



QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN SẢN PHẨM BẢO HIỂM BỔ TRỢ BẢO HIỂM HỖ TRỢ VIỆN PHÍ VÀ PHẪU THUẬT THEO CHI PHÍ THỰC TẾ

(Đã được Bộ Tài chính phê chuẩn theo Công văn số 15660 /BTC- QLBH ngày 17/11/2011)

1. NHỮNG QUY ĐỊNH CHUNG

- 1.1. Quy tắc, Điều khoản này là những nội dung thỏa thuận bổ sung giữa Prudential và Bên mua bảo hiểm nhằm bảo hiểm bổ sung cho (những) người có quyền lợi có thể được bảo hiểm với Bên mua bảo hiểm có tên trong Hợp đồng bảo hiểm đã ký kết.
- 1.2. Trừ những khái niệm được định nghĩa dưới đây, các khái niệm sử dụng trong Quy tắc, Điều khoản của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này được hiểu đúng theo nghĩa đã được giải thích trong Quy tắc, Điều khoản của sản phẩm bảo hiểm chính đã ký kết. Nếu có những mâu thuẫn giữa Quy tắc, Điều khoản sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này với Quy tắc, Điều khoản sản phẩm bảo hiểm chính thì quy định trong Quy tắc, Điều khoản sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này sẽ được áp dụng.

2. ĐỊNH NGHĨA

- 2.1. **Bệnh viện** là một cơ sở được thành lập và đăng ký hợp pháp theo luật pháp Việt Nam và hoạt động ở Việt Nam như một bệnh viện hoặc trung tâm y tế cấp Quận, Huyện trở lên để cấp cứu, điều trị những người bị bệnh cũng như bị thương nhập viện làm Bệnh nhân nội trú; các cơ sở này phải:
 - Hoạt động liên tục, cung cấp dịch vụ chăm sóc điều trị 24/24 giờ bởi các Bác Sĩ và các nhân viên Y tế (Y sĩ, Y tá...) có giấy phép hành nghề; và
 - Được quản lý và điều hành bởi những người có giấy phép hành nghề của Bộ Y tế hay Sở Y tế, và
 - Lưu trữ và cung cấp những chứng từ y khoa, chứng từ kế toán tài chính tuân thủ theo các quy định của các cơ quan có thẩm quyền.

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

- Trung tâm y tế dự phòng;
- Bệnh viện/ viện tâm thần;
- Bệnh viện/ viện y học dân tộc;
- Bệnh viện/ viện phong;
- Nhà điều dưỡng, trung tâm phục hồi chức năng, nhà lưu bệnh;
- Nhà bảo sanh, 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, trung tâm này hoạt động độc lập hay trực thuộc một Bệnh viện.

- 2.2. **Bệnh** có nghĩa là các chứng bệnh tật hay đau ốm không bị loại trừ trong bất cứ quy định nào của Quy tắc, Điều khoản sản phẩm bảo hiểm hỗ trợ này mà Người được bảo hiểm mắc phải trong thời gian có hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm hỗ trợ này. Bệnh phải bắt đầu trong khi hợp đồng đang có hiệu lực.

Một Bệnh được xem như bắt đầu khi Bệnh đó đã được tham vấn, chẩn đoán, điều trị bởi một Bác Sĩ hoặc đã làm phát sinh những triệu chứng khiến cho một người bình thường phải tự điều trị, tìm sự tham vấn, chẩn đoán hoặc điều trị của Bác Sĩ.

- 2.3. **Tổn thương** có nghĩa là tổn thương cơ thể do Tai nạn gây ra trong thời gian có hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm hỗ trợ này.

- 2.4. **Tai nạn** là một sự kiện hoặc một chuỗi sự kiện không bị gián đoạn gây ra bởi tác động của một lực hoặc một vật bất ngờ từ bên ngoài lên cơ thể Người được bảo hiểm xảy ra trong thời gian có hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm hỗ trợ này. Sự kiện hoặc chuỗi sự kiện trên phải là nguyên nhân duy nhất, trực tiếp và không liên quan đến bất kỳ nguyên nhân nào khác, làm Người được bảo hiểm bị Tổn thương.

- 2.5. **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.

- 2.6. **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 có giấy phép hành nghề. Việc Nằm viện phải được bắt đầu trong khi sản phẩm bảo hiểm hỗ trợ này đang có hiệu lực và sau Thời hạn loại trừ.

- 2.7. **Bác Sĩ** là cá nhân tốt nghiệp đại học chuyên ngành Tây Y trở lên và được cấp phép hành nghề hợp pháp tại địa phương để cung cấp dịch vụ khám, chữa bệnh và phẫu thuật. Trong định nghĩa này, Bác Sĩ không bao gồm những người sau đây:

- Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng;
- (các) đối tác kinh doanh của Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm;
- Đại lý bảo hiểm, người tuyển dụng, nhân viên của Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm;
- Các thành viên trong gia đình trực hệ của Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm (cha mẹ, vợ chồng, con cái, anh chị em ruột).



2.8. **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. Số ngày nằm viện được tính bằng hiệu số của ngày ra viện và ngày nhập viện.

2.9. **Điều trị do những yêu cầu hợp lý và “Cần thiết về mặt y khoa”** nghĩa là việc điều trị:

- được tiến hành theo đúng các tập quán trung thực trong y khoa; và
- không phải chỉ xuất phát từ mong muốn cá nhân của người bệnh hoặc người thân của người bệnh hay Bác Sĩ; và
- căn cứ theo kết quả chẩn đoán, triệu chứng y khoa và tình trạng của người bệnh, việc điều trị không thể được thực hiện một cách an toàn nếu không được Nằm viện.

Danh sách những bệnh không cần thiết về mặt y khoa để Nằm viện điều trị như là Bệnh nhân nội trú theo Quy tắc, Điều khoản này được quy định trong Phụ lục 2.

2.10. **Chi phí hợp lý:** Chi phí chăm sóc y tế đáp ứng yêu cầu “Cần thiết về mặt y khoa” được gọi là Chi phí hợp lý khi không vượt quá mức chi phí chuẩn đang được áp dụng bởi các cơ sở y tế cấp tương đương tại Việt Nam. Theo kinh nghiệm và đánh giá thận trọng của Prudential, khi thực hiện việc điều trị, chăm sóc y tế cho những bệnh nhân cùng giới tính, cùng độ tuổi, cùng tình trạng Bệnh hoặc Tổn thương và theo chuẩn mực và thông lệ y khoa được chấp nhận chung, chi phí này là cần thiết để thực hiện việc điều trị, nếu không sẽ ảnh hưởng tiêu cực đến tình trạng sức khỏe của người bệnh.

2.11. **Đợt điều trị:** tất cả các lần Nằm viện liên quan trực tiếp đến cùng một Bệnh hay Tổn thương (kể cả trường hợp bị biến chứng) xảy ra trong vòng 60 ngày kể từ ngày xuất viện gần nhất sẽ được xem như cùng một Đợt điều trị. Thời hạn của một Đợt điều trị được áp dụng để tính mức quyền lợi tối đa được chi trả.

2.12. **Trước và sau nằm viện** có nghĩa là tất cả các lần khám, tư vấn và điều trị liên quan trực tiếp đến cùng một Bệnh hay Tổn thương với Đợt điều trị đó (kể cả trường hợp bị biến chứng) xảy ra trong vòng 30 ngày trước ngày nhập viện và 30 ngày sau ngày xuất viện.

2.13. **Cấp cứu** là một tình trạng y tế biểu hiện bằng các triệu chứng cấp tính với mức độ nghiêm trọng (bao gồm đau dữ dội), mà một người thận trọng có hiểu biết trung bình về y khoa sẽ hiểu rằng nếu không có sự chăm sóc y tế kịp thời tại một phòng cấp cứu của bệnh viện thì một trong những hậu quả sau có thể xảy ra:

- Sức khỏe của một người, hay trong trường hợp phụ nữ mang thai thì cả thai phụ và thai nhi bị đe dọa nghiêm trọng;
- Suy giảm nghiêm trọng chức năng của cơ thể;



- Rối loạn chức năng nghiêm trọng của bất kỳ cơ quan hoặc một phần cơ thể.
- 2.14. **Khoa chăm 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 cho bệnh nhân, và:
- được Bệnh viện thiết lập nhằm cung cấp chương trình chăm sóc và điều trị tích cực 24/24 giờ cho bệnh nhân; và
 - được trang bị thuốc men, các thiết bị và phương tiện cấp cứu cần thiết để theo dõi, hỗ trợ và cấp cứu tại chỗ cho bệnh nhân; 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.
- 2.15. **Phẫu thuật** là một quá trình phẫu thuật để điều trị Bệnh hoặc Tổn thương do những yêu cầu cần thiết và hợp lý về mặt y khoa, được thực hiện bởi Bác Sĩ phẫu thuật có giấy phép hành nghề trong phòng phẫu thuật của Bệnh viện với phương pháp gây mê, gây tê (không phải là gây tê tại chỗ). Phẫu thuật phải đáp ứng quy định của Bộ Y tế.
- 2.16. **Thời hạn loại trừ** là 180 ngày đối với các bệnh mãn tính theo quy định tại Phụ lục 1 và 30 ngày đối với các bệnh khác kể từ ngày sản phẩm bảo hiểm bồi trợ này có hiệu lực hoặc từ ngày khôi phục hiệu lực gần nhất của sản phẩm bảo hiểm bồi trợ này.
- 2.17. **Tình trạng tồn tại trước** có nghĩa là
- Tổn thương gây ra bởi Tai nạn trước hoặc trong Thời hạn loại trừ của sản phẩm bảo hiểm bồi trợ này; hoặc
 - Bệnh đã được chẩn đoán xác định, hoặc đã điều trị, hoặc các triệu chứng bệnh đã xuất hiện trước hoặc trong Thời hạn loại trừ của sản phẩm bảo hiểm bồi trợ này.

3. GIỚI HẠN TUỔI VÀ THỜI HẠN BẢO HIỂM

- 3.1. Độ tuổi để Người được bảo hiểm được Prudential chấp nhận bảo hiểm theo Quy tắc, Điều khoản của sản phẩm bảo hiểm bồi trợ này là từ 6 đến 50 tuổi. Ngoài ra, giới hạn tuổi của Người được bảo hiểm khi kết thúc hợp đồng là 65 tuổi.
- 3.2. Thời hạn bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm bồi trợ này là một (01) năm và được gia hạn tự động hàng năm với điều kiện Bên mua bảo hiểm phải đóng Phí bảo hiểm đầy đủ và đúng hạn.

4. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Quyền lợi bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm bồi trợ này sẽ được chi trả tùy theo Kế hoạch A, Kế hoạch B, Kế hoạch C hoặc Kế hoạch D mà Bên mua bảo



hiểm lựa chọn tại thời điểm tham gia bảo hiểm. Chi tiết về quyền lợi bảo hiểm được quy định tại các Điều, Khoản dưới đây.

4.1 Quyền lợi hỗ trợ chi phí điều trị nội trú

(a) Hỗ trợ chi phí nằm viện

Nếu Người được bảo hiểm phải Nằm viện điều trị nội trú theo quy định tại Điều 2.6, Prudential sẽ thanh toán 80% chi phí liên quan đến tiền phòng và tiền ăn (kể cả tiền ăn trong thời gian điều trị tại Khoa chăm sóc đặc biệt theo quy định tại Điều 4.1.(b) dưới đây) nhưng số tiền chi trả bình quân cho mỗi Ngày nằm viện sẽ không vượt quá giới hạn quy định trong bảng sau:

Kế hoạch A	Kế hoạch B	Kế hoạch C	Kế hoạch D
200.000 đồng/ngày	350.000 đồng/ngày	500.000 đồng/ngày	1.000.000 đồng/ngày

Quyền lợi này không bao gồm thời gian Người được bảo hiểm Nằm viện điều trị tại Khoa chăm sóc đặc biệt hoặc phòng hậu phẫu.

Giới hạn chi trả quyền lợi Hỗ trợ chi phí nằm viện tối đa trong 1 (một) Năm hợp đồng của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này là 100 (một trăm) Ngày nằm viện cộng dồn.

(b) Hỗ trợ chi phí nằm viện tại Khoa chăm sóc đặc biệt:

Nếu Người được bảo hiểm phải Nằm viện điều trị tại Khoa chăm sóc đặc biệt theo quy định tại Điều 2.14, Prudential sẽ chi trả 80% chi phí chăm sóc đặc biệt bao gồm tiền phòng, chi phí sử dụng trang thiết bị hỗ trợ, tiền khám bệnh cho mỗi Ngày nằm viện tại Khoa chăm sóc đặc biệt nhưng không vượt quá giới hạn quy định trong bảng sau:

Kế hoạch A	Kế hoạch B	Kế hoạch C	Kế hoạch D
400.000 đồng/ngày	700.000 đồng/ngày	1.000.000 đồng/ngày	2.000.000 đồng/ngày

Giới hạn chi trả quyền lợi Hỗ trợ chi phí nằm viện tại Khoa chăm sóc đặc biệt tối đa trong 1 (một) Năm hợp đồng của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này là 30 (ba mươi) ngày nằm tại Khoa chăm sóc đặc biệt cộng dồn.

(c) Hỗ trợ chi phí điều trị

Ngoài các quyền lợi quy định tại Điều 4.1.(a) và 4.1.(b) trên đây, Prudential sẽ chi trả 80% tiền thuốc, tiền vật liệu tiêu hao, chi phí xét nghiệm, chi phí chẩn đoán hình ảnh, chi phí giặt ủi và chi phí mời Bác Sĩ hội chẩn cho cùng một Đợt điều trị nhưng không vượt quá giới hạn quy định trong bảng sau:

Kế hoạch A	Kế hoạch B	Kế hoạch C	Kế hoạch D
1.000.000 đồng	1.750.000 đồng	2.500.000 đồng	5.000.000 đồng



4.2 Quyền lợi hỗ trợ chi phí trước và sau khi nằm viện

Prudential sẽ chi trả 80% chi phí phát sinh trước và sau khi Nằm viện như tiền thuốc, chi phí khám, tư vấn, vật lý trị liệu và xét nghiệm của Người được bảo hiểm cho cùng một Đợt điều trị nhưng không vượt quá giới hạn quy định trong bảng sau:

Kế hoạch A	Kế hoạch B	Kế hoạch C	Kế hoạch D
500.000 đồng	800.000 đồng	1.100.000 đồng	2.000.000 đồng

- Việc khám, tư vấn và xét nghiệm này có liên quan trực tiếp đến Bệnh hoặc Tổn thương mà Người được bảo hiểm phải Nằm viện.
- Việc khám, tư vấn và xét nghiệm này được thực hiện trong vòng 30 ngày trước ngày nhập viện và 30 ngày sau ngày xuất viện.

4.3 Hỗ trợ chi phí Phẫu thuật

Nếu Người được bảo hiểm trải qua Phẫu thuật theo quy định tại Điều 2.15, Prudential sẽ chi trả 80% chi phí liên quan đến Phẫu thuật bao gồm:

- Chi phí phòng mổ, bao gồm phòng hậu phẫu, trang thiết bị và vật liệu tiêu hao;
- Tiền công cho ca mổ (bao gồm chi phí thăm khám của Bác Sĩ tối đa một lần/ngày);
- Chi phí gây mê, gây tê.

Đối với trường hợp Phẫu thuật không Nằm viện điều trị nội trú, ngoài các chi phí được liệt kê ngay trên đây, Prudential sẽ chi trả thêm 80% chi phí liên quan đến tiền thuốc, tiền vật liệu tiêu hao, chi phí xét nghiệm, chi phí chẩn đoán hình ảnh và chi phí mời Bác Sĩ hội chẩn.

Chi phí Phẫu thuật trên đây cũng được áp dụng cho trường hợp ghép tạng (nếu Người được bảo hiểm là người được ghép tạng).

Quyền lợi Hỗ trợ chi phí Phẫu thuật tối đa cho mỗi Đợt điều trị được quy định trong bảng sau:

Kế hoạch A	Kế hoạch B	Kế hoạch C	Kế hoạch D
2.000.000 đồng	3.500.000 đồng	5.000.000 đồng	10.000.000 đồng

4.4 Hỗ trợ chi phí điều trị Cấp cứu do Tai nạn khi ở nước ngoài

Nếu Người được bảo hiểm phải điều trị Cấp cứu do Tai nạn khi đang ở nước ngoài, Prudential sẽ chi trả 80% chi phí liên quan đến việc điều trị Cấp cứu nhưng không vượt quá số tiền tối đa cho mỗi Đợt điều trị ở nước ngoài theo quy định trong bảng sau:

Kế hoạch A	Kế hoạch B	Kế hoạch C	Kế hoạch D
4.000.000 đồng	7.000.000 đồng	10.000.000 đồng	20.000.000 đồng



Việc điều trị Cấp cứu do Tai nạn phải đáp ứng quy định tại Điều 2.13 và Điều 2.4 của Quy tắc, Điều khoản này.

Lưu ý:

- Quyền lợi này chỉ được chi trả với điều kiện chi phí phát sinh là hợp lý và tương đương với trường hợp điều trị tương tự ở Việt Nam. Quyền lợi này sẽ không được chi trả nếu như Người được bảo hiểm ra nước ngoài từ 90 (chín mươi) ngày liên tiếp trở lên.
- Khi chi trả quyền lợi Hỗ trợ chi phí điều trị Cấp cứu do Tai nạn khi ở nước ngoài, Prudential sẽ áp dụng mức tỷ giá quy đổi ngoại tệ được quy định bởi Ngân hàng Nhà nước Việt Nam tại thời điểm chấp nhận giải quyết quyền lợi bảo hiểm này.

Trong trường hợp các chi phí liên quan đến việc Nằm viện điều trị nội trú hay Phẫu thuật của Người được bảo hiểm đã được thanh toán qua Bảo hiểm y tế, Prudential sẽ chi trả 100% chi phí còn lại nhưng không vượt quá mức tối đa quy định tại Điều 4.1 đến Điều 4.4 nêu trên.

4.5 Giới hạn chi trả quyền lợi

Tổng số tiền chi trả cho sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này áp dụng cho tất cả các quyền lợi trên đây sẽ không vượt quá mức tối đa được quy định trong bảng sau:

Giới hạn chi trả	Kế hoạch A	Kế hoạch B	Kế hoạch C	Kế hoạch D
Trong một Năm hợp đồng	20.000.000 đồng	35.000.000 đồng	50.000.000 đồng	100.000.000 đồng
Trong suốt thời hạn hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này	200.000.000 đồng	350.000.000 đồng	500.000.000 đồng	1.000.000.000 đồng

5. HẠN MỨC BẢO HIỂM, PHÍ BẢO HIỂM VÀ ĐỊNH KỲ ĐÓNG PHÍ

- 5.1. Hạn mức bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này là số tiền được ghi trên Giấy Chứng nhận bảo hiểm nhân thọ hoặc Thư xác nhận điều chỉnh hợp đồng bảo hiểm nhân thọ, nếu có.
- 5.2. Phí bảo hiểm phải được đóng khi đến hạn, ngay cả trong lúc Người được bảo hiểm Nằm viện tại Bệnh viện để điều trị hay Phẫu thuật theo Quy tắc, Điều khoản của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này.
- 5.3. Định kỳ đóng phí của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này trùng với Định kỳ đóng phí của sản phẩm bảo hiểm chính đã ký kết.



- 5.4. Với sự chấp thuận của Bộ Tài chính, Prudential có quyền điều chỉnh quyền lợi và thay đổi mức Phí bảo hiểm trong thời gian sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này đang có hiệu lực. Tuy nhiên mức Phí bảo hiểm mới chỉ được áp dụng vào ngày đáo niên của hợp đồng và Prudential sẽ thông báo trước 3 (ba) tháng cho Bên mua bảo hiểm bằng văn bản. Trong trường hợp sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này được khôi phục, mức Phí bảo hiểm Prudential đang thực hiện tại thời điểm khôi phục hiệu lực sẽ được áp dụng.

6. THAY ĐỔI NGHỀ NGHIỆP

Trong trường hợp Người được bảo hiểm thay đổi nghề nghiệp, hoặc tham gia vào các hoạt động thể thao nguy hiểm (như lặn có bình khí nén, leo núi, nhảy dù, đua xe), Bên mua bảo hiểm phải thông báo cho Prudential trong vòng 30 (ba mươi) ngày kể từ ngày có sự thay đổi này. Nếu không, Prudential có quyền từ chối thanh toán khi có sự cố bảo hiểm xảy ra.

Prudential có thể quyết định tiếp tục nhận bảo hiểm hay không trong vòng 30 (ba mươi) ngày kể từ ngày Prudential nhận đầy đủ hồ sơ xác nhận việc thay đổi nghề nghiệp, hoặc thông báo về việc tham gia các hoạt động thể thao nguy hiểm của Người được bảo hiểm.

Nếu từ chối bảo hiểm trong trường hợp này, Prudential sẽ hoàn trả Phí bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm đã đóng cho thời gian chưa được bảo hiểm.

7. ĐIỀU KHOẢN LOẠI TRỪ

7.1. Loại trừ Tình trạng tồn tại trước:

Prudential sẽ không chi trả bất cứ quyền lợi bảo hiểm nào cho sản phẩm 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 2.17 của Quy tắc, Điều khoản này.

7.2. Loại trừ khi sự kiện bảo hiểm phát sinh trong Thời hạn loại trừ:

Prudential sẽ không chi trả bất cứ quyền lợi nào cho sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này nếu Người được bảo hiểm phải Nằm viện hay trải qua Phẫu thuật trong Thời hạn loại trừ được quy định tại Điều 2.16 của Quy tắc, Điều khoản này.

7.3. Những loại trừ khác:

Prudential sẽ không chi trả bất cứ chi phí hoặc quyền lợi bảo hiểm nào cho sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này trong các trường hợp sau:

- (i) Những chi phí cho việc Nằm viện phát sinh trước ngày sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này có hiệu lực hoặc trong thời gian sản phẩm bổ trợ này mất hiệu lực; hoặc
- (ii) Chi phí để mua, sử dụng thiết bị cấy ghép, máy chạy thận, chi phí mua tạng, chi phí thở máy áp lực âm, hay chi phí mua các bộ phận nhân tạo hoặc các thiết bị đặc biệt khác bao gồm chi phí vận chuyển, bảo quản và những chi phí hành chính liên quan đến việc mua, sử dụng những thiết bị này; hoặc
- (iii) Tiêm chủng; hoặc



- (iv) Khám tư vấn sức khỏe định kỳ; hoặc
- (v) Áp dụng những phương thức điều trị và chế độ dinh dưỡng bằng dược phẩm mang tính chất thử nghiệm, nghiên cứu và chưa được chứng minh, chủ yếu cho việc chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm hoặc những nghiên cứu chẩn đoán khác mang tính chất ngẫu nhiên và không phù hợp với việc chẩn đoán và điều trị những Bệnh cần phải Nằm viện; hoặc
- (vi) Chi phí điều trị nha khoa, trừ trường hợp điều trị do Tai nạn; hoặc
- (vii) 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 Người được bảo hiểm tự lựa chọn mà không phải là các biện pháp y khoa cần thiết cho việc điều trị Bệnh, Tổn thương hoặc Phẫu thuật do Tai nạn; hoặc
- (viii) Điều trị hay kiểm tra liên quan đến AIDS/HIV hay bệnh lây truyền qua đường tình dục; hoặc
- (ix) Xét 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, bệnh di truyền, cắt bao quy đầu, hay nạo phá thai có hay không có biến chứng; hoặc
- (x) Điều trị các bệnh tâm thần hay rối loạn tâm lý, suy nhược cơ thể, kiệt sức hoặc hội chứng ngưng thở khi ngủ hoặc bệnh béo phì; hoặc
- (xi) Mưu toan tự tử hay tự gây Tổn thương cơ thể cho dù trong trạng thái tinh thần bình thường hay mất trí; lạm dụng rượu bia, chất kích thích; hoặc
- (xii) Tổn thương hoặc Bệnh phát sinh trực tiếp hay gián tiếp từ việc tham gia các môn thể thao chuyên nghiệp như lặn có bình khí nén, leo núi, nhảy dù, nhảy bungee và mọi hình thức đua tốc độ; hoặc
- (xiii) 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
- (xiv) Tổn thương hay Bệnh phát sinh trực tiếp hay gián tiếp từ chiến tranh, xâm lược, các hành động thù địch của ngoại bang, nội chiến, nổi loạn, cách mạng, khởi nghĩa, hành động quân sự, tham gia trực tiếp vào các cuộc bạo động, gây rối, đình công; hoặc
- (xv) Tổn thương hay Bệnh phát sinh trực tiếp hay gián tiếp từ việc thực hiện hay tìm cách thực hiện hoặc tham gia vào các hành vi phạm tội của Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng hoặc Bên mua bảo hiểm; hoặc
- (xvi) Điều dưỡng, tỉnh dưỡng; hoặc
- (xvii) Điều trị bằng thuốc hoặc các biện pháp y học dân tộc; hoặc
- (xviii) Việc điều trị vượt quá mức Chi phí hợp lý hoặc không Cần thiết về mặt y khoa theo Quy tắc, Điều khoản của sản phẩm bảo hiểm bồi trợ này. Danh sách các Bệnh được xếp loại là không cần thiết phải Nằm viện điều trị về mặt y khoa được quy định tại Phụ lục 2; hoặc
- (xix) Chi phí cung cấp mắt kính hoặc kính sát trùng ngoại trừ trường hợp kính được đặt trong mắt do phẫu thuật thay thủy tinh thể.



8. THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

8.1. Để nhận quyền lợi bảo hiểm theo quy định tại Điều 4.1 hoặc 4.3 nêu trên, người nhận quyền lợi bảo hiểm phải cung cấp những giấy tờ dưới đây cho Prudential trong vòng 30 ngày kể từ ngày Người được bảo hiểm xuất viện:

- (i) Phiếu yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm; và
- (ii) Bản gốc giấy ra viện hoặc chuyển viện; và
- (iii) Hóa đơn viện phí; và
- (iv) Bảng kê chi phí nằm viện; và
- (v) Kết quả xét nghiệm (nếu có xét nghiệm); và
- (vi) Giấy chứng nhận phẫu thuật (nếu có Phẫu thuật); và
- (vii) Giấy chứng nhận nằm tại Khoa chăm sóc đặc biệt (nếu có nằm tại Khoa chăm sóc đặc biệt); và
- (viii) Bệnh án; và
- (ix) Biên bản hội chẩn và hóa đơn chi phí hội chẩn;
- (x) Giấy chứng nhận nghỉ phép do bệnh cho Bảo hiểm xã hội (khi Prudential có yêu cầu)

8.2. Để nhận quyền lợi Hỗ trợ chi phí trước và sau khi nằm viện theo quy định tại Điều 4.2 nêu trên, người nhận quyền lợi bảo hiểm phải cung cấp thêm những giấy tờ dưới đây cho Prudential trong vòng 60 ngày kể từ ngày Người được bảo hiểm xuất viện:

- (i) Những giấy tờ liên quan đến việc Nằm viện đã được Bên mua bảo hiểm thông báo cho Prudential; và
- (ii) Phiếu yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm và bản sao giấy ra viện; và
- (iii) Toa thuốc có kèm chẩn đoán và biên nhận/hoá đơn của tất cả các chi phí liên quan đến việc khám bệnh; và
- (iv) Bệnh án được hoàn thành bởi Bác Sĩ; và
- (v) Kết quả xét nghiệm (nếu có); và
- (vi) Bản gốc hóa đơn hoặc phiếu thu tiền khám bệnh của cùng một loại Bệnh đã dẫn đến việc Nằm viện điều trị.

8.3. Để nhận quyền lợi Hỗ trợ chi phí điều trị Cấp cứu do Tai nạn khi ở nước ngoài, người nhận quyền lợi bảo hiểm phải cung cấp thêm những giấy tờ dưới đây cho Prudential (bằng Tiếng Anh hoặc Tiếng Việt hoặc bản dịch có xác nhận của Phòng công chứng về nội dung dịch thuật của các giấy tờ trên đây đối với những ngôn ngữ khác tiếng Anh) trong vòng 30 ngày kể từ ngày Người được bảo hiểm về Việt Nam:

- (i) Phiếu yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm; và
- (ii) Giấy ra viện, các loại hóa đơn; bảng kê chi tiết chi phí Nằm viện; bản Trích sao Bệnh án, và kết quả xét nghiệm; và
- (iii) Bảng chứng về Tai nạn, như báo cáo tường trình về Tai nạn.



Tất cả các giấy tờ trên đây phải được cấp bởi Bệnh viện được thành lập và hoạt động hợp pháp theo luật pháp của nước có Bệnh viện mà Người được bảo hiểm đã điều trị.

- 8.4. Ngoài các giấy tờ và thông tin nêu tại Điều 8.1, Điều 8.2 và Điều 8.3 trên đây, Prudential có quyền yêu cầu người nhận quyền lợi bảo hiểm cung cấp các giấy tờ hoặc bằng chứng bổ sung khác, tạo điều kiện để Prudential hoàn tất thủ tục thanh toán quyền lợi bảo hiểm. Chi phí, nếu có, cho việc cung cấp các giấy tờ, bằng chứng bổ sung sẽ do Prudential chi trả.
- 8.5. Nếu Người được bảo hiểm đã được Bảo Hiểm Y Tế chi trả một phần quyền lợi bảo hiểm và yêu cầu Prudential chi trả phần còn lại, người nhận quyền lợi bảo hiểm có thể nộp cho Prudential bản sao các giấy tờ trên đây có công chứng hợp pháp.

9. HIỆU LỰC VÀ KẾT THÚC HIỆU LỰC CỦA SẢN PHẨM BẢO HIỂM BỔ TRỢ

9.1. Hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ:

- Nếu Người được bảo hiểm được Prudential chấp nhận bảo hiểm, hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này sẽ được tính từ ngày Bên mua bảo hiểm điền đầy đủ vào Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và đóng đủ số Phí bảo hiểm đầu tiên theo quy định tại Hợp đồng bảo hiểm nhân thọ hoặc trên Thư xác nhận điều chỉnh hợp đồng bảo hiểm nhân thọ (nếu có), với điều kiện Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm phải còn sống vào ngày bắt đầu hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này.
- Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này sẽ tiếp tục duy trì hiệu lực nếu khách hàng tiếp tục đóng đủ phí đến hạn theo mức áp dụng tại thời điểm đóng phí. Prudential có quyền từ chối việc duy trì sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này vào bất kỳ lúc nào bằng cách thông báo trước 45 (bốn mươi lăm) ngày cho Bên mua bảo hiểm bằng văn bản.

Nếu từ chối tiếp tục duy trì sản phẩm bảo hiểm bổ trợ trong trường hợp này, Prudential sẽ hoàn trả Phí bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm đã đóng cho thời gian chưa được bảo hiểm.

9.2. Kết thúc hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ:

Hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này sẽ tự động kết thúc khi một trong các trường hợp sau xảy ra (tính theo sự kiện xảy ra sớm nhất):

- (i) Bên mua bảo hiểm không đóng đủ phí bảo hiểm trong vòng 60 (sáu mươi) ngày kể từ ngày đến hạn đóng phí bảo hiểm, trừ trường hợp sản phẩm bảo hiểm này được đóng phí bảo hiểm tự động từ Giá trị hoàn lại hay từ Giá trị tài khoản hợp đồng của sản phẩm chính; hoặc
- (ii) Sản phẩm bảo hiểm chính hết hiệu lực; hoặc
- (iii) Khi Prudential từ chối việc tiếp tục duy trì hiệu lực sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này theo quy định tại Điều 6 hoặc Điều 9.1; hoặc
- (iv) Khi Người được bảo hiểm chết hoặc bị Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn; hoặc



- (v) Khi sản phẩm bảo hiểm chính đã có Giá trị hoàn lại, Bên mua bảo hiểm yêu cầu dừng đóng phí đối với sản phẩm bảo hiểm chính và tiếp tục duy trì sản phẩm bảo hiểm chính với Số tiền bảo hiểm giảm; hoặc
- (vi) Bên mua bảo hiểm yêu cầu hủy bỏ sản phẩm bảo hiểm bảo trợ này; hoặc
- (vii) Vào Ngày kỷ niệm hợp đồng của sản phẩm bảo hiểm bảo trợ này ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt 65 (sáu mươi lăm) tuổi; hoặc
- (viii) Khi tổng quyền lợi đã chi trả cho sản phẩm bảo hiểm bảo trợ này đã đạt đến Giới hạn chi trả quyền lợi trong suốt thời hạn của sản phẩm bảo hiểm bảo trợ này tùy theo từng kế hoạch đã chọn theo quy định tại Điều 4.5.

Khi sản phẩm bảo hiểm bảo trợ này hết hiệu lực theo một trong những trường hợp nêu trên, Prudential sẽ không chi trả bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào theo quy định tại Điều 4 kể từ sau ngày kết thúc hiệu lực của sản phẩm.



PHỤ LỤC 1

Những bệnh có tính chất mãn tính có thời hạn loại trừ 180 ngày

• Các loại Thoát vị và biến chứng của thoát vị	• Viêm amygdale hoặc Viêm họng
• Thoái hóa cột sống, đĩa đệm, thoái hóa khớp, bệnh gút	• Loét dạ dày, Loét tá tràng
• Các loại u, bướu, nang lành và ác tính	• Lệch vách ngăn, dị tật mũi kể cả xoắn mũi và xoang mũi
• Rò, nứt hậu môn, xoang lông	• U xơ tử cung
• Lao	• Cường giáp
• Viêm túi mật, sỏi mật, sỏi gan	• Thoát vị đĩa đệm
• Lạc nội mạc tử cung, viêm vùng chậu	• Phẫu thuật cắt tử cung (có hay không kèm cắt vòi trứng, buồng trứng)
• Sỏi thận, Sỏi niệu quản, Sỏi bàng quang	• Bệnh hệ sinh dục
• Trĩ	• Cao huyết áp
• Cườm, Glôcôm (tăng nhãn áp), mộng thịt	• Đái tháo đường
• Bệnh lý mạch vành	• Bệnh Suy tim sung huyết

PHỤ LỤC 2

Những Bệnh không cần thiết về mặt y khoa để Nằm viện điều trị

• Viêm khớp, Đau khớp	• Những Tổn thương không nghiêm trọng như: • Rách da hoặc chấn thương phần mềm • Chấn thương gối do tai nạn sinh hoạt không phẫu thuật • Gãy kín hay trật khớp xương ngón tay, ngón chân (không phẫu thuật)
• Viêm cơ	
• Thoái hóa cột sống	
• Viêm kết mạc	• Rối loạn tiêu hóa
• Mộng thịt (không phẫu thuật)	• Hội chứng Dạ dày - Tá tràng Viêm dạ dày không triệu chứng nặng (nôn ói) hay không Nội soi)
• Viêm họng, viêm amygdale, viêm thanh quản, viêm hô hấp trên không có triệu chứng khó thở ở người lớn	



• Viêm phế quản không biến chứng ở người lớn	• Viêm đại tràng (không có đi tiêu ra máu)
• Viêm xoang, viêm đa xoang, viêm mũi và polyp mũi (bướu thịt mũi) không phẫu thuật	• Trĩ (không phẫu thuật và không đi tiêu ra máu)
• Viêm tai ngoài ở người lớn	• Polyp cổ tử cung, Viêm âm đạo, Viêm tuyến Bartholin
• Sốt phát ban siêu vi ở người lớn	• Nhiễm trùng đường tiểu dưới ở phụ nữ
• Rối loạn tiền đình, thiếu năng tuần hoàn não (không có triệu chứng nghiêm trọng)	• Sỏi thận không đau quặn thận, không phẫu thuật
• Đau nửa đầu, Đau đầu, Chóng mặt	• Suy nhược cơ thể, suy nhược thần kinh
• Bệnh đau lưng	• Bệnh Alzheimer

Trong trường hợp Người được bảo hiểm Nằm viện vì các bệnh lý trên do tình trạng nặng nề hay biến chứng nặng, Bên mua bảo hiểm có thể liên hệ Prudential trong vòng 48 giờ kể từ ngày nhập viện để được hướng dẫn thêm.

Danh sách Những Bệnh không cần thiết về mặt y khoa để Nằm viện điều trị có thể được thay đổi theo số liệu của các cơ quan chuyên môn và được cập nhật trên trang web của Prudential (www.prudential.com.vn).