

Sản phẩm Bảo Hiểm Bán cùng

PRUKhoẻ Linh Hoạt

Bảo vệ toàn diện, giữ trọn yên tâm



Lắng nghe. Thấu hiểu. Hành động.



Quy Tắc và Điều Khoản Sản Phẩm

Tìm hiểu thêm tại  www.prudential.com.vn |  1800 1 247

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN SẢN PHẨM BẢO HIỂM **PRU**KHỎE LINH HOẠT

Phương pháp, cơ sở tính phí và Phương pháp, cơ sở trích lập dự phòng nghiệp vụ của sản phẩm được Bộ Tài chính phê chuẩn theo công văn số 2266/QLBH-NT ngày 09/09/2026

Sản Phẩm Bảo Hiểm **PRU**Khỏe Linh Hoạt ("**Bảo Hiểm**") là sản phẩm chỉ được bán cùng với Sản Phẩm Bảo Hiểm Chính được thể hiện trong Giấy Chứng Nhận Bảo Hiểm. Quy tắc và Điều khoản của Bảo Hiểm này ("**Quy Tắc và Điều Khoản**") là một phần không tách rời của Hợp Đồng Bảo Hiểm.

Bên Mua Bảo Hiểm cần đọc toàn bộ Quy Tắc và Điều Khoản này và Quy Tắc và Điều Khoản Chung Áp Dụng Cho Bảo Hiểm Bán Cùng để hiểu rõ về quyền lợi bảo hiểm của sản phẩm, quyền và nghĩa vụ liên quan khi tham gia bảo hiểm.

MỤC LỤC

ĐỊNH NGHĨA	3
QUYỀN LỢI BẢO HIỂM VÀ ĐIỀU KHOẢN LOẠI TRỪ	12
Điều 1: Quyền Lợi Bảo Hiểm.....	12
Điều 2. Điều Khoản Loại Trừ.....	21
GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	25
Điều 3. Thủ Tục Giải Quyết Quyền Lợi Bảo Hiểm	25
PHÍ BẢO HIỂM VÀ THỜI HẠN ĐÓNG PHÍ BẢO HIỂM	27
Điều 4. Phí Bảo Hiểm.....	27
Điều 5. Thời Hạn Đóng Phí Bảo Hiểm.....	27
ĐIỀU KIỆN THAM GIA, HIỆU LỰC VÀ THỜI HẠN BẢO HIỂM	28
Điều 6. Điều Kiện Tham Gia	28
Điều 7. Thời Hạn Bảo Hiểm	28
Điều 8. Chấm Dứt Hiệu Lực Bảo Hiểm.....	28

ĐỊNH NGHĨA

Trừ trường hợp được quy định một cách cụ thể hoặc được giải thích riêng tại Quy Tắc và Điều Khoản này, các từ, cụm từ được viết hoa trong Quy Tắc và Điều Khoản này được hiểu theo nghĩa được giải thích và/hoặc quy định tại Quy Tắc và Điều Khoản của Sản Phẩm Bảo Hiểm Chính và Quy Tắc và Điều Khoản Chung Áp Dụng Cho Bảo Hiểm Bán Cùng.

Trong phạm vi của Quy Tắc và Điều Khoản này, khi đề cập đến Người Được Bảo Hiểm, Phí Bảo Hiểm có nghĩa tương ứng là Người Được Bảo Hiểm, Phí Bảo Hiểm của Bảo Hiểm này.

- Bác Sĩ:** là người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh và đã được cơ quan có thẩm quyền của Việt Nam hoặc của nước sở tại nơi người này tiến hành việc khám bệnh, chữa bệnh cấp giấy phép hành nghề khám bệnh, chữa bệnh với chức danh chuyên môn là Bác Sĩ.
Cho mục đích của Quy Tắc và Điều Khoản này, Bác Sĩ không được đồng thời là:
 - Bên Mua Bảo Hiểm, Người Được Bảo Hiểm, Người Thụ Hưởng; hoặc
 - Vợ, chồng, cha ruột, mẹ ruột, cha nuôi, mẹ nuôi, cha dượng, mẹ kế, con ruột, con nuôi, anh ruột, chị ruột, em ruột, ông nội, bà nội, ông ngoại, bà ngoại của Bên Mua Bảo Hiểm, Người Được Bảo Hiểm, Người Thụ Hưởng; hoặc
 - Con riêng của vợ hoặc chồng của Bên Mua Bảo Hiểm, Người Được Bảo Hiểm, Người Thụ Hưởng.
- Bệnh:** là tình trạng bất thường về sức khỏe hoặc chức năng của cơ thể, phát sinh sau Ngày Hiệu Lực Của Bảo Hiểm này, được xác định bởi các triệu chứng và dấu hiệu lâm sàng rõ ràng, và được chẩn đoán chính thức bởi một Bác Sĩ.
- Bệnh Bẩm Sinh/ Dị Tật Bẩm Sinh:** là bất thường về cấu trúc hoặc chức năng của bất kỳ cơ quan hay bộ phận cơ thể được hình thành trong thai kỳ. Bệnh bẩm sinh/ dị tật bẩm sinh có thể biểu hiện trước, trong hoặc sau sinh.
- Bệnh Có Sẵn:** là (i) tình trạng bệnh tật hoặc thương tật của Người Được Bảo Hiểm đã được Bác Sĩ khám, chẩn đoán hoặc điều trị, trước Ngày Hiệu Lực Của Bảo Hiểm này hoặc Ngày Khôi Phục Hiệu Lực gần nhất của Bảo Hiểm này, tùy ngày nào đến sau; hoặc (ii) các dấu hiệu, triệu chứng đặc thù khởi phát trong vòng 36 tháng trước Ngày Hiệu Lực của Bảo Hiểm này hoặc Ngày Khôi Phục Hiệu Lực gần nhất của Bảo Hiểm này, tùy ngày nào đến sau, mà nếu biết được các dấu hiệu, triệu chứng này, Prudential không chấp nhận bảo hiểm, không chấp nhận khôi phục hiệu lực của Bảo Hiểm hoặc chấp nhận bảo hiểm có điều kiện, chấp nhận khôi phục hiệu lực của Bảo Hiểm có điều kiện. Việc xác định Bệnh Có Sẵn sẽ căn cứ vào hồ sơ y tế được lưu trữ tại Bệnh Viện hoặc cơ sở y tế được thành lập hợp pháp, các tài liệu y khoa được Bộ Y tế và các cơ quan có thẩm quyền ban hành hoặc các thông tin do Bên Mua Bảo Hiểm, Người Được Bảo Hiểm tự kê khai trên Hồ Sơ Yêu Cầu Bảo Hiểm hoặc phiếu bổ sung thông tin.

- 5. Bệnh Đặc Biệt:** là một trong các Bệnh được liệt kê dưới đây (bao gồm các biến chứng):
- Các loại thoát vị; các loại u, bướu, nang, polyp lành tính;
 - Lao;
 - Hen phế quản;
 - Các bệnh lý liên quan amidan bao gồm amidan vòm (VA);
 - Vẹo vách ngăn mũi, các tình trạng bất thường khác của xoang mũi, vách ngăn mũi và xoăn mũi;
 - Bệnh lý tuyến giáp;
 - Bệnh lý tim và mạch máu;
 - Tăng huyết áp;
 - Đái tháo đường;
 - Trĩ, rò hậu môn, nứt hậu môn;
 - Sỏi hệ mật bao gồm sỏi gan;
 - Sỏi hệ niệu;
 - Loét dạ dày, loét tá tràng;
 - Đục thủy tinh thể, tăng nhãn áp, mộng thịt mắt;
 - Phì đại tiền liệt tuyến, u xơ tử cung, lạc nội mạc tử cung, u nang buồng trứng;
 - Thoát vị đĩa đệm hoặc lõi đĩa đệm;
 - Thoái hóa khớp, thoái hóa cột sống, bệnh gout.
- 6. Bệnh Viện:** là một cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được thành lập và hoạt động hợp pháp theo quy định pháp luật Việt Nam và/hoặc quy định pháp luật của nước có liên quan đến hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm. Cơ sở đó phải được cấp giấy phép như một bệnh viện, hoặc như một viện/trung tâm y tế chuyên khoa cấp trung ương có chức năng khám bệnh, chữa bệnh (bao gồm cả chức năng lưu viện qua đêm).
- Cho mục đích của Quy Tắc và Điều Khoản này, Bệnh Viện bao gồm Bệnh Viện Công và Bệnh Viện Tư, nhưng sẽ không bao gồm:
- Bệnh viện, viện, trung tâm tâm thần; hoặc
 - Bệnh viện phong, viện phong; hoặc
 - Nhà bảo sanh/nhà hộ sinh, nhà điều dưỡng, nhà an dưỡng hay các cơ sở khác chủ yếu dành cho việc chữa trị cho người già, người nghiện rượu, chất ma túy, chất kích thích, hoặc là nơi điều trị sỏi khoáng, xông hơi, mát-xa cho dù các cơ sở này hoạt động độc lập hay trực thuộc một Bệnh Viện.
- 7. Bệnh Viện Công:** là cơ sở khám bệnh, chữa bệnh do cơ quan nhà nước có thẩm quyền thành lập theo quy định pháp luật, thực hiện nhiệm vụ cung cấp dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh hoặc nhiệm vụ quản lý nhà nước trong lĩnh vực y tế.
- 8. Bệnh Viện Tư:** là cơ sở khám bệnh, chữa bệnh do cá nhân, doanh nghiệp hoặc tổ chức ngoài nhà nước đầu tư, thành lập và vận hành theo quy định pháp luật, có giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh do cơ quan có thẩm quyền cấp.

