

BẢO HIỂM KẾT HỢP TAI NẠN VÀ SỨC KHỎE (CPH)

XIN VUI LÒNG ĐỌC KỸ BẢN QUY TẮC NÀY

NỘI DUNG CHÍNH

PHẦN I. QUY ĐỊNH CHUNG

- I. Định nghĩa
- II. Đối tượng tham gia bảo hiểm
- III. Ký kết, chấm dứt hợp đồng bảo hiểm và tái tục hợp đồng bảo hiểm
- IV. Bảo hiểm trùng và bảo hiểm khác
- V. Phí bảo hiểm và số tiền bảo hiểm
- VI. Thay đổi quyền lợi và kết thúc quyền lợi bảo hiểm
- VII. Nghĩa vụ của Chủ hợp đồng và Người được bảo hiểm
- VIII. Xác minh và khai báo
- IX. Các điều khoản bảo hiểm nhóm

PHẦN II. CÁC ĐIỀU LOẠI TRỪ

PHẦN III: THỦ TỤC YÊU CẦU TRẢ TIỀN BẢO HIỂM

- I. Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm
- II. Thủ tục bảo lãnh viện phí và trả tiền bảo hiểm

PHẦN IV. CÁC QUYỀN LỢI BẢO HIỂM CHÍNH

- I. QUYỀN LỢI A: Tử vong, tàn tật toàn bộ vĩnh viễn do ốm đau, bệnh tật
- II. QUYỀN LỢI B: Tử vong hoặc thương tật vĩnh viễn do tai nạn
- III. QUYỀN LỢI C: Chi phí y tế do tai nạn
- IV. QUYỀN LỢI D: Điều trị nội trú do ốm đau bệnh tật

PHẦN V. CÁC QUYỀN LỢI BẢO HIỂM BỔ SUNG

- I. QUYỀN LỢI BỔ SUNG 1: Bảo hiểm điều trị ngoại trú
- II. QUYỀN LỢI BỔ SUNG 2: Thai sản và sinh đẻ
- III. QUYỀN LỢI BỔ SUNG 3. Trợ cấp trong thời gian nghỉ điều trị nội trú do ốm đau, bệnh tật
- IV. QUYỀN LỢI BỔ SUNG 4. Trợ cấp trong thời gian nghỉ điều trị nội trú do tai nạn

CÁC PHỤ LỤC

- PHỤ LỤC 1A. Bảng Quyền lợi bảo hiểm kết hợp tai nạn và sức khỏe - CPH1
(QL Thai sản tách rời nội trú)
- PHỤ LỤC 1B. Bảng Quyền lợi bảo hiểm kết hợp tai nạn và sức khỏe - CPH2
(QL Thai sản gộp trong nội trú)
- PHỤ LỤC 2. Bảng Tỷ lệ thương tật
- PHỤ LỤC 3. Bảng tỉ lệ tính phí
- PHỤ LỤC 4: Các Nguyên tắc Bồi thường

CÁC TỪ VIẾT TẮT

CPH	Bảo hiểm kết hợp tai nạn và sức khỏe
QL	Quyền lợi
STBH	Số tiền bảo hiểm

BẢO HIỂM KẾT HỢP TAI NẠN VÀ SỨC KHỎE

*Ban hành kèm theo Quyết định số 052/UIC/QĐ-2011 ngày 05 tháng 7 năm 2011
của Tổng giám đốc Công ty Bảo hiểm Liên hiệp*

PHẦN I: QUY ĐỊNH CHUNG

I. ĐỊNH NGHĨA

1. Tai nạn

Là bất cứ sự kiện bất ngờ hay không lường trước được, gây ra bởi một lực từ bên ngoài, mạnh và có thể nhìn thấy, là nguyên nhân trực tiếp dẫn đến thương tật thân thể hoặc tử vong cho người được bảo hiểm và xảy ra ngoài sự kiểm soát của Người được bảo hiểm.

2. Thương tật thân thể

Là những tổn thương thực thể của bất kỳ bộ phận, chức năng nào của cơ thể chỉ nguyên nhân duy nhất do tai nạn, không do bệnh, ốm, đau, suy giảm sức khỏe hoặc thần kinh, theo thời gian, tuổi tác.

