



QUY TẮC, ĐIỀU KHOẢN SẢN PHẨM BỔ TRỢ - BẢO HIỂM CHĂM SÓC SỨC KHỎE

(Được Bộ Tài Chính phê chuẩn theo Công văn số 10221/BTC-QLBH ngày 30 tháng 08 năm 2019)



1. ĐỊNH NGHĨA

1.1 Bệnh viện: là một cơ sở được thành lập và hoạt động hợp pháp theo luật pháp Việt Nam, chủ yếu để chăm sóc và điều trị những người bị ốm và bị thương. Cơ sở đó phải được cấp giấy phép như một bệnh viện, có chữ “bệnh viện” trên con dấu hoặc được cấp giấy phép như một viện/trung tâm y tế chuyên khoa cấp trung ương.

Cho mục đích của bảo hiểm bổ trợ này, Bệnh viện sẽ không bao gồm:

- Bệnh viện/viện tâm thần;
- Bệnh viện/viện y học dân tộc;
- Bệnh viện/viện phong;
- Nhà bảo sanh, 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 cho dù các cơ sở này hoạt động độc lập hay trực thuộc một Bệnh viện.

1.2 Bệnh: có nghĩa là các chứng bệnh tật hay đau ốm không bị loại trừ trong bất cứ quy định nào của bảo hiểm bổ trợ này mà Người được bảo hiểm mắc phải trong thời gian có hiệu lực của bảo hiểm sản phẩm bổ trợ này. Bệnh phải bắt đầu trong khi hợp đồng có hiệu lực. Một Bệnh được xem như bắt đầu khi Bệnh đó đã được tham vấn, chẩn đoán, điều trị bởi một bác sỹ hoặc đã làm phát sinh những triệu chứng khiến cho một người bình thường phải tìm sự tham vấn, chẩn đoán, hoặc điều trị của bác sỹ.

1.3 Tổn thương: có nghĩa là tổn thương cơ thể do Tai nạn gây ra trong thời gian có hiệu lực của bảo hiểm bổ trợ này và để lại vết thương có thể thấy được bằng mắt thường trên cơ thể của Người được bảo hiểm.

1.4 Bệnh nhân nội trú: có nghĩa là một người cần thiết phải được điều trị, chăm sóc tại Bệnh viện khi bị Bệnh hay bị Tổn thương và sự điều trị này yêu cầu người đó phải ở lại Bệnh viện qua đêm và có tên trong sổ bệnh nhân nội trú của Bệnh viện.

1.5 Ngày nằm viện: có nghĩa là một ngày mà viện phí và tiền phòng cho một ngày theo quy định của Bệnh viện phải được trả đầy đủ cho Bệnh viện.

1.6 Điều trị do những yêu cầu hợp lý và cần thiết về mặt y khoa, trong bảo hiểm bổ trợ này, có nghĩa là việc điều trị được tiến hành theo đúng các tập quán trung thực trong y khoa, không vượt quá tiêu chuẩn áp dụng cho việc điều trị các Bệnh và các Tổn thương tương tự được tiến hành tại nơi Người được bảo hiểm Nằm viện, được biện minh qua việc xem xét sự cần thiết của việc Nằm viện, thời gian Nằm viện, việc sử dụng các dịch vụ y tế và phương pháp điều trị, viện phí và trình độ chuyên môn.

1.7 Nằm viện: là việc Người được bảo hiểm nhập viện làm Bệnh nhân nội trú ít nhất qua một đêm tại Bệnh viện khi bị Bệnh hoặc bị Tổn thương để được Điều trị do những yêu cầu hợp lý và cần thiết về mặt y khoa theo chỉ định của một bác sỹ có giấy phép hành nghề. Việc Nằm viện phải được bắt đầu trong khi bảo hiểm bổ trợ này đang có hiệu lực.

1.8 Phòng cấp cứu: có nghĩa là một phòng có chức năng chẩn đoán ban đầu và làm các



thủ thuật cấp cứu để ổn định tình trạng bệnh nhân trước khi cho họ về tiếp tục điều trị tại nhà hoặc chuyển họ sang điều trị nội trú tại các khoa khác.

1.9 Khoa săn sóc đặc biệt: là một khoa hoặc một bộ phận của Bệnh viện, không phải là phòng hậu phẫu hoặc Phòng cấp cứu, có chỗ ăn ở nội trú.

- Được Bệnh viện thiết lập nhằm cung cấp chương trình săn sóc và điều trị tích cực; và
- Chỉ dành riêng cho các bệnh nhân mắc bệnh nặng mà theo nhận định của bác sĩ điều trị, các chức năng quan trọng của cơ thể đang bị đe dọa và cần sự theo dõi giám sát của bác sĩ; và
- Được cung cấp tất cả các trang thiết bị, thuốc men và các phương tiện cấp cứu cần thiết tại chỗ để có thể can thiệp ngay.

1.10 Phẫu thuật: là một quá trình giải phẫu để Điều trị do những yêu cầu cần thiết và hợp lý về mặt y khoa cho Bệnh hoặc Tổn thương, được thực hiện bởi bác sĩ phẫu thuật có giấy phép hành nghề trong phòng phẫu thuật của Bệnh viện.

Việc Phẫu thuật theo định nghĩa tại Quy tắc, Điều khoản sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này không bao gồm những phẫu thuật được thực hiện ở Phòng cấp cứu của Bệnh viện, hoặc trong lúc Người được bảo hiểm không phải là Bệnh nhân nội trú.

1.11 Thời hạn loại trừ: là thời gian 30 (ba mươi) ngày kể từ ngày phát sinh hiệu lực của bảo hiểm bổ trợ này hoặc 30 (ba mươi) ngày kể từ ngày khôi phục hiệu lực sau cùng của bảo hiểm bổ trợ này, nếu có.

1.12 Tình trạng tổn tại trước có nghĩa là

- Tổn thương gây ra bởi Tai nạn trước hoặc trong Thời hạn loại trừ của bảo hiểm bổ trợ này; hoặc
- Bệnh đã được chẩn đoán xác định, hoặc đã phát bệnh trước hoặc trong Thời hạn loại trừ của bảo hiểm bổ trợ này.

2. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Prudential sẽ trả cho Bên mua bảo hiểm những quyền lợi bảo hiểm sau nếu trong thời gian có hiệu lực của bảo hiểm bổ trợ này, Người được bảo hiểm phải nhập viện làm Bệnh nhân nội trú và Nằm viện tại Bệnh viện, ngoại trừ tại Phòng cấp cứu, để điều trị Bệnh hay Tổn thương theo định nghĩa tại bảo hiểm bổ trợ này.

2.1 Trợ cấp viện phí

Prudential sẽ trả Số tiền bảo hiểm của bảo hiểm bổ trợ này cho mỗi Ngày nằm viện trong thời gian điều trị tại Bệnh viện nhưng không nhiều hơn số Ngày nằm viện được chi trả theo quy định trong Bảng “Danh sách Bệnh và số Ngày nằm viện được chi trả” do Prudential phát hành.

Tổng số ngày chi trả Trợ cấp viện phí tối đa trong 1 (một) Năm hợp đồng là 100 (một trăm) Ngày nằm viện cộng dồn.



2.2 Trợ cấp săn sóc đặc biệt

Ngoài quyền lợi Trợ cấp viện phí như đã nêu trên, Prudential sẽ trả thêm một khoản tiền tương đương với Số tiền bảo hiểm quy định tại Điều 2.1 này cho mỗi Ngày nằm viện tại Khoa săn sóc đặc biệt nếu Người được bảo hiểm phải được điều trị tại Khoa săn sóc đặc biệt, như quy định tại Điều 1.9 nêu trên, trong thời gian Nằm viện.

Tổng số ngày chi trả Trợ cấp săn sóc đặc biệt tối đa trong 1 (một) Năm hợp đồng là 30 (ba mươi) Ngày nằm viện cộng dồn tại Khoa săn sóc đặc biệt.

2.3 Trợ cấp Phẫu thuật

Prudential sẽ trả một lần số tiền Trợ cấp Phẫu thuật tương đương với 5 (năm) lần Số tiền bảo hiểm của bảo hiểm bổ trợ này khi nhận đầy đủ giấy tờ về việc Người được bảo hiểm trải qua Phẫu thuật như quy định tại Điều 1.10 nêu trên.

2.4 Trong những trường hợp sau

- Hai hay nhiều lần mổ được thực hiện trong cùng một tiến trình Phẫu thuật.
- Một Phẫu thuật được thực hiện với nhiều bước.

Prudential cũng sẽ chỉ trả một quyền lợi Trợ cấp Phẫu thuật.

3. GIỚI HẠN TUỔI VÀ THỜI HẠN BẢO HIỂM

Người được bảo hiểm phải nằm trong độ tuổi từ 6 tuổi đến 60 tuổi vào thời điểm tham gia Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ này.

Thời hạn bảo hiểm là 1 (một) năm và được tự động gia hạn hàng năm trừ trường hợp Prudential từ chối gia hạn bảo hiểm. Trong trường hợp từ chối gia hạn bảo hiểm, Prudential có nghĩa vụ thông báo bằng văn bản cho Bên mua bảo hiểm 30 (ba mươi) ngày trước ngày kết thúc thời hạn bảo hiểm.

Giới hạn tuổi khi kết thúc Thời hạn hợp đồng bảo hiểm bổ trợ này là 65 tuổi, nhưng, trong mọi trường hợp, không được vượt quá thời hạn bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm đã ký kết.

4. THAY ĐỔI NGHỀ NGHIỆP

Nếu nghề nghiệp của Người được bảo hiểm có sự thay đổi, hoặc Người được bảo hiểm tham gia các môn thể thao nguy hiểm như lặn, leo núi, nhảy dù, đua xe, lượn trên không, lướt sóng, đua thuyền, mọi hình thức đua tốc độ cao hoặc các môn thể thao chuyên nghiệp khác, Bên mua bảo hiểm phải thông báo ngay cho Prudential trong vòng 30 (ba mươi) ngày kể từ ngày có sự thay đổi này. Nếu không, Prudential có thể không thanh toán khi phát sinh yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm. Trong vòng 30 (ba mươi) ngày kể từ ngày nhận đầy đủ hồ sơ về việc thay đổi nghề nghiệp hoặc thông báo về việc tham gia các môn thể thao nguy hiểm của Người được bảo hiểm, Prudential sẽ quyết định có thể tiếp tục bảo hiểm với mức phí bảo hiểm không đổi, tăng phí bảo hiểm hay không tiếp tục nhận bảo hiểm.



5. ĐIỀU KHOẢN LOẠI TRỪ

5.1 Loại trừ Tình trạng tồn tại trước

Prudential sẽ không giải quyết bất cứ quyền lợi bảo hiểm nào cho bảo hiểm bổ trợ này nếu Người được bảo hiểm Nằm viện hay trải qua Phẫu thuật vì Tình trạng tồn tại trước như quy định tại Điều 1.12 nêu trên.

5.2 Những loại trừ khác

Prudential sẽ không giải quyết bất cứ quyền lợi bảo hiểm nào cho bảo hiểm bổ trợ này nếu Người được bảo hiểm phải Nằm viện hay trải qua Phẫu thuật do các nguyên nhân sau:

- Việc khám sức khỏe định kỳ hay chẩn đoán bệnh; hoặc
- Điều trị thử nghiệm; hoặc
- Điều trị nha khoa; hoặc
- Phẫu thuật thẩm mỹ, hiến/cho mô hay bộ phận cơ thể, chuyển đổi giới tính hay bất kỳ hình thức phẫu thuật nào do tự lựa chọn mà không phải là các biện pháp y khoa cần thiết cho việc điều trị Bệnh, hay Tổn thương; hoặc
- Nhiễm HIV; bị AIDS và/hoặc những bệnh liên quan đến AIDS ngoại trừ trường hợp 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; hoặc
- Thử nghiệm hay điều trị liên quan đến thai sản, sinh đẻ, chữa vô sinh, ngừa thai, triệt sản, dị tật bẩm sinh, bệnh bẩm sinh, di truyền, cắt bao quy đầu, hay nạo phá thai; hoặc
- Điều trị các bệnh tâm thần hay rối loạn tâm lý; hoặc
- Mưu toan tự tử hay tự gây tổn thương cơ thể cho dù trong trạng thái tinh thần bình thường hay mất trí, hay lạm dụng rượu bia, thuốc kích thích; hoặc
- Tổn thương hoặc Bệnh phát sinh từ việc tham gia các môn thể thao nguy hiểm như lặn có sử dụng máy thở, leo núi, nhảy dù; mọi hình thức đua tốc độ cao hoặc các môn thể thao chuyên nghiệp khác; hoặc
- Tổn thương hay Bệnh phát sinh trực tiếp hay gián tiếp từ việc tham gia các hoạt động hàng không, trừ khi với tư cách là phi hành đoàn hay hành khách trên các chuyến bay dân dụng; hoặc
- Tổn thương hay Bệnh phát sinh trực tiếp hay gián tiếp từ chiến tranh có tuyên bố hay không tuyên bố, xâm lược, các hành động của ngoại bang, nội chiến, nổi loạn, tham gia trực tiếp vào các cuộc bạo động, gây rối, đình công; hoặc
- Tổn thương hay Bệnh phát sinh trực tiếp hay gián tiếp từ việc tìm cách thực hiện hay tham gia vào các hành vi phạm tội (theo kết luận của cơ quan nhà nước có thẩm quyền) của Người được bảo hiểm, hay của Người thụ hưởng, hay của Bên mua bảo hiểm của bảo hiểm bổ trợ này; hoặc
- Điều dưỡng, tĩnh dưỡng; hoặc
- Điều trị bằng thuốc hoặc các biện pháp y học dân tộc; hoặc



- Việc điều trị không phải là Điều trị do những yêu cầu hợp lý và cần thiết về mặt y khoa theo bảo hiểm hỗ trợ này.

6. YÊU CẦU CHI TRẢ BỒI THƯỜNG BẢO HIỂM

Người nhận quyền lợi bảo hiểm phải cung cấp những giấy tờ hợp lệ cho Prudential trong vòng 12 (mười hai) tháng kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm.

Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm hợp lệ theo quy định của Prudential bao gồm:

- a) Phiếu yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm; và
- b) Bản gốc giấy ra viện hoặc chuyển viện; và
- c) Hóa đơn viện phí; và
- d) Bảng kê chi phí nằm viện; và
- e) Kết quả xét nghiệm (nếu có xét nghiệm); và
- f) Giấy chứng nhận phẫu thuật (nếu có phẫu thuật); và
- g) Giấy chứng nhận nằm tại Khoa chăm sóc đặc biệt (nếu có nằm tại Khoa chăm sóc đặc biệt); và
- h) Bệnh án, trong trường hợp phải điều trị tại Khoa săn sóc đặc biệt hoặc Phẫu thuật hoặc nếu mỗi lần Nằm viện của Người được bảo hiểm kéo dài hơn 15 (mười lăm) ngày; và
- i) Biên bản hội chẩn và hóa đơn chi phí hội chẩn;
- j) Giấy chứng nhận nghỉ ốm (khi Prudential có yêu cầu)
- k) Các giấy tờ liên quan đến Tai nạn như biên bản tai nạn, biên bản khám nghiệm hiện trường, biên bản điều tra, kết luận điều tra của cơ quan công an có thẩm quyền, nếu có và theo quy định của pháp luật.

7. HIỆU LỰC CỦA BẢO HIỂM HỖ TRỢ

Nếu Người được bảo hiểm được Prudential chấp nhận bảo hiểm, hiệu lực của bảo hiểm hỗ trợ này sẽ được tính từ ngày Bên mua bảo hiểm điền đầy đủ vào hồ sơ yêu cầu theo quy định tại Hợp đồng bảo hiểm, với điều kiện Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm phải còn sống vào thời điểm Prudential cấp Giấy Chứng nhận bảo hiểm nhân thọ. Hiệu lực của bảo hiểm hỗ trợ này sẽ kết thúc khi một trong các sự kiện sau đây xảy ra:

- Hợp đồng bảo hiểm đã ký kết chấm dứt hiệu lực; hoặc
- Thời hạn hiệu lực của bảo hiểm hỗ trợ này kết thúc; hoặc
- Vào Ngày kỷ niệm hợp đồng ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt tuổi 65 (sáu mươi lăm); hoặc
- Khi tổng quyền lợi đã chi trả cho bảo hiểm hỗ trợ này lên đến 1.000 (một ngàn) lần Số tiền bảo hiểm của bảo hiểm hỗ trợ này;
- Bên mua bảo hiểm yêu cầu hủy bảo hiểm hỗ trợ này; hoặc



- Prudential từ chối việc duy trì sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này vào bất cứ ngày đáo niên nào của bảo hiểm bổ trợ này bằng cách thông báo trước 30 (ba mươi) ngày cho Bên mua bảo hiểm bằng văn bản.

8. NHỮNG QUY ĐỊNH KHÁC

- 8.1** Trừ những khái niệm được định nghĩa cụ thể trên đây, các khái niệm sử dụng trong bảo hiểm bổ trợ này được hiểu đúng theo nghĩa đã giải thích trong Quy tắc, Điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm đã ký kết.
- 8.2** Các quy định về thủ tục bảo hiểm, thủ tục giải quyết quyền lợi bảo hiểm và giải quyết tranh chấp được áp dụng tương tự như đã nêu trong Quy tắc, Điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm đã ký kết.



DANH SÁCH BỆNH VÀ SỐ NGÀY NÀM VIỆN ĐƯỢC CHI TRẢ

TT	Nhóm bệnh	Số ngày nằm viện tối đa được chi trả (ngày)
1	Bệnh lao	30
2	Bệnh viêm gan siêu vi có triệu chứng	15
3	Nhóm bệnh cơ-xương-khớp	14
4	Nhóm Bệnh của mắt	13
5	Nhóm Bệnh của hệ miễn nhiễm	13
6	Nhóm Bệnh của hệ tim mạch	12
7	Nhóm Bệnh U Bướu	11
8	Nhóm Bệnh nhiễm trùng khác	11
9	Nhóm Bệnh do chấn thương; ngộ độc	10
10	Nhóm Bệnh của tai	10
11	Nhóm Bệnh của hệ thần kinh	10
12	Nhóm Bệnh của hệ hô hấp	10
13	Nhóm Bệnh của hệ tiết niệu; sinh dục	9
14	Nhóm Bệnh của hệ chuyển hóa; nội tiết	9
15	Nhóm Bệnh nhiễm ký sinh trùng	8
16	Nhóm Bệnh của hệ tiêu hóa	8
17	Nhóm Bệnh của hệ tạo máu	8
18	Nhóm Bệnh của da	8
19	Nhóm Bệnh nhiễm trùng của hệ tiêu hóa	7
20	Nhóm Bệnh nhiễm siêu vi kèm sốt cao	6