

QUY TẮC ĐIỀU KHOẢN SẢN PHẨM BẢO HIỂM BỔ TRỢ NĂM VIỆN VÀ PHẪU THUẬT

PHÚC BẢO BỔ TRỢ NĂM VIỆN VÀ PHẪU THUẬT

(Được chấp thuận theo công văn số 16687/BTC-QLBH ngày 23 tháng 11 năm 2016 của Bộ Tài chính)

Điều 1 CÁC ĐỊNH NGHĨA

1.1 "Người được bảo hiểm" là cá nhân hiện đang cư trú tại Việt Nam và được chấp nhận bảo hiểm theo quy tắc, điều khoản Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ năm viện và phẫu thuật này. Tuổi bảo hiểm của Người được bảo hiểm tại thời điểm yêu cầu bảo hiểm trong khoảng từ sáu (6) đến năm mươi lăm (55) tuổi. Tuy nhiên tuổi bảo hiểm tối đa vào ngày tái tục của sản phẩm này là 59 tuổi.

Người được bảo hiểm có thể là bản thân Bên mua bảo hiểm hoặc người có quyền lợi có thể được bảo hiểm đối với Bên mua bảo hiểm của sản phẩm chính.

Công ty có quyền không chấp nhận bảo hiểm cho Người được bảo hiểm nếu không nhận được sự đồng ý bằng văn bản của Người được bảo hiểm hoặc Cha/mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của Người được bảo hiểm nếu Người được bảo hiểm là người chưa thành niên.

Giấy yêu cầu bảo hiểm có chữ ký của Người được bảo hiểm hoặc Cha/mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của Người được bảo hiểm sẽ được coi là sự đồng ý bằng văn bản.

1.2 "Số tiền bảo hiểm" là số tiền được Công ty chấp thuận bảo hiểm theo quy tắc và điều khoản của sản phẩm. Số tiền bảo hiểm có thể được thay đổi theo điều khoản của sản phẩm bổ trợ này.

1.3 "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, không chủ định và ngoài ý muốn của Người được bảo hiểm lên cơ thể Người được bảo hiểm, xảy ra trong thời gian có hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm. Sự kiện hoặc chuỗi sự kiện nêu trên phải là nguyên nhân trực tiếp, duy nhất và không liên quan đến bất kỳ nguyên nhân nào khác gây ra thương tật hoặc tử vong cho Người được bảo hiểm trong vòng 180 ngày kể từ ngày xảy ra sự kiện hoặc chuỗi sự kiện đó.

1.4 "Bác sĩ được phép hành nghề" (sau đây được gọi là "Bác sĩ") là người có bằng cấp chuyên môn y khoa được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc thừa nhận được thực hành nghề y hợp pháp trong phạm vi giấy phép theo pháp luật của nước sở tại nơi Người được bảo hiểm tiến hành việc khám và điều trị. ;

Trong định nghĩa này, Bác sĩ không đồng thời là những đối tượng sau đây:

- Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, hoặc Người thụ hưởng;
- Đại lý bảo hiểm, người sử dụng lao động, người lao động của Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm;
- Vợ/chồng, cha/mẹ, con, anh chị em ruột của Người được bảo hiểm/Bên mua bảo hiểm.

1.5 "Bệnh viện" là bệnh viện được thành lập hợp pháp tại Việt Nam có cung cấp dịch vụ y tế theo phương pháp tây y để chăm sóc và điều trị cho những người bị ốm hoặc bị thương, và có đủ các thiết bị chuyên môn để tiến hành việc chẩn đoán, đại phẫu, gây mê tổng quát, có y tá chăm sóc 24/24 và có bác sĩ trực thường xuyên. Bệnh viện đó phải được cơ quan nhà nước có thẩm quyền cấp giấy phép hoạt động hợp pháp, có chữ "bệnh viện" trong tên gọi và trên con dấu chính thức hoặc được cấp giấy phép như một Viện chuyên khoa cấp Trung ương. Vì mục đích của Điều Khoản Bổ Trợ này, nhà an

dưỡng, nơi chữa trị dành cho những người nghiện rượu, nghiện ma túy hoặc người bị bệnh tâm thần; nơi điều trị bệnh phong; bệnh viện/viện/khoa hoặc bất cứ cơ sở chữa bệnh y học cổ truyền/y học dân tộc; bệnh viện/viện/khoa hoặc bất cứ cơ sở điều dưỡng và phục hồi chức năng và trung tâm y tế các cấp đều không được xem là Bệnh Viện. Việc phân tuyến bệnh viện dựa trên qui định phân loại bệnh viện của Bộ Y Tế.

