



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

(được chấp nhận theo công văn số 5280/BTC-QLBH
Ngày 07 tháng 06 năm 2022 của Bộ Tài chính)

mục lục

CHƯƠNG I: NHỮNG QUY ĐỊNH CHUNG	3
CHƯƠNG II: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	7
CHƯƠNG III: PHÍ BẢO HIỂM	10
CHƯƠNG IV: THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	10
PHỤ LỤC 1: BẢNG TỶ LỆ TRẢ TIỀN BẢO HIỂM PHẪU THUẬT	12
PHỤ LỤC 2: DANH MỤC CÁC BỆNH ĐẶC BIỆT	17
PHỤ LỤC 3: BỆNH HIỂM NGHÈO	18
PHỤ LỤC 4: DANH SÁCH NHÓM BỆNH VÀ SỐ NGÀY NẪM VIỆN TỐI ĐA ĐƯỢC CHI TRẢ CHO CÙNG MỘT LẦN NẪM VIỆN	20
PHỤ LỤC 5: DANH SÁCH BỆNH VÀ CHẤN THƯƠNG KHÔNG ĐƯỢC CHI TRẢ QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	21

CHƯƠNG I: NHỮNG QUY ĐỊNH CHUNG

ĐIỀU 1. CÁC ĐỊNH NGHĨA

- 1.1. *MB Ageas Life:*** Là công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ MB Ageas, có Giấy phép thành lập và hoạt động số 74/GP/KDBH do Bộ Tài chính cấp ngày 21 tháng 07 năm 2016.
- 1.2. *Bên mua bảo hiểm:*** là Bên mua bảo hiểm của Hợp đồng chính, đồng thời là người ký tên trên Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và nộp phí bảo hiểm của Sản phẩm bảo trợ.
- 1.3. *Người được bảo hiểm:*** Người được bảo hiểm theo Sản phẩm bảo trợ này là cá nhân từ 30 ngày tuổi đến 70 tuổi vào ngày có hiệu lực của Sản phẩm bảo trợ, tối đa đạt Tuổi bảo hiểm 79 vào Ngày tái tục sản phẩm bảo trợ, có tính mạng và sức khỏe được bảo hiểm, hiện đang cư trú tại Việt Nam và được MB Ageas Life chấp nhận bảo hiểm theo Quy tắc, điều khoản của Sản phẩm bảo trợ này.
- Nếu Người được bảo hiểm không đồng thời là Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm phải có quyền lợi có thể được bảo hiểm với Bên mua bảo hiểm.
- 1.4. *Tuổi bảo hiểm:*** là tuổi của Người được bảo hiểm tính theo ngày sinh nhật đã qua gần nhất với Ngày hiệu lực Hợp đồng hoặc các Ngày kỷ niệm năm Hợp đồng. Nếu năm dương lịch không có ngày tương ứng của ngày sinh nhật thì ngày cuối cùng của tháng sinh sẽ được coi là ngày sinh nhật của Người được bảo hiểm.
- 1.5. *Ngày hiệu lực Sản phẩm bảo trợ:*** được thể hiện trên Chứng nhận bảo hiểm và/hoặc văn bản xác nhận thay đổi của MB Ageas Life (nếu có).
- 1.6. *Ngày tái tục Sản phẩm bảo trợ:*** là Ngày kỷ niệm năm Hợp đồng theo đó Sản phẩm bảo trợ được tái tục.
- 1.7. *Thời hạn bảo hiểm Sản phẩm bảo trợ:*** nhỏ hơn hoặc bằng một năm dương lịch tính từ Ngày hiệu lực Sản phẩm bảo trợ đến liền trước Ngày tái tục Sản phẩm bảo trợ, hoặc bằng một năm dương lịch tính từ Ngày tái tục Sản phẩm bảo trợ nếu Sản phẩm bảo trợ còn hiệu lực đến ngày cuối cùng của Thời hạn bảo hiểm này. Sản phẩm bảo trợ sẽ tự động tái tục hàng năm vào Ngày tái tục Sản phẩm bảo trợ, trừ các trường hợp sau:
- Sản phẩm bảo trợ đã chấm dứt hiệu lực theo Điều 4, hoặc
 - Bên mua bảo hiểm hoặc MB Ageas Life từ chối tái tục trước Ngày tái tục Sản phẩm bảo trợ.
- Trong trường hợp MB Ageas Life từ chối tái tục, MB Ageas Life sẽ thông báo cho Bên mua bảo hiểm ít nhất 30 ngày trước Ngày tái tục Sản phẩm bảo trợ trong đó nêu rõ lý do từ chối tái tục.
- 1.8. *Thời hạn tham gia Sản phẩm bảo trợ:*** được tính từ Ngày hiệu lực Sản phẩm bảo trợ đến hết Thời hạn bảo hiểm cuối cùng được tái tục nếu Sản phẩm bảo trợ còn hiệu lực đến ngày cuối cùng của Thời hạn bảo hiểm này. Thời hạn tham gia Sản phẩm bảo trợ được thể hiện tại Giấy chứng nhận bảo hiểm và/hoặc văn bản xác nhận thay đổi (nếu có).
- 1.9. *Người thụ hưởng:*** là cá nhân hoặc tổ chức do Bên mua bảo hiểm chỉ định (với sự đồng ý của Người được bảo hiểm hoặc người giám hộ hợp pháp của Người được bảo hiểm) để nhận quyền lợi bảo hiểm theo Quy tắc, điều khoản của Sản phẩm bảo trợ này. Trường hợp Bên mua bảo hiểm không chỉ định Người thụ hưởng của Sản phẩm bảo trợ thì Bên mua bảo hiểm của Hợp đồng chính sẽ đồng thời là Người thụ hưởng của Sản phẩm bảo trợ này.
- 1.10. *Hợp đồng chính:*** Là hợp đồng bảo hiểm đã được MB Ageas Life giao kết với Bên mua bảo hiểm mà Sản phẩm bảo trợ này được bán kèm và được ghi nhận trong Giấy chứng nhận bảo hiểm và/hoặc văn bản sửa đổi bổ sung Hợp đồng bảo hiểm.
- 1.11. *Số tiền bảo hiểm:*** là số tiền được dùng làm cơ sở để xác định quyền lợi bảo hiểm thanh toán

theo Sản phẩm bảo trợ này. Số tiền bảo hiểm do Bên mua bảo hiểm lựa chọn phù hợp với quy định của MB Ageas Life và được ghi tại Giấy chứng nhận bảo hiểm và/hoặc tài liệu sửa đổi, bổ sung liên quan gần nhất sau ngày hiệu lực của Sản phẩm bảo trợ này.

- 1.12. Sự kiện bảo hiểm:** là sự kiện Người được bảo hiểm Năm viện hoặc Phẫu thuật trong phạm vi lãnh thổ Việt Nam, thỏa mãn các điều kiện để MB Ageas Life chi trả Quyền lợi bảo hiểm theo Quy tắc, Điều khoản này.
- 1.13. Thời gian chờ** (không áp dụng cho nguyên nhân do Tai nạn):
- Là 90 ngày nếu Năm viện hoặc Phẫu thuật có liên quan đến ít nhất một trong các bệnh theo Phụ lục 2: Danh mục các Bệnh đặc biệt.
 - Là 30 ngày nếu Năm viện hoặc Phẫu thuật có liên quan đến các bệnh, chấn thương khác.
- 1.14. Bệnh viện/Cơ sở y tế đủ tiêu chuẩn:** là Bệnh viện (tên ghi trong Giấy phép thành lập và hoạt động có chữ “Bệnh viện” hoặc “Viện”) và thỏa mãn các điều kiện:
- (i) Được cấp phép thành lập và hoạt động hợp pháp theo pháp luật Việt Nam; và
 - (ii) Có đủ thiết bị, chuyên môn để tiến hành chẩn đoán, điều trị, phẫu thuật, có y tá chăm sóc 24/24 và có bác sĩ trực thường xuyên; và
 - (iii) Thực hiện điều trị theo phương pháp Tây y để chăm sóc và điều trị bệnh hoặc chấn thương. Bệnh viện/Cơ sở y tế đủ tiêu chuẩn không bao gồm những cơ sở dưới đây cho dù các cơ sở này hoạt động độc lập hay trực thuộc một Bệnh viện/Cơ sở y tế đủ tiêu chuẩn:
 - Cơ sở điều dưỡng, cơ sở an dưỡng, cơ sở điều trị, chăm sóc cho người già; hoặc
 - Cơ sở điều dưỡng, cơ sở an dưỡng, cơ sở điều trị, chăm sóc cho người nghiện rượu, chất ma túy, chất kích thích; hoặc
 - Bệnh viện, viện, trung tâm, đơn nguyên, khoa, chuyên khoa tâm thần; hoặc
 - Bệnh viện, viện, trung tâm, đơn nguyên, khoa, chuyên khoa y học dân tộc, y học cổ truyền, châm cứu, vật lý trị liệu và/hoặc phục hồi chức năng; hoặc
 - Bệnh viện, viện, trung tâm, đơn nguyên, khoa, chuyên khoa phong; hoặc
 - Trung tâm y tế dự phòng; hoặc
 - Trung tâm y tế cấp quận, huyện, thị xã, tỉnh, thành phố.
- 1.15. Đơn vị điều trị tích cực (ICU):** là một bộ phận của một Bệnh viện/Cơ sở y tế hoặc là một cơ sở y tế độc lập
- Được thành lập để: thực hiện chức năng điều trị và chăm sóc tích cực những bệnh nhân nặng có đe dọa chức năng sống; tiếp nhận tất cả bệnh nhân nặng cần được điều trị, theo dõi, chăm sóc đặc biệt liên tục 24/24 giờ; và
 - Được trang bị đầy đủ các phương tiện hiện đại, tối tân ngay tại từng giường bệnh để giúp chẩn đoán và điều trị cứu sống bệnh nhân nặng; và
 - Không phải là phòng hậu phẫu, phòng hồi sức, phòng chăm sóc đặc biệt thuộc các khoa khám chữa bệnh hoặc phòng cấp cứu.
- 1.16. Bệnh hiểm nghèo:** là bất kỳ bệnh nào nằm trong danh sách các bệnh quy định trong Phụ lục 3 - Bệnh hiểm nghèo (ngoại trừ các trường hợp loại trừ trách nhiệm bảo hiểm đối với từng Bệnh hiểm nghèo cụ thể) được đính kèm theo Quy tắc, điều khoản này.
- 1.17. Bệnh bẩm sinh/Dị tật bẩm sinh:** là những bất thường về cấu trúc, chức năng của bất kỳ cơ quan, bộ phận cơ thể nào được hình thành trên thai nhi trong quá trình mang thai của người mẹ, có thể xuất hiện tại bất kỳ thời điểm nào. Bệnh phát sinh do nhiều nguyên nhân như di

truyền, đột biến, nhiễm trùng, nhiễm virus hay những rối loạn xảy ra trong quá trình hình thành và phát triển phôi thai. Bệnh có thể được cơ quan y tế mô tả dưới nhiều tên gọi khác nhau như “bệnh bẩm sinh”, “dị tật bẩm sinh”, “khuyết tật bẩm sinh”, “khiếm khuyết bẩm sinh”... Việc xác định Bệnh bẩm sinh phải do Bác sĩ chẩn đoán hoặc được quy định theo phân loại của Bộ y tế.

1.18. Tình trạng tồn tại trước: là tình trạng chấn thương, bệnh tật, ốm đau, hoặc triệu chứng, hoặc tiền sử, diễn biến bệnh sử của Người được bảo hiểm đã tồn tại trước Ngày hiệu lực Hợp đồng hoặc Ngày khôi phục hiệu lực Hợp đồng (tùy theo ngày nào đến sau) mà theo đó:

(i) Người được bảo hiểm đã biết, đã có dấu hiệu hoặc triệu chứng của tình trạng chấn thương, bệnh tật, ốm đau này; hoặc

(ii) Bất kỳ một xét nghiệm, chẩn đoán, hoặc thăm khám nào đã thể hiện sự tồn tại của chấn thương, bệnh tật, ốm đau này.

Tình trạng tồn tại trước được thể hiện trong hồ sơ y tế, hoặc được lưu trữ tại bệnh viện/cơ sở y tế, hoặc các thông tin do Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm (hoặc Người đại diện theo pháp luật của Người được bảo hiểm) tự kê khai về tình trạng bệnh tật được xem là bằng chứng đầy đủ và hợp pháp về Tình trạng tồn tại trước.

Hồ sơ y tế bao gồm bệnh án/sổ khám bệnh/phiếu khám bệnh/Phiếu chỉ định/Đơn thuốc hoặc bất kỳ văn bản xác nhận nào được cung cấp bởi cơ sở y tế và/hoặc của bác sỹ, nhân viên có thẩm quyền của cơ sở y tế.

1.19. Phẫu thuật: theo Quy tắc, Điều khoản này, bao gồm các phẫu thuật, thủ thuật điều trị ngoại khoa theo Phụ lục 1 – Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm phẫu thuật. Phẫu thuật/thủ thuật này 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 tại phòng phẫu thuật/thủ thuật của Bệnh viện/Cơ sở y tế đủ tiêu chuẩn. Phẫu thuật/thủ thuật này phải là một can thiệp Hợp lý và cần thiết về mặt y khoa được thực hiện trên cơ thể của Người được bảo hiểm có kèm theo gây mê toàn thân, gây tê vùng, gây tê tùy sống (không bao gồm các trường hợp gây tê tại chỗ).

1.20. Nằm viện: là việc Người được bảo hiểm nhập viện vào bất cứ một Bệnh viện/Cơ sở y tế đủ tiêu chuẩn nào như một bệnh nhân điều trị nội trú theo yêu cầu của Bác sĩ để điều trị Hợp lý và cần thiết về mặt y khoa, có làm thủ tục nhập viện và xuất viện, có thanh toán chi phí giường bệnh, có tên trong danh sách bệnh nhân nội trú của Bệnh viện tối thiểu 12 tiếng.

1.21. Ngày nằm viện: là một ngày mà Người được bảo hiểm nằm viện qua 12 giờ đêm và phải thanh toán chi phí giường bệnh cho một ngày theo quy định của Bệnh viện/Cơ sở y tế đủ tiêu chuẩn. Số ngày nằm viện được tính bằng ngày xuất viện trừ đi ngày nhập viện.

1.22. Cùng một lần Nằm viện: gồm các lần Nằm viện trong vòng 90 ngày kể từ ngày nhập viện của lần Nằm viện đầu tiên khi điều trị cùng một Nhóm bệnh hay chấn thương hoặc các biến chứng của Nhóm bệnh hoặc chấn thương.

1.23. Bệnh đặc biệt: là bệnh, phẫu thuật được quy định tại Phụ lục 2 – Danh mục bệnh đặc biệt của Quy tắc, điều khoản này.

1.24. Tai nạn: là một sự kiện hoặc một chuỗi sự kiện liên tục, khách quan, xảy ra do tác động của một lực, một vật bất ngờ từ bên ngoài, không chủ động và ngoài ý muốn lên cơ thể của Người được 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 tổn thương khiến Người được bảo hiểm phải Nằm viện trong vòng 90 ngày kể từ ngày xảy ra sự kiện hoặc chuỗi sự kiện đó.

1.25. Bác sĩ: là người có bằng cấp chuyên môn y khoa được cơ quan nhà nước hoặc tổ chức có thẩm quyền cấp hoặc thừa nhận, và được phép hành nghề trong phạm vi được cấp phép. Bác sĩ không được đồng thời là người nhận Quyền lợi bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm, cha/mẹ, vợ/chồng, con, anh/chi/em ruột, cháu ruột, ông/bà ruột, Người đại diện theo

pháp luật của Người được bảo hiểm và/hoặc của Bên mua bảo hiểm trừ trường hợp những người này làm việc theo sự phân công của cấp có thẩm quyền.

1.26. Hợp lý và cần thiết về mặt y khoa: là điều trị y tế đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

- Hợp lý, phù hợp với các chẩn đoán và thông lệ chẩn trị y tế; và
- Phù hợp với tiêu chuẩn về hành nghề y dược; và
- Có tính chất bắt buộc theo chỉ định của Bác sĩ và phải thực hiện tại Bệnh viện/Cơ sở y tế đủ tiêu chuẩn; và
- Không vì lợi ích hay mong muốn cá nhân của Người được bảo hiểm hay Bác sĩ; và
- Không nhằm mục đích thử nghiệm, nghiên cứu, phòng ngừa hoặc tầm soát; và
- Có số Ngày nằm viện là hợp lý và phù hợp với thông lệ điều trị cho bệnh hoặc chấn thương có liên quan, và
- Không bao gồm việc điều trị các Bệnh hoặc Chấn thương theo Phụ lục 5: Danh sách bệnh và chấn Thương không được chi trả Quyền lợi bảo hiểm.

1.27. Các thuật ngữ, từ ngữ khác sử dụng trong Quy tắc, điều khoản này được hiểu theo đúng định nghĩa, giải thích trong Quy tắc, điều khoản của Hợp đồng chính.

ĐIỀU 2. ĐIỀU KHOẢN ÁP DỤNG

2.1. Các quy định về nghĩa vụ cung cấp thông tin, miễn truy xét, thay đổi liên quan đến Sản phẩm bảo trợ, thủ tục giải quyết quyền lợi bảo hiểm, Người thụ hưởng chưa được quy định tại Quy tắc, điều khoản Sản phẩm bảo trợ này và giải quyết tranh chấp liên quan đến Sản phẩm bảo trợ này được áp dụng theo Quy tắc, điều khoản của Hợp đồng chính.

Trường hợp pháp luật có quy định hoặc thay đổi quy định về nghĩa vụ cung cấp thông tin của các bên liên quan của Hợp đồng chính thì những quy định đó được mặc định áp dụng cho Sản phẩm bảo trợ này.

2.2. Trường hợp có sự mâu thuẫn giữa Quy tắc, điều khoản này và Quy tắc, điều khoản Hợp đồng chính thì những quy định trong Quy tắc, điều khoản của Sản phẩm bảo trợ này sẽ được áp dụng.

ĐIỀU 3. THỦ TỤC YÊU CẦU BẢO HIỂM VÀ TÍNH CHẤT CỦA SẢN PHẨM BẢO TRỢ

3.1. Thủ tục yêu cầu bảo hiểm

Khi yêu cầu bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm cần hoàn tất, nộp Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và đóng Phí bảo hiểm tạm tính của Sản phẩm bảo trợ.

Đối với trường hợp yêu cầu bảo hiểm sau khi Hợp đồng chính đã có hiệu lực, Bên mua bảo hiểm cần ghi rõ Số hợp đồng của Hợp đồng chính tương ứng, mối quan hệ của Người được bảo hiểm và Bên mua bảo hiểm.

3.2. Trường hợp được yêu cầu bảo hiểm cùng lúc với Hợp đồng chính và được chấp nhận bảo hiểm, Sản phẩm bảo trợ sẽ có hiệu lực vào ngày có hiệu lực của Hợp đồng chính.

Trong trường hợp này, thời gian cân nhắc của Sản phẩm bảo trợ được áp dụng trùng với thời gian cân nhắc của Hợp đồng chính.

3.3. Trường hợp được yêu cầu bảo hiểm sau khi Hợp đồng chính đã có hiệu lực, Sản phẩm bảo trợ có hiệu lực vào ngày MB Ageas Life chấp nhận bảo hiểm theo Quy tắc, điều khoản này.

Thời gian cân nhắc không được áp dụng cho Sản phẩm bảo trợ trong trường hợp này.

ĐIỀU 4. CHẤM DỨT HIỆU LỰC

- 4.1.** Sản phẩm bảo trợ chấm dứt hiệu lực và MB Ageas Life sẽ hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm phí bảo hiểm đã đóng sau khi khấu trừ chi phí kiểm tra sức khỏe (nếu có) khi xảy ra một trong các sự kiện sau:
- 4.1.1. Bên mua bảo hiểm yêu cầu hủy Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm đối với Hợp đồng chính hoặc Sản phẩm bảo trợ trước khi Hợp đồng chính được phát hành (đối với trường hợp Sản phẩm bảo trợ được yêu cầu bảo hiểm cùng lúc với Hợp đồng chính) hoặc trước khi Sản phẩm bảo trợ được chấp nhận bảo hiểm (đối với trường hợp Sản phẩm bảo trợ được yêu cầu bảo hiểm khi Hợp đồng chính đang có hiệu lực); hoặc
 - 4.1.2. Bên mua bảo hiểm yêu cầu không tiếp tục tham gia Hợp đồng bảo hiểm chính hoặc Sản phẩm bảo trợ trong thời gian cân nhắc (đối với trường hợp Sản phẩm bảo trợ được yêu cầu bảo hiểm cùng lúc với Hợp đồng chính); hoặc
 - 4.1.3. Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm vi phạm nghĩa vụ cung cấp thông tin;
- 4.2.** Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm chấm dứt hiệu lực và MB Ageas Life sẽ hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm phí bảo hiểm đã đóng nếu Người được bảo hiểm tử vong trước khi Sản phẩm bảo trợ được chấp nhận bảo hiểm (đối với trường hợp Sản phẩm bảo trợ được yêu cầu bảo hiểm khi Hợp đồng chính đang có hiệu lực).
- 4.3.** Sản phẩm bảo trợ chấm dứt hiệu lực và MB Ageas Life sẽ không hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm phí bảo hiểm đã đóng khi xảy ra một trong các sự kiện sau:
- 4.3.1. Hợp đồng chính chấm dứt hiệu lực sau thời gian cân nhắc; hoặc
 - 4.3.2. Bên mua bảo hiểm dừng đóng phí và Hợp đồng chính chuyển sang Số tiền bảo hiểm giảm mà không có quy định áp dụng miễn phí/tạm ngừng đóng phí liên quan đến Sản phẩm bảo trợ này; hoặc
 - 4.3.3. Trong Thời hạn tham gia Sản phẩm bảo trợ, tổng số ngày đã trả cho Quyền lợi hỗ trợ viện phí nội trú đã đạt 1.000 (một nghìn) ngày và tổng số tiền đã trả cho Quyền lợi chi phí phẫu thuật đạt 100% Số tiền bảo hiểm; hoặc
 - 4.3.4. Sản phẩm bảo trợ mất hiệu lực theo quy định tại Khoản 6.2 Điều 6, Khoản 7.3 hoặc Khoản 7.4 Điều 7; hoặc
 - 4.3.5. Bên mua bảo hiểm gửi văn bản yêu cầu chấm dứt Sản phẩm bảo trợ sau thời gian cân nhắc (đối với trường hợp Sản phẩm bảo trợ được yêu cầu bảo hiểm cùng lúc với Hợp đồng chính) hoặc sau khi sản phẩm bảo trợ đã có hiệu lực (đối với trường hợp sản phẩm bảo trợ được yêu cầu bảo hiểm khi Hợp đồng chính đang có hiệu lực); hoặc
 - 4.3.6. Kết thúc Thời hạn tham gia Sản phẩm bảo trợ; hoặc
 - 4.3.7. Bên mua bảo hiểm hoặc MB Ageas Life từ chối tái tục theo Khoản 1.7.
- 4.4.** Các trường hợp khác theo quy định của pháp luật; và theo Quy tắc, Điều khoản này và Quy tắc, Điều khoản của Sản phẩm chính.

CHƯƠNG II: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

ĐIỀU 5. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

MB Ageas Life sẽ chi trả các Quyền lợi bảo hiểm sau khi trừ đi Phí bảo hiểm định kỳ đến hạn chưa đóng của Sản phẩm bảo trợ này (nếu có).

5.1. Quyền lợi Hỗ trợ viện phí nội trú

5.1.1. Quyền lợi Hỗ trợ viện phí nội trú thông thường

MB Ageas Life trả 0,2% Số tiền bảo hiểm cho 01 Ngày nằm viện trong trường hợp Người được bảo hiểm phải Nằm viện khi Sản phẩm bảo trợ đang có hiệu lực.

5.1.2. Quyền lợi Hỗ trợ viện phí điều trị tại Đơn vị điều trị tích cực

5.1.2.1. Trong khoảng thời gian Nằm viện được xác định chi trả Quyền lợi hỗ trợ viện phí nội trú quy định tại Khoản 5.1.1, MB Ageas Life chi trả thêm 0,2% Số tiền bảo hiểm cho mỗi Ngày nằm viện tại Đơn vị điều trị tích cực.

5.1.2.2. MB Ageas không trả thêm quyền lợi này nếu Ngày nằm viện tương ứng tại Đơn vị điều trị tích cực thuộc thời gian điều trị Bệnh hiểm nghèo được chi trả theo quy định tại Khoản 5.1.3.

5.1.3. Quyền lợi Hỗ trợ viện phí điều trị Bệnh hiểm nghèo

Trong khoảng thời gian Nằm viện được xác định chi trả Quyền lợi hỗ trợ viện phí nội trú quy định tại Khoản 5.1.1, và việc Nằm viện được chỉ định với mục đích điều trị Bệnh hiểm nghèo (quy định tại Phụ lục 3), MB Ageas Life sẽ chi trả thêm 0,4% Số tiền bảo hiểm cho mỗi Ngày nằm viện.

5.1.4. Giới hạn tối đa của Quyền lợi Hỗ trợ viện phí nội trú

Trong mọi trường hợp, Giới hạn tối đa của tổng Quyền lợi Hỗ trợ viện phí nội trú được chấp nhận chi trả phải đồng thời đáp ứng các điều kiện sau:

(i) Số Ngày nằm viện được chi trả cho Cùng một lần Nằm viện không vượt quá Số ngày nằm viện tối đa được chi trả tại Phụ lục 4 – Danh sách nhóm bệnh và số ngày nằm viện tối đa được chi trả cho Cùng một lần nằm viện; và

(ii) Tổng số Ngày nằm viện được chi trả không vượt quá 150 ngày trong mỗi Thời hạn bảo hiểm và không vượt quá 1.000 (một nghìn) ngày trong suốt Thời hạn tham gia Sản phẩm bảo trợ.

5.2. Quyền lợi Hỗ trợ chi phí phẫu thuật

5.2.1. Trong thời gian Sản phẩm bảo trợ đang có hiệu lực, MB Ageas Life sẽ trả Quyền lợi hỗ trợ chi phí phẫu thuật trong trường hợp thỏa mãn các điều kiện sau:

- Người được bảo hiểm phải Phẫu thuật khi đang Nằm viện, và

- Ngày nằm viện để thực hiện Phẫu thuật này được chấp nhận chi trả Quyền lợi Hỗ trợ viện phí nội trú.

Quyền lợi hỗ trợ chi phí phẫu thuật được xác định bằng số nhỏ hơn giữa số tiền được quy định tại “Phụ lục 1 - Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm phẫu thuật” hoặc số tiền còn lại của Số tiền bảo hiểm sau khi trừ đi tổng Quyền lợi hỗ trợ chi phí phẫu thuật đã chi trả trong Thời hạn tham gia Sản phẩm bảo trợ.

5.2.2. Trong cùng một ca phẫu thuật, nếu có hơn một phẫu thuật được thực hiện qua cùng một đường rạch hoặc qua những đường rạch khác nhau, MB Ageas Life sẽ trả tiền bảo hiểm cho phẫu thuật có tỷ lệ trả tiền cao nhất.

5.2.3. Đối với những loại phẫu thuật bắt buộc phải tiến hành nhiều lần, nhiều bước, nhiều giai đoạn hoặc phẫu thuật đối với bệnh tái phát, MB Ageas Life sẽ trả tiền riêng biệt cho từng lần phẫu thuật nếu các lần phẫu thuật cách nhau hơn 60 ngày và trả tiền cho phẫu thuật có tỷ lệ trả tiền cao nhất nếu các lần phẫu thuật cách nhau từ 60 ngày trở xuống.

5.2.4. Quyền lợi Hỗ trợ chi phí phẫu thuật sẽ chấm dứt khi tổng số tiền trả cho quyền này đạt 100% Số tiền bảo hiểm.

ĐIỀU 6. LOẠI TRỪ TRÁCH NHIỆM BẢO HIỂM

6.1. MB Ageas Life sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm theo quy định tại Điều 5 và Sản phẩm hỗ trợ tiếp tục có hiệu lực nếu Người được bảo hiểm phải Nằm viện hoặc Phẫu thuật trong các trường hợp hoặc do hậu quả của:

- (a)** Bất kỳ bệnh lý hoặc tổn thương nào không do Tai nạn, phát sinh trước hoặc trong Thời gian chờ được tính từ Ngày phát hành chứng nhận bảo hiểm, hoặc từ Ngày khôi phục hiệu lực gần nhất, tùy ngày nào đến sau; và/hoặc
- (b)** Các Tai nạn và/hoặc các Sự kiện bảo hiểm xảy ra trước ngày phát hành Chứng nhận bảo hiểm của Sản phẩm hỗ trợ hoặc trong thời gian Sản phẩm hỗ trợ mất hiệu lực; và/hoặc
- (c)** Tình trạng tồn tại trước; Di tật bẩm sinh, bệnh bẩm sinh, bệnh di truyền; và/hoặc
- (d)** Bất kỳ điều trị y tế nào không đáp ứng các điều kiện Điều trị hợp lý và cần thiết về mặt y khoa; và/hoặc không điều trị tại các Bệnh viện/Cơ sở y tế đủ tiêu chuẩn; và/hoặc
- (e)** Điều trị răng miệng; và/hoặc
- (f)** Chuyển đổi giới tính; Phẫu thuật thẩm mỹ; Phẫu thuật tự chọn; và/hoặc
- (g)** Nong, trích, rạch, cắt bao quy đầu; và/hoặc
- (h)** Điều trị tật khúc xạ; và/hoặc
- (i)** Sử dụng, lắp các bộ phận giả hoặc thiết bị như chân tay giả, máy trợ thính, và các thiết bị tương tự không nhằm mục đích duy trì sự sống; và/hoặc
- (j)** Hiến, cho mô hoặc bộ phận cơ thể; và/hoặc
- (k)** Tránh thai, triệt sản, vô sinh, bất lực, rối loạn chức năng tình dục, dậy thì sớm, mang thai, sinh đẻ, sảy thai, nạo, phá thai, điều trị trước và sau khi sinh đẻ, điều trị tiền mãn kinh hay bất kỳ bệnh tật ốm đau nào hoặc tổn thương nào liên quan đến các sự kiện này; và/hoặc
- (l)** Bệnh lây truyền qua đường tình dục, và bất kỳ bệnh truyền nhiễm nào phải kiểm soát, phải cách ly y tế theo quy định của cơ quan có thẩm quyền; và/hoặc
- (m)** Nhiễm HIV hoặc các bệnh có liên quan đến HIV/AIDS (hội chứng suy giảm miễn dịch), trừ trường hợp nhiễm HIV/AIDS khi đang thực hiện nhiệm vụ như là một nhân viên y tế hoặc công an, bộ đội; và/hoặc
- (n)** Rối loạn giấc ngủ và ngủ ngáy; suy nhược cơ thể; suy nhược thần kinh; và/hoặc
- (o)** Sử dụng liệu pháp điều trị thay thế hormone; sử dụng liệu pháp điều trị thay thế (như sử dụng các phương pháp chỉnh hình, châm cứu, bấm huyệt, thể dục, điều trị xương khớp theo phương pháp đông y hoặc bằng thuốc nam, điều trị bằng thảo dược, massage hay trị liệu bằng mùi hương hoặc các điều trị thay thế khác); và/hoặc
- (p)** Rối loạn tâm thần và hành vi, rối loạn tâm lý; và/hoặc
- (q)** Người được bảo hiểm tự tử, tự gây thương tích, tự gây tai nạn bất kể vì lý do tâm thần hay không; và/hoặc
- (r)** Hành vi vi phạm pháp luật, hành vi phạm tội, hoặc cố ý tham gia vào hành vi vi phạm pháp luật, hành vi phạm tội của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người đại diện theo pháp luật của Người được bảo hiểm, Người nhận Quyền lợi bảo hiểm; và/hoặc
- (s)** Sử dụng rượu, bia, chất có cồn; sử dụng ma túy, các chất kích thích, chất gây nghiện và các tiền chất khác trái với quy định của pháp luật hiện hành; và/hoặc
- (t)** Điều trị phòng ngừa; và/hoặc
- (u)** Tham gia các hoạt động nguy hiểm, bao gồm: các cuộc diễn tập, huấn luyện quân sự của

các lực lượng vũ trang; lặn có bình dưỡng khí, hoạt động thể thao chuyên nghiệp, các môn thể thao trên không, nhảy dù, leo núi, đua ngựa hay đua trên các phương tiện có bánh xe hay bất kỳ hình thức đua nào khác, đấm bốc (boxing), săn bắn; và/hoặc

(v) Tham gia hoạt động hàng không, trừ khi là một hành khách; và/hoặc

(w) Động đất, sóng thần, núi lửa, phản ứng hạt nhân, nhiễm phóng xạ, vũ khí hóa học, vũ khí sinh học; và/hoặc

(x) Chiến tranh (có tuyên bố hay không tuyên bố), khủng bố, nội chiến, nổi loạn, bạo động, và các hành động mang tính chiến tranh.

- 6.2.** Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng cố ý kê khai không chính xác, không đầy đủ hoặc làm sai lệch hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm để được chi trả Quyền lợi bảo hiểm, MB Ageas Life sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm và Sản phẩm bổ trợ chấm dứt hiệu lực theo quy định tại Khoản 4.3 Điều 4.

CHƯƠNG III: PHÍ BẢO HIỂM

ĐIỀU 7. PHÍ BẢO HIỂM

- 7.1.** Định kỳ đóng phí bảo hiểm của Sản phẩm bổ trợ này trùng với định kỳ đóng phí bảo hiểm của Hợp đồng chính. Quy định này cũng được áp dụng trong trường hợp có sự thay đổi về định kỳ đóng phí của Hợp đồng chính. Thời hạn đóng phí bảo hiểm tối đa không vượt quá Thời hạn tham gia Sản phẩm bổ trợ.
- 7.2.** Trường hợp Bên mua bảo hiểm không thể đóng phí theo đúng thời hạn đã thoả thuận, quy định về gia hạn đóng phí cho Sản phẩm bổ trợ được áp dụng theo Quy tắc, Điều khoản của Hợp đồng chính.
- 7.3.** Cho đến hết thời gian gia hạn đóng phí, nếu Bên mua bảo hiểm không đóng phí bảo hiểm, Sản phẩm bổ trợ sẽ tự động mất hiệu lực trừ trường hợp phí bảo hiểm của sản phẩm bổ trợ được miễn đóng theo quy định của một sản phẩm bảo hiểm khác có hiệu lực với Sản phẩm bổ trợ này hoặc được tự động đóng theo quy định của MB Ageas Life. Ngày mất hiệu lực của Sản phẩm bổ trợ sẽ được áp dụng theo Quy tắc, Điều khoản của Hợp đồng chính.
- 7.4.** Với sự chấp thuận của Bộ Tài chính, MB Ageas Life có thể điều chỉnh mức phí bảo hiểm của Sản phẩm bổ trợ. MB Ageas Life sẽ thông báo bằng văn bản cho Bên mua bảo hiểm trước thời điểm áp dụng ít nhất 30 ngày. Mức phí bảo hiểm mới của Sản phẩm bổ trợ này sẽ được áp dụng kể từ ngày đến hạn đóng phí tiếp theo ngay sau ngày MB Ageas Life áp dụng mức phí bảo hiểm mới.
- Trong trường hợp không chấp thuận mức phí điều chỉnh, Bên mua bảo hiểm có quyền thông báo chấm dứt Sản phẩm bổ trợ. Đối với trường hợp này, Sản phẩm bổ trợ sẽ chấm dứt hiệu lực kể từ ngày kết thúc định kỳ đóng phí liền sau ngày MB Ageas Life áp dụng mức phí bảo hiểm mới.
- 7.5.** Các quy định khác về Phí bảo hiểm được áp dụng như quy định tại Quy tắc, điều khoản của Hợp đồng chính.

CHƯƠNG IV: THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

ĐIỀU 8. THỜI HẠN YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Trong vòng 12 tháng kể từ ngày Người được bảo hiểm Nắm viện hoặc phải Phẫu thuật, Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm, bằng chi phí của mình, phải lập hồ sơ yêu cầu giải

quyết quyền lợi bảo hiểm theo quy định tại Điều 9 và gửi tới MB Ageas Life hoặc Tổ chức được MB Ageas Life chỉ định thay mặt cho MB Ageas Life thực hiện việc xử lý các yêu cầu giải quyết Quyền lợi bảo hiểm. Quá thời hạn 12 tháng nêu trên, mọi yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm đều không có giá trị.

Thời gian xảy ra sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan khác không tính vào thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

ĐIỀU 9. HỒ SƠ YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

9.1. Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm bao gồm:

- 9.1.1. Giấy yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo mẫu của MB Ageas Life đã được điền đầy đủ và chính xác; và
- 9.1.2. Các thông tin và bằng chứng cần thiết, bao gồm:
 - 9.1.2.1. Bản sao hợp pháp hoặc bản gốc của tất cả các biên bản, chứng từ y tế gắn liền với Sự kiện bảo hiểm (bao gồm các kết quả xét nghiệm, các kết quả chẩn đoán, kết quả điều trị, giấy ra viện, đơn thuốc, phim chụp, giấy chứng nhận phẫu thuật gắn liền với sự kiện được yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm);
 - 9.1.2.2. Bản sao hợp pháp hoặc bản gốc kết luận về việc Người được bảo hiểm bị mắc Bệnh hiểm nghèo của Bệnh viện và các kết luận này phải được một Bác sĩ hành nghề hợp pháp thực hiện trong trường hợp Nằm viện để điều trị Bệnh hiểm nghèo;
 - 9.1.2.3. Bằng chứng về quyền được nhận quyền lợi bảo hiểm theo Quy tắc, điều khoản bảo hiểm này như giấy tờ tùy thân, giấy ủy quyền, di chúc, văn bản thỏa thuận phân chia di sản hoặc văn bản khai nhận di sản hoặc thỏa thuận cử người nhận quyền lợi bảo hiểm theo đúng quy định của pháp luật; và
- 9.1.3. Người nộp hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm có trách nhiệm cung cấp các giấy tờ nêu trên và tự thanh toán các chi phí phát sinh có liên quan đến việc thu thập các giấy tờ nói trên.

9.2. Thẩm định Hồ sơ yêu cầu giải quyết Quyền lợi bảo hiểm:

MB Ageas Life có quyền tự mình hoặc sử dụng dịch vụ của bên thứ ba để điều tra, xác minh thông tin khách hàng đã kê khai, cung cấp, và/hoặc đánh giá, thẩm định rủi ro và hậu quả của rủi ro, và/hoặc thu thập tài liệu, bằng chứng liên quan để phục vụ việc giải quyết Quyền lợi bảo hiểm. MB Ageas Life có quyền trưng cầu ý kiến thẩm định của Bác sĩ/chuyên gia y tế do MB Ageas Life chỉ định nhằm xác nhận điều trị y tế là Hợp lý và cần thiết về mặt y khoa. Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm (hoặc Người đại diện theo pháp luật của Người được bảo hiểm)/Người nhận Quyền lợi bảo hiểm có nghĩa vụ hợp tác, hỗ trợ thực hiện việc này. Chi phí này do MB Ageas Life chi trả.

PHỤ LỤC 1

BẢNG TỶ LỆ TRẢ TIỀN BẢO HIỂM PHẪU THUẬT

(Đính kèm Quy tắc, Điều khoản sản phẩm bảo trợ hỗ trợ viện phí và chi phí phẫu thuật được phê chuẩn tại công văn số 5280/BTC-QLBH ngày 7/6/2022 của Bộ Tài chính)

SỐ TIỀN TRẢ = TỶ LỆ TRẢ TIỀN * SỐ TIỀN BẢO HIỂM

TÊN PHẪU THUẬT	TỶ LỆ TRẢ TIỀN
1. BỤNG	
1.1. Cắt ruột thừa	5%
1.2. Nối thông dạ dày - ruột non	10%
1.3. Cắt bỏ túi mật hoặc Phẫu thuật khác trên túi mật	10%
1.4. Cắt đoạn ruột non	10%
1.5. Cắt bỏ toàn bộ trực tràng	20%
1.6. Đặt stent thực quản	20%
1.7. Cắt bỏ tụy	
1.7.1. Một phần	10%
1.7.2. Toàn bộ	20%
1.8. Cắt bỏ lách	
1.8.1. Một phần	10%
1.8.2. Toàn bộ	20%
1.9. Cắt bỏ gan	
1.9.1. Một phần	10%
1.9.2. Toàn bộ	20%
1.10. Cắt bỏ dạ dày	
1.10.1. Một phần	10%
1.10.2. Toàn bộ	20%
1.11. Cắt bỏ đại tràng	
1.11.1. Một phần	10%
1.11.2. Toàn bộ	20%
1.12. Phẫu thuật ổ bụng để điều trị một/các bệnh sau: viêm phúc mạc, viêm đại tràng, tắc ruột, lồng ruột	10%
1.13. Phẫu thuật ghép tạng	20%

SỐ TIỀN TRẢ = TỶ LỆ TRẢ TIỀN * SỐ TIỀN BẢO HIỂM

TÊN PHẪU THUẬT	TỶ LỆ TRẢ TIỀN
2. CẮT CỤT	
2.1. Đùi, cẳng chân	10%
2.2. Cánh tay, cẳng tay, toàn bộ bàn tay	5%
2.3. Toàn bộ bàn chân	5%
2.4. Các ngón tay trên một bàn tay	
2.4.1. Ít hơn ba ngón	2%
2.4.2. Từ ba ngón trở lên	5%
2.5. Các ngón chân trên một bàn chân	
2.5.1. Ít hơn ba ngón	2%
2.5.2. Từ ba ngón trở lên	5%
3. ĐỘNG MẠCH VÀ TĨNH MẠCH	
3.1. Phẫu thuật điều trị phình động mạch chủ	20%
3.2. Kỹ thuật tạo Shunt của động mạch và tĩnh mạch	2%
3.3. Phẫu thuật triệt để lấy bỏ toàn bộ thân tĩnh mạch để điều trị suy giãn tĩnh mạch mỗi chi dưới	2%
4. XƯƠNG HOẶC KHỚP	
Phẫu thuật điều trị gãy xương, Phẫu thuật điều trị tổn thương khớp:	
4.1. Khớp háng	10%
4.2. Các xương khác (không bao gồm háng, cột sống)	5%
5. VÚ	
5.1. Cắt bỏ một bên vú	5%
5.2. Cắt bỏ toàn bộ hai bên vú	10%
6. NGỰC	
Cắt bỏ phổi hoặc một phần phổi	10%
7. TAI	
7.1. Nạo xương chũm - đơn thuần hoặc tiết căn	10%
7.2. Phẫu thuật nội soi chỉnh hình tai giữa	10%
7.3. Cắt bỏ mê đạo tai	10%
7.4. Cấy ghép ốc tai	20%

SỐ TIỀN TRẢ = TỶ LỆ TRẢ TIỀN * SỐ TIỀN BẢO HIỂM

TÊN PHẪU THUẬT	TỶ LỆ TRẢ TIỀN
8. MẮT	
8.1. Bong võng mạc	
8.1.1. Điều trị bằng Phẫu thuật	10%
8.1.2. Điều trị bằng laser	10%
8.2. Lấy bỏ thể thủy tinh mỗi bên	5%
8.3. Phẫu thuật điều trị tăng nhãn áp mỗi bên	5%
8.4. Lấy bỏ nhãn cầu mỗi bên	5%
8.5. Can thiệp Phẫu thuật khác vào nhãn cầu (qua giác mạc hoặc củng mạc)	5%
8.6. Phẫu thuật cắt cơ mắt	5%
9. HỆ TIẾT NIỆU – SINH DỤC	
9.1. Cắt bỏ toàn bộ hoặc một phần thận	10%
9.2. Cố định thận	10%
9.3. Lấy sỏi của thận, niệu quản hoặc bàng quang	
9.3.1. Bằng can thiệp Phẫu thuật mở	10%
9.3.2. Bằng nội soi	2%
9.4. Cắt bỏ tuyến tiền liệt	10%
9.5. Tinh hoàn	
9.5.1. Cắt bỏ tinh hoàn	5%
9.5.2. Cắt bỏ mào tinh hoàn	5%
9.6. Cắt bỏ một phần hoặc toàn bộ tử cung	10%
9.7. Phẫu thuật cắt bỏ một phần hoặc toàn bộ vòi trứng, buồng trứng	10%
theo đường bụng (loại trừ cắt góc buồng trứng)	
9.8. Cắt bỏ cổ tử cung	5%
9.9. Phẫu thuật tạo hình âm đạo do sa bàng quang hoặc do sa trực tràng	10%
9.10. Cắt bỏ bàng quang	
9.10.1. Một phần	10%
9.10.2. Toàn bộ	20%
9.11. Ghép niệu quản	20%
9.12. Dẫn lưu nang buồng trứng 1 bên hoặc cả 2 bên và các phần phụ âm đạo	5%
10. BỆNH TUYẾN GIÁP	
Cắt bỏ tuyến giáp	
10.1. Một phần	5%

SỐ TIỀN TRẢ = TỶ LỆ TRẢ TIỀN * SỐ TIỀN BẢO HIỂM

TÊN PHẪU THUẬT	TỶ LỆ TRẢ TIỀN
10.2. Toàn bộ	10%
11. THOÁT VỊ	
Phẫu thuật điều trị thoát vị cho	
11.1. Một thoát vị	5%
11.2. Hơn một thoát vị	10%
12. DÂY CHẴNG VÀ GÂN	
12.1. Khâu, cắt, nối, ghép dây chằng	
12.1.1. Một dây chằng	2%
12.1.2. Nhiều dây chằng	5%
12.2. Khâu, cắt, nối, ghép gân	
12.2.1. Một gân	2%
12.2.2. Nhiều gân	5%
13. MŨI	
13.1. Xén vách ngăn mũi dưới niêm mạc	2%
13.2. Can thiệp xoang bằng Phẫu thuật (trừ chọc hút xoang)	5%
13.3. Cắt bỏ xương soăn	2%
14. MIỆNG VÀ HỌNG	
14.1. Cắt amidal, nạo VA, hoặc cả hai	2%
14.2. Cắt bỏ lưỡi:	
14.2.1. Toàn bộ	10%
14.2.2. Một phần	5%
14.3. Cắt bỏ hàm trên hoặc hàm dưới – toàn bộ hoặc một phần	10%
14.4. Mở khí quản	5%
14.5. Cắt bỏ họng (hầu)/cắt bỏ thanh quản-họng (hầu)	20%
15. TRỰC TRÀNG	
15.1. Phẫu thuật cắt trĩ bằng Phương pháp Longo	2%
15.2. Mở ổ bụng kèm mở hậu môn nhân tạo	10%
15.3. Can thiệp Phẫu thuật xử lý nút hậu môn	2%

SỐ TIỀN TRẢ = TỶ LỆ TRẢ TIỀN * SỐ TIỀN BẢO HIỂM

TÊN PHẪU THUẬT	TỶ LỆ TRẢ TIỀN
15.4. Can thiệp Phẫu thuật xử lý rò hậu môn	5%
16. SỌ NÃO	
16.1. Cắt bỏ xương sọ (không bao gồm Phẫu thuật Burr Hole/Phẫu thuật khoan xương)	20%
16.2. Phẫu thuật Burr Hole/ Phẫu thuật khoan xương	5%
17. CỘT SỐNG VÀ TỦY SỐNG	
17.1. Phẫu thuật kèm cắt bỏ phần xương của một hoặc nhiều đốt sống	10%
17.2. Phẫu thuật trên tủy sống hoặc màng não tủy	20%
17.3. Cắt rễ dây thần kinh cột sống	20%
18. U BƯỚU	
18.1. Cắt bỏ nang lông hoặc xoang lông (nang cùng cụt)	5%
18.2. Phẫu thuật cắt bỏ khối u lành tính (loại trừ u mỡ, u dưới da, u niêm mạc và dưới niêm mạc, u nốt do vi-rút, u dưới móng)	5%
18.3. Phẫu thuật cắt bỏ khối u ác tính (loại trừ Ung thư biểu mô da phi hắc tố, u lympho nguyên phát giới hạn ở da và u nguyên phát dạng u dưới da mà không có bằng chứng về di căn đến các hạch bạch huyết hoặc di căn xa hơn, u dưới móng)	10%
19. BỎNG	
Ghép da (loại trừ Phẫu thuật thẩm mỹ)	5%
20. PHẪU THUẬT TIM	
20.1. Ghép tim	20%
20.2. Phẫu thuật bắc cầu nối động mạch vành (CABG)	20%
20.3. Tạo hình mạch vành	10%
20.4. Phẫu thuật van tim (sửa van tim hoặc thay van tim)	20%
20.5. Thủ thuật đặt ống Thông tim	2%
20.6. Phẫu thuật điều trị rối loạn nhịp tim	2%

PHỤ LỤC 2

DANH MỤC CÁC BỆNH ĐẶC BIỆT

(Đính kèm Quy tắc, Điều khoản sản phẩm bảo trợ hỗ trợ viện phí và chi phí phẫu thuật được phê chuẩn tại công văn số 5280/BTC-QLBH ngày 7/6/2022 của Bộ Tài chính)

1. Thoát vị (các loại)
2. Tổn thương đốt sống, tổn thương cột sống (bao gồm cả đĩa đệm)
3. Ung thư, U bướu, u nang và Polyp các loại
4. Rò hậu môn
5. Bệnh lao, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, Hen (Suyễn)
6. Sỏi đường mật - Viêm túi mật
7. Sỏi hệ tiết niệu
8. Bệnh trĩ
9. Đục thủy tinh thể
10. Bệnh về Amidal hoặc vòm họng
11. Loét dạ dày, tá tràng
12. Bất thường của mũi, vách ngăn hoặc xương sống
13. Bệnh tuyến giáp
14. Tăng huyết áp hoặc bệnh lý tim mạch
15. Tai biến mạch máu não
16. Đái tháo đường
17. Lạc nội mạc tử cung
18. Bệnh lý về dương vật, tinh hoàn, tử cung, buồng trứng, vòi trứng, âm đạo
19. Tràn dịch tinh mạc hay tràn dịch màng tinh hoàn
20. Giãn tĩnh mạch thừng tinh
21. Động kinh
22. Suy gan, suy thận
23. Lupus ban đỏ./.

PHỤ LỤC 3

BỆNH HIỂM NGHÈO

(Đính kèm Quy tắc, Điều khoản sản phẩm hỗ trợ miễn phí và chi phí phẫu thuật được phê chuẩn tại công văn số 5280/BTC-QLBH ngày 7/6/2022 của Bộ Tài chính)

3

1. UNG THƯ

Là khối u ác tính được chẩn đoán dựa trên bằng chứng mô học, đặc trưng bởi sự tăng trưởng không thể kiểm soát và lan rộng của các tế bào ác tính, xâm lấn và phá hủy mô lành. Việc chẩn đoán Ung thư phải được Bác sĩ chuyên khoa ung bướu hoặc chuyên khoa giải phẫu bệnh học xác nhận dựa trên kết quả sinh thiết/giải phẫu bệnh được thực hiện qua quan sát vi thể mẫu mô đã được cố định, tại Bệnh viện/Cơ sở y tế đủ tiêu chuẩn.

Ung thư không bao gồm các trường hợp sau:

- (a) Các khối u được chẩn đoán mô học là tiền ác tính (pre-malignant); không xâm lấn (non-invasive); ung thư biểu mô tại chỗ (Carcinoma-in-situ); giáp biên ác tính (borderline malignancy); nghi ngờ ác tính (suspicious malignancy), có khả năng ác tính (malignant potential); các khối u không rõ bản chất; hoặc dị sản cổ tử cung CIN-1, CIN-2 và CIN-3;
- (b) Ung thư biểu mô da phi hắc tố, u lympho nguyên phát, u nguyên phát dạng u dưới da mà được giới hạn ở da (bao gồm lớp biểu bì, hạ bì và mô dưới da) mà không có bằng chứng về di căn đến các hạch bạch huyết hoặc di căn xa hơn;
- (c) U hắc tố ác tính chưa xâm lấn ra ngoài biểu bì;
- (d) Ung thư tiền liệt tuyến được chẩn đoán mô học giai đoạn T1N0M0 hoặc giai đoạn nhẹ hơn theo phân loại TNM;
- (e) Ung thư tuyến giáp được chẩn đoán mô học giai đoạn T1N0M0 hoặc giai đoạn nhẹ hơn theo phân loại TNM;
- (f) Ung thư bàng quang được chẩn đoán mô học giai đoạn T1N0M0 hoặc giai đoạn nhẹ hơn theo phân loại TNM;
- (g) Ung thư bạch cầu lympho mãn tính được chẩn đoán mô học giai đoạn nhẹ hơn giai đoạn 03 (ba) theo phân loại RAI;
- (h) Ung thư/Khối u mô đệm dạ dày-ruột được chẩn đoán mô học giai đoạn I hoặc IA hoặc nhẹ hơn theo Phân loại AJCC;
- (i) Ung thư trên người đang nhiễm HIV;
- (j) Ung thư liên quan đến dị tật bẩm sinh.

(*) Phân loại TNM là hệ thống phân loại giai đoạn Ung thư AJCC.

(**) Phân loại AJCC theo ấn bản mới nhất của Sổ tay Phân loại Ung thư của Ủy ban liên minh Hoa Kỳ về Ung Thư (AJCC).

(***) Phân loại RAI là hệ thống phân loại giai đoạn Ung thư bạch cầu lympho mãn tính.

2. TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO

Là một bất thường xảy ra với mạch máu não bao gồm nhồi máu não, xuất huyết não và xuất huyết dưới màng nhện, thuyên tắc não và huyết khối não. Chẩn đoán Tai biến mạch máu não phải được xác nhận dựa trên đồng thời tất cả các điều kiện sau:

- (a) Có bằng chứng tổn thương thần kinh vĩnh viễn theo xác nhận của Bác sĩ thần kinh ít nhất 6 tuần sau Tai biến mạch máu não và;
- (b) Được chẩn đoán hình ảnh dựa trên kỹ thuật chụp cộng hưởng từ, hoặc dựa trên kỹ thuật chụp cắt lớp vi tính, hoặc dựa trên các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh học đáng tin cậy khác.
- (c) Loại trừ các trường hợp sau:
 - Tai biến thiếu máu cục bộ với các tổn thương thần kinh có thể hồi phục;
 - Tổn thương não do Tai nạn, do chấn thương, do viêm mạch máu, và/hoặc do bệnh viêm nhiễm khác;
 - Bệnh lý mạch máu gây tổn thương đến mắt hay thần kinh thị giác;
 - Rối loạn thiếu máu cục bộ của hệ thống tiền đình.

3. NHỒI MÁU CƠ TIM

Là sự hoại tử một phần cơ tim do thiếu máu nuôi vùng cơ tim đó. Chẩn đoán Nhồi máu cơ tim phải được xác nhận dựa trên đồng thời ít nhất 3 trong 5 điều kiện sau đây:

- (a) Có tiền sử đau ngực điển hình; và
- (b) Có dấu hiệu nhồi máu trên Điện tâm đồ (ECG); và
- (c) Tăng men tim CK-MB; và
- (d) Tăng Troponin (T hoặc I); và
- (e) Chỉ số tổng máu của tâm thất trái giảm dưới 50% được đo ít nhất 3 tháng sau Nhồi máu cơ tim.

Nhồi máu cơ tim không bao gồm trường hợp thiếu máu cấp và đau thắt ngực cấp./.

PHỤ LỤC 4

4

DANH SÁCH NHÓM BỆNH VÀ SỐ NGÀY NẪM VIỆN TỐI ĐA ĐƯỢC CHI TRẢ CHO CÙNG MỘT LẦN NẪM VIỆN

(Đính kèm Quy tắc, Điều khoản sản phẩm bảo trợ viện phí và chi phí phẫu thuật được phê chuẩn tại công văn số 5280/BTC-QLBH ngày 7/6/2022 của Bộ Tài chính)

STT	NHÓM BỆNH	SỐ NGÀY NẪM VIỆN TỐI ĐA ĐƯỢC CHI TRẢ (NGÀY)
1	Bệnh lao	10
2	Bệnh viêm gan siêu vi	7
3	Nhóm Bệnh cơ – xương – khớp	5
4	Nhóm Bệnh của mắt	5
5	Nhóm Bệnh của hệ miễn dịch	10
6	Nhóm Bệnh của hệ tim mạch	15
7	Nhóm Bệnh ung thư, u bướu	15
8	Nhóm Bệnh nhiễm trùng khác	5
9	Nhóm Bệnh do chấn thương; ngộ độc	7
10	Nhóm Bệnh của tai mũi họng	5
11	Nhóm Bệnh của hệ thần kinh	7
12	Nhóm Bệnh của hệ hô hấp	7
13	Nhóm Bệnh của hệ sinh dục - tiết niệu	5
14	Nhóm Bệnh của hệ nội tiết	7
15	Nhóm Bệnh nhiễm ký sinh trùng	5
16	Nhóm Bệnh, Bệnh nhiễm trùng của hệ tiêu hóa	7
17	Nhóm Bệnh của hệ tạo máu	15
18	Nhóm Bệnh của da	5
19	Sốt cao do nhiễm siêu vi trùng	5
20	Các bệnh khác	5

PHỤ LỤC 5

5

DANH SÁCH BỆNH VÀ CHẤN THƯƠNG KHÔNG ĐƯỢC CHI TRẢ QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

(Đính kèm Quy tắc, Điều khoản sản phẩm hỗ trợ viện phí và chi phí phẫu thuật được phê chuẩn tại công văn số 5280/BTC-QLBH ngày 7/6/2022 của Bộ Tài chính)

1. Viêm Amidal, Sốt siêu vi/Sốt vi rút; Viêm xoang, viêm đa xoang;
2. Viêm mũi họng; viêm thanh quản; viêm tai ngoài; viêm tai giữa;
3. Rối loạn tiêu hóa; ngộ độc không rõ nguyên nhân; viêm dạ dày; viêm tá tràng; trào ngược dạ dày thực quản;
4. Bệnh trĩ không phẫu thuật;
5. Đau lưng; đau khớp; viêm khớp; thoái hóa khớp; viêm cơ; thoái hóa cột sống;
6. Viêm mi mắt; viêm kết mạc hoặc tổn thương khác của kết mạc; chắp; lệo; mộng thịt;
7. Rối loạn tiền đình không biến chứng; rối loạn tuần hoàn não; thiếu năng tuần hoàn não; chóng mặt; cơn thiếu máu não thoáng qua;
8. Rối loạn thần kinh thực vật;
9. Viêm da cơ địa; sẩn cục; sẩn ngứa; mào đay;
10. Nhọt; nhọt cụm; chốc;
11. Áp xe da và các ổ áp xe khác
12. Các khối u lành tính bao gồm: U mỡ, u da, u dưới da, u niêm mạc và dưới niêm mạc, u nhọt do vi-rút;
13. U dưới móng, móng chọc thịt, móng cuộn, móng quặp;
14. Ung thư biểu mô da phi hắc tố, u lympho nguyên phát giới hạn ở da và u nguyên phát dạng u dưới da mà không có bằng chứng về di căn đến các hạch bạch huyết hoặc di căn xa hơn;
15. Viêm âm đạo; viêm cổ tử cung; viêm và áp xe tuyến Bartholin không có can thiệp ngoại khoa; viêm niệu đạo;
16. Rách da, chấn thương phần mềm, trật khớp;
17. Bong gân./.

PHỤ LỤC SỬA ĐỔI, BỔ SUNG QUY TẮC, ĐIỀU KHOẢN SẢN PHẨM BẢO HIỂM HỖ TRỢ VIỆN PHÍ VÀ CHI PHÍ PHẪU THUẬT

(Sản phẩm được chấp thuận theo công văn số 5280/BTC-QLBH ngày 07/06/2022 của Bộ Tài chính, và được sửa đổi, bổ sung theo Quyết định số 37/2023/QĐ-TGD/MBAL ngày 01/07/2023 của Tổng giám đốc. Mã sản phẩm: HSCR2022)

STT	Quy tắc, Điều khoản hiện tại	Quy tắc, Điều khoản sửa đổi
1	<p>1.14. Bệnh viện/Cơ sở y tế đủ tiêu chuẩn: Là Bệnh viện (tên ghi trong Giấy phép thành lập và hoạt động có chữ “Bệnh viện” hoặc “Viện”) và thỏa mãn các điều kiện:</p> <ol style="list-style-type: none">Được cấp phép thành lập và hoạt động hợp pháp theo pháp luật Việt Nam; vàCó đủ thiết bị, chuyên môn để tiến hành chẩn đoán, điều trị, phẫu thuật, có y tá chăm sóc 24/24 và có bác sĩ trực thường xuyên; vàThực hiện điều trị theo phương pháp Tây y để chăm sóc và điều trị bệnh hoặc chấn thương. <p>Bệnh viện/Cơ sở y tế đủ tiêu chuẩn không bao gồm những cơ sở dưới đây cho dù các cơ sở này hoạt động độc lập hay trực thuộc một Bệnh viện/Cơ sở y tế đủ tiêu chuẩn:</p> <ul style="list-style-type: none">- Cơ sở điều dưỡng, cơ sở an dưỡng, cơ sở điều trị, chăm sóc cho người già; hoặc- Cơ sở điều dưỡng, cơ sở an dưỡng, cơ sở điều trị, chăm sóc cho người nghiện rượu, chất ma túy, chất kích thích; hoặc- Bệnh viện, viện, trung tâm, đơn nguyên, khoa, chuyên khoa tâm thần; hoặc	<p>1.14. Bệnh viện/Cơ sở y tế đủ tiêu chuẩn: Là Bệnh viện (tên ghi trong <u>con dấu và/hoặc</u> Giấy phép thành lập và hoạt động có chữ “Bệnh viện” hoặc “Viện”) và thỏa mãn các điều kiện:</p> <ol style="list-style-type: none">Được cấp phép thành lập và hoạt động hợp pháp theo pháp luật Việt Nam; vàCó đủ thiết bị, chuyên môn để tiến hành chẩn đoán, điều trị, phẫu thuật, có y tá chăm sóc 24/24 và có bác sĩ trực thường xuyên; vàThực hiện điều trị theo phương pháp Tây y để chăm sóc và điều trị bệnh hoặc chấn thương. <p>Bệnh viện/Cơ sở y tế đủ tiêu chuẩn không bao gồm những cơ sở dưới đây cho dù các cơ sở này hoạt động độc lập hay trực thuộc một Bệnh viện/Cơ sở y tế đủ tiêu chuẩn:</p> <ul style="list-style-type: none">- Cơ sở điều dưỡng, cơ sở an dưỡng, cơ sở điều trị, chăm sóc cho người già; hoặc- Cơ sở điều dưỡng, cơ sở an dưỡng, cơ sở điều trị, chăm sóc cho người nghiện rượu, chất ma túy, chất kích thích; hoặc- Bệnh viện, viện, trung tâm, đơn nguyên, khoa, chuyên khoa tâm thần; hoặc

- Bệnh viện, viện, trung tâm, đơn nguyên, khoa, chuyên khoa y học dân tộc, y học cổ truyền, châm cứu, vật lý trị liệu và/hoặc phục hồi chức năng; hoặc
- Bệnh viện, viện, trung tâm, đơn nguyên, khoa, chuyên khoa phong; hoặc
- Trung tâm y tế dự phòng; hoặc
- Trung tâm y tế cấp quận, huyện, thị xã, tỉnh, thành phố.

- Bệnh viện, viện, trung tâm, đơn nguyên, khoa, chuyên khoa y học dân tộc, y học cổ truyền, châm cứu, vật lý trị liệu và/hoặc phục hồi chức năng; hoặc
- Bệnh viện, viện, trung tâm, đơn nguyên, khoa, chuyên khoa phong; hoặc
- Trung tâm y tế dự phòng; hoặc
- Trung tâm y tế cấp quận, huyện, thị xã, tỉnh, thành phố.

Lí do sửa đổi:

Để yêu cầu giải quyết Quyền lợi bảo hiểm của Khách hàng được xử lý nhanh chóng và thuận tiện hơn.

2 (Chưa có định nghĩa Trung tâm y tế)

1.15.

Trung tâm y tế được chi trả (sau đây viết tắt là Trung tâm y tế): là trung tâm y tế thuộc Danh sách Trung tâm y tế được MB Ageas Life chấp thuận chi trả. Danh sách Trung tâm y tế được định kỳ cập nhật và đăng tải trên Cổng thông tin điện tử dành cho Khách hàng và/hoặc Trang thông tin điện tử của MB Ageas Life.

Lí do sửa đổi:

Để có căn cứ cho việc mở rộng phạm vi chi trả Quyền lợi bảo hiểm với các trường hợp Nằm viện, Phẫu thuật tại Trung tâm y tế.

3 1.15.

Đơn vị điều trị tích cực (ICU): là một bộ phận của một Bệnh viện/Cơ sở y tế hoặc là một cơ sở y tế độc lập

- Được thành lập để: thực hiện chức năng điều trị và chăm sóc tích cực những bệnh nhân nặng có đe dọa chức năng sống; tiếp nhận tất cả bệnh nhân nặng cần được điều trị, theo dõi, chăm sóc đặc biệt liên tục 24/24 giờ; và
- Được trang bị đầy đủ các phương tiện hiện đại, tối tân ngay tại từng giường bệnh để giúp chẩn đoán và điều trị cứu sống bệnh nhân nặng; và
- Không phải là phòng hậu phẫu, phòng hồi sức, phòng chăm sóc đặc biệt thuộc các khoa khám chữa bệnh

1.16.

Đơn vị điều trị tích cực (ICU): là một bộ phận của một Bệnh viện/Cơ sở y tế đủ tiêu chuẩn, hoặc một bộ phận của Trung tâm y tế, hoặc là một cơ sở y tế độc lập

- Được thành lập để: thực hiện chức năng điều trị và chăm sóc tích cực những bệnh nhân nặng có đe dọa chức năng sống; tiếp nhận tất cả bệnh nhân nặng cần được điều trị, theo dõi, chăm sóc đặc biệt liên tục 24/24 giờ; và
- Được trang bị đầy đủ các phương tiện hiện đại, tối tân ngay tại từng giường bệnh để giúp chẩn đoán và điều trị cứu sống bệnh nhân nặng; và
- Không phải là phòng hậu phẫu,

hoặc phòng cấp cứu.

phòng hồi sức, phòng chăm sóc đặc biệt thuộc các khoa khám chữa bệnh hoặc phòng cấp cứu.

Lí do sửa đổi:

Để có căn cứ cho việc mở rộng phạm vi chi trả Quyền lợi bảo hiểm với các trường hợp Nằm viện, Phẫu thuật tại Trung tâm y tế

4

1.19.

Phẫu thuật: theo Quy tắc, Điều khoản này, bao gồm các phẫu thuật, thủ thuật điều trị ngoại khoa theo Phụ lục 1 – Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm phẫu thuật. Phẫu thuật/thủ thuật này 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 tại phòng phẫu thuật/thủ thuật của Bệnh viện/Cơ sở y tế đủ tiêu chuẩn. Phẫu thuật/thủ thuật này phải là một can thiệp Hợp lý và cần thiết về mặt y khoa được thực hiện trên cơ thể của Người được bảo hiểm có kèm theo gây mê toàn thân, gây tê vùng, gây tê tủy sống (không bao gồm các trường hợp gây tê tại chỗ).

1.20.

Phẫu thuật: theo Quy tắc, Điều khoản này, bao gồm các phẫu thuật, thủ thuật điều trị ngoại khoa theo Phụ lục 1 – Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm phẫu thuật. Phẫu thuật/thủ thuật này 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 tại phòng phẫu thuật/thủ thuật của Bệnh viện/Cơ sở y tế đủ tiêu chuẩn hoặc Trung tâm y tế. Phẫu thuật/thủ thuật này phải là một can thiệp Hợp lý và cần thiết về mặt y khoa được thực hiện trên cơ thể của Người được bảo hiểm có kèm theo gây mê toàn thân, gây tê vùng, gây tê tủy sống (không bao gồm các trường hợp gây tê tại chỗ).

Lí do sửa đổi:

Để có căn cứ cho việc mở rộng phạm vi chi trả Quyền lợi bảo hiểm với các trường hợp Nằm viện, Phẫu thuật tại Trung tâm y tế.

5

1.20.

Nằm viện: là việc Người được bảo hiểm nhập viện vào bất cứ một Bệnh viện/Cơ sở y tế đủ tiêu chuẩn nào như một bệnh nhân điều trị nội trú theo yêu cầu của Bác sĩ để điều trị Hợp lý và cần thiết về mặt y khoa, có làm thủ tục nhập viện và xuất viện, có thanh toán chi phí giường bệnh, có tên trong danh sách bệnh nhân nội trú của Bệnh viện tối thiểu 12 tiếng.

1.21.

Nằm viện: là việc Người được bảo hiểm nhập viện vào bất cứ một Bệnh viện/Cơ sở y tế đủ tiêu chuẩn hoặc Trung tâm y tế nào như một bệnh nhân điều trị nội trú theo yêu cầu của Bác sĩ để điều trị Hợp lý và cần thiết về mặt y khoa, có làm thủ tục nhập viện và xuất viện, có thanh toán chi phí giường bệnh, có tên trong danh sách bệnh nhân nội trú của Bệnh viện/Cơ sở y tế đủ tiêu chuẩn hoặc Trung tâm y tế tối thiểu 12 tiếng.

Lí do sửa đổi:

Để có căn cứ cho việc mở rộng phạm vi chi trả Quyền lợi bảo hiểm với các trường hợp Nằm viện, Phẫu thuật tại Trung tâm y tế.

6 **1.21.**

Ngày nằm viện: là một ngày mà Người được bảo hiểm nằm viện qua 12 giờ đêm và phải thanh toán chi phí giường bệnh cho một ngày theo quy định của Bệnh viện/Cơ sở y tế đủ tiêu chuẩn. Số ngày nằm viện được tính bằng ngày xuất viện trừ đi ngày nhập viện.

1.22.

Ngày nằm viện: là một ngày mà Người được bảo hiểm nằm viện qua 12 giờ đêm và phải thanh toán chi phí giường bệnh cho một ngày theo quy định của Bệnh viện/Cơ sở y tế đủ tiêu chuẩn hoặc Trung tâm y tế. Số ngày nằm viện được tính bằng ngày xuất viện trừ đi ngày nhập viện.

Lí do sửa đổi:

Để có căn cứ cho việc mở rộng phạm vi chi trả Quyền lợi bảo hiểm với các trường hợp Nằm viện, Phẫu thuật tại Trung tâm y tế.

7 **1.26.**

Hợp lý và cần thiết về mặt y khoa: là điều trị y tế đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

- Hợp lý, phù hợp với các chẩn đoán và thông lệ chẩn trị y tế; và
- Phù hợp với tiêu chuẩn về hành nghề y được; và
- Có tính chất bắt buộc theo chỉ định của Bác sĩ và phải thực hiện tại Bệnh viện/Cơ sở y tế đủ tiêu chuẩn; và
- Không vì lợi ích hay mong muốn cá nhân của Người được bảo hiểm hay Bác sĩ; và
- Không nhằm mục đích thử nghiệm, nghiên cứu, phòng ngừa hoặc tầm soát; và
- Có số Ngày nằm viện là hợp lý và phù hợp với thông lệ điều trị cho bệnh hoặc chấn thương có liên quan; và
- Không bao gồm việc điều trị các Bệnh hoặc Chấn thương theo Phụ lục 5: Danh sách bệnh và chấn thương không được chi trả Quyền lợi bảo hiểm.

1.27.

Hợp lý và cần thiết về mặt y khoa: là điều trị y tế đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

- Hợp lý, phù hợp với các chẩn đoán và thông lệ chẩn trị y tế; và
- Phù hợp với tiêu chuẩn về hành nghề y được; và
- Có tính chất bắt buộc theo chỉ định của Bác sĩ và phải thực hiện tại Bệnh viện/Cơ sở y tế đủ tiêu chuẩn hoặc Trung tâm y tế; và
- Không vì lợi ích hay mong muốn cá nhân của Người được bảo hiểm hay Bác sĩ; và
- Không nhằm mục đích thử nghiệm, nghiên cứu, phòng ngừa hoặc tầm soát; và
- Có số Ngày nằm viện là hợp lý và phù hợp với thông lệ điều trị cho bệnh hoặc chấn thương có liên quan; và
- Không bao gồm việc điều trị các Bệnh hoặc Chấn thương theo Phụ lục 5: Danh sách bệnh và chấn thương không được chi trả Quyền lợi bảo hiểm.

Lí do sửa đổi:

Để có căn cứ cho việc mở rộng phạm vi chi trả Quyền lợi bảo hiểm với các trường hợp Nằm viện, Phẫu thuật tại Trung tâm y tế.

8 **Điều 3.**

Thủ tục yêu cầu bảo hiểm và tính chất của Sản phẩm bảo trợ

(Chưa có quy định về Đăng ký giao dịch điện tử)

Điều 3.

Thủ tục yêu cầu bảo hiểm, tính chất của Sản phẩm bảo trợ, và Đăng ký giao dịch điện tử

3.4. Đăng ký giao dịch điện tử

Bên mua bảo hiểm đồng ý sử dụng phương tiện điện tử để thực hiện các giao dịch liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm. Trong đó:

3.4.1.

Mọi giao dịch điện tử giữa Bên mua bảo hiểm và MB Ageas Life sẽ được thực hiện thông qua Tài khoản (tên đăng nhập, mật khẩu) do MB Ageas Life cấp cho Bên mua bảo hiểm để sử dụng trên các nền tảng mà MB Ageas Life cung cấp như Website, Ứng dụng trên thiết bị di động...(sau đây gọi chung là “Nền tảng”).

3.4.2.

Giao dịch điện tử được thực hiện theo phương thức tại Khoản 3.4.1 nêu trên có giá trị pháp lý như bản gốc. Bên mua bảo hiểm cam kết chịu trách nhiệm về tính chính xác, trung thực của tất cả các thông tin, dữ liệu, tài liệu gửi MB Ageas Life thông qua phương tiện điện tử. Việc Bên mua bảo hiểm vi phạm cam kết này có thể ảnh hưởng đến các quyền lợi của Sản phẩm bảo trợ cũng như kết quả giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

3.4.3.

Bên mua bảo hiểm đồng ý nhận thông tin về Tài khoản và các thông tin khác liên quan tới giao dịch điện tử qua Số điện thoại di động và/hoặc Email mà Bên mua bảo hiểm đã kê khai trên Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm hoặc đã đăng ký, cập nhật với MB Ageas Life. Số điện thoại của Bên mua bảo hiểm sẽ được sử dụng để nhận mã xác thực giao dịch.

3.4.4.

Mọi thông tin trao đổi thông qua Số điện thoại, Email của Bên mua bảo hiểm hoặc thông qua Tài khoản của Bên mua bảo hiểm tại Nền tảng mặc nhiên được hiểu là thông tin trao đổi

giữa MB Ageas Life với Bên mua bảo hiểm.

3.4.5.

Bên mua bảo hiểm có trách nhiệm duy trì Số điện thoại, Email trong tình trạng nhận được thông tin và sẽ thông báo ngay cho MB Ageas Life nếu có bất kỳ thay đổi nào và tự chịu trách nhiệm trong trường hợp không hoặc chậm nhận được thông tin do số điện thoại, email không chính xác hoặc chưa cập nhật.

3.4.6.

Bên mua bảo hiểm có trách nhiệm bảo mật thông tin về tên đăng nhập, mật khẩu truy cập tài khoản, mã xác thực giao dịch và sẽ thông báo ngay cho MB Ageas Life khi nghi ngờ hoặc phát hiện tài khoản bị đánh cắp/tiết lộ và/hoặc đăng nhập trái phép.

Lí do sửa đổi:

Bổ sung theo quy định của Luật giao dịch điện tử.

9

5.1.4.

Giới hạn tối đa của Quyền lợi Hỗ trợ viện phí nội trú

Trong mọi trường hợp, Giới hạn tối đa của tổng Quyền lợi Hỗ trợ viện phí nội trú được chấp nhận chi trả phải đồng thời đáp ứng các điều kiện sau:

- i. Số Ngày nằm viện được chi trả cho Cùng một lần Nằm viện không vượt quá Số ngày nằm viện tối đa được chi trả tại Phụ lục 4 – Danh sách nhóm bệnh và số ngày nằm viện tối đa được chi trả cho Cùng một lần Nằm viện; và
- ii. Tổng số Ngày Nằm viện được chi trả không vượt quá 150 ngày trong mỗi Thời hạn bảo hiểm và không vượt quá 1.000 (một nghìn) ngày trong suốt Thời hạn tham gia Sản phẩm bảo trợ

5.1.4.

Giới hạn tối đa của Quyền lợi Hỗ trợ viện phí nội trú

Trong mọi trường hợp, Giới hạn tối đa của tổng Quyền lợi Hỗ trợ viện phí nội trú được chấp nhận chi trả phải đồng thời đáp ứng các điều kiện sau:

- i. Số Ngày nằm viện tại Bệnh viện/Cơ sở y tế đủ tiêu chuẩn và/hoặc Trung tâm y tế được chi trả cho Cùng một lần Nằm viện không vượt quá Số ngày nằm viện tối đa được chi trả tại Phụ lục 4 – Danh sách nhóm bệnh và số ngày nằm viện tối đa được chi trả cho Cùng một lần Nằm viện; và
- ii. Riêng với trường hợp Nằm viện tại Trung tâm y tế, tổng số Ngày nằm viện tại Trung tâm y tế được chi trả trong mỗi Thời hạn bảo hiểm không vượt quá Giới hạn chi trả cho Trung tâm y tế. Hiện tại, Giới hạn chi trả cho Trung tâm y tế là 15 ngày cho mỗi Thời hạn bảo

hiểm; và

iii. *Trong mọi trường hợp, tổng số Ngày nằm viện được chi trả không vượt quá 150 ngày trong mỗi Thời hạn bảo hiểm và không vượt quá 1.000 (một nghìn) ngày trong suốt Thời hạn tham gia Sản phẩm bảo trợ.*

Lí do sửa đổi:

Để có căn cứ cho việc mở rộng phạm vi chi trả Quyền lợi bảo hiểm với các trường hợp Nằm viện, Phẫu thuật tại Trung tâm y tế.

10 **5.2.**

Quyền lợi Hỗ trợ chi phí phẫu thuật

5.2.1.

Trong thời gian Sản phẩm bảo trợ đang có hiệu lực, MB Ageas Life sẽ trả Quyền lợi hỗ trợ chi phí phẫu thuật trong trường hợp thỏa mãn các điều kiện sau:

- Người được bảo hiểm phải Phẫu thuật khi đang Nằm viện; và
- Ngày nằm viện để thực hiện Phẫu thuật này được chấp nhận chi trả Quyền lợi Hỗ trợ viện phí nội trú.

Quyền lợi hỗ trợ chi phí phẫu thuật được xác định bằng số nhỏ hơn giữa số tiền được quy định tại “Phụ lục 1 - Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm phẫu thuật” hoặc số tiền còn lại của Số tiền bảo hiểm sau khi trừ đi tổng Quyền lợi hỗ trợ chi phí phẫu thuật đã chi trả trong Thời hạn tham gia Sản phẩm bảo trợ.

5.2.

Quyền lợi Hỗ trợ chi phí phẫu thuật

5.2.1.

Trong thời gian Sản phẩm bảo trợ đang có hiệu lực, MB Ageas Life sẽ trả Quyền lợi hỗ trợ chi phí phẫu thuật trong trường hợp thỏa mãn các điều kiện sau:

- Người được bảo hiểm phải Phẫu thuật khi đang Nằm viện; và
- Ngày nằm viện để thực hiện Phẫu thuật này được chấp nhận chi trả Quyền lợi Hỗ trợ viện phí nội trú.

Trường hợp Người được bảo hiểm phải Phẫu thuật tại Bệnh viện/Cơ sở y tế đủ tiêu chuẩn, Quyền lợi hỗ trợ chi phí phẫu thuật được xác định bằng số nhỏ hơn giữa số tiền được quy định tại “Phụ lục 1 - Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm phẫu thuật” hoặc số tiền còn lại của Số tiền bảo hiểm sau khi trừ đi tổng Quyền lợi hỗ trợ chi phí phẫu thuật đã chi trả trong Thời hạn tham gia Sản phẩm bảo trợ.

Trường hợp Người được bảo hiểm phải Phẫu thuật tại Trung tâm y tế, MB Ageas Life sẽ trả số nhỏ hơn giữa 2% Số tiền bảo hiểm và số tiền còn lại của Số tiền bảo hiểm sau khi trừ đi tổng Quyền lợi hỗ trợ chi phí phẫu thuật đã chi trả trong Thời hạn tham gia Sản phẩm bảo trợ. Trong mỗi Thời hạn bảo hiểm, MB Ageas Life sẽ chỉ trả một lần duy nhất Quyền lợi hỗ trợ chi phí Phẫu thuật cho Phẫu thuật tại Trung tâm y tế.

Lí do sửa đổi:

Để có căn cứ cho việc mở rộng phạm vi chi trả Quyền lợi bảo hiểm với các trường hợp Nằm viện, Phẫu thuật tại Trung tâm y tế.

<p>11</p> <p>Điều 6. Loại trừ trách nhiệm bảo hiểm</p> <p>6.1. MB Ageas Life sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm theo quy định tại Điều 5 và Sản phẩm hỗ trợ tiếp tục có hiệu lực nếu Người được bảo hiểm phải Nằm viện hoặc Phẫu thuật trong các trường hợp hoặc do hậu quả của:</p> <p>...</p> <p>d) Bất kỳ điều trị y tế nào không đáp ứng các điều kiện Điều trị hợp lý và cần thiết về mặt y khoa; và/hoặc không điều trị tại các Bệnh viện/Cơ sở y tế đủ tiêu chuẩn; và/hoặc</p>	<p>Điều 6. Loại trừ trách nhiệm bảo hiểm</p> <p>6.1. MB Ageas Life sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm theo quy định tại Điều 5 và Sản phẩm hỗ trợ tiếp tục có hiệu lực nếu Người được bảo hiểm phải Nằm viện hoặc Phẫu thuật trong các trường hợp hoặc do hậu quả của:</p> <p>...</p> <p>d) Bất kỳ điều trị y tế nào không đáp ứng các điều kiện Điều trị hợp lý và cần thiết về mặt y khoa; và/hoặc không điều trị tại các Bệnh viện/Cơ sở y tế đủ tiêu chuẩn; <u>và/hoặc không điều trị tại Trung tâm y tế</u>; và/hoặc</p>
---	---

Lí do sửa đổi:

Để có căn cứ cho việc mở rộng phạm vi chi trả Quyền lợi bảo hiểm với các trường hợp Nằm viện, Phẫu thuật tại Trung tâm y tế.

<p>12</p> <p>Điều 8. Thời hạn yêu cầu giải quyết Quyền lợi bảo hiểm</p> <p>Trong vòng 12 tháng kể từ ngày Người được bảo hiểm Nằm viện hoặc phải Phẫu thuật, Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm, bằng chi phí của mình, phải lập hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo quy định tại Điều 9 và gửi tới MB Ageas Life hoặc Tổ chức được MB Ageas Life chỉ định thay mặt cho MB Ageas Life thực hiện việc xử lý các yêu cầu giải quyết Quyền lợi bảo hiểm. Quá thời hạn 12 tháng nêu trên, mọi yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm đều không có giá trị.</p> <p>Thời gian xảy ra sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan khác không tính vào thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm.</p>	<p>Điều 8. Thời hạn yêu cầu giải quyết Quyền lợi bảo hiểm</p> <p>8.1. Người yêu cầu giải quyết Quyền lợi bảo hiểm có nghĩa vụ thông báo bằng văn bản cho MB Ageas Life về Sự kiện bảo hiểm trong thời gian sớm nhất kể từ khi biết được Sự kiện bảo hiểm và cung cấp các chứng từ theo quy định để giải quyết Quyền lợi bảo hiểm.</p> <p>8.2. Người yêu cầu giải quyết Quyền lợi bảo hiểm phải lập Hồ sơ yêu cầu giải quyết Quyền lợi bảo hiểm và gửi tới MB Ageas Life hoặc Tổ chức được MB Ageas Life chỉ định thay mặt cho MB Ageas Life thực hiện việc xử lý các yêu cầu giải quyết Quyền lợi bảo hiểm trong vòng 12 tháng kể từ ngày xảy ra Sự kiện bảo hiểm.</p> <p>Trường hợp MB Ageas Life yêu cầu bổ sung hồ sơ, thời hạn nộp đầy đủ hồ sơ</p>
--	---

được yêu cầu bổ sung tối đa là 14 tháng kể từ ngày xảy ra Sự kiện bảo hiểm.

Sau thời hạn quy định tại Khoản này, nếu MB Ageas Life chưa nhận được Hồ sơ yêu cầu giải quyết Quyền lợi bảo hiểm và hồ sơ được yêu cầu bổ sung (nếu có), MB Ageas Life có quyền từ chối giải quyết Quyền lợi bảo hiểm.

Các thời hạn nêu trên không gồm thời gian xảy ra sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan khác.

Lí do sửa đổi:

Điều chỉnh nhằm bổ sung và làm rõ quy định về thời gian nộp yêu cầu Giải quyết quyền lợi bảo hiểm và thời gian bổ sung hồ sơ (nếu có).

13 **PHỤ LỤC 3 – BỆNH HIỂM NGHÈO**

1. Ung thư

Là khối u ác tính được chẩn đoán dựa trên bằng chứng mô học, đặc trưng bởi sự tăng trưởng không thể kiểm soát và lan rộng của các tế bào ác tính, xâm lấn và phá hủy mô lành. Việc chẩn đoán Ung thư phải được Bác sĩ chuyên khoa ung bướu hoặc chuyên khoa giải phẫu bệnh học xác nhận dựa trên kết quả sinh thiết/giải phẫu bệnh được thực hiện qua quan sát vi thể mẫu mô đã được cố định, tại Bệnh viện/Cơ sở y tế đủ tiêu chuẩn.

PHỤ LỤC 3 – BỆNH HIỂM NGHÈO

1. Ung thư

Là khối u ác tính được chẩn đoán dựa trên bằng chứng mô học, đặc trưng bởi sự tăng trưởng không thể kiểm soát và lan rộng của các tế bào ác tính, xâm lấn và phá hủy mô lành. Việc chẩn đoán Ung thư phải được Bác sĩ chuyên khoa ung bướu hoặc chuyên khoa giải phẫu bệnh học xác nhận dựa trên kết quả sinh thiết/giải phẫu bệnh được thực hiện qua quan sát vi thể mẫu mô đã được cố định, tại Bệnh viện/Cơ sở y tế đủ tiêu chuẩn hoặc Trung tâm y tế.

Lí do sửa đổi:

Để có căn cứ cho việc mở rộng phạm vi chi trả Quyền lợi bảo hiểm với các trường hợp Nằm viện, Phẫu thuật tại Trung tâm y tế.