuận.

- 9.3. Thời hạn yêu cầu giải quyết các quyền lợi bảo hiểm là 12 tháng kể từ Ngày chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ.

- 9.4. Công ty có trách nhiệm giải quyết các quyền lợi bảo hiểm trong vòng 30 ngày kể từ ngày nhận được hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm đầy đủ và hợp lệ.
- 9.5. Người thụ hưởng có nghĩa vụ hoàn trả lại cho Công ty đầy đủ và ngay lập tức các khoản tiền mà Công ty đã chi trả cho các quyền lợi bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ nếu Công ty chứng minh được Người thụ hưởng đã không trung thực và/hoặc gian dối khi yêu cầu giải quyết các quyền lợi bảo hiểm.
- 9.6. Công ty có quyền từ chối giải quyết bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào nếu yêu cầu đó được chứng minh là không trung thực và/hoặc gian dối.

**Điều 10. Địa điểm và phương thức thanh toán**

Trừ khi có thỏa thuận khác, mọi yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm sẽ được xem xét giải quyết tại bất kỳ địa điểm giao dịch nào do Công ty chỉ định và sẽ được thanh toán bằng tiền mặt hoặc chuyển khoản tùy theo yêu cầu của Người thụ hưởng.

**Điều 11. Giải quyết tranh chấp**

Mọi tranh chấp liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ, nếu không giải quyết được bằng thương lượng giữa các bên thì một trong các bên có quyền đưa ra toà án Việt Nam nơi Công ty có trụ sở chính hoặc nơi đặt trụ sở chính/nơi cư trú của Bên mua bảo hiểm để giải quyết. Bên thua kiện chịu toàn bộ án phí.