3. Thương tật tạm thời

Là hậu quả đầu tiên do tổn thương thân thể sau tai nạn gây ra, không phải là một chuỗi sự tích tụ, tích hợp của thương tật trước đó hoặc bệnh có sẵn, khuyết tật, quá trình thoái hóa tự nhiên xảy ra trong thời hạn bảo hiểm, làm cho Người được bảo hiểm tạm thời không thể thực hiện công việc liên quan đến sinh hoạt cá nhân, nghề nghiệp trong thời gian điều trị y tế.

Thương tật toàn bộ tạm thời: Là tình trạng mà người được bảo hiểm bị thương tật không thể thực hiện được bất kỳ công việc nào của mình, nhưng tình trạng thương tật đó không phải là vĩnh viễn.

Thương tật bộ phận tạm thời: Là tình trạng mà người được bảo hiểm bị thương tật không thể thực hiện được một vài nhiệm vụ liên quan đến công việc của mình trong thời gian nhất định.

Các thương tật tạm thời được liệt kê trong Phụ lục 2- Bảng tỷ lệ trả tiền thương tật (mục Thương tật Bộ phận tạm thời) - đính kèm Quy tắc bảo hiểm tai nạn này, Thương tật bộ phận tạm thời chỉ được xác định sau khi điều trị tổn thương thân thể gây ra thương tật đó đã kết thúc.

4. Thương tật bộ phận vĩnh viễn

Là hậu quả đầu tiên do tổn thương thân thể sau tai nạn gây ra, không phải là một chuỗi sự tích tụ, tích hợp của thương tật trước đó hoặc bệnh có sẵn, khuyết tật, quá trình thoái hóa tự nhiên xảy ra trong thời hạn bảo hiểm, làm cho người được bảo hiểm vĩnh viễn mất đi một phần khả năng sinh hoạt, lao động do hậu quả của việc bị cắt hoặc mất/mất chức năng sinh lý/liệt một phần cơ thể để tạo ra lợi nhuận hoặc kiếm sống trong suốt 104 tuần liên tục.

Các thương tật được liệt kê trong Phụ lục 2 - Bảng tỷ lệ trả tiền thương tật vĩnh viễn (mục Thương tật Bộ phận Vĩnh viễn) - đính kèm Quy tắc bảo hiểm tai nạn này, Thương tật bộ phận vĩnh viễn chỉ được xác định sau khi điều trị tổn thương thân thể gây ra thương tật đó đã kết thúc.

5. Thương tật toàn bộ vĩnh viễn

Là thương tật làm cho người được bảo hiểm bị cản trở hoàn toàn khi tham gia vào công việc của người đó hay bị mất hoàn toàn khả năng lao động trong bất cứ loại lao động và sinh hoạt nào và kéo dài 104 tuần liên tục và không hy vọng vào sự tiến triển của thương tật đó.

6. Ôm đau/bệnh tật

Là bệnh lý bất ngờ, ngoài mong đợi so với tình trạng sức khỏe bình thường, biểu hiện bởi sự gián đoạn, ngừng hoặc rối loạn các chức năng, hệ thống hoặc bộ phận do một nguyên nhân cụ thể được xác nhận bởi bác sĩ được cấp giấy phép hành nghề hợp pháp.

7. Bệnh/thương tật có sẵn

Là bệnh hoặc thương tật hoặc bất kỳ tình trạng y tế có trước ngày hợp đồng bảo hiểm bắt đầu có hiệu lực, hoặc ngày cập nhật chương trình bảo hiểm, tùy theo ngày nào muộn hơn và:

- a. Người được bảo hiểm đã được chẩn đoán hoặc đã phải điều trị trong 3 năm gần đây hoặc vì bệnh này người được bảo hiểm đã có đơn thuốc, điều trị, hội chẩn, hoặc
- b. Chủ hợp đồng và/hoặc người được bảo hiểm đã biết về nó theo ý kiến của bác sĩ độc lập, hoặc
- c. Người bảo hiểm đã xuất hiện những triệu chứng trước ngày hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực bất kể đã có tư vấn của bác sĩ hay không, bất kể Người được bảo hiểm đã biết hoặc ý thức được hay không, và bất kể người được bảo hiểm có thực sự khám hoặc điều trị hay không.
- d. Những bệnh/thương tật dưới đây khi phát sinh trong năm hiệu lực bảo hiểm đầu tiên đều được coi là bệnh/thương tật có sẵn trong mọi trường hợp và do bất kể nguyên nhân nào: viêm xoang, hen suyễn; Amidan cần phải cắt, viêm VA cần phải nạo, vẹo vách ngăn cần phẫu thuật; rối loạn tiền đình; viêm tai giữa cần phẫu thuật, thoái hóa các loại, viêm đa khớp các loại; các tình trạng sỏi, sạn, vôi hóa, các bệnh lý về khớp, đĩa đệm, cột sống, đốt sống (thoát vị, hẹp, lồi, trượt, mất vững, vẹo, lệch, thoái hóa...)
- e. Thương tật có sẵn thể hiện qua các dấu hiệu, triệu chứng, kết luận của bác sĩ, hay bằng chứng của cơ sở y tế hoặc cơ quan y tế có thẩm quyền
- f. Các tình trạng bệnh/thương tật có sẵn không được khai báo hoặc được thông báo sai lệch về tiền sử bệnh tật cá nhân của những thành viên được bảo hiểm có thể dẫn đến việc khước từ Giấy yêu cầu bảo hiểm, từ chối bồi thường một phần hoặc toàn bộ và/hoặc hủy bỏ hoặc làm vô hiệu bảo hiểm này

8. Bệnh đặc biệt

Là polip, bướu, u và ung thư các loại; bệnh tim và mạch máu, huyết áp, viêm hoặc loét dạ dày, đại tràng, tá tràng, loét ruột; viêm gan các loại; xơ gan, trĩ, sỏi trong các hệ thống tiết niệu và đường mật; đục thủy tinh thể ở người dưới 50 tuổi; Parkinson; lupus ban đỏ; bệnh tiểu đường; suy thận, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD), các bệnh liên quan đến hệ thống tái tạo máu (bao gồm thay máu, lọc máu, chạy thận nhân tạo, bệnh suy tủy, bạch cầu cấp, bạch cầu mãn tính), các bệnh tự miễn và rối loạn chuyển hóa.

9. Bệnh nghề nghiệp

Là các bệnh có nguyên nhân từ điều kiện làm việc độc hại ảnh hưởng tới sức khỏe người lao động và có thể xảy ra từ từ hoặc cấp tính. Một số bệnh nghề nghiệp ngày càng trầm trọng mà không có biện pháp chữa trị triệt để và để lại di chứng. Danh sách các bệnh nghề nghiệp được quy định bởi Bộ Y tế Việt Nam.

10. Tàn tật toàn bộ vĩnh viễn do ốm đau bệnh tật

Là một sự biến đổi hoàn toàn về thể chất và tinh thần của người được bảo hiểm làm cho người đó không thể thực hiện được bất kỳ nhu cầu cá nhân, xã hội hay công việc, hoặc đáp ứng những yêu cầu của luật pháp hay quy định nào.

11. Dịch vụ xe cứu thương

Là việc sử dụng xe cứu thương của bệnh viện hoặc phòng khám trong trường hợp Người được bảo hiểm trong tình trạng ốm đau hay tai nạn nguy kịch ảnh hưởng đến tính mạng buộc phải đưa người bệnh đến bệnh viện hoặc phòng khám gần nhất hoặc từ bệnh viện này đến bệnh viện khác. Loại trừ vận chuyển bằng đường hàng không, taxi và các phương tiện vận tải khác.

12. Điều trị cấp cứu

Là việc điều trị khẩn cấp tại cơ sở y tế trong vòng 24h sau khi có tai nạn hoặc triệu chứng ốm đau, bệnh tật có thể nguy hiểm đến tính mạng sức khỏe cần thiết phải điều trị khẩn cấp tại phòng cấp cứu, có phát sinh chi phí giường bệnh và có hồ sơ có dấu xác nhận cấp cứu của cơ sở y tế.

Trường hợp điều trị tại phòng cấp cứu chỉ vì lý do ngoài giờ phục vụ của phòng khám/bệnh viện thì được coi là điều trị ngoại trú.

13. Bệnh viện

Là cơ sở khám và điều trị bệnh hợp pháp được nhà nước công nhận và:

- Có khả năng và phương tiện chuẩn đoán bệnh, điều trị và phẫu thuật; có bác sĩ điều trị và y tá phục vụ
- Có điều kiện thuận lợi cho việc điều trị nội trú và có hệ thống theo dõi sức khỏe hàng ngày cho các bệnh nhân điều trị nội trú; có hệ thống lưu hồ sơ bệnh án theo quy định của pháp luật
- Không phải là nơi để an dưỡng phục hồi sức khỏe hoặc là một nơi đặc biệt chỉ có mục đích duy nhất là phục vụ người già hoặc giúp đỡ cai nghiện rượu, thuốc phiện, ma túy hoặc để điều trị rối loạn tâm thần, điều trị bệnh phong.

14. Nằm viện

Là việc bệnh nhân cần thiết nằm tại bệnh viện qua đêm và ít nhất 24 giờ để điều trị cho đến khi ra viện, bao gồm cả việc sinh đẻ hoặc điều trị trong thời gian thai kỳ theo chỉ định của bác sĩ. Trong trường hợp bệnh viện không cấp được giấy nhập viện hoặc xuất viện, hồ sơ y tế hoặc hóa đơn thanh toán thể hiện rõ thời gian điều trị sẽ được coi như chứng từ thay thế. Đơn vịn ngày nằm viện được tính ít nhất 24 giờ, căn cứ theo giấy ra/xuất viện hoặc theo chứng từ viện phí chi tiết. Trong mọi trường hợp, số ngày nằm viện luôn được làm tròn xuống số nguyên gần nhất.

Trong trường hợp nằm viện qua đêm nhưng không đủ 24 giờ và có giấy xuất viện, hoặc trong trường hợp Người được bảo hiểm được nhập viện để điều trị, có phát sinh chi phí giường bệnh nhưng không lưu viện qua đêm, thì được tính theo Quyền lợi “Điều trị trong ngày”.

Trong trường hợp có sự khác biệt về số ngày nằm viện ghi trong Giấy ra/xuất viện và chứng từ viện phí chi tiết, công ty bảo hiểm sẽ căn cứ vào số liệu nào nhỏ hơn để thanh toán bồi thường bảo hiểm.

15. Phòng và giường điều trị

Là các chi phí tiền một giường nằm điều trị trong một phòng đơn tiêu chuẩn và các khoản chi phí liên quan khác, bao gồm cả phòng chăm sóc đặc biệt và các chi phí chăm sóc y tế cần thiết khác do một y tá có bằng cấp

chăm sóc. Đối với bệnh viện tư nhân, bệnh viện quốc tế, khoa/phòng điều trị tự nguyện, dịch vụ, quốc tế tại các bệnh viện, tiền giường được giới hạn chi trả tại phòng có giá thấp nhất tại bệnh viện đó. Loại trừ chi phí phòng VIP, phòng dịch vụ, phòng chất lượng cao, phòng bao và các phòng chi phí cao tương tự. Số tiền Người được bảo hiểm được chi trả không vượt quá tổng giới hạn trách nhiệm và các giới hạn phụ quy định trong hợp đồng bảo hiểm.

16. Phẫu thuật

Phẫu thuật là một phương pháp khoa học để điều trị thương tật, bệnh, thai sản được thực hiện bởi phẫu thuật viên có bằng cấp thông qua những kỹ thuật mổ/ thủ thuật ca mổ với các dụng cụ y tế hoặc bằng thiết bị y tế trong bệnh viện như mổ nội soi, mổ bằng tia laser..., hoặc các phương pháp mang lại kết quả tương đương phẫu thuật như mổ nội soi, tán sỏi ngoài cơ thể, vv..., với các dụng cụ y tế tại cơ sở y tế. Phẫu thuật không bao gồm tiểu phẫu. Phẫu thuật bao gồm 02 loại:

- Phẫu thuật nội trú: là hình thức bệnh nhân sau phẫu thuật cần phải lưu trú tại bệnh viện ít nhất 24h.
- Phẫu thuật ngoại trú: là hình thức bệnh nhân sau phẫu thuật chỉ lưu trú tại bệnh viện dưới 24h.

17. Cấy ghép nội tạng

Là việc phẫu thuật để cấy ghép tim, phổi, gan, tuyến tụy, thận hoặc tụy xương cho người được bảo hiểm tiến hành tại một bệnh viện bởi một bác sĩ có trình độ phẫu thuật. Các chi phí mua cơ quan cấy ghép và toàn bộ các chi phí phát sinh cho người hiến bộ phận cơ thể không được bảo hiểm.

18. Điều trị nội trú

Là việc một người được bảo hiểm phát sinh các chi phí như chi phí trước khi nằm viện, chi phí nằm viện, chi phí điều trị trong ngày, chi phí phẫu thuật (bao gồm phẫu thuật trong ngày), chi phí sau khi xuất viện, chi phí y tá chăm sóc tại nhà hoặc các quyền lợi khác (nếu có) theo các giới hạn quy định trong Đơn bảo hiểm.

19. Trợ cấp nằm viện

Là khoản tiền hưởng thêm của người được bảo hiểm đối với mỗi ngày nằm viện, không áp dụng đối với các trường hợp điều trị nội trú trong ngày.

20. Chi phí điều trị trước nhập viện

Là các chi phí thăm khám, kiểm tra, siêu âm, chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm cơ bản, ... cần thiết và các chi phí y tế liên quan trực tiếp đến chẩn đoán, chỉ định nhập viện của bác sĩ đối với tình trạng ốm đau, bệnh tật, thai sản của Người được bảo hiểm, được thực hiện trong vòng 30 ngày trước khi nhập viện. Thủ tục nhập viện cần được thực hiện ngay sau đó, và những kết quả này là cơ sở trực tiếp để bác sĩ điều trị kết luận việc điều trị nằm viện là cần thiết.

21. Bác sĩ

Là người được cấp giấy phép hành nghề hợp pháp, được luật pháp nước sở tại công nhận và bác sĩ đó đang điều trị, hành nghề trong phạm vi giấy phép được cấp và trong phạm vi chuyên ngành đào tạo chuyên ngành, loại trừ những bác sĩ chính là người được bảo hiểm, hay vợ (chồng), bố mẹ (chồng vợ), ông bà, anh em ruột hoặc người thân của người được bảo hiểm. Bác sĩ có thể là bác sĩ chuyên khoa hoặc cố vấn y tế.

22. Thuốc kê theo đơn của bác sĩ

Là những thuốc, dược phẩm được bán và sử dụng theo đơn của bác sĩ và theo quy định của pháp luật, không bao gồm thực phẩm chức năng, dược mỹ phẩm và các loại thuốc bổ, vitamin trừ trường hợp các loại vitamin có

chỉ định của bác sĩ, liên quan trực tiếp đến bệnh và chi phí cho các loại vitamin này không lớn hơn chi phí thuốc điều trị. Đơn bảo hiểm này không bảo hiểm cho chi phí thuốc kê vượt quá 30 ngày.

23. Chi phí y tế hợp lý

Các chi phí y tế phát sinh cần thiết, hợp lý, liên quan đến việc điều trị y tế của Người được bảo hiểm trong trường hợp ốm đau, bệnh tật, tai nạn. Những chi phí này không vượt quá mức chi phí chung của các nhà cung cấp dịch vụ y tế có cùng điều kiện trong khu vực, nơi phát sinh những chi phí đó, khi cung cấp các dịch vụ điều trị tương đương với mức độ điều trị tương đương. Các chi phí y tế này phải phát sinh từ các quy trình điều trị, phác đồ điều trị, các quy định về nghiệp vụ chuẩn của cơ sở y tế đó hoặc theo các quy định của Bộ Y tế ban hành.

24. Điều trị sau khi xuất viện

Các chi phí y tế khi ra viện và tái khám theo chỉ định của bác sĩ hoặc theo yêu cầu trực tiếp của bệnh viện và liên quan trực tiếp đến việc điều trị nội trú trước đó. Những chi phí này bao gồm phí khám, tiền thuốc, kiểm tra, siêu âm, chụp chiếu, xét nghiệm cơ bản thực hiện 1 (một) lần duy nhất tại bệnh viện trước đó đã nội trú, trong vòng 30 ngày kể từ khi xuất viện.

25. Chăm sóc y tế tại nhà

Là dịch vụ chăm sóc y tế tại nơi ở của Người được bảo hiểm do một nhân viên y tế (bác sĩ, y tá, ...) được cấp chứng chỉ hành nghề hợp pháp thực hiện theo chỉ định của Bác sĩ điều trị trong vòng 30 ngày kể từ khi xuất viện. Thời hạn điều trị được giới hạn tối đa không quá số ngày quy định trong chương trình bảo hiểm đã lựa chọn. Quyền lợi này áp dụng cho các đợt nằm viện dài tối thiểu 7 ngày và không áp dụng đối với quyền lợi thai sản.

Dịch vụ chăm sóc y tế tại nhà bao gồm chăm sóc vết thương, thay băng, cắt chỉ, tiêm, truyền dịch, đặt ống xông ăn, xông tiêu. Dịch vụ này không bao gồm lấy máu tại nhà, hút đàm nhớt và bất kỳ dịch vụ vệ sinh nào.

26. Điều trị trong ngày

Người được bảo hiểm được nhập viện để điều trị có phát sinh chi phí giường bệnh nhưng không lưu lại bệnh viện qua đêm.

27. Điều trị y tế

Là việc sử dụng phương pháp chuyên môn kỹ thuật đã được công nhận, thuốc đã được kê phép lưu hành, hay các can thiệp nội khoa, ngoại khoa của bác sĩ trực tiếp khám, điều trị với mục đích duy nhất là để chữa trị hoặc làm giảm nhẹ tình trạng ốm đau, bệnh lý, hay tình trạng tổn thương thân thể sau tai nạn cho Người được bảo hiểm

28. Cấp tính

Là tình trạng bệnh khởi phát nhanh, tồn tại trong khoảng thời gian ngắn và được xác định có thể chữa khỏi

29. Điều trị phục hồi chức năng

Không phải là phương pháp điều trị y tế thông thường, là phương pháp điều trị nhằm mục đích khôi phục lại tình trạng bình thường và/hoặc chức năng sau tổn thương cấp tính hoặc do bệnh kể từ khi người bệnh được bác sĩ chỉ định chuyển sang điều trị tại chuyên khoa phục hồi chức năng, giới hạn điều trị cho mục này là không quá 10% Số tiền bảo hiểm/người/năm.

30. Các thiết bị, dụng cụ y tế

Theo đơn bảo hiểm này, các thiết bị, dụng cụ là những thiết bị, bộ phận y tế được sử dụng để điều trị trực tiếp hay hỗ trợ điều trị làm giảm nhẹ bệnh tật, hỗ trợ vận động hoặc các chức năng khác của cơ thể, bao gồm những danh mục liệt kê dưới đây và/hoặc các danh mục được liệt kê trong Sửa đổi bổ sung như là một bộ phận đính kèm của Quy tắc/Hợp đồng bảo hiểm, gồm có:

- a. Các thiết bị, dụng cụ y tế có tính chất đặc thù, chỉ sử dụng riêng cho một số loại hình điều trị và phẫu thuật nhất định, sử dụng một lần và không khấu hao, như dao cắt trĩ trong phương pháp mổ Longo, dao mổ Hummer, dao mổ điện và phẫu thuật plasma, lưỡi dao bào Shaver, lưỡi bào hình quả dâu, dao đốt arthrocare trong phẫu thuật nội soi dây chằng, máy tán sỏi ngoài cơ thể, rọ tán sỏi trong phẫu thuật lấy sỏi, các loại dao siêu âm, dao cắt gan siêu âm . vv
- b. Các loại máy cắt đốt hay điều trị bằng sóng cao tần sử dụng riêng cho một số loại hình điều trị và phẫu thuật kỹ thuật cao, có khấu hao, như máy phát sóng cao tần RF, máy phát sóng radio cao tần Coblator trong phẫu thuật Amidan và nạo VA, , máy phát sóng siêu âm cao tần FUS-MRI trong điều trị u xơ tử cung, vv
- c. Các thiết bị, dụng cụ được đặt/cấy/trồng vào bất cứ một bộ phận nào của cơ thể sống nhằm thay thế hoặc hỗ trợ cho chức năng hoạt động của bộ phận đó, như stent, máy tạo nhịp tim, máy khử rung tim, van tim, bóng nong, đĩa đệm, nẹp, đinh, vis, chốt treo....trong phẫu thuật kết xương, vv
- d. Bên ngoài cơ thể có tác dụng chức năng hỗ trợ vận động hoặc các chức năng khác của cơ thể, như nạng, xe lăn, thiết bị trợ thính, kính thuốc
- e. Các dụng cụ chỉnh hình như đai lưng hoặc dụng cụ chỉnh hình mang tính chất thẩm mỹ khác.

31. Chăm sóc thai sản

Là chi phí y tế liên quan đến quá trình mang thai, khám thai, sinh nở, sảy thai hoặc phá thai theo chỉ định của bác sĩ và bất cứ biến chứng nào (ngoại trừ tử vong) phát sinh từ quá trình mang thai của người được bảo hiểm đối với sinh thường hoặc sinh mổ. Đơn bảo hiểm này không chi trả chi phí mổ đẻ theo yêu cầu và thủ thuật mở thông buồng trứng.

32. Chăm sóc trẻ mới sinh

Là các chi phí y tế cần thiết cho việc điều trị nội trú bệnh cấp tính (không bao gồm bệnh vàng da), cho trẻ sơ sinh trong vòng 7 ngày sau khi sinh với điều kiện người mẹ vẫn nằm viện

33. Biến chứng thai sản

Là các bất thường xảy ra ảnh hưởng đến sức khỏe của mẹ hoặc sự phát triển và sinh tồn của thai nhi cần can thiệp y tế bằng thuốc điều trị hoặc thủ thuật/phẫu thuật trong khoảng thời gian mang thai hoặc sinh nở (không bao gồm mổ đẻ theo yêu cầu), loại trừ các bệnh phát sinh trong thai kỳ bao gồm nhưng không giới hạn các bệnh tiểu đường thai kì, tăng huyết áp thai kì, huyết khối tĩnh mạch, ứ mật thai kì.

Đơn bảo hiểm này không chi trả các biến chứng thai sản trên người thực hiện thụ tinh nhân tạo (IUI, IVF).

34. Điều trị ngoại trú

Là việc điều trị y tế tại dưới 24 giờ tại một cơ sở y tế, có giấy phép hoạt động hợp lệ nhưng không phải nhập viện điều trị và không phát sinh chi phí giường bệnh như nội trú.

Dịch vụ điều trị ngoại trú bao gồm chi phí thuốc được kê đơn, các dịch vụ y tế do Bác sĩ đa khoa, Bác sĩ chuyên khoa hay Cố vấn y tế điều trị cho Người được bảo hiểm hoặc thực hiện theo đề nghị của một Bác sĩ khác. Các dịch vụ này bao gồm xét nghiệm, thủ thuật sử dụng x-quang và y học hạt nhân để chẩn đoán, điều trị bệnh và được thực hiện theo chỉ định của Bác sĩ.

Các trường hợp điều trị trong ngày, phẫu thuật/thủ thuật/tiểu phẫu/nội soi chẩn đoán bệnh trong ngày được giải quyết theo quyền lợi điều trị ngoại trú

35. Khám bệnh

Là việc hỏi bệnh, khai thác tiền sử bệnh, thăm khám thực thể, khi cần thiết thì chỉ định làm xét nghiệm cận lâm sàng, thăm dò chức năng để chẩn đoán và chỉ định phương pháp điều trị phù hợp đã được công nhận.

36. Lần khám bệnh/Điều trị

Là một lần người bệnh được bác sĩ thăm khám lâm sàng, chỉ định làm cận lâm sàng (xét nghiệm, chuẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng hay các thủ thuật thăm dò khác), kê đơn thuốc liên quan trực tiếp đến bệnh/triệu chứng/ lý do ban đầu nhằm mục đích chẩn đoán bệnh và điều trị cho lần khám này.

Trường hợp nhiều bác sĩ chuyên khoa cùng hội chẩn trước một người bệnh theo quy chế bệnh viện thì chỉ được tính là một lần khám bệnh.

Trường hợp người bệnh khám nhiều chuyên khoa nhiều lần trong ngày thì chỉ tính một lần khám bệnh.

Riêng trường hợp người bệnh phải khám thêm một số chuyên khoa khác dù có chỉ định của bác sĩ trong cùng một cơ sở y tế, trong một lần khám bệnh thì chỉ tính một lần khám bệnh.

Chi phí tái khám ngay sau một lần khám bệnh nào đó theo chỉ định của bác sĩ cho dù cần phải tiếp tục điều trị, theo dõi hay không cần điều trị sẽ được tính như một lần khám bệnh tiếp theo.

37. Người được bảo hiểm

Là người có tên trong danh sách người được bảo hiểm đính kèm hoặc ghi trên Đơn bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm và hiệu lực bảo hiểm đã được xác nhận hoặc là người đã được cấp Giấy chứng nhận bảo hiểm. Người được bảo hiểm không được phép rời khỏi Việt Nam nhiều hơn 180 ngày liên tiếp trong một thời hạn bảo hiểm, trừ khi có thỏa thuận khác.

38. Người phụ thuộc

Là vợ/chồng, con cái theo luật pháp dưới 66 tuổi kể từ ngày bắt đầu bảo hiểm của đơn bảo hiểm. Tất cả những người phụ thuộc phải có tên trong Danh sách người được bảo hiểm là một phần không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm

Theo đơn bảo hiểm này, con cái là những người, vào ngày hiệu lực hợp đồng hoặc ngày tái tục bảo hiểm tiếp theo, phải ít nhất từ 60 ngày tuổi đến 18 tuổi hoặc 24 tuổi nếu là sinh viên theo học các khóa toàn thời gian, chưa kết hôn, không có thu nhập và phụ thuộc hoàn toàn vào bố mẹ.

Sinh viên theo học các khóa toàn thời gian tức là:

- Người ít hơn 24 tuổi đang tham gia các khóa học hoặc đào tạo toàn thời gian ở một trường đại học, cao đẳng hay dạy nghề. Khái niệm toàn thời gian được xác định dựa trên quy định dạy và học tại cơ sở đào tạo mà người này theo học.
- Vào thời điểm người này tốt nghiệp hoặc bỏ học, người này không còn là sinh viên toàn thời gian nữa

39. Công ty bảo hiểm

Là Công ty bảo hiểm Liên hiệp (UIC).

40. Ngày có hiệu lực bảo hiểm

Là ngày quy định trong giấy chứng nhận bảo hiểm và được bảo hiểm theo đơn bảo hiểm này hoặc bắt đầu có hiệu lực đối với quyền lợi bảo hiểm cụ thể. Bảo hiểm có hiệu lực bắt đầu từ 00:01 sáng của ngày quy định trong Đơn bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm, được ký lần đầu tiên hoặc ngày tái tục không liên tục.

41. Thời hạn bảo hiểm

Thời hạn bảo hiểm được quy định cụ thể trong Đơn bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

42. Ngày tái tục bảo hiểm

Là ngày có hiệu lực của Đơn bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm tiếp theo.

43. Thời gian chờ

Có nghĩa là khoảng thời gian được tính từ ngày bắt đầu bảo hiểm mà trong thời gian này, các quyền lợi bảo hiểm có liên quan không được chi trả bảo hiểm.

Nếu người được bảo hiểm tái tục chương trình từ thấp lên cