

Quy Tắc và Điều Khoản Sản Phẩm

BẢO HIỂM HỖ TRỢ VIỆN PHÍ MỞ RỘNG

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN SẢN PHẨM BẢO HIỂM HỖ TRỢ VIỆN PHÍ MỞ RỘNG

(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 594/QLBH-NT ngày 02/04/2026)

Sản Phẩm Bảo Hiểm Hỗ Trợ Viện Phí Mở Rộng ("**Bảo Hiểm**") là sản phẩm chỉ được bán cùng 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	7
Điều 1. Quyền Lợi Bảo Hiểm	7
Điều 2. Điều Khoản Loại Trừ.....	9
Điều 3. Thời Gian Chờ.....	11
Điều 4. Hồ Sơ Yêu Cầu Giải Quyết Quyền Lợi Bảo Hiểm.....	11
PHÍ BẢO HIỂM VÀ THỜI HẠN ĐÓNG PHÍ BẢO HIỂM	12
Điều 5. Phí Bảo Hiểm	12
Điều 6. Thời Hạn Đóng Phí Bảo Hiểm	12
ĐIỀU KIỆN THAM GIA, HIỆU LỰC VÀ THỜI HẠN BẢO HIỂM	12
Điều 7. Điều Kiện Tham Gia.....	12
Điều 8. Thời Hạn Bảo Hiểm.....	13
Điều 9. Chấm Dứt Hiệu Lực Bảo Hiểm	13

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, Số Tiền Bảo Hiểm, Phí Bảo Hiểm có nghĩa tương ứng là Người Được Bảo Hiểm, Số Tiền Bảo Hiểm và Phí Bảo Hiểm của Bảo Hiểm này. Bảo Hiểm này không áp dụng quyền thay đổi Số Tiền Bảo Hiểm.

- (1) **Bác Sĩ:** là người hành nghề khám, 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, chữa bệnh cấp giấy phép hành nghề khám, 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.
- (2) **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.
- (3) **Bệnh Viện:** là một cơ sở khám chữa bệnh được thành lập và hoạt động hợp pháp theo quy định pháp luật Việt Nam và/hoặc quy định của 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, có chữ "bệnh viện" trên con dấu hoặc được cấp giấy phép như một viện có chức năng khám, chẩn đoán và điều trị bệnh.

Cho mục đích của Bảo Hiểm này, Bệnh Viện sẽ không bao gồm:

- Bệnh viện/viện tâm thần;
 - Bệnh viện/viện phong;
 - 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 cho dù các cơ sở này hoạt động độc lập hay trực thuộc một Bệnh Viện.
- (4) **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; và (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 Nhân Nội Trú:** là người cần thiết phải được điều trị, chăm sóc tại Bệnh Viện khi bị Bệnh hoặc bị Tổn Thương và sự điều trị này yêu cầu người đó phải ở lại Bệnh Viện qua đêm và thỏa định nghĩa Điều Trị Nội Trú.
- (6) **Bệnh Nhân Ngoại Trú:** là người được điều trị Bệnh hoặc bị Tổn Thương ở khoa điều trị ngoại trú của Bệnh Viện, hoặc tại Khoa/ Phòng Cấp Cứu, hoặc trải qua một phương thức điều trị mà không phải Điều Trị Do Những Yêu Cầu Hợp Lý Và Cần Thiết Về Mặt Y Khoa phải lưu trú trong Bệnh Viện như Bệnh Nhân Nội Trú.
- (7) **Điều Trị Do Những Yêu Cầu Hợp Lý Và Cần Thiết Về Mặt Y Khoa:** 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 chứng 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 của Bác Sĩ.
- (8) **Lọc Máu Ngoài Thận:** là một hình thức của liệu pháp thay thế thận, được sử dụng để lọc chất thải và dịch dư thừa từ máu khi chức năng thận suy giảm. Quá trình này phải được thực hiện tại Bệnh Viện bằng máy lọc thận nhân tạo.
- (9) **Điều Trị Ung Thư:** là Điều Trị Ngoại Trú bằng phương pháp hóa trị, xạ trị, liệu pháp trúng đích và liệu pháp miễn dịch cho mục đích điều trị bệnh ung thư theo chỉ định của Bác Sĩ.
- (10) **Điều Trị Nội Trú:** là việc điều trị y tế mà Người Được Bảo Hiểm phải nhập viện và Nằm Viện qua 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.
- (11) **Điều Trị Ngoại Trú:** là việc Người Được Bảo Hiểm được điều trị tại Bệnh Viện mà không phải Điều Trị Nội Trú theo chỉ định của Bác Sĩ.
- (12) **Đợt Điều Trị Ngoại Trú:** là một chu kỳ điều trị liên tục cho một phương pháp điều trị (Lọc Máu Ngoài Thận hoặc một trong bốn phương pháp Điều Trị Ung Thư) được thực hiện theo chỉ định của Bác Sĩ tại Bệnh Viện mà không cần nằm viện qua đêm.
- (13) **Đợt Nằm Viện:** là một lần Điều Trị Nội Trú để điều trị Bệnh hoặc Tổn Thương của Người Được Bảo Hiểm. Giấy ra viện là bằng chứng chứng minh một Đợt Nằm Viện.
- (14) **Khoa/Phòng Cấp Cứu:** 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.

- (15) **Khoa/Phòng Chăm Sóc Đặc Biệt (ICU):** là một khoa hoặc một bộ phận của Bệnh Viện nhưng không phải khoa/phòng hậu phẫu hoặc Khoa/Phòng Cấp Cứu hoặc khoa/phòng gây mê hồi sức hoặc khoa/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.
- (16) **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 Sĩ. Nằm Viện phải được bắt đầu trong thời gian Bảo Hiểm này đang có hiệu lực. Giấy ra viện là cơ sở xác định việc Nằm Viện.
- (17) **Ngày Điều Trị Ngoại Trú:** là một ngày mà Người Được Bảo Hiểm thực tế trải qua ít nhất một phương pháp điều trị (Lọc Máu Ngoài Thận hoặc một trong bốn phương pháp Điều Trị Ung Thư), và có chứng từ thanh toán hợp lệ cho dịch vụ đó.
- (18) **Ngày Nằm Viện:** là một ngày Nằm Viện qua đêm mà viện phí và tiền phòng cho một ngày đó theo quy định của Bệnh Viện phải được trả đầy đủ cho Bệnh Viện.
- (19) **Phẫu Thuật:** là một quá trình giải phẫu để Điều Trị Do Những Yêu Cầu Hợp Lý Và Cần Thiết Về Mặt Y Khoa cho Bệnh hoặc Tổn Thương, được thực hiện bởi Bác Sĩ có giấy phép hành nghề trong phòng Phẫu Thuật của Bệnh Viện.
- Việc Phẫu Thuật theo định nghĩa tại Quy tắc, Điều khoản Bảo Hiểm này chỉ áp dụng cho Người Được Bảo Hiểm là Bệnh Nhân Nội Trú.
- (20) **Phẫu Thuật Đặc Biệt:** là một trong ba loại Phẫu Thuật bao gồm Phẫu Thuật Mở Hộp Sọ, Phẫu Thuật Mở Lồng Ngực hoặc Phẫu Thuật Loại Bỏ Một Bên Thận.
- (21) **Phẫu Thuật Mở Hộp Sọ:** là phương pháp Phẫu Thuật cắt một phần của xương sọ để có thể Phẫu Thuật não dưới tác dụng của gây mê toàn thân và thuộc một trong các trường hợp Phẫu Thuật sau đây: lấy u tuyến yên; chấn thương sọ não (bao gồm xuất huyết ngoài màng cứng, xuất huyết dưới màng cứng); xuất huyết nội sọ; phình mạch máu não; u não.
- (22) **Phẫu Thuật Mở Lồng Ngực:** là phương pháp Phẫu Thuật mở lồng ngực qua đường giữa xương ức, đường nách, đường sau bên hoặc đường trước bên và thuộc một trong các trường hợp sau đây: mổ bắc cầu động mạch vành; thay van tim; Phẫu Thuật động mạch chủ; cắt bỏ phổi (bao gồm cắt bỏ một thùy hoặc một bên phổi); u trung thất.
- (23) **Phẫu Thuật Loại Bỏ Một Bên Thận:** là phương pháp Phẫu Thuật cắt bỏ hoàn toàn một bên thận dưới tác dụng của gây mê toàn thân và thuộc một trong các trường hợp sau đây: ung thư thận; chấn thương thận nghiêm trọng; nhiễm trùng thận không thể điều trị bằng phương pháp khác; thận bị tổn thương nghiêm trọng do bệnh lý khác.

- (24) **Sự Kiện Bảo Hiểm:** là sự kiện khách quan mà khi sự kiện đó xảy ra trong Thời Hạn Bảo Hiểm của Bảo Hiểm này thì các quyền lợi bảo hiểm sẽ được giải quyết theo Quy Tắc và Điều Khoản này.
- (25) **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 gian 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 tật, Tổn Thương cho Người Được Bảo Hiểm trong vòng 180 ngày kể từ ngày xảy ra Tai Nạn đó.
- (26) **Tổn Thương:** là Tổn Thương cơ thể do Tai Nạn gây ra cho Người Được Bảo Hiểm trong Thời Hạn Bảo Hiểm của Bảo Hiểm này.
- (27) **Thời Gian Chờ:** như được quy định tại Điều 3 của Quy Tắc và Điều Khoản này.
- (28) **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”.

QUYỀN LỢI BẢO HIỂM VÀ ĐIỀU KHOẢN LOẠI TRỪ

Điều 1. Quyền Lợi Bảo Hiểm

Bảo Hiểm này bao gồm các quyền lợi sau ("**Quyền Lợi Bảo Hiểm Rủi Ro**"):

- Quyền Lợi Trợ Cấp Nằm Viện; và
- Quyền Lợi Trợ Cấp Phẫu Thuật; và
- Quyền Lợi Trợ Cấp Ngoại Trú.

Để làm rõ, trong suốt thời gian tham gia Bảo Hiểm này, tổng quyền lợi chi trả cho một hoặc tất cả các quyền lợi bảo hiểm từ Điều 1.1 đến Điều 1.3 sẽ không vượt quá 1000 lần Số Tiền Bảo Hiểm.

Chi tiết các quyền lợi bảo hiểm được quy định tại Điều 1.1, 1.2 và 1.3 dưới đây.

1.1 Quyền Lợi Trợ Cấp Nằm Viện

Quyền Lợi Trợ Cấp Nằm Viện bao gồm:

- Quyền Lợi Trợ Cấp Nằm Viện Thông Thường; và
- Quyền Lợi Trợ Cấp Tại Phòng Chăm Sóc Đặc Biệt.

Tổng số Ngày Nằm Viện được chi trả của Quyền Lợi Trợ Cấp Nằm Viện là 150 ngày cộng dồn trong 1 Năm Hợp Đồng.

1.1.1. Quyền Lợi Trợ Cấp Nằm Viện Thông Thường:

Trong thời gian có hiệu lực của Bảo Hiểm này, nếu Người Được Bảo Hiểm phải Nằm Viện, Prudential sẽ chi trả 100% Số Tiền Bảo Hiểm của Bảo Hiểm này cho mỗi Ngày Nằm Viện. Tổng số Ngày Nằm Viện được chi trả trong 1 Năm Hợp Đồng là 150 ngày cộng dồn.

Trường hợp Người Được Bảo Hiểm Nằm Viện điều trị Tổn Thương do Tai Nạn, Prudential sẽ chi trả theo số Ngày Nằm Viện thực tế, nhưng không vượt quá số Ngày Nằm Viện tối đa được chi trả 150 ngày trong 1 Năm Hợp Đồng.

Trường hợp Người được Bảo Hiểm Nằm Viện do Bệnh, tổng số Ngày Nằm Viện thực tế được chi trả cho mỗi Đợt Nằm Viện không vượt quá số ngày được quy định tại bảng sau:

TT	Nhóm Bệnh	Số Ngày Nằm Viện tối đa được chi trả cho mỗi Đợt Nằm Viện (ngày)
1	Nhóm Bệnh Lao	20
2	Các Bệnh còn lại	10

Nếu Người Được Bảo Hiểm Nằm Viện do mắc nhiều hơn một Bệnh thuộc hai nhóm Bệnh khác nhau, chẩn đoán Bệnh đầu tiên được ghi trên chứng từ y tế chính thức cấp bởi Bệnh Viện hoặc cơ sở y tế sẽ được dùng là Bệnh để xác định số Ngày Nằm Viện tối

đa được chi trả cho Đợt Nằm Viện. Các chẩn đoán Bệnh còn lại sẽ được xem là Bệnh kèm theo hoặc Bệnh thứ phát và sẽ không làm thay đổi phân loại nhóm Bệnh cho mục đích đánh giá và chi trả quyền lợi này.

Tất cả các lần nhập viện liên tiếp liên quan đến cùng một chẩn đoán Bệnh đầu tiên (bao gồm cả trường hợp có biến chứng) xảy ra trong vòng 30 ngày kể từ ngày xuất viện gần nhất sẽ được xem là một Đợt Nằm Viện. Thời hạn của một Đợt Nằm Viện được áp dụng để tính số Ngày Nằm Viện tối đa được chi trả cho mỗi Đợt Nằm Viện.

1.1.2. Quyền Lợi Trợ Cấp Tại Phòng Chăm Sóc Đặc Biệt

Trong thời gian có hiệu lực của Bảo Hiểm này, nếu Người Được Bảo Hiểm phải Nằm Viện tại Khoa/Phòng Chăm Sóc Đặc Biệt (ICU), Prudential sẽ chi trả 300% Số Tiền Bảo Hiểm của Bảo Hiểm này cho mỗi Ngày Nằm Viện. Quyền lợi Trợ Cấp Nằm Viện Thông Thường sẽ không được áp dụng đồng thời trong trường hợp này.

Tổng số Ngày Nằm Viện tại Khoa/Phòng Chăm Sóc Đặc Biệt (ICU) được chi trả trong 1 Năm Hợp Đồng là 50 ngày cộng dồn.

1.2 Quyền Lợi Trợ Cấp Phẫu Thuật

Quyền Lợi Trợ Cấp Phẫu Thuật bao gồm:

- Quyền Lợi Trợ Cấp Phẫu Thuật Thông Thường; và
- Quyền Lợi Trợ Cấp Phẫu Thuật Đặc Biệt.

Tổng Quyền Lợi Trợ Cấp Phẫu Thuật được chi trả tối đa 5 lần Phẫu Thuật cộng dồn trong 1 Năm Hợp Đồng.

Để làm rõ, Prudential sẽ chỉ chi trả một lần quyền lợi Trợ Cấp Phẫu Thuật trong trường hợp nhiều lần mổ được thực hiện trong cùng một tiến trình Phẫu Thuật hoặc một Phẫu Thuật được thực hiện nhiều bước.

1.2.1. Quyền Lợi Trợ Cấp Phẫu Thuật Thông Thường

Trong thời gian có hiệu lực của Bảo Hiểm này, Prudential sẽ chi trả 500% Số Tiền Bảo Hiểm của Bảo Hiểm này cho mỗi lần Người Được Bảo Hiểm trải qua Phẫu Thuật.

Tổng Quyền Lợi Trợ Cấp Phẫu Thuật Thông Thường được chi trả tối đa 5 lần Phẫu Thuật cộng dồn trong 1 Năm Hợp Đồng.

1.2.2. Quyền Lợi Trợ Cấp Tại Phòng Chăm Sóc Đặc Biệt

Trong thời gian có hiệu lực của Bảo Hiểm này, Prudential sẽ chi trả 1000% Số Tiền Bảo Hiểm của Bảo Hiểm này cho mỗi lần Người Được Bảo Hiểm trải qua một trong ba loại Phẫu Thuật Đặc Biệt sau:

- Phẫu Thuật Mở Hộp Sọ; hoặc
- Phẫu Thuật Mở Lồng Ngực; hoặc
- Phẫu Thuật Loại Bỏ Một Bên Thận.

Quyền Lợi Trợ Cấp Phẫu Thuật Thông Thường sẽ không được áp dụng đồng thời trong trường hợp này.

Tổng Quyền Lợi Trợ Cấp Phẫu Thuật Đặc Biệt được chi trả tối đa 2 lần Phẫu Thuật cộng dồn trong 1 Năm Hợp Đồng.

1.3 Quyền Lợi Trợ Cấp Ngoại Trú

Trong thời gian có hiệu lực của Bảo Hiểm này, nếu Người Được Bảo Hiểm trải qua điều trị như một Bệnh Nhân Ngoại Trú để Lọc Máu Ngoài Thận hoặc để Điều Trị Ung Thư bằng một trong bốn phương pháp hóa trị, xạ trị, liệu pháp trúng đích và liệu pháp miễn dịch theo chỉ định của Bác Sĩ, Prudential sẽ chi trả 100% Số Tiền Bảo Hiểm cho mỗi Ngày Điều Trị Ngoại Trú.

Giới hạn chi trả tối đa cho quyền lợi này được quy định như sau:

- 1 lần cho mỗi Ngày Điều Trị Ngoại Trú; và
- 3 Ngày Điều Trị Ngoại Trú cho mỗi Đợt Điều Trị Ngoại Trú; và
- 50 Ngày Điều Trị Ngoại Trú cộng dồn trong 1 Năm Hợp Đồng; và
- 500 Ngày Điều Trị Ngoại Trú cộng dồn trong suốt thời gian tham gia Bảo Hiểm này.

Quyền lợi này sẽ không được chi trả đồng thời nếu việc điều trị xảy ra trong khi Người Được Bảo Hiểm đang là Bệnh Nhân Nội Trú.

Điều 2. Điều Khoản Loại Trừ

2.1. Loại trừ theo Bệnh Có Sẵn hoặc trong Thời Gian Chờ

Prudential sẽ không chi trả bất cứ quyền lợi bảo hiểm nào nếu Người Được Bảo Hiểm của Bảo Hiểm này điều trị Bệnh xảy ra trong Thời Gian Chờ hoặc Bệnh Có Sẵn. Điều khoản loại trừ này không áp dụng với trường hợp Bệnh Có Sẵn đã được kê khai và được Prudential chấp thuận.

2.2. Các Loại Trừ Khác

Prudential sẽ không chi trả bất cứ quyền lợi bảo hiểm nào của Bảo Hiểm này, nếu Người Được Bảo Hiểm phải Điều Trị Nội Trú hoặc Điều Trị Ngoại Trú do bất kỳ lý do nào dưới đây gây ra, dù trực tiếp hay gián tiếp:

- (1) Khám sức khỏe định kỳ hay tầm soát bệnh; hoặc
- (2) Điều trị thử nghiệm; hoặc
- (3) Điều trị nha khoa; hoặc
- (4) 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 Điều Trị Do Những Yêu Cầu Hợp Lý Và Cần Thiết Về Mặt Y Khoa; hoặc
- (5) Người Được Bảo Hiểm nhiễm HIV, bị AIDS hoặc các bệnh liên quan đến HIV/AIDS, 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; hoặc

- (6) 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
- (7) Điều trị các bệnh tâm thần hay rối loạn tâm lý; hoặc
- (8) Người Được Bảo Hiểm mưu toan tự tử, tự tử không thành hoặc tự gây thương tích, dù trong trạng thái tinh thần bình thường hay mất trí; hoặc
- (9) Người Được Bảo Hiểm sử dụng bất kỳ loại chất gây nghiện, chất có cồn, ma túy, chất độc, chất kích thích, thuốc điều trị tâm thần, chất hương thần mà không theo chỉ định của Bác Sĩ; hoặc
- (10) Người Được Bảo Hiểm sử dụng chất có cồn gây ra Tai Nạn. Thuật ngữ “sử dụng chất có cồn” được xác định căn cứ trên kết quả xét nghiệm có định lượng nồng độ cồn vượt trị số bình thường theo quy định của Bộ Y Tế Việt Nam tại thời điểm xảy ra Sự Kiện Bảo Hiểm; hoặc
- (11) Do hành vi phạm tội (theo kết luận của cơ quan nhà nước có thẩm quyền) của Bên Mua Bảo Hiểm và/hoặc Người Được Bảo Hiểm và/hoặc Người Thụ Hưởng gây ra cho Người Được Bảo Hiểm, trừ trường hợp quy định tại Điều 2.3 dưới đây; hoặc
- (12) Do lỗi cố ý của Người Được Bảo Hiểm và/hoặc Bên Mua Bảo Hiểm; và/hoặc Người Thụ Hưởng, trừ trường hợp theo Điều 2.3 dưới đây; hoặc
- (13) Việc tham gia các hoạt động hàng không của Người Được Bảo Hiểm, trừ khi với tư cách là hành khách trên các chuyến bay dân dụng; hoặc
- (14) Việc tham gia các môn thể thao nguy hiểm của Người Được Bảo Hiểm bao gồm lặn có sử dụng máy thở, leo núi (có sử dụng các dụng cụ hỗ trợ chuyên nghiệp), nhảy dù; mọi hình thức đua tốc độ cao hoặc các môn thể thao chuyên nghiệp (là hình thức thể thao mà Người Được Bảo Hiểm được nhận tiền lương hoặc các bồi hoàn bằng tiền, bao gồm các khoản chu cấp hoặc tài trợ); hoặc
- (15) 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 hoặc tiềm quyền; hoặc
- (16) Điều dưỡng, tỉnh dưỡng; hoặc
- (17) Điều trị bằng thuốc y học cổ truyền (Thuốc nam, thuốc bắc, thuốc đông y dạng sắc, viên, hoàn, tán) hoặc các thủ thuật không xâm lấn, được thực hiện bằng chỉ hoặc dụng cụ như xoa bóp, bấm huyệt, giác hơi, cạo gió; hoặc
- (18) Điều trị không phải là Điều Trị Do Những Yêu Cầu Hợp Lý Và Cần Thiết Về Mặt Y Khoa.

2.3. Trong trường hợp có hơn một Người Thụ Hưởng và một hoặc một số Người Thụ Hưởng cố ý gây ra thương tật dẫn đến Người Được Bảo Hiểm phải Điều Trị Nội Trú hoặc Điều Trị Ngoại Trú, Prudential vẫn trả toàn bộ quyền lợi bảo hiểm cho những Người Thụ Hưởng còn lại theo tỷ lệ tương ứng với tỷ lệ mà Bên Mua Bảo Hiểm đã chỉ định tại Hồ Sơ Yêu Cầu Bảo Hiểm.

Điều 3. Thời Gian Chờ

Thời Gian Chờ là khoảng thời gian kể từ ngày Bảo Hiểm này có hiệu lực hoặc ngày khôi phục hiệu lực gần nhất (nếu có), trong đó Prudential không chi trả quyền lợi bảo hiểm đối với các Sự Kiện Bảo Hiểm phát sinh.

Thời Gian Chờ của Bảo Hiểm này là 30 ngày, ngoại trừ các trường hợp sau:

- Không áp dụng cho Tai Nạn;
- 90 ngày cho cấy ghép nội tạng và các Bệnh sau:
 - Tất cả các loại ung thư, u lành tính, nang hoặc polyp;
 - Bệnh lý tuyến giáp;
 - Cao huyết áp;
 - Tiểu đường;
 - Phì đại tuyến tiền liệt, u xơ tử cung, lạc nội mạc tử cung, u nang buồng trứng.

Điều 4. Hồ Sơ Yêu Cầu Giải Quyết Quyền Lợi 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 (theo mẫu của Prudential) đã được điền đầy đủ, trung thực và chính xác; và
- (b) Bản sao chứng nhận bệnh lý có chẩn đoán bệnh; và
- (c) Bản gốc giấy ra viện hoặc chuyển viện; và
- (d) Hóa đơn viện phí; và
- (e) Bảng kê chi phí điều trị; và
- (f) Kết quả xét nghiệm (nếu có xét nghiệm); và
- (g) Giấy chứng nhận Phẫu Thuật (nếu có Phẫu Thuật); và
- (h) Giấy chứng nhận nằm tại Phòng Chăm Sóc Đặc Biệt (nếu có nằm tại Khoa/Phòng chăm sóc đặc biệt (ICU)); và
- (i) Bệnh án; và
- (j) Giấy chứng nhận nghỉ ốm (khi Prudential có yêu cầu); và
- (k) Bản gốc hoặc bản sao chứng thực các giấy tờ liên quan đến Tai Nạn được cấp bởi cơ quan có thẩm quyền theo quy định của pháp luật như biên bản điều tra (nếu có), biên bản Tai Nạn, biên bản khám nghiệm hiện trường, kết luận điều tra; và
- (l) Bản sao chỉ định và các kết quả cận lâm sàng (xét nghiệm máu, siêu âm, X-quang và các xét nghiệm tương tự khác); và
- (m) 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) trong 03 năm gần nhất (nếu có); và

- (n) Các chứng từ khác liên quan đến việc điều trị: toa thuốc, sổ khám bệnh hoặc giấy chứng nhận y khoa do Bác Sĩ điều trị hoặc Bác Sĩ ký tên có ghi rõ chẩn đoán và việc điều trị được áp dụng.
- (o) Ngoài các giấy tờ được liệt kê ở trên, trong trường hợp cần thiết, Prudential có quyền yêu cầu các chứng từ khác. Khi đó mọi chi phí cho việc yêu cầu các loại chứng từ này theo yêu cầu của Prudential sẽ do Prudential chịu trách nhiệm chi trả.

Đối với trường hợp Người Được Bảo Hiểm Điều Trị Nội Trú hoặc Điều Trị Ngoại Trú được chẩn đoán ở nước ngoài và các chứng từ nêu ở các mục trên không được lập bằng Tiếng Việt hoặc Tiếng Anh, các chứng từ này cần dịch công chứng sang Tiếng Việt theo quy định pháp luật. Chi phí cho việc cung cấp các chứng từ này sẽ do Bên Mua Bảo Hiểm hoặc Người Nhận Quyền Lợi Bảo Hiểm chịu trách nhiệm.

Trường hợp xảy ra tranh chấp trên kết quả chẩn đoán trong Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm, Prudential có quyền yêu cầu Người Được Bảo Hiểm tham gia tiến hành điều tra xác nhận, bao gồm việc cung cấp bằng chứng về tiền sử, bệnh sử, chẩn đoán lại, làm xét nghiệm y khoa lại, chiếu xạ, nếu cần thiết, tại một trung tâm xét nghiệm khác do Prudential chỉ định, hoặc cung cấp các chứng từ cần thiết khác. Khi đó mọi chi phí cho việc tiến hành xét nghiệm y khoa này theo yêu cầu của Prudential sẽ do Prudential chịu trách nhiệm chi trả. Prudential và Người Nhận Quyền Lợi Bảo Hiểm đồng ý rằng kết quả xét nghiệm này là kết quả sau cùng để giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

PHÍ BẢO HIỂM VÀ THỜI HẠN ĐÓNG PHÍ BẢO HIỂM

Điều 5. Phí Bảo Hiểm

Phí Bảo Hiểm phụ thuộc vào tuổi, giới tính của Người Được Bảo Hiểm dựa theo biểu phí được phê duyệt bởi Bộ Tài chính.

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 đang có hiệu lực. 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 6. Thời Hạn Đóng Phí Bảo Hiểm

Bảng Thời Hạn Bảo Hiểm của Bảo Hiểm này.

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

Điều 7. Điều Kiện Tham Gia

Người Được Bảo Hiểm là cá nhân cư trú tại Việt Nam, thuộc độ tuổi từ 30 ngày tuổi đến 70 tuổi, được Prudential chấp thuận bảo hiểm 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 này.

Điều 8. Thời Hạn Bảo Hiểm

Thời Hạn Bảo Hiểm là 1 năm tính từ ngày hiệu lực của Bảo Hiểm này 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 Năm Hợp Đồng ngay sau sinh nhật lần thứ 75 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.

Trong trường hợp tái tục, Prudential sẽ thông báo hạn mức quyền lợi còn lại của Bảo Hiểm này cho Bên Mua Bảo Hiểm 30 ngày trước Ngày Kỷ Niệm Năm Hợp Đồng.

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

- Prudential ngừng triển khai Bảo Hiểm này ở toàn bộ thị trường Việt Nam, hoặc để tuân thủ 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.
- Khi tổng số tiền mà Prudential chi trả cho một hoặc tất cả các quyền lợi bảo hiểm của Bảo Hiểm này vượt quá 950 lần Số Tiền Bảo Hiểm.

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

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

Điều 9. 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:

- Bảo Hiểm mất hiệu lực trong 90 ngày liên tục; hoặc
- Thời Hạn Bảo Hiểm của Bảo Hiểm này kết thúc; hoặc
- Hợp Đồng Bảo Hiểm chấm dứt hiệu lực; hoặc
- Bảo Hiểm này không được tái tục theo Điều 8; hoặc
- Vào Ngày Kỷ Niệm Năm Hợp Đồng ngay sau sinh nhật lần thứ 75 của Người Được Bảo Hiểm; hoặc
- 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 đến hạn đóng phí kế tiếp ngay sau khi Bên Mua Bảo Hiểm gửi yêu cầu và được Prudential chấp thuận; hoặc
- Người Được Bảo Hiểm của Bảo Hiểm này tử vong; hoặc
- Trong suốt thời gian tham gia Bảo Hiểm này, tổng các khoản chi trả của một hoặc các Quyền Lợi Bảo Hiểm Rủi Ro quy định tại Điều 1.1, Điều 1.2 và Điều 1.3 theo Quy Tắc và Điều Khoản này bằng 1000 lần Số Tiền Bảo Hiểm; hoặc

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