- 1.6 "Phòng chăm sóc đặc biệt (ICU)"** là một khoa hoặc một bộ phận của bệnh viện, không phải là khoa/phòng hậu phẫu hoặc khoa/phòng cấp cứu, và phải đáp ứng tất cả các điều kiện sau:
- Được thành lập để cung cấp chương trình chăm sóc và điều trị đặc biệt;
 - Dành riêng cho các bệnh nhân trong điều kiện nguy kịch đòi hỏi sự theo dõi và kiểm tra y tế liên tục của Bác sĩ;
 - Được trang bị các thiết bị, thuốc, phương tiện cấp cứu khác để có thể can thiệp ngay khi cần thiết.
- 1.7 "Phẫu thuật"** là một phương pháp y khoa để điều trị bệnh hoặc thương tật do những yêu cầu cần thiết và hợp lý về mặt y khoa được chỉ định và thực hiện bởi bác sĩ có giấy phép hành nghề trong phòng phẫu thuật, và được thực hiện trong phòng phẫu thuật của bệnh viện có chuyên môn phù hợp. Phẫu thuật được bảo hiểm phải được chứng minh bằng Giấy chứng nhận phẫu thuật và Giấy xuất viện được cấp bởi Bệnh viện nơi phẫu thuật được thực hiện.
- 1.8 "Nằm viện"** là việc Người được bảo hiểm phải nhập viện vào bệnh viện để điều trị y tế đối với bệnh hoặc chấn thương tại một bệnh viện như là một bệnh nhân nội trú theo yêu cầu của Bác sĩ.
- 1.9 "Ngày nằm viện"** là một ngày mà Người được bảo hiểm nằm điều trị nội trú tại bệnh viện và phải nộp viện phí, tiền phòng cho một ngày theo quy định của Bệnh viện.
- 1.10 "Bệnh có sẵn"** là tình trạng bệnh tật hoặc tổn thương của Người được bảo hiểm đã được bác sĩ kiểm tra, kết luận và điều trị trước ngày hiệu lực hoặc ngày khôi phục hợp đồng. Hồ sơ y tế, tình trạng tiền sử bệnh được lưu giữ tại bệnh viện/phòng khám/cơ sở y tế được thành lập hợp pháp hoặc các thông tin do Người được bảo hiểm tự kê khai được xem là bằng chứng đầy đủ và hợp pháp về bệnh có sẵn.
- 1.11 "Thương tật"** là các tổn thương cơ thể bị gây ra do tai nạn/bệnh không bị loại trừ trong bất cứ quy định nào của Quy tắc điều khoản sản phẩm bảo trợ này và không liên quan đến nguyên nhân nào khác trong thời gian hợp đồng có hiệu lực.
- 1.12 "Dịch vụ vận chuyển cấp cứu"** là việc sử dụng xe cứu thương của bệnh viện/phòng khám hoặc trung tâm dịch vụ cấp cứu hỗ trợ vận chuyển người bệnh được cấp phép trong trường hợp Người được bảo hiểm trong tình trạng ốm đau/tai nạn nguy kịch ảnh hưởng đến tính mạng buộc phải đưa người bệnh đến điều trị tại phòng cấp cứu của viện/phòng khám gần nhất hoặc từ bệnh viện này đến bệnh viện khác.

Điều 2 THỜI HẠN HỢP ĐỒNG VÀ PHÍ BẢO HIỂM

- 2.1** Thời hạn hợp đồng của sản phẩm bảo trợ này là một (1) năm tính từ ngày có hiệu lực của sản phẩm bảo trợ, được thỏa thuận trong hợp đồng.
- 2.2** Tại thời điểm cuối mỗi năm hợp đồng, Bên mua bảo hiểm được phép tái tục hợp đồng bằng cách đóng phí đã được phê duyệt trong hợp đồng này. Sau khi Công ty nhận được phí bảo hiểm tái tục, hợp đồng sẽ được tái tục kể từ ngày kế tiếp của ngày sản phẩm bảo trợ đáo hạn nếu ngày này không vượt quá ngày đáo hạn của sản phẩm chính.
- 2.3** Phí bảo hiểm tái tục không được đảm bảo. Khi sản phẩm bảo trợ được tái tục, phí bảo hiểm sẽ được xác định dựa trên tuổi của Người được bảo hiểm và tỷ lệ phí hiện hành đã

được Bộ Tài chính phê chuẩn.

- 2.4 Định kỳ đóng phí của sản phẩm bảo trợ sẽ trùng với định kỳ đóng phí của sản phẩm chính.

Điều 3 HIỆU LỰC CỦA SẢN PHẨM BẢO TRỢ

3.1 Hiệu lực của sản phẩm bảo trợ

Nếu Bên mua bảo hiểm yêu cầu bảo hiểm theo sản phẩm chính và sản phẩm bảo trợ được phát hành tại cùng thời điểm, sản phẩm bảo trợ sẽ có hiệu lực kể từ ngày có hiệu lực của sản phẩm chính.

Nếu Bên mua bảo hiểm yêu cầu bảo hiểm theo sản phẩm bảo trợ sau khi sản phẩm chính đã có hiệu lực, ngày có hiệu lực của sản phẩm bảo trợ sẽ dựa trên ngày phê duyệt của văn bản chấp thuận bảo hiểm được Công ty bổ sung vào hợp đồng này sau khi chấp nhận Giấy yêu cầu bảo hiểm và nhận được đủ phí bảo hiểm theo quy định.

3.2 Kết thúc hiệu lực của sản phẩm bảo trợ

Sản phẩm bảo trợ sẽ hết hiệu lực nếu một trong những sự kiện sau đây xảy ra:

- Bên mua bảo hiểm không nộp phí đến hạn sau thời gian gia hạn đóng phí.
- Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt sản phẩm bảo trợ.
- Vào ngày tái tục của sản phẩm bảo trợ này, Người được bảo hiểm quá 60 tuổi.
- Sản phẩm chính chuyển sang Bảo hiểm với số tiền bảo hiểm giảm.
- Sản phẩm chính đã chấm dứt.
- Công ty có quyền đơn phương chấm dứt sản phẩm bảo hiểm bảo trợ nếu có bằng chứng về gian lận hoặc trục lợi bảo hiểm. Công ty sẽ thông báo rõ lí do với Người mua bảo hiểm bằng văn bản trước ngày chính thức chấm dứt hợp đồng và hoàn trả cho Người mua bảo hiểm khoản tiền phí bảo hiểm đã đóng cho thời hạn hợp đồng còn lại (nếu có) theo quy định của pháp luật.
- Sau hai năm kể từ ngày hợp đồng có hiệu lực, Công ty có quyền chấm dứt tái tục hàng năm nếu Người Được Bảo Hiểm không còn đáp ứng các điều kiện có thể được bảo hiểm do những thay đổi về thông tin cá nhân hoặc tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm ở thời điểm tái tục hợp đồng. Công ty sẽ thông báo rõ lí do với Người mua bảo hiểm bằng văn bản trước 30 (ba mươi) ngày.
- Các trường hợp khác theo pháp luật hiện hành.

Điều 4 CÁC QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

4.1 Quyền lợi hỗ trợ chi phí nằm viện

Trong thời gian sản phẩm bảo hiểm bảo trợ này có hiệu lực, nếu Người được bảo hiểm phải nằm viện để điều trị, Công ty sẽ chi trả Quyền lợi hỗ trợ chi phí nằm viện như sau:

- 100% Số tiền bảo hiểm cho mỗi ngày nằm viện đối với bệnh nhân nằm viện tại các bệnh viện tuyến tỉnh trở lên.
- 50% Số tiền bảo hiểm cho mỗi ngày nằm viện đối với bệnh nhân nằm viện tại bệnh viện tuyến huyện.

Đối với mỗi lần nằm viện, số ngày nằm viện được chi trả không nhiều hơn số ngày nằm viện tối đa được quy định trong Bảng “Quy định Số ngày nằm viện tối đa chi trả cho từng nhóm Bệnh cho mỗi lần nằm viện” do Công ty phát hành, được quy định tại Phụ lục I.

Công ty chi trả tổng số ngày nằm viện tối đa không quá một trăm hai mươi (120) ngày cộng dồn cho mỗi năm hợp đồng của sản phẩm bảo trợ này.

4.2 Quyền lợi hỗ trợ chăm sóc đặc biệt

Trong thời gian sản phẩm bảo hiểm bảo trợ này có hiệu lực, nếu Người được bảo hiểm

phải nằm viện tại Phòng chăm sóc đặc biệt để điều trị, ngoài quyền lợi hỗ trợ chi phí nằm viện, Công ty sẽ chi trả như sau:

- Thêm 200% Số tiền bảo hiểm nhân với số ngày nằm viện tại Phòng chăm sóc đặc biệt đối với bệnh nhân nằm viện tại các bệnh viện tuyến tỉnh trở lên.
- Thêm 100% Số tiền bảo hiểm nhân với số ngày nằm viện tại Phòng chăm sóc đặc biệt đối với bệnh nhân nằm viện tại bệnh viện tuyến huyện.

Đối với mỗi lần nằm viện, số ngày nằm viện tại Phòng chăm sóc đặc biệt được chi trả không nhiều hơn số ngày nằm viện tối đa được quy định trong Bảng “Quy định Số ngày nằm viện tối đa chi trả cho từng nhóm Bệnh cho mỗi lần nằm viện” do Công ty phát hành, được quy định tại Phụ lục I.

Công ty chi trả tổng số ngày nằm viện tại Phòng chăm sóc đặc biệt tối đa ba mươi (30) ngày cộng dồn cho mỗi năm hợp đồng của sản phẩm bảo trợ này.

4.3 Quyền lợi hỗ trợ chi phí phẫu thuật

Trong thời gian sản phẩm bảo hiểm bảo trợ này có hiệu lực, nếu Người được bảo hiểm phải trải qua Phẫu thuật trong thời gian nằm viện, Công ty sẽ chi trả quyền lợi hỗ trợ chi phí phẫu thuật như sau:

- 500% Số tiền bảo hiểm cho mỗi lần phẫu thuật đối với bệnh nhân nằm viện tại các bệnh viện tuyến tỉnh trở lên.
- 250% Số tiền bảo hiểm cho mỗi lần phẫu thuật đối với bệnh nhân nằm viện tại bệnh viện tuyến huyện.

4.4 Quyền lợi hỗ trợ chăm sóc y tế tại nhà

Trong thời gian sản phẩm bảo hiểm bảo trợ này có hiệu lực, nếu Người được bảo hiểm phải nằm viện để điều trị, ngoài quyền lợi hỗ trợ chi phí nằm viện, Công ty sẽ chi trả thêm Quyền lợi hỗ trợ chăm sóc y tế tại nhà như sau:

- 50% Số tiền bảo hiểm cho mỗi ngày nằm viện đối với bệnh nhân nằm viện tại các bệnh viện tuyến tỉnh trở lên.
- 25% Số tiền bảo hiểm cho mỗi ngày nằm viện đối với bệnh nhân nằm viện tại bệnh viện tuyến huyện.

Đối với mỗi lần nằm viện, số ngày nằm viện được chi trả không nhiều hơn số ngày nằm viện tối đa được quy định trong Bảng “Quy định Số ngày nằm viện tối đa chi trả cho từng nhóm Bệnh cho mỗi lần nằm viện” do Công ty phát hành, được quy định tại Phụ lục I.

Công ty chi trả tổng số ngày nằm viện để hỗ trợ chăm sóc y tế tại nhà tối đa không quá một trăm hai mươi (120) ngày cộng dồn cho mỗi năm hợp đồng của sản phẩm bảo trợ này.

4.5 Quyền lợi hỗ trợ chi phí dịch vụ vận chuyển cấp cứu

Trong thời gian sản phẩm bảo hiểm bảo trợ này có hiệu lực, nếu Người được bảo hiểm phải nằm viện để điều trị, và sử dụng Dịch vụ vận chuyển cấp cứu, Công ty sẽ chi trả như sau:

- 200% Số tiền bảo hiểm cho mỗi lần nhập viện đối với bệnh nhân nằm viện tại các bệnh viện tuyến tỉnh trở lên.
- 100% Số tiền bảo hiểm cho mỗi lần nhập viện đối với bệnh nhân nằm viện tại bệnh viện tuyến huyện.

Điều 5 CÁC ĐIỀU KHOẢN LOẠI TRỪ

5.1 Công ty không chi trả bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào của sản phẩm bảo trợ nếu Người được bảo hiểm phải Nằm viện hay trải qua Phẫu thuật do các nguyên nhân trực tiếp

hoặc gián tiếp từ:

- Thương tật gây ra bởi Tai nạn trước ngày Công ty chấp thuận hồ sơ yêu cầu bảo hiểm của sản phẩm bồi trợ hoặc ngày khôi phục hiệu lực gần nhất của sản phẩm bảo hiểm bồi trợ này (nếu có).
- Bệnh có sẵn.

5.2

Vào tất cả các thời điểm, Công ty không chi trả bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào của sản phẩm bồi trợ nếu Người được bảo hiểm phải Nằm viện hay trải qua Phẫu thuật do các nguyên nhân trực tiếp hay gián tiếp dưới đây:

- a. Điều trị thử nghiệm;
- b. Bất kỳ thương tật hay bệnh nào do Người được bảo hiểm tự hủy hoại, hay tự gây thương tích dù trong tình trạng tỉnh táo hay mất trí; hay bất kỳ sự liên quan nào đến các sự kiện nguy hiểm không cần thiết ngoại trừ trường hợp cố gắng để cứu người;
- c. Chiến tranh (tuyên chiến hay không tuyên chiến) hoặc các hoạt động gây chiến, bao gồm hành động xâm lược, hành động của nước thù địch, nội chiến, nổi loạn, cách mạng, khởi nghĩa, đảo chính quân sự hoặc tiếm quyền, hành động quấy rối, bạo động dân sự, bãi công hay khủng bố;
- d. Tham gia đánh nhau, ẩu đả; hay chống cự việc bắt giữ;
- e. Do bất cứ khuyết tật bẩm sinh nào;
- f. Có thai, sinh con, dưỡng thai;
- g. Triệt sản, thụ tinh nhân tạo, kiểm tra/chẩn đoán và điều trị vô sinh;
- h. Các trợ giúp điều chỉnh khuyết tật, kính sát tròng, trợ thính và điều trị các tật khúc xạ trừ khi là đòi hỏi cần thiết của các thương tật phát sinh do tai nạn;
- i. Bệnh loạn thần, rối loạn tâm thần/thần kinh, hay các rối loạn về giấc ngủ;
- j. Điều trị nghiện rượu, lạm dụng thuốc hay bất cứ biến chứng nào phát sinh do các nguyên nhân này, sử dụng thuốc không có chỉ định, tình cờ hoặc cố ý sử dụng thuốc quá liều hay bất cứ tai nạn nào về thuốc;
- k. Bất kỳ hình thức chăm sóc nha khoa nào hay phẫu thuật nào trừ khi là đòi hỏi cần thiết của các thương tật phát sinh do tai nạn (không bao gồm các chi phí làm răng giả và các chi phí liên quan);
- l. Phẫu thuật thẩm mỹ, tạo hình, hiến/cho mô hay bộ phận cơ thể, chuyển đổi giới tính hay bất kỳ một phẫu thuật không cần thiết cho việc điều trị Bệnh, hay thương tật;
- m. Khám sức khỏe định kỳ, hay dưỡng bệnh, hay chăm sóc y tế chỉ cần nghỉ ngơi;
- n. Điều trị hay phẫu thuật V.A, đục thủy tinh thể, lệch vách ngăn mũi, thoái hóa khớp, thoát vị đĩa đệm, bệnh gout, loét dạ dày, loét tá tràng, phì đại tuyến tiền liệt, tràn dịch màng tinh hoàn, cắt bao quy đầu hay một bệnh của cơ quan sinh sản nữ trừ khi Người được bảo hiểm đã liên tục được bảo hiểm theo sản phẩm bồi trợ này trong một thời gian ít nhất là 120 ngày ngay trước khi nhập viện để điều trị hay phẫu thuật tính từ ngày công ty chấp thuận hồ sơ yêu cầu bảo hiểm của sản phẩm bồi trợ hay ngày khôi phục hiệu lực gần nhất của sản phẩm bồi trợ, lấy ngày nào đến sau;
- o. Tiêm chủng;
- p. 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 với tư cách là vận động viên và nguyên nhân gây ra tai nạn có liên quan trực tiếp đến các môn thể thao chuyên nghiệp này;

- q. Điều trị hay kiểm tra liên quan đến HIV/AIDS hay bệnh lây truyền do tình dục;
- r. Điều dưỡng, tinh dưỡng hoặc điều trị bằng thuốc hoặc các biện pháp liên quan đến y học dân tộc;
- s. Hành vi phạm tội của Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm hay Người thụ hưởng vi phạm pháp luật và các quy định của Việt Nam.

Điều 6 THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

6.1 Yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Người yêu cầu trả tiền bảo hiểm phải cung cấp cho Công ty những giấy tờ sau đây trong vòng 30 ngày kể từ ngày Người được bảo hiểm xuất viện:

- Đơn yêu cầu thanh toán quyền lợi bảo hiểm theo mẫu của Công ty đã được điền đầy đủ và chính xác; và
- Bằng chứng về quyền nhận quyền lợi bảo hiểm của người yêu cầu trả tiền bảo hiểm (giấy ủy quyền, di chúc hay các bản xác nhận hợp pháp); và
- Hồ sơ bệnh án/hoặc chứng từ nằm viện của Bệnh viện bao gồm:
 - Bản gốc Giấy ra viện, Hóa đơn viện phí;
 - Bệnh án;
 - Giấy chứng nhận nằm tại Phòng chăm sóc đặc biệt (nếu có nằm tại khoa này);
 - Giấy chứng nhận Phẫu thuật (nếu có phẫu thuật);
 - Hồ sơ tai nạn (nếu do tai nạn);
 - Bản gốc hóa đơn tài chính dịch vụ vận chuyển cấp cứu (nếu có sử dụng dịch vụ vận chuyển cấp cứu).

Công ty có quyền yêu cầu bổ sung tài liệu và bằng chứng hỗ trợ cho việc xác nhận thông tin và chi trả quyền lợi với sự đồng ý của Người thụ hưởng. Những chi phí phát sinh cho việc bổ sung tài liệu và bằng chứng này sẽ được Công ty chi trả.

6.2 Thanh toán quyền lợi bảo hiểm

6.2.1 Công ty sẽ chi trả tiền bảo hiểm theo phương thức đã được ấn định trong Đơn yêu cầu thanh toán quyền lợi bảo hiểm sau khi đã nhận được giấy tờ như đã yêu cầu.

6.2.2 Công ty sẽ chi trả tiền bảo hiểm trong vòng ba mươi (30) ngày đối với các quyền lợi nêu trên sau khi nhận được giấy tờ đầy đủ và hợp lệ như đã yêu cầu. Nếu việc chi trả chậm trễ do lỗi của Công ty, Công ty sẽ trả thêm tiền lãi của số tiền này theo mức lãi suất tại thời điểm chi trả. Mức lãi suất áp dụng cho khoản chi trả chậm này sẽ được Công ty công bố trên website của Công ty.

Điều 7 THAY ĐỔI NỘI DUNG HỢP ĐỒNG

7.1 Giảm số tiền bảo hiểm

Trong thời gian hiệu lực của sản phẩm bảo trợ này, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu Giảm số tiền bảo hiểm bằng văn bản, tuy nhiên Số tiền bảo hiểm sau khi giảm không được thấp hơn quy định về Số tiền bảo hiểm tối thiểu của sản phẩm bảo trợ này.

Sau khi Công ty chấp thuận yêu cầu này, một văn bản sẽ được gửi tới Bên mua bảo hiểm thông báo chi tiết số phí bảo hiểm và quyền lợi bảo hiểm dựa trên Số tiền bảo hiểm mới.

7.2 Tăng số tiền bảo hiểm

Trong thời gian hiệu lực của sản phẩm bảo trợ này, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu Tăng số tiền bảo hiểm bằng văn bản, tuy nhiên Số tiền bảo hiểm sau khi tăng không được vượt quá quy định về Số tiền bảo hiểm tối đa của sản phẩm bảo trợ này.

Công ty có quyền đánh giá lại quyền lợi có thể bảo hiểm và gửi văn bản đến Bên mua bảo hiểm thông báo tình trạng của sản phẩm bảo trợ. Phần tăng thêm của sản phẩm bảo trợ sẽ có hiệu lực sau khi Công ty chấp thuận giấy yêu cầu bằng văn bản.

7.3 Thay đổi nghề nghiệp/nơi cư trú/ra khỏi lãnh thổ Việt Nam

7.3.1 Trường hợp Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm thay đổi thông tin liên hệ, thông tin cá nhân, nghề nghiệp, Bên mua bảo hiểm phải thông báo bằng văn bản cho Công ty trong vòng ba mươi (30) ngày kể từ ngày có thay đổi.

7.3.2 Nếu Người được bảo hiểm ra khỏi phạm vi lãnh thổ Việt Nam trong thời gian ba (03) tháng trở lên, Bên mua bảo hiểm phải thông báo bằng văn bản cho Công ty tối thiểu ba mươi (30) ngày trước ngày Người được bảo hiểm xuất cảnh.

7.3.3 Đối với các thay đổi nêu trên, Công ty có thể thẩm định lại rủi ro có thể được bảo hiểm để (i) xác định lại mức phí bảo hiểm (chỉ áp dụng cho trường hợp đóng phí bảo hiểm định kỳ), (ii) loại trừ trách nhiệm bảo hiểm, (iii) giảm quyền lợi bảo hiểm, hoặc (iv) chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm. Nếu Công ty chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm, Công ty sẽ hoàn lại số tiền phí bảo hiểm đã đóng tương ứng với thời gian còn lại của Hợp đồng bảo hiểm.

Điều 8 CÁC QUY ĐỊNH KẾ THỪA

Sản phẩm bảo trợ này được đính kèm theo sản phẩm chính nhằm bảo trợ các quyền lợi bảo hiểm. Đối với các vấn đề liên quan đến sản phẩm bảo trợ thì sẽ áp dụng các quy định ở các phần nêu trên trong Quy tắc điều khoản của sản phẩm bảo trợ này, nếu trong sản phẩm bảo trợ không có sẽ theo quy định trong sản phẩm chính. Nếu có sự không thống nhất giữa quy định của sản phẩm bảo trợ này với quy định trong sản phẩm chính, các quy định trong sản phẩm bảo trợ này sẽ được ưu tiên áp dụng.

PHỤ LỤC I
Bảng quy định Số ngày nằm viện tối đa chi trả cho
từng nhóm Bệnh cho mỗi lần nằm viện

STT	Bệnh	Số ngày nằm viện
1	Bệnh lao	30
2	Bệnh viêm gan siêu vi có triệu chứng	14
3	Bệnh cơ-xương-khớp	14
4	Bệnh về mắt do tai nạn	14
5	Bệnh tự miễn	14
6	Bệnh tim mạch	14
7	U bướu	10
8	Bệnh nhiễm trùng khác	10
9	Chấn thương và ngộ độc	10
10	Bệnh về tai	10
11	Bệnh hệ thần kinh	10
12	Bệnh đường hô hấp	10
13	Bệnh đường tiết niệu – sinh dục	10
14	Bệnh rối loạn trao đổi chất và nội tiết tố	10
15	Bệnh nhiễm ký sinh trùng	8
16	Bệnh đường tiêu hóa	8
17	Bệnh về máu	8
18	Bệnh về da liễu	8
19	Bệnh nhiễm trùng đường ruột	8
20	Nhiễm siêu vi kèm sốt cao	8

Ghi chú 1: Trong cùng một lần nằm viện, nếu Người được bảo hiểm nằm viện do mắc ít nhất hai trong số các nhóm bệnh trên, Công ty sẽ chi trả quyền lợi theo số ngày nằm viện thực tế của nhóm bệnh mà có số ngày nằm viện tối đa lớn nhất giữa các nhóm bệnh đó.

Ghi chú 2: Đối với bệnh không nằm trong nhóm bệnh trong Bảng quy định trên, Công ty không áp dụng giới hạn số ngày nằm viện cho mỗi lần nằm viện.