- 9. Biến Chứng Thai Sản:** là những biến chứng xảy ra do quá trình mang thai và sinh đẻ. Trong phạm vi bảo hiểm theo Bảo Hiểm này, Biến Chứng Thai Sản chỉ bao gồm: nhau bong non, thuyên tắc ối (tắc mạch ối), đông máu nội mạch lan tỏa, gan nhiễm mỡ cấp tính trong thai kỳ, nhau cài răng lược, cắt tử cung do băng huyết sau sinh, sản giật hoặc tiền sản giật, thai lưu, vỡ tử cung, thai trứng.
- 10. Cấy Ghép Nội Tạng:** là Phẫu Thuật cấy ghép tim, phổi, gan, tuyến tụy, thận, tủy xương cho Người Được Bảo Hiểm được tiến hành bởi Bác Sĩ tại một Bệnh Viện. Trong phạm vi bảo hiểm theo Bảo Hiểm này, quyền lợi chi trả cho Cấy Ghép Nội Tạng bao gồm:
- Chi Phí Y Tế của Người Được Bảo Hiểm (là người nhận tạng); và
 - Chi Phí Phẫu Thuật của người hiến tạng là những Chi Phí Y Tế phát sinh trực tiếp để thực hiện phẫu thuật lấy tạng đối với người hiến tạng (không phải Người Được Bảo Hiểm).
- 11. Chi Phí Cấp Cứu Do Tai Nạn:** là các Chi Phí Y Tế phát sinh khi Người Được Bảo Hiểm đang trong Tình Trạng Nguy Kịch điều trị tại Bệnh Viện hoặc Phòng Khám và trong vòng 24 giờ kể từ khi xảy ra Tai Nạn.
- 12. Chi Phí Điều Trị Nội Trú Khác:** là các Chi Phí Y Tế phát sinh trong quá trình Điều Trị Nội Trú của Người Được Bảo Hiểm được trả thêm ngoài các chi phí được chi trả theo Giới Hạn Phụ của Chương Trình Bảo Hiểm được áp dụng.
- 13. Chi Phí Dưỡng Nhi:** là các Chi Phí Y Tế cần thiết phát sinh trong vòng 7 ngày kể từ ngày sinh để điều trị Bệnh của trẻ sơ sinh (là con của Người Được Bảo Hiểm) tại Bệnh Viện. Chi Phí Dưỡng Nhi không bao gồm chi phí khám, chẩn đoán, xét nghiệm hoặc điều trị Bệnh Bẩm Sinh/Dị Tật Bẩm Sinh. Chi phí này chỉ được áp dụng nếu Người Được Bảo Hiểm có tham gia Quyền Lợi Thai Sản.
- 14. Chi Phí Giường Dành Cho Thân Nhân:** là chi phí giường cho người thân phát sinh trong thời gian Người Được Bảo Hiểm Điều Trị Nội Trú tại Bệnh Viện, được liệt kê trong bảng kê viện phí và chứng từ thanh toán tương ứng.
- 15. Chi Phí Giường Và Phòng:** là chi phí giường cho một người và phòng đơn phát sinh của Bệnh Viện/Phòng Khám và đã bao gồm các suất ăn theo tiêu chuẩn của bệnh nhân Điều Trị Nội Trú. Trong Chương Trình Bảo Hiểm, đối với trường hợp điều trị tại Bệnh Viện Tư, Prudential sẽ thanh toán theo chi phí của phòng đơn tiêu chuẩn có giá thấp nhất tại Bệnh Viện, loại trừ phòng VIP, phòng bao hoặc phòng có tiêu chuẩn tương đương.
- 16. Chi Phí Lọc Thận (Chạy Thận):** là Chi Phí Y Tế phát sinh khi Người Được Bảo Hiểm sử dụng phương pháp loại bỏ chất thải và độc tố trong máu bằng cách sử dụng máy lọc máu nhân tạo tại Bệnh Viện theo chỉ định của Bác Sĩ.
- 17. Chi Phí Phẫu Thuật:** là Chi Phí Y Tế để thực hiện Phẫu Thuật, bao gồm: chi phí vật tư y tế, cấy ghép y tế (loại trừ Kính Nội Nhãn Đa Tiêu Cự), vật tư tiêu hao, chi phí Phòng Phẫu Thuật, chi phí phẫu thuật viên, chi phí gây mê, gây tê và các Chi Phí Y Tế cần thiết khác phục vụ cho ca Phẫu Thuật.

- 18. Chi Phí Xe Cứu Thương Tại Việt Nam:** là chi phí vận chuyển bằng xe cứu thương và chăm sóc trong quá trình vận chuyển Người Được Bảo Hiểm đang trong Tình Trạng Nguy Kịch tới Bệnh Viện hoặc Phòng Khám. Prudential không chi trả chi phí này cho Quyền Lợi Thai Sản ngoại trừ trường hợp cấp cứu thai sản do Tai Nạn.
- 19. Chi Phí Y Tế:** là các chi phí phát sinh thực tế để chi trả cho các vật tư y tế và/hoặc Dịch Vụ Y Tế Cần Thiết mà Người Được Bảo Hiểm sử dụng theo quy định trong Quy Tắc và Điều Khoản Bảo Hiểm này và phải đáp ứng các điều kiện sau:
- Phát sinh phù hợp với phạm vi giấy phép hoạt động của Bệnh Viện hoặc Phòng Khám; và
 - Phát sinh phù hợp với các bằng chứng khoa học được công nhận; và
 - Phát sinh trong thời hạn Bảo Hiểm này còn hiệu lực; và
 - Không phải là các chi phí, dịch vụ y tế nhằm phục vụ cho sự tiện nghi của Người Được Bảo Hiểm; và
 - Không thuộc trường hợp loại trừ theo quy định tại Điều 2; và
 - Là Mức Chi Phí Y Tế Hợp Lý và Thông Thường.
- 20. Chương Trình Bảo Hiểm:** gồm quyền lợi bảo hiểm cơ bản là Quyền Lợi Nội Trú, và các quyền lợi bảo hiểm tùy chọn là Quyền Lợi Ngoại Trú, Quyền Lợi Nha Khoa, Quyền Lợi Thai Sản mà Bên Mua Bảo Hiểm lựa chọn tham gia.
- 21. Dịch Vụ Chăm Sóc Y Tế Tại Nhà:** là Dịch Vụ Y Tế Cần Thiết được thực hiện bởi Bác Sĩ hoặc Điều Dưỡng tại nơi ở của Người Được Bảo Hiểm, và không bao gồm các phương pháp thiên nhiên, spa, an dưỡng, viện điều dưỡng trong vòng 60 ngày sau khi xuất viện.
- 22. Dịch Vụ Y Tế Cần Thiết:** là dịch vụ y tế được chỉ định bởi Bác Sĩ và được Bác Sĩ của Prudential nhận định là:
- Phù hợp và cần thiết với các chẩn đoán và điều trị đối với tình trạng Bệnh hoặc Thương Tích của Người Được Bảo Hiểm; và
 - Có phương thức, quy trình và thời hạn điều trị thống nhất với các hướng dẫn y khoa của các tổ chức y tế, chăm sóc sức khỏe, nghiên cứu hoặc tổ chức chính phủ được Prudential chấp thuận; và
 - Không phục vụ cho mục đích tiện nghi của Người Được Bảo Hiểm hoặc thân nhân của Người Được Bảo Hiểm hoặc Bác Sĩ.
- 23. Điều Dưỡng:** là nhân viên y tế được cấp phép hành nghề điều dưỡng hợp pháp theo luật pháp của nước sở tại nơi người đó tiến hành việc chăm sóc y tế.
- 24. Điều Trị Ngoại Trú:** là việc Người Được Bảo Hiểm được điều trị y tế tại Bệnh Viện hoặc Phòng Khám mà không phải nằm viện.
- 25. Điều Trị Nha Khoa Cấp Cứu Do Tai Nạn:** là các Chi Phí Y Tế phát sinh trong vòng 7 ngày kể từ ngày xảy ra Tai Nạn cho việc điều trị các mất mát và Thương Tích do Tai Nạn đối với răng thật và lành lặn (không bao gồm chi phí làm răng giả và trồng răng).

- 26. Điều Trị Nội Trú:** là việc điều trị y tế mà Người Được Bảo Hiểm phải nhập viện lưu trú qua 12 giờ đêm tại Bệnh Viện theo chỉ định của Bác Sĩ. Giấy ra viện là chứng từ cần thiết để yêu cầu bồi thường cho quyền lợi này.
- 27. Điều Trị Trước Khi Nhập Viện:** là việc xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh liên quan trực tiếp đến Bệnh hoặc Thương Tích mà Người Được Bảo Hiểm 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. Điều Trị Trước Khi Nhập Viện không áp dụng cho Quyền Lợi Thai Sản.
- 28. 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 tư vấn y khoa, thăm khám, các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, Thuốc Điều Trị theo toa liên quan trực tiếp đến Bệnh hoặc Thương Tích mà Người Được Bảo Hiểm đã vừa phải nhập viện để Điều Trị Nội Trú. Điều Trị Sau Khi Xuất Viện phải được thực hiện trong vòng 60 (sáu mươi) ngày kể từ ngày xuất viện của Đợt Nằm Viện đó. Điều Trị Sau Khi Xuất Viện không áp dụng cho Quyền Lợi Thai Sản.
- 29. Điều Trị Trong Ngày:** là việc điều trị y tế mà Người Được Bảo Hiểm có làm thủ tục nhập viện (nhưng không phải ở lại Bệnh Viện qua 12 giờ đêm) theo chỉ định của Bác Sĩ, và xuất viện trong cùng một ngày. Giấy ra viện là chứng từ cần thiết để yêu cầu bồi thường cho quyền lợi này.
- 30. Điều Trị Ung Thư:** là việc Người Được Bảo Hiểm được điều trị liên quan đến Bệnh ung thư bằng các phương pháp hóa trị, xạ trị, liệu pháp miễn dịch và liệu pháp trúng đích.
- 31. Đồng Chi Trả:** là số tiền được xác định bằng tỷ lệ phần trăm của Chi Phí Y Tế thuộc phạm vi bảo hiểm mà Bên Mua Bảo Hiểm hoặc Người Được Bảo Hiểm tự chịu trách nhiệm chi trả cho mỗi Sự Kiện Bảo Hiểm theo Quy Tắc và Điều Khoản Bảo Hiểm này, và được ghi trên Giấy Chứng Nhận Bảo Hiểm hoặc Thư Xác Nhận Điều Chính Hợp Đồng gần nhất, nếu có. Đồng Chi Trả (nếu có) chỉ áp dụng khi Người Được Bảo Hiểm điều trị tại Bệnh Viện Tư hoặc Phòng Khám Tư.
- 32. Đợt Nằm Viện:** là một lần Điều Trị Nội Trú để điều trị Bệnh hoặc Thương Tích của Người Được Bảo Hiểm. Giấy ra viện là bằng chứng chứng minh một Đợt Nằm Viện.
- 33. Giới Hạn Phụ:** là giới hạn chi trả tối đa cho mỗi hạng mục chi tiết trong từng Quyền Lợi Bảo Hiểm được nêu tại Bảng 1, Bảng 2, Bảng 3 và Bảng 4 chi tiết Quyền Lợi Bảo Hiểm.
- 34. Hạn Mức Hàng Năm:** là số tiền tối đa được chi trả trong suốt Năm Hợp Đồng đối với từng Quyền Lợi Bảo Hiểm và được quy định cụ thể tại Bảng 1, Bảng 2, Bảng 3, Bảng 4 chi tiết Quyền Lợi Bảo Hiểm.
- 35. Kính Nội Nhãn Đa Tiêu Cự:** là các Chi Phí Y Tế phát sinh khi Người Được Bảo Hiểm điều trị Phẫu Thuật thay kính nội nhãn đa tiêu cự trong thời hạn Bảo Hiểm này có hiệu lực.
- 36. Lần Khám:** là một lần Người Được Bảo Hiểm đến khám tại Bệnh Viện/Phòng Khám, trải qua thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng, được chẩn đoán, được kê toa điều trị bởi Bác Sĩ cho Bệnh, các triệu chứng của Bệnh, hoặc Thương Tích.

37. Mức Chi Phí Y Tế Hợp Lý Và Thông Thường: là

- Mức chi phí mà Bệnh Viện và/hoặc Phòng Khám áp dụng cho các bệnh nhân có cùng một tình trạng y tế như Người Được Bảo Hiểm; và
- Mức chi phí được xác định và áp dụng tương tự tại các Bệnh Viện và/hoặc Phòng Khám có cùng xếp hạng, cùng loại và trong cùng một khu vực.

38. Ngày Khôi Phục Hiệu Lực: là ngày mà hiệu lực của Bảo Hiểm này được khôi phục theo sự chấp thuận bằng văn bản của Prudential.

39. Phạm Vi Địa Lý: là các quốc gia, vùng lãnh thổ mà Prudential chấp nhận chi trả các Chi Phí Y Tế phát sinh khi Người Được Bảo Hiểm khám, điều trị trong thời hạn Bảo Hiểm này còn hiệu lực, tương ứng với Chương Trình Bảo Hiểm được lựa chọn.

Phạm Vi Địa Lý được áp dụng không bao gồm các quốc gia, khu tự trị, vùng lãnh thổ thuộc danh sách cấm vận của Việt Nam và/ hoặc các tổ chức, cơ quan quốc tế hoặc chính phủ như là Hội đồng Bảo an Liên Hợp Quốc, Văn phòng Thực thi các biện pháp trừng phạt tài chính thuộc Kho Bạc Vương Quốc Anh (OFSI), Văn phòng Kiểm soát Tài sản Nước ngoài (OFAC) của Bộ Tài chính Hoa Kỳ, Cơ quan Tiền tệ Hồng Kông (HKMA) và những cơ quan thực thi lệnh cấm vận có liên quan.

Tùy theo lựa chọn Hạn Mức Hàng Năm, Quyền Lợi Nội Trú được áp dụng trong các Phạm Vi Địa Lý: Việt Nam; hoặc Châu Á; hoặc Toàn cầu.

Để làm rõ, phạm vi Châu Á cho mục đích của Bảo Hiểm này chỉ bao gồm các quốc gia/ vùng lãnh thổ là: Brunei, Cam-pu-chia, Trung Quốc, Đài Loan (Trung Quốc), Indonesia, Nhật, Lào, Malaysia, Myanmar, Philippines, Singapore, Hàn Quốc, Thái Lan, Việt Nam.

Chỉ áp dụng Phạm Vi Địa Lý ở Việt Nam đối với các Quyền Lợi Bảo Hiểm tùy chọn: Quyền Lợi Ngoại Trú, Quyền Lợi Nha Khoa, Quyền Lợi Thai Sản.

40. Phẫu Thuật: là một biện pháp kỹ thuật được Bác Sĩ phẫu thuật đúng chuyên môn sử dụng trang thiết bị y tế và dụng cụ y tế chuyên dùng để tác động vào cơ thể bệnh nhân trong Phòng Phẫu Thuật của Bệnh Viện.

Cho mục đích của Bảo Hiểm này, các thủ thuật loại 1 và loại đặc biệt được quy định theo Danh mục phân loại phẫu thuật/thủ thuật của Bộ Y tế Việt Nam tại từng thời điểm được gọi chung là Phẫu Thuật. Việc phân loại được căn cứ theo Danh mục phân loại phẫu thuật/thủ thuật của Bộ Y tế Việt Nam có hiệu lực tại thời điểm Người Được Bảo Hiểm thực hiện phẫu thuật/thủ thuật cho dù được thực hiện tại bất kỳ quốc gia, vùng lãnh thổ nào nằm trong Phạm Vi Địa Lý được bảo hiểm.

41. Phẫu Thuật Trong Ngày: là Phẫu Thuật được thực hiện khi Người Được Bảo Hiểm Điều Trị Trong Ngày tại Bệnh Viện.

- 42. Phòng Chăm Sóc Đặc Biệt (ICU):** là một khoa hoặc một bộ phận của Bệnh Viện nhưng không phải phòng hậu phẫu, phòng cấp cứu, phòng gây mê hồi sức hoặc phòng hồi sức cấp cứu và:
- Được Bệnh Viện thành lập nhằm cung cấp dịch vụ chăm sóc và điều trị tích cực; và
 - Chỉ dành riêng cho bệnh nhân mắc bệnh nặng cần sự theo dõi liên tục 24/7 theo chỉ định của Bác Sĩ; và
 - Có trang bị tất cả trang thiết bị, thuốc men và các phương tiện cấp cứu cần thiết để có thể can thiệp kịp thời.
- 43. Phòng Khám:** là cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, được thành lập và hoạt động hợp pháp theo pháp luật của nước sở tại nơi tổ chức này đặt cơ sở, hoạt động với mục đích chủ yếu là khám bệnh, chữa bệnh mà không áp dụng chức năng lưu bệnh qua đêm.
- Cho mục đích của Bảo Hiểm này, Phòng Khám bao gồm Phòng Khám Công và Phòng Khám Tư, nhưng không bao gồm phòng mạch Bác Sĩ tư.
- 44. Phòng Khám Công:** là cơ sở khám bệnh, chữa bệnh do Nhà nước thành lập và giao quyền quản lý, vận hành theo quy định pháp luật.
- 45. Phòng Khám Tư:** là cơ sở khám bệnh, chữa bệnh do cá nhân, doanh nghiệp hoặc tổ chức ngoài nhà nước đầu tư, thành lập và vận hành, và phải có giấy phép hoạt động theo quy định pháp luật.
- 46. Phòng Phẫu Thuật:** là một bộ phận của Bệnh Viện được trang bị các thiết bị y tế phù hợp và cần thiết để phục vụ cho việc Phẫu Thuật.
- 47. Phụ Cấp Nằm Viện Tại Bệnh Viện Công:** là số tiền Prudential sẽ chi trả cho mỗi ngày nằm viện khi Người Được Bảo Hiểm Điều Trị Nội Trú tại Bệnh Viện Công tại Việt Nam từ 3 ngày trở lên và có phát sinh bất kỳ Chi Phí Y Tế nào được chấp thuận chi trả trong cùng một Đợt Nằm Viện.
- Giới Hạn Phụ cho Phụ Cấp Nằm Viện Tại Bệnh Viện Công được quy định trong Bảng 1 và là một phần của Giới Hạn Phụ cho Chi Phí Giường Và Phòng. Trong mọi trường hợp, tổng số tiền chi trả cho Chi Phí Giường Và Phòng và Phụ Cấp Nằm Viện Tại Bệnh Viện Công không vượt quá Giới Hạn Phụ áp dụng cho Chi Phí Giường Và Phòng.
- 48. Quyền Lợi Bảo Hiểm:** xem chi tiết được quy định tại Điều 1 của Quy Tắc và Điều Khoản này.
- 49. Sinh Mổ:** là việc sinh con của Người Được Bảo Hiểm cần phải can thiệp Phẫu Thuật tại Bệnh Viện (kể cả sử dụng giác hút hoặc kẹp forceps), và được thể hiện trên giấy ra viện.
- 50. Sinh Thường:** là việc sinh con tự nhiên, không có can thiệp bằng Phẫu Thuật của Người Được Bảo Hiểm tại Bệnh Viện và được thể hiện trên giấy ra viện.
- 51. Sự Kiện Bảo Hiểm:** là sự kiện khách quan mà khi sự kiện đó xảy ra trong thời hạn có hiệu lực của Bảo Hiểm này thì các Quyền Lợi Bảo Hiểm sẽ được giải quyết theo Quy Tắc và Điều Khoản này.

- 52. Tai Nạn:** một sự kiện hoặc một chuỗi sự kiện liên tục, khách quan xảy ra do tác động của một lực hoặc một vật bất ngờ từ bên ngoài, không chủ động và ngoài ý muốn lên cơ thể Người Được Bảo Hiểm, xảy ra trong thời hạn có hiệu lực của Bảo Hiểm này. Tai Nạn phải là nguyên nhân duy nhất, trực tiếp, và không liên quan đến bất kỳ nguyên nhân nào khác, gây ra Thương Tích cho Người Được Bảo Hiểm trong vòng 180 ngày kể từ ngày xảy ra Tai Nạn đó.
- 53. Tái Tạo Tuyến Vú Sau Đoạn Nhũ:** là Quyền Lợi Bảo Hiểm chi trả cho các Chi Phí Y Tế cần thiết phát sinh để tái tạo tuyến vú sau đoạn nhũ do ung thư vú và phải đáp ứng các điều kiện sau:
- Việc tái tạo tuyến vú phải được thực hiện sau Thời Gian Chờ áp dụng cho Điều Trị Ung Thư và trong vòng 365 ngày kể từ ngày việc đoạn nhũ ban đầu được thực hiện; và
 - Không phải là can thiệp liên quan đến việc phẫu thuật hoặc tái tạo bên vú còn lại nhằm mục đích cân xứng.
- 54. Thời Gian Chờ:** là khoảng thời gian mà các Sự Kiện Bảo Hiểm xảy ra sẽ không được chi trả Quyền Lợi Bảo Hiểm. Thời Gian Chờ được tính từ:
- (i) Ngày Hiệu Lực của Bảo Hiểm hoặc Ngày Khôi Phục Hiệu Lực gần nhất của Bảo Hiểm này, tùy thời điểm nào đến sau; hoặc
 - (ii) Ngày Hiệu Lực của việc thay đổi Chương Trình Bảo Hiểm của Bảo Hiểm này, áp dụng cho:
 - Phần chênh lệch tăng thêm của Quyền Lợi Nội Trú, bao gồm chênh lệch phát sinh từ việc tăng Hạn Mức Hàng Năm hoặc thay đổi về tỷ lệ Đồng Chi Trả từ 20% xuống 0% theo yêu cầu của Bên Mua Bảo Hiểm;
 - Phần chênh lệch tăng thêm Hạn Mức Hàng Năm của (các) Quyền Lợi Bảo Hiểm tùy chọn, nếu có;
 - Quyền Lợi Bảo Hiểm tùy chọn được tham gia thêm.
- Trong trường hợp việc chi trả Quyền Lợi Bảo Hiểm có liên quan đến nhiều hơn một Thời Gian Chờ, Thời Gian Chờ dài nhất sẽ được áp dụng.
- 55. Thuốc Điều Trị:** là các loại thuốc cần thiết, hợp lý về mặt y tế cho mục đích điều trị Bệnh hoặc Thương Tích và được kê toa bởi Bác Sĩ. Thuốc Điều Trị phải được Cơ quan quản lý có thẩm quyền cấp phép lưu hành và không bao gồm thực phẩm chức năng, thuốc cho mục đích làm đẹp, mỹ phẩm, vitamin, thuốc bổ, ngoại trừ các vitamin, thuốc bổ cần thiết cho việc điều trị và chi phí cho các loại thuốc này ít hơn so với các loại Thuốc Điều Trị chính.
- 56. Thương Tích:** là thương tích cơ thể của Người Được Bảo Hiểm với nguyên nhân duy nhất và trực tiếp do Tai Nạn trong thời hạn Bảo Hiểm này có hiệu lực.
- 57. Tình Trạng Di Truyền:** là các rối loạn do đột biến hoặc thay đổi gen/nhiễm sắc thể được truyền từ cha, mẹ sang con.

- 58. Tình Trạng Nguy Kịch:** là tình trạng hay bệnh tật xảy ra một cách trầm trọng, đột ngột, bất ngờ, không lường trước, đòi hỏi phải được điều trị y tế ngay lập tức để giúp Người Được Bảo Hiểm không tử vong, hoặc không bị tổn hại trầm trọng đến sức khỏe hoặc thể chất, hoặc để duy trì sự sống. Duy trì sự sống được hiểu là duy trì dấu hiệu sinh tồn về tuần hoàn và hô hấp. Mức độ trầm trọng sẽ được đánh giá theo hoàn cảnh, bản chất của điều trị cấp cứu và sự có sẵn các phương tiện cấp cứu của từng địa phương nơi xảy ra Sự Kiện Bảo Hiểm.
- 59. Tuổi Bảo Hiểm:** là tuổi của Người Được Bảo Hiểm tính theo ngày sinh nhật gần nhất trước Ngày Hiệu Lực của Bảo Hiểm này hoặc Ngày Kỷ Niệm Năm Hợp Đồng trong các Năm Hợp Đồng tiếp theo. Tất cả các từ “tuổi” sử dụng trong Quy Tắc và Điều Khoản này đều được hiểu là “Tuổi Bảo Hiểm”.
- 60. Vật Lý Trị Liệu:** là phương pháp chữa trị sử dụng các biện pháp vật lý (bao gồm nắn xương) để giảm đau, phục hồi chức năng của cơ bắp hay các hoạt động bình thường hàng ngày của Người Được Bảo Hiểm theo chỉ định của Bác Sĩ điều trị mà không phải là các phương pháp làm đẹp, thư giãn hoặc các phương pháp tương tự hay tập sửa dáng đi.
- 61. Y Học Thay Thế:** là các phương pháp chữa Bệnh, Thương Tích không phải là tây y, như phương pháp y học dân tộc, y học cổ truyền, y học dược thảo truyền thống của Việt Nam hay Trung Quốc và những phương pháp khác tương tự mà không phải y học hiện đại. Quyền lợi này chỉ được chi trả nếu việc điều trị được xem là Dịch Vụ Y Tế Cần Thiết và được chỉ định bởi Bác Sĩ.

QUYỀN LỢI BẢO HIỂM VÀ ĐIỀU KHOẢN LOẠI TRỪ

Điều 1: Quyền Lợi Bảo Hiểm

1.1. Quyền Lợi Bảo Hiểm

Quyền Lợi Bảo Hiểm của Bảo Hiểm này bao gồm:

- (i) Quyền Lợi Bảo Hiểm cơ bản: Quyền Lợi Nội Trú; và
- (ii) Quyền Lợi Bảo Hiểm tùy chọn: Quyền Lợi Ngoại Trú, Quyền Lợi Nha Khoa, Quyền Lợi Thai Sản.

Trong thời hạn có hiệu lực của Bảo Hiểm này, nếu Người Được Bảo Hiểm phải điều trị tại Bệnh Viện hoặc Phòng Khám trong Phạm Vi Địa Lý, tùy thuộc vào Chương Trình Bảo Hiểm mà Bên Mua Bảo Hiểm lựa chọn, Prudential sẽ chi trả Chi Phí Y Tế (sau khi áp dụng tỷ lệ Đồng Chi Trả, nếu có), tối đa bằng Hạn Mức Hàng Năm, Giới Hạn Phụ của Quyền Lợi Bảo Hiểm có liên quan và các giới hạn khác được quy định tại các bảng chi tiết Quyền Lợi Bảo Hiểm của Quy Tắc và Điều Khoản này.

Trong trường hợp Prudential không phải là bên chi trả Quyền Lợi Bảo Hiểm đầu tiên, Prudential sẽ chi trả Chi Phí Y Tế sau khi trừ đi các khoản đã được chi trả theo các chương trình bảo hiểm khác, như là bảo hiểm y tế nhà nước hoặc chương trình bảo hiểm sức khỏe cho nhân viên theo nhóm, hoặc các chương trình bảo hiểm sức khỏe tại các công ty bảo hiểm khác, nếu có.

1.2. Chương Trình Bảo Hiểm

Tại thời điểm tham gia Bảo Hiểm này, Bên Mua Bảo Hiểm có quyền lựa chọn một trong năm Chương Trình Bảo Hiểm sau:

- (1) Quyền Lợi Nội Trú; hoặc
- (2) Quyền Lợi Nội Trú và Quyền Lợi Ngoại Trú; hoặc
- (3) Quyền Lợi Nội Trú, Quyền Lợi Ngoại Trú và Quyền Lợi Nha Khoa; hoặc
- (4) Quyền Lợi Nội Trú, Quyền Lợi Ngoại Trú và Quyền Lợi Thai Sản; hoặc
- (5) Quyền Lợi Nội Trú, Quyền Lợi Ngoại Trú, Quyền Lợi Nha Khoa và Quyền Lợi Thai Sản.

Chương Trình Bảo Hiểm đã được Bên Mua Bảo Hiểm lựa chọn sẽ được thể hiện trên Tài Liệu Minh Họa Bán Hàng, Giấy Chứng Nhận Bảo Hiểm, và/hoặc Thư Xác Nhận Điều Chỉnh Hợp Đồng gần nhất, nếu có.

Trong thời hạn có hiệu lực của Bảo Hiểm này, Bên Mua Bảo Hiểm được quyền thay đổi Quyền Lợi Bảo Hiểm trong Chương Trình Bảo Hiểm. Điều kiện và thời điểm có hiệu lực của việc thay đổi được quy định tại Điều 1.9.

1.3. Đồng Chi Trả

Tỷ lệ Đồng Chi Trả được xác định theo tỷ lệ phần trăm đối với Chi Phí Y Tế thuộc phạm vi bảo hiểm của Quyền Lợi Bảo Hiểm tương ứng tại bảng sau:

Độ tuổi của Người Được Bảo Hiểm	Tỷ lệ Đồng Chi Trả của Bên Mua Bảo Hiểm/ Người Được Bảo Hiểm	Tỷ lệ chi trả của Prudential
Quyền Lợi Nội Trú		
Từ 30 ngày tuổi đến dưới 6 tuổi	20%	80%
Từ 6 tuổi đến 75 tuổi	Tùy theo lựa chọn của Bên Mua Bảo Hiểm: 20% hoặc 0%	80% hoặc 100%, tương ứng theo lựa chọn của Bên Mua Bảo Hiểm về tỷ lệ Đồng Chi Trả
Từ 76 tuổi đến 100 tuổi	20%	80%
Quyền Lợi Bảo Hiểm tùy chọn		
Từ 30 ngày tuổi đến 100 tuổi	20%	80%

Đồng Chi Trả (nếu có) chỉ áp dụng khi Người Được Bảo Hiểm điều trị tại Bệnh Viện Tư hoặc Phòng Khám Tư.

1.4. Quyền Lợi Nội Trú

Tùy thuộc vào sự lựa chọn của Bên Mua Bảo Hiểm cho Hạn Mức Hàng Năm mà Quyền Lợi Nội Trú sẽ có Phạm Vi Địa Lý và các Giới Hạn Phụ tương ứng.

Prudential sẽ chi trả Chi Phí Y Tế (sau khi áp dụng tỷ lệ Đồng Chi Trả, nếu có), nhưng không vượt quá Hạn Mức Hàng Năm và các Giới Hạn Phụ của Quyền Lợi Nội Trú theo quy định tại Bảng 1 dưới đây:

Bảng 1: Quyền Lợi Nội Trú

Hạn Mức Hàng Năm của Quyền Lợi Nội Trú	100 triệu đồng; 200 triệu đồng; 300 triệu đồng; 500 triệu đồng	600 triệu đồng; 800 triệu đồng; 1 tỷ đồng; 2 tỷ đồng	3 tỷ đồng; 5 tỷ đồng
Phạm Vi Địa Lý	Việt Nam	Châu Á	Toàn Cầu
Tỷ lệ Đồng Chi Trả	20% hoặc 0% (Chi tiết quy định tại Điều 1.3) Đồng Chi Trả chỉ áp dụng tại Bệnh Viện Tư/Phòng Khám Tư.		
Quyền Lợi Nhân Đôi Hạn Mức (*)	Cộng thêm 100% Hạn Mức Hàng Năm của Quyền Lợi Nội Trú khi Hạn Mức Hàng Năm ban đầu đã được chi trả hết (theo điều kiện bên dưới).		

A. GIỚI HẠN PHỤ MỘT ĐỢT NẪM VIỆN (% Hạn Mức Hàng Năm của Quyền Lợi Nội Trú)			
A.1. Năm Viện Điều Trị Nội Trú			
• Nằm viện không có Phẫu Thuật	50%	50%	50%
• Nằm viện có Phẫu Thuật	theo Chi Phí Y Tế thực tế	theo Chi Phí Y Tế thực tế	theo Chi Phí Y Tế thực tế
A.2. Điều trị bệnh hiểm nghèo			
• Điều Trị Ung Thư	theo Chi Phí Y Tế thực tế	theo Chi Phí Y Tế thực tế	theo Chi Phí Y Tế thực tế
• Cấy Ghép Nội Tạng <i>(chi trả 1 lần duy nhất trọn đời)</i>			
○ Chi Phí Y Tế của Người Được Bảo Hiểm là người nhận tạng	theo Chi Phí Y Tế thực tế	theo Chi Phí Y Tế thực tế	theo Chi Phí Y Tế thực tế
○ Chi Phí Phẫu Thuật của người hiến tạng (không phải là Người Được Bảo Hiểm)	50% Chi Phí Phẫu Thuật của người hiến tạng	50% Chi Phí Phẫu Thuật của người hiến tạng	50% Chi Phí Phẫu Thuật của người hiến tạng
• Tái Tạo Tuyến Vú Sau Đoạn Nhũ (Phẫu Thuật) <i>(đối với ung thư vú, chi trả 1 lần duy nhất trọn đời)</i>	4%	4%	4%
A.3. CÁC GIỚI HẠN PHỤ KHÁC (% Hạn Mức Hàng Năm của Quyền Lợi Nội Trú) <i>Các Giới Hạn Phụ được áp dụng cho từng Đợt Nằm Viện thuộc Giới Hạn Phụ quy định tại Mục A.1 và A.2 của bảng này</i>			
1. Chi Phí Giường Và Phòng	0,6%/ngày	0,6%/ngày	0,6%/ngày
	Tối đa 100 ngày/Năm Hợp Đồng		
2. Phụ Cấp Nằm Viện Tại Bệnh Viện Công	0,1%/ngày	0,1%/ngày	0,1%/ngày
	Chỉ áp dụng khi Điều Trị Nội Trú tại Bệnh Viện Công ở Việt Nam từ 3 ngày trở lên. Tối đa 2 triệu đồng/ngày, 5 ngày/Đợt Nằm Viện, 30 ngày/Năm Hợp Đồng.		
3. Phòng Chăm Sóc Đặc Biệt (ICU)	theo Chi Phí Y Tế thực tế	theo Chi Phí Y Tế thực tế	theo Chi Phí Y Tế thực tế
	Tối đa 30 ngày/Năm Hợp Đồng		

4. Giường Dành Cho Thân Nhân	0,1%/ngày	0,1%/ngày	0,1%/ngày
	Tối đa 30 ngày/Năm Hợp Đồng		
5. Điều Trị Trước Khi Nhập Viện	theo Chi Phí Y Tế thực tế	theo Chi Phí Y Tế thực tế	theo Chi Phí Y Tế thực tế
	Phát sinh trong vòng 30 ngày trước khi nhập viện		
6. Điều Trị Sau Khi Xuất Viện	theo Chi Phí Y Tế thực tế	theo Chi Phí Y Tế thực tế	theo Chi Phí Y Tế thực tế
	Phát sinh trong vòng 60 ngày sau khi xuất viện		
7. Dịch Vụ Chăm Sóc Y Tế Tại Nhà	0,1%/ngày	0,1%/ngày	0,1%/ngày
	Phát sinh trong vòng 60 ngày sau khi xuất viện và chi trả tối đa 15 ngày/Năm Hợp Đồng		
8. Chi Phí Điều Trị Nội Trú Khác - Chi phí khám; - Chi phí xét nghiệm hoặc chẩn đoán hình ảnh; - Chi phí Thuốc Điều Trị; - Chi phí truyền máu, máu, huyết tương; - Chi phí tiêm truyền tĩnh mạch; - Chi phí thở ô xy và các thiết bị liên quan; - Các Chi Phí Y Tế thực tế khác.	theo Chi Phí Y Tế thực tế	theo Chi Phí Y Tế thực tế	theo Chi Phí Y Tế thực tế
B. GIỚI HẠN PHỤ CỦA CÁC QUYỀN LỢI ĐIỀU TRỊ TRONG NGÀY (% Hạn Mức Hàng Năm của Quyền Lợi Nội Trú) <i>Dành cho điều trị y tế mà Người Được Bảo Hiểm được Điều Trị Trong Ngày</i>			
1. Phẫu Thuật Trong Ngày	theo Chi Phí Y Tế thực tế	theo Chi Phí Y Tế thực tế	theo Chi Phí Y Tế thực tế
2. Cấp Cứu Do Tai Nạn	1%/Năm Hợp Đồng	1%/Năm Hợp Đồng	theo Chi Phí Y Tế thực tế

3. Điều Trị Nha Khoa Cấp Cứu Do Tai Nạn	1%/Năm Hợp Đồng	1%/Năm Hợp Đồng	theo Chi Phí Y Tế thực tế
4. Chi Phí Xe Cứu Thương Tại Việt Nam	theo Chi Phí Y Tế thực tế	theo Chi Phí Y Tế thực tế	theo Chi Phí Y Tế thực tế
	Tối đa 4 lần/Năm Hợp Đồng		
5. Kính Nội Nhãn Đa Tiêu Cực	Không áp dụng	Không áp dụng	theo Chi Phí Y Tế thực tế (Tối đa 20 triệu đồng/2 mắt trọn đời)
6. Chi Phí Lọc Thận (Chạy Thận)	4%/Năm Hợp Đồng	4%/Năm Hợp Đồng	theo Chi Phí Y Tế thực tế

(*) Quyền Lợi Nhân Đới Hạn Mức

- Trong trường hợp Hạn Mức Hàng Năm của Quyền Lợi Nội Trú đã được Prudential chi trả hết, Người Được Bảo Hiểm có thể tiếp tục được hưởng thêm tối đa 100% Hạn Mức Hàng Năm của Quyền Lợi Nội Trú với điều kiện Người Được Bảo Hiểm nằm viện để Điều Trị Nội Trú tại Bệnh Viện Công.
- Các Giới Hạn Phụ cho một Đợt Nằm Viện, các giới hạn về số ngày, số lần điều trị trong Năm Hợp Đồng, và tất cả các Giới Hạn Phụ khác được thể hiện tại Mục A trên Bảng 1 – Quyền Lợi Nội Trú sẽ được áp dụng lại từ đầu cho Quyền Lợi Nhân Đới Hạn Mức này.
- Quyền Lợi Nhân Đới Hạn Mức sẽ được tự động kích hoạt sau khi Hạn Mức Hàng Năm đã được chi trả hết và áp dụng một lần duy nhất cho một (01) Đợt Nằm Viện tiếp theo trong một Năm Hợp Đồng, mà không làm tăng phí bảo hiểm của Bảo Hiểm này và không được cộng dồn qua Năm Hợp Đồng tiếp theo.

1.5. Quyền Lợi Ngoại Trú (Quyền Lợi Bảo Hiểm tùy chọn)

Tùy theo lựa chọn của Bên Mua Bảo Hiểm cho Hạn Mức Hàng Năm của Quyền Lợi Ngoại Trú, Prudential sẽ chi trả Chi Phí Y Tế (sau khi áp dụng tỷ Lệ Đồng Chi Trả, nếu có), nhưng không vượt quá Hạn Mức Hàng Năm, và các Giới Hạn Phụ của Quyền Lợi Ngoại Trú, theo quy định tại Bảng 2 dưới đây:

Bảng 2: Quyền Lợi Ngoại Trú

Hạn Mức Hàng Năm của Quyền Lợi Ngoại Trú	Bên Mua Bảo Hiểm có 3 lựa chọn cho Hạn Mức Hàng Năm của Quyền Lợi Ngoại Trú như sau: - Lựa chọn 1: bằng 2% Hạn Mức Hàng Năm của Quyền Lợi Nội Trú; hoặc - Lựa chọn 2: bằng 4% Hạn Mức Hàng Năm của Quyền Lợi Nội Trú; hoặc - Lựa chọn 3: bằng 6% Hạn Mức Hàng Năm của Quyền Lợi Nội Trú. Hạn Mức Hàng Năm của Quyền Lợi Ngoại Trú tối đa là 150 triệu đồng, trong trường hợp vượt quá, Bên Mua Bảo Hiểm chỉ được tham gia Hạn Mức Hàng Năm của quyền lợi này là 150 triệu đồng.
Phạm Vi Địa Lý	Việt Nam
Tỷ lệ Đồng Chi Trả	20% (chỉ áp dụng tại Bệnh Viện Tư/Phòng Khám Tư. Chi tiết quy định tại Điều 1.3)
CÁC GIỚI HẠN PHỤ CỦA CHI PHÍ ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ <i>(% Hạn Mức Hàng Năm của Quyền Lợi Ngoại Trú)</i>	
Điều trị tây y - Chi phí khám; - Chi phí xét nghiệm hoặc chẩn đoán hình ảnh; - Chi phí Thuốc Điều Trị; - Chi phí y tế vật tư tiêu hao và Dịch Vụ Y Tế Cần Thiết khác.	10%/Lần Khám
Y Học Thay Thế/Vật Lý Trị Liệu	2,5%/Lần Khám (tối đa 4 Lần Khám/Năm Hợp Đồng)

1.6. Quyền Lợi Nha Khoa (Quyền Lợi Bảo Hiểm tùy chọn)

Bên Mua Bảo Hiểm chỉ có thể lựa chọn Quyền Lợi Nha Khoa khi có tham gia Quyền Lợi Ngoại Trú, và Hạn Mức Hàng Năm của Quyền Lợi Nha Khoa sẽ được xác định tương ứng theo lựa chọn của Bên Mua Bảo Hiểm cho Quyền Lợi Ngoại Trú.

Prudential sẽ chi trả Chi Phí Y Tế (sau khi áp dụng tỷ Lệ Đồng Chi Trả, nếu có) nhưng không vượt quá Hạn Mức Hàng Năm và các Giới Hạn Phụ của Quyền Lợi Nha Khoa, theo quy định tại Bảng 3 dưới đây:

Bảng 3: Quyền Lợi Nha Khoa

Hạn Mức Hàng Năm của Quyền Lợi Nha Khoa	Hạn Mức Hàng Năm của Quyền Lợi Ngoại Trú	Hạn Mức Hàng Năm của Quyền Lợi Nha Khoa
	Lựa chọn 1	bằng 1% Hạn Mức Hàng Năm của Quyền Lợi Nội Trú
	Lựa chọn 2	bằng 1,5% Hạn Mức Hàng Năm của Quyền Lợi Nội Trú
	Lựa chọn 3	bằng 2% Hạn Mức Hàng Năm của Quyền Lợi Nội Trú
	Hạn Mức Hàng Năm của Quyền Lợi Nha Khoa tối đa là 30 triệu đồng, trong trường hợp vượt quá, Bên Mua Bảo Hiểm chỉ được tham gia Hạn Mức Hàng Năm của quyền lợi này là 30 triệu đồng.	
Phạm Vi Địa Lý	Việt Nam	
Tỷ lệ Đồng Chi Trả	20% (chỉ áp dụng tại Bệnh Viện Tư/Phòng Khám Tư. Chi tiết quy định tại Điều 1.3)	
CÁC GIỚI HẠN PHỤ CHO MỘT LẦN KHÁM CỦA CHI PHÍ ĐIỀU TRỊ NHA KHOA (% Hạn Mức Hàng Năm của Quyền Lợi Nha Khoa)		
Nhổ răng bệnh lý (có Phẫu Thuật và không có Phẫu Thuật)	theo Chi Phí Y Tế thực tế	
Trám răng		
Chữa tủy răng		
Bọc răng hoặc cắm implant (tối đa 2 răng/Năm Hợp Đồng)		
Cạo vôi răng và đánh bóng răng (tối đa 2 lần/Năm Hợp Đồng)	10%	
Khám, xét nghiệm kiểm tra và Thuốc Điều Trị		
Chi phí chẩn đoán hình ảnh		

1.7. Quyền Lợi Thai Sản (Quyền Lợi Bảo Hiểm tùy chọn)

Bên Mua Bảo Hiểm chỉ có thể lựa chọn tham gia Quyền Lợi Thai Sản khi có tham gia Quyền Lợi Ngoại Trú, và Hạn Mức Hàng Năm của Quyền Lợi Thai Sản sẽ được xác định theo tỷ lệ phần trăm của Hạn Mức Hàng Năm của Quyền Lợi Nội Trú.

Prudential sẽ chi trả Chi Phí Y Tế (sau khi áp dụng tỷ Lệ Đồng Chi Trả, nếu có) nhưng không vượt quá Hạn Mức Hàng Năm và các Giới Hạn Phụ của Quyền Lợi Thai Sản, theo quy định tại Bảng 4 dưới đây.

Quyền Lợi Thai Sản được áp dụng chi trả cho một kỳ thai sản trong mỗi Năm Hợp Đồng đối với Người Được Bảo Hiểm là nữ trong độ tuổi từ 18 đến 50, với điều kiện tuổi của Người Được Bảo Hiểm khi tham gia Quyền Lợi Bảo Hiểm này không quá 45 tuổi.

Bảng 4: Quyền Lợi Thai Sản

Hạn Mức Hàng Năm của Quyền Lợi Thai Sản	Bằng 8% Hạn Mức Hàng Năm của Quyền Lợi Nội Trú Hạn Mức Hàng Năm của Quyền Lợi Thai Sản tối đa là 200 triệu đồng, trong trường hợp vượt quá, Bên Mua Bảo Hiểm chỉ được tham gia Hạn Mức Hàng Năm của quyền lợi này là 200 triệu đồng.
Phạm Vi Địa Lý	Việt Nam
Tỷ lệ Đồng Chi Trả	20% (chỉ áp dụng tại Bệnh Viện Tư/Phòng Khám Tư. Chi tiết quy định tại Điều 1.3)
Chi phí Sinh Thường	50% Hạn Mức Hàng Năm của Quyền Lợi Thai Sản
Chi phí Sinh Mổ	100% Hạn Mức Hàng Năm của Quyền Lợi Thai Sản
CÁC GIỚI HẠN PHỤ (% Hạn Mức Hàng Năm của Quyền Lợi Thai Sản)	
Chi phí khám trước và sau sinh	5%/Lần Khám (Tối đa 8 Lần Khám)
Chi Phí Giường Và Phòng	10%/ngày (Tối đa 30 ngày)
Phòng Chăm Sóc Đặc Biệt (ICU)	theo Chi Phí Y Tế thực tế (Tối đa 30 ngày)
Chi Phí Dưỡng Nhi	5%/ngày (Phát sinh trong vòng 7 ngày kể từ ngày sinh, chi trả tối đa 15 ngày)
Biến Chứng Thai Sản	theo Chi Phí Y Tế thực tế

1.8. Thời Gian Chờ

Sự Kiện Bảo Hiểm	Thời Gian Chờ
Điều trị do Tai Nạn	Không áp dụng
Điều trị không do Tai Nạn	
• Điều Trị Ung Thư; Bệnh Đặc Biệt; Cấy Ghép Nội Tạng	90 ngày
• Thai Sản; Biến Chứng Thai Sản	270 ngày
• Các tình trạng Bệnh khác	30 ngày

1.9. Thay đổi Quyền Lợi Bảo Hiểm, tỷ lệ Đồng Chi Trả của Quyền Lợi Nội Trú

Trong thời hạn có hiệu lực của Bảo Hiểm này, Bên Mua Bảo Hiểm có quyền yêu cầu thay đổi: Quyền Lợi Bảo Hiểm, tỷ lệ Đồng Chi Trả của Quyền Lợi Nội Trú (áp dụng đối với Người Được Bảo Hiểm từ 6 tuổi đến 75 tuổi) bằng cách gửi văn bản yêu cầu cho Prudential trong vòng 30 ngày trước Ngày Kỷ Niệm Năm Hợp Đồng tiếp theo của Bảo Hiểm này.

Nếu các yêu cầu thay đổi này được Prudential chấp thuận, Phí Bảo Hiểm và các Quyền Lợi Bảo Hiểm liên quan sẽ được điều chỉnh tương ứng và có hiệu lực từ Ngày Kỷ Niệm Năm Hợp Đồng tiếp theo của Bảo Hiểm này, được ghi trên Thư Xác Nhận Điều Chỉnh Hợp Đồng.

1.9.1. Thay đổi Quyền Lợi Bảo Hiểm

Bên Mua Bảo Hiểm có quyền yêu cầu thay đổi Quyền Lợi Bảo Hiểm, bao gồm:

- Tham gia thêm hoặc chấm dứt (các) Quyền Lợi Bảo Hiểm tùy chọn;
- Thay đổi Hạn Mức Hàng Năm của các Quyền Lợi Bảo Hiểm:

Quyền Lợi Bảo Hiểm	Lưu ý
Quyền Lợi Nội Trú	Khi Hạn Mức Hàng Năm của Quyền Lợi Nội Trú thay đổi, Hạn Mức Hàng Năm của các Quyền Lợi Bảo Hiểm tùy chọn (nếu có) được tự động điều chỉnh theo Hạn Mức Hàng Năm mới của Quyền Lợi Nội Trú.
Quyền Lợi Ngoại Trú	- Bên Mua Bảo Hiểm có quyền yêu cầu thay đổi trong các lựa chọn về Hạn Mức Hàng Năm cho Quyền Lợi Ngoại Trú (chi tiết theo Bảng 2). - Khi thay đổi lựa chọn về Hạn Mức Hàng Năm của Quyền Lợi Ngoại Trú, Quyền Lợi Nha Khoa (nếu có) được tự động điều chỉnh tương ứng theo lựa chọn Hạn Mức Hàng Năm mới của Quyền Lợi Ngoại Trú.

Quyền Lợi Bảo Hiểm	Lưu ý
Quyền Lợi Nha Khoa	Không áp dụng việc thay đổi độc lập đối với Hạn Mức Hàng Năm của Quyền Lợi Nha Khoa. Hạn Mức Hàng Năm của Quyền Lợi Nha Khoa chỉ thay đổi khi Hạn Mức Hàng Năm của Quyền Lợi Nội Trú hoặc Quyền Lợi Ngoại Trú được thay đổi.
Quyền Lợi Thai Sản	Không áp dụng việc thay đổi độc lập đối với Hạn Mức Hàng Năm của Quyền Lợi Thai Sản. Hạn Mức Hàng Năm của Quyền Lợi Thai Sản chỉ thay đổi khi Hạn Mức Hàng Năm của Quyền Lợi Nội Trú được thay đổi.

Việc yêu cầu thay đổi Quyền Lợi Bảo Hiểm cần thỏa các quy định sau:

- Các Quyền Lợi Bảo Hiểm được yêu cầu thay đổi phải đáp ứng các quy định về Hạn Mức Hàng Năm của từng quyền lợi tương ứng (chi tiết ở Bảng 1, Bảng 2, Bảng 3 và Bảng 4); và
- Người Được Bảo Hiểm thỏa các điều kiện tham gia của Quyền Lợi Bảo Hiểm tùy chọn tham gia thêm (nếu có); và
- Trong trường hợp tăng Hạn Mức Hàng Năm, Prudential có quyền yêu cầu Người Được Bảo Hiểm thực hiện kiểm tra sức khỏe cho mục đích thẩm định. Chi phí kiểm tra sức khỏe trong trường hợp này sẽ do Prudential chi trả.

Trong mỗi Năm Hợp Đồng, Bên Mua Bảo Hiểm chỉ được thay đổi Quyền Lợi Bảo Hiểm 1 (một) lần duy nhất.

1.9.2. Thay đổi tỷ lệ Đồng Chi Trả của Quyền Lợi Nội Trú

Đối với Người Được Bảo Hiểm trong độ tuổi từ 6 tuổi đến 75 tuổi, Bên Mua Bảo Hiểm có quyền thay đổi Tỷ Lệ Đồng Chi Trả của Quyền Lợi Nội Trú 1 (một) lần duy nhất trong suốt thời hạn Bảo Hiểm này có hiệu lực.

Điều 2. Điều Khoản Loại Trừ

Prudential sẽ không chi trả Quyền Lợi Bảo Hiểm nào của Bảo Hiểm này, nếu việc điều trị của Người Được Bảo Hiểm phát sinh từ, liên quan đến hoặc là hậu quả của bất kỳ trường hợp hoặc sự việc nào sau đây:

- Bệnh Có Sẵn, trừ trường hợp Bệnh Có Sẵn đã được kê khai và được Prudential chấp thuận;
- Tình Trạng Di Truyền/Bệnh Bẩm Sinh/Dị Tật Bẩm Sinh, xét nghiệm hoặc tư vấn liên quan đến di truyền;
- Khám và/hoặc điều trị liên quan tình trạng bất lực, xuất tinh sớm, hỗ trợ sinh sản (bao gồm điều trị vô sinh, thụ tinh nhân tạo, thụ tinh ống nghiệm, cấy truyền phôi

- thai); các phương pháp kế hoạch hóa gia đình (bao gồm tránh thai, triệt sản), phá thai ngoại trừ phá thai theo chỉ định của Bác Sĩ do Tình Trạng Di Truyền/Dị Tật Bẩm Sinh của thai nhi, hoặc phải chấm dứt thai kỳ để bảo vệ tính mạng của người mẹ;
- (4) Tất cả các thăm khám liên quan đến thai sản và dịch vụ sinh đẻ (bao gồm Sinh Thường hoặc Sinh Mổ) trừ trường hợp Người Được Bảo Hiểm có Quyền Lợi Thai Sản;
 - (5) Điều trị giảm nhẹ các triệu chứng phổ biến liên quan đến quá trình lão hóa, mãn kinh, tiền mãn kinh mà không do Bệnh hoặc Thương Tích;
 - (6) Tình trạng nhiễm vi rút suy giảm miễn dịch ở người (HIV), hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS), các bệnh lây truyền qua đường tình dục, kể cả các biến chứng của Bệnh và các tác dụng phụ của việc điều trị Bệnh; ngoại trừ trường hợp nhiễm HIV hoặc bị AIDS như là hậu quả của nhiễm HIV trong khi đang thực hiện nhiệm vụ tại nơi làm việc như là một nhân viên y tế hoặc công an, cảnh sát;
 - (7) Điều trị liên quan đến các vấn đề tình dục kể cả rối loạn chức năng tình dục; hoặc các phương pháp điều trị liên quan việc chuyển đổi giới tính bao gồm Phẫu Thuật, điều trị thuốc, tâm lý trị liệu kể cả các dịch vụ tương tự phát sinh liên quan trực tiếp hoặc gián tiếp đến quá trình điều trị;
 - (8) Điều trị thẩm mỹ hoặc điều trị liên quan đến da như mụn trứng cá, tàn nhang, nám da, khiếm khuyết sắc tố da, mụn thịt dư, gàu hoặc phẫu thuật thẩm mỹ bao gồm các điều trị liên quan đến lần phẫu thuật thẩm mỹ trước đó; hoặc phẫu thuật tạo hình trừ trường hợp: (i) Thương Tích gây ra bởi Tai Nạn nhằm mục đích khôi phục lại chức năng ban đầu của cơ quan bị tổn thương, hoặc (ii) điều trị Tái Tạo Tuyến Vú Sau Đoạn Nhũ trong trường hợp Người Được Bảo Hiểm có quyền lợi tương ứng;
 - (9) Chi phí phát sinh liên quan thị lực bao gồm khám thị lực mắt, điều trị tật lác mắt, Phẫu Thuật lasik, kính gọng, kính áp tròng, điều chỉnh tật khúc xạ như cận thị, viễn thị, loạn thị, lão thị;
 - (10) Chăm sóc hoặc điều trị liên quan đến nha khoa bao gồm răng và nướu răng không do Tai Nạn gây ra trừ trường hợp Người Được Bảo Hiểm có Quyền Lợi Nha Khoa;
 - (11) Điều trị liên quan đến giấc ngủ bao gồm mất ngủ, ngủ ngáy, ngưng thở khi ngủ;
 - (12) Điều trị liên quan đến giảm cân, béo phì như điều trị loại bỏ mỡ hoặc các mô khỏe mạnh từ bất kỳ bộ phận nào của cơ thể hoặc các điều trị khác với mục đích để phục vụ cho việc giảm cân hoặc béo phì; hoặc
 - (13) Điều trị hoặc các phương pháp trị liệu khác liên quan đến chứng nghiện hoặc sử dụng thuốc, chất có cồn, thuốc lá, hóa chất độc hoặc bất kỳ chất gây nghiện, chất kích thích thần kinh nào trừ trường hợp sử dụng thuốc theo chỉ định của Bác Sĩ;

- (14) Điều trị liên quan đến các rối loạn thần kinh, rối loạn tâm thần như căng thẳng, lo âu, trầm cảm, tự kỷ, tăng động giảm chú ý, các rối loạn phát triển tâm thần, rối loạn giao tiếp, rối loạn hành vi; các rối loạn cảm giác ăn liên quan chán ăn, nghiện ăn;
- (15) Việc khám sức khỏe tổng quát, kiểm tra sức khỏe định kỳ hoặc thực hiện các xét nghiệm tầm soát theo ý muốn của Người Được Bảo Hiểm kể cả việc tiêm chủng, vắc xin và thuốc chủng ngừa; ngoại trừ vắc xin bệnh dại cần thiết sau khi bị động vật tấn công hoặc vắc xin uốn ván sau khi bị Tai Nạn;
- (16) Việc thăm khám, kiểm tra, xét nghiệm và điều trị Bệnh hoặc Thương Tích không phải là Dịch Vụ Y Tế Cần Thiết và không phải là Mức Chi Phí Y Tế Hợp Lý Và Thông Thường;
- (17) Tất cả các thăm khám, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh trong thời gian Điều Trị Nội Trú chỉ nhằm phục vụ cho mục đích tầm soát Bệnh hoặc điều trị Vật Lý Trị Liệu;
- (18) Các công nghệ/quy trình/liệu pháp điều trị y tế thử nghiệm và/hoặc các Thuốc Điều Trị/dược phẩm/liệu pháp tế bào gốc mới chưa được Cơ quan quản lý có thẩm quyền cấp phép lưu hành tại nước sở tại;
- (19) Chi phí cung cấp, thuê, bảo trì, lắp ráp hoặc sửa chữa các thiết bị sau đây: thiết bị hỗ trợ (ví dụ: máy trợ thính, kính hỗ trợ thị lực), thiết bị phục hồi chức năng (ví dụ: máy kéo giãn cổ), máy tạo nhịp tim cấy trong cơ thể, máy khử rung tim cấy trong cơ thể, máy kích thích não sâu (DBS – Deep Brain Stimulator) trong điều trị Parkinson, thiết bị giả bên ngoài (ví dụ: tay chân giả), các thiết bị hỗ trợ y tế khác (ví dụ: máy chạy thận, phổi nhân tạo, máy oxy), dụng cụ chỉnh hình (ví dụ: xe lăn, nẹp, thiết bị hỗ trợ vận động), trừ trường hợp các thiết bị hoặc chi phí thuộc phạm vi bảo hiểm được liệt kê trong các bảng chi tiết Quyền Lợi Bảo Hiểm hoặc được xem là Dịch Vụ Y Tế Cần Thiết;
- (20) Điều trị theo Y Học Thay Thế (trừ trường hợp áp dụng cho quyền lợi Y Học Thay Thế ở Quyền Lợi Ngoại Trú); hoặc các tình trạng liên quan đến việc sử dụng thuốc không theo chỉ định của Bác Sĩ.
- (21) Thương Tích phát sinh từ (i) việc gây gỗ, ẩu đả (trừ khi chứng minh được là trường hợp phòng vệ chính đáng); hoặc (ii) do tham gia góp phần trong việc khởi xướng và/hoặc lôi kéo gây gỗ, ẩu đả; hoặc (iii) khi đang thực hiện hành vi vi phạm pháp luật (theo kết luận của cơ quan nhà nước có thẩm quyền); hoặc (iv) xảy ra trong khi đang bị bắt giữ, hoặc trong thời gian giam giữ, hoặc trong lúc trốn thoát khỏi sự bắt giữ;
- (22) Thương Tích hoặc Bệnh phát sinh từ việc tham gia vào bất kỳ hình thức thể thao chuyên nghiệp nào (là hình thức thể thao mà Người Được Bảo Hiểm được nhận tiền lương hoặc các khoản bồi hoàn bằng tiền, bao gồm các khoản chu cấp hoặc tài trợ) hoặc Thương Tích hoặc Bệnh phát sinh từ việc tham gia vào các môn thể thao hoặc hoạt động nguy hiểm như săn bắn, các hình thức đua tốc độ (như đua

xe, đua thuyền, và đua ngựa), trượt nước, trượt tuyết, trượt băng, trượt ván, dầm bấc, nhảy dù (trừ khi nguy cấp đến tính mạng), di chuyển lên hoặc bằng khinh khí cầu, bay lượn, nhảy bungee, leo núi có thiết bị hỗ trợ, lặn có sử dụng bình oxy và các thiết bị hỗ trợ hô hấp dưới nước;

- (23) Thương tật của Người Được Bảo Hiểm phát sinh (i) trong quá trình lên khoang, rời khoang hoặc di chuyển khi Người Được Bảo Hiểm là hành khách trên máy bay không được cấp phép hoặc không đăng ký hoạt động thương mại; hoặc (ii) khi Người Được Bảo Hiểm là thành viên phi hành đoàn trên bất kỳ chuyến bay nào;
- (24) Trong khi đang thực hiện nghĩa vụ với tư cách là thành viên của lực lượng vũ trang, cảnh sát, tình nguyện viên hoặc lực lượng dân phòng trong chiến đấu hoặc trấn áp tội phạm;
- (25) Điều trị cho bất kỳ tình trạng nào là hậu quả trực tiếp hoặc gián tiếp của chiến tranh hoặc các hành động xâm lược, hành động của ngoại bang, các hành động thù địch (cho dù có tuyên chiến hay không), nội chiến, khởi nghĩa, cách mạng, nổi dậy, bạo loạn, tiếm quyền;
- (26) Điều trị các tình trạng là hậu quả trực tiếp hoặc gián tiếp của ô nhiễm hóa học hoặc sinh học, hoặc nhiễm phóng xạ, hoặc bệnh bụi phổi; bao gồm cả các chi phí phát sinh do hoặc có sự góp phần của hành vi chiến tranh hoặc khủng bố;
- (27) Điều trị các tình trạng phát sinh liên quan trực tiếp hoặc gián tiếp đến tự tử, mưu toan tự tử, cố ý gây Thương Tích dù trong trạng thái tỉnh táo hay mất trí;
- (28) Thương Tích phát sinh khi Người Được Bảo Hiểm đang chịu ảnh hưởng từ chất có cồn (Người Được Bảo Hiểm có kết quả xét nghiệm định lượng nồng độ cồn vượt trị số bình thường theo quy định của Bộ Y Tế Việt Nam), chất gây nghiện, chất gây mê, chất kích thích;
- (29) Thương Tích hoặc Bệnh là hậu quả của việc thực hiện hoặc mưu toan thực hiện các hành vi vi phạm pháp luật (theo kết luận của cơ quan nhà nước có thẩm quyền) của Người Được Bảo Hiểm hoặc của Người Thụ Hưởng hoặc Bên Mua Bảo Hiểm gây ra cho Người Được Bảo Hiểm.

Trong trường hợp có hơn một Người Thụ Hưởng và một hoặc một số Người Thụ Hưởng cố ý gây ra Thương Tích hoặc Bệnh cho Người Được Bảo Hiểm dẫn đến phát sinh sự kiện bảo hiểm, Prudential vẫn trả toàn bộ Quyền Lợi Bảo Hiểm tương ứng cho những Người Thụ Hưởng khác theo thỏa thuận trong Hợp Đồng Bảo Hiểm.

GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Điều 3. Thủ Tục Giải Quyết Quyền Lợi Bảo Hiểm

3.1. Hồ Sơ Yêu Cầu Giải Quyết Quyền Lợi Bảo Hiểm

Người Nhận Quyền Lợi Bảo Hiểm cần nộp cho Prudential đầy đủ loại chứng từ hợp lệ theo quy định cho từng Quyền Lợi Bảo Hiểm tương ứng tại bảng sau:

Loại chứng từ	Quyền Lợi Bảo Hiểm			
	Nội Trú	Ngoại Trú	Nha Khoa	Thai Sản
Phiếu Yêu Cầu Giải Quyết Quyền Lợi Bảo Hiểm (theo mẫu của Prudential) được điền đầy đủ, trung thực và chính xác	x	x	x	x
Chứng từ thanh toán				
- Hóa đơn tài chính đối với Chi Phí Y Tế	x	x	x	x
- Bảng kê chi tiết viện phí	x	x	x	x
Chứng từ y tế (do Bác Sĩ điều trị hoặc Bác Sĩ ký tên có ghi rõ chẩn đoán và việc điều trị được áp dụng)				
- Giấy ra viện	x			x
- Toa Thuốc Điều Trị/đơn thuốc/sổ khám bệnh	x	x	x	x
- Giấy chứng nhận Phẫu Thuật/thủ thuật	x	x	x	x
- Phiếu điều trị răng	x		x	
- Tóm tắt bệnh án hoặc báo cáo y khoa có thể hiện nguyên nhân bệnh lý	x	x	x	x
- Chỉ định và các kết quả cận lâm sàng (xét nghiệm máu, siêu âm, X-quang và các xét nghiệm tương tự khác);	x	x	x	x
- Chỉ định và phác đồ điều trị (Vật Lý Trị Liệu)	x	x		

Loại chứng từ	Quyền Lợi Bảo Hiểm			
	Nội Trú	Ngoại Trú	Nha Khoa	Thai Sản
Các chứng từ khác - Hình chụp hình ảnh khám chữa bệnh của Người Được Bảo Hiểm theo thẻ Bảo hiểm y tế ghi nhận trên hệ thống Bảo hiểm xã hội số (VssID) (nếu có) trong vòng 3 năm gần nhất trước Ngày Hiệu Lực của Bảo Hiểm này hoặc Ngày Khôi Phục Hiệu Lực gần nhất của Bảo Hiểm này, tùy ngày nào đến sau - Tai Nạn sinh hoạt: bản gốc tường trình có xác nhận của cơ quan có thẩm quyền hoặc bản sao biên bản kết luận điều tra của công an (nếu có) - Tai Nạn lao động: bản sao biên bản Tai Nạn lao động hoặc bản gốc tường trình Tai Nạn có xác nhận của cơ quan/công ty nơi Người Được Bảo Hiểm làm việc - Tai Nạn giao thông: bản gốc tường trình Tai Nạn hoặc bản sao biên bản kết luận điều tra (nếu có) và giấy tờ đăng ký xe, giấy phép lái xe trường hợp Người Được Bảo Hiểm bị Tai Nạn khi điều khiển xe cơ giới trên 50cc	x	x	x	x
	x	x	x	x
	x	x	x	x
	x	x	x	x

3.2. Prudential có quyền yêu cầu cung cấp bản gốc của các chứng từ, hồ sơ cần cung cấp được để cập theo bảng trên.

3.3. Nếu Chi Phí Y Tế của Người Được Bảo Hiểm đã được chương trình bảo hiểm khác (bao gồm bảo hiểm y tế nhà nước, bảo hiểm chăm sóc sức khỏe tư nhân) chi trả một phần và Người Nhận Quyền Lợi Bảo Hiểm yêu cầu Prudential chi trả phần Chi Phí Y Tế còn lại, thì bên cạnh Hồ sơ yêu cầu giải quyết Quyền Lợi Bảo Hiểm tương ứng theo quy định tại Điều 3.1, Người Nhận Quyền Lợi Bảo Hiểm cần nộp cho Prudential bản sao các chứng từ y tế và hóa đơn chứng thực hợp pháp cùng với xác nhận từ đơn vị bảo hiểm về quyền lợi bảo hiểm và số tiền đã được chi trả.

3.4. Prudential có quyền yêu cầu Người Nhận Quyền Lợi Bảo Hiểm cung cấp các giấy tờ, hoặc bằng chứng bổ sung khác nhằm tạo điều kiện để Prudential hoàn tất thủ tục thanh toán Quyền Lợi Bảo Hiểm.

Trong trường hợp tranh chấp liên quan đến yêu cầu giải quyết Quyền Lợi Bảo Hiểm, Prudential có quyền yêu cầu cung cấp thêm các tài liệu và bằng chứng bổ sung. Khi đó mọi chi phí cho việc cung cấp thêm thông tin, nếu có, theo yêu cầu của Prudential sẽ do Prudential chịu trách nhiệm chi trả. Prudential và Người Nhận Quyền Lợi Bảo Hiểm đồng ý rằng các tài liệu và/hoặc bằng chứng bổ sung sẽ được sử dụng để đánh giá và đưa ra kết luận sau cùng để giải quyết Quyền Lợi Bảo Hiểm.

3.5. Prudential có quyền được yêu cầu Người Nhận Quyền Lợi Bảo Hiểm thực hiện công chứng, chứng thực, hợp pháp hóa lãnh sự các giấy tờ, bằng chứng (bằng tiếng Anh hoặc tiếng Việt) theo quy định tại Điều 3.1. Chi phí cho việc cung cấp các giấy tờ này sẽ do Người Nhận Quyền Lợi Bảo Hiểm chịu trách nhiệm thanh toán. Nếu chứng từ cần phải nộp có ngôn ngữ khác với tiếng Việt hoặc tiếng Anh, Người Nhận Quyền Lợi Bảo Hiểm phải tự chịu chi phí dịch thuật sang tiếng Việt hoặc tiếng Anh và chứng thực các chứng từ đó trước khi nộp cho Prudential.

3.6. Thời hạn yêu cầu giải quyết Quyền Lợi Bảo Hiểm là trong vòng 1 năm kể từ ngày xuất viện của Điều Trị Nội Trú hoặc ngày bắt đầu Điều Trị Ngoại Trú hoặc Nha Khoa hoặc Thai Sản.

Prudential 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 mà Prudential yêu cầu như được quy định tại Điều 3.

PHÍ BẢO HIỂM VÀ THỜI HẠN ĐÓNG PHÍ BẢO HIỂM

Điều 4. Phí Bảo Hiểm

Theo biểu phí được phê duyệt bởi Bộ Tài chính, Phí Bảo Hiểm phụ thuộc vào tuổi, giới tính, Chương Trình Bảo Hiểm, Tỷ Lệ Đồng Chi Trả (nếu có), tình trạng sức khỏe của Người Được Bảo Hiểm tại Ngày Hiệu Lực của Bảo Hiểm này hoặc Ngày Khôi Phục Hiệu Lực của Bảo Hiểm này hoặc Ngày Hiệu Lực của việc thay đổi Chương Trình Bảo Hiểm.

Với sự chấp thuận của Bộ Tài chính, Prudential có quyền điều chỉnh mức Phí Bảo Hiểm trong Thời Hạn Bảo Hiểm của Bảo Hiểm này. Tuy nhiên, mức Phí Bảo Hiểm mới sẽ được áp dụng kể từ Ngày Kỷ Niệm Năm Hợp Đồng ngay sau ngày Bộ Tài chính chấp thuận và Prudential đã thông báo trước 3 tháng cho Bên Mua Bảo Hiểm bằng văn bản.

Trong trường hợp Bảo Hiểm này được khôi phục, mức Phí Bảo Hiểm Prudential đang thực hiện tại thời điểm khôi phục hiệu lực sẽ được áp dụng.

Điều 5. Thời Hạn Đóng Phí Bảo Hiểm

Bằng Thời Hạn Bảo Hiểm của Bảo Hiểm này.

ĐIỀU KIỆN THAM GIA, HIỆU LỰC VÀ THỜI HẠN BẢO HIỂM

Điều 6. Điều Kiện Tham Gia

Người Được Bảo Hiểm phải nằm trong độ tuổi từ 30 ngày tuổi đến 70 tuổi vào thời điểm tham gia Bảo Hiểm này. Bên Mua Bảo Hiểm phải có quyền lợi có thể được bảo hiểm đối với Người Được Bảo Hiểm tại thời điểm tham gia Bảo Hiểm.

Điều 7. Thời Hạn Bảo Hiểm

Thời Hạn Bảo Hiểm là 1 năm tính từ Ngày Hiệu Lực của Bảo Hiểm và được tự động tái tục hàng năm tại mỗi Ngày Kỷ Niệm Năm Hợp Đồng, trừ trường hợp Bên Mua Bảo Hiểm hoặc Prudential từ chối tái tục Bảo Hiểm. Trong mọi trường hợp, Thời Hạn Bảo Hiểm không vượt quá Ngày Kỷ Niệm Hợp Đồng ngay sau sinh nhật lần thứ 100 của Người Được Bảo Hiểm hoặc thời hạn của Hợp Đồng Bảo Hiểm (được quy định trong Quy Tắc và Điều Khoản của Sản Phẩm Bảo Hiểm Chính), tùy thời điểm nào đến trước.

Prudential có quyền không tái tục Bảo Hiểm này trong những trường hợp sau:

- Prudential không có kế hoạch tiếp tục triển khai Bảo Hiểm này ở thị trường Việt Nam, hoặc theo yêu cầu tại các quy định pháp luật liên quan (nếu có); hoặc
- Prudential có đủ cơ sở xác định khách hàng có hành vi trục lợi hoặc cấu kết để trục lợi Bảo Hiểm này.

Trong trường hợp từ chối tái tục Bảo Hiểm, Prudential sẽ thông báo bằng văn bản cho Bên Mua Bảo Hiểm ít nhất 30 ngày trước ngày Ngày Kỷ Niệm Năm Hợp Đồng tiếp theo của Bảo Hiểm này.

Trong trường hợp từ chối tái tục Bảo Hiểm, Bên Mua Bảo Hiểm có quyền không đóng phí bảo hiểm.

Điều 8. Chấm Dứt Hiệu Lực Bảo Hiểm

Bảo Hiểm này sẽ chấm dứt hiệu lực và Prudential không có nghĩa vụ chi trả bất kỳ Quyền Lợi Bảo Hiểm nào khi xảy ra một trong các sự kiện sau đây, tùy thuộc vào sự kiện nào xảy ra trước:

- (i) Bảo Hiểm này mất hiệu lực trong 90 ngày liên tục; hoặc
- (ii) Thời Hạn Bảo Hiểm của Bảo Hiểm này kết thúc; hoặc
- (iii) Bảo Hiểm này không được tái tục theo Điều 7; hoặc
- (iv) Vào Ngày Kỷ Niệm Năm Hợp Đồng ngay sau sinh nhật lần thứ 100 của Người Được Bảo Hiểm; hoặc
- (v) Hợp Đồng Bảo Hiểm chấm dứt hiệu lực; hoặc
- (vi) Bên Mua Bảo Hiểm yêu cầu chấm dứt hiệu lực Bảo Hiểm này và ngày có hiệu lực của việc chấm dứt hiệu lực Bảo Hiểm là ngày được ghi trên văn bản chấp thuận của Prudential;

hoặc

- (vii) Người Được Bảo Hiểm của Bảo Hiểm này tử vong; hoặc
- (viii) Bảo Hiểm chấm dứt hiệu lực trước thời hạn theo quy định khác của Quy Tắc và Điều Khoản này và/hoặc Quy Tắc và Điều Khoản Chung Áp Dụng Cho Bảo Hiểm Bán Cùng; hoặc
- (ix) Các trường hợp khác theo quy định của pháp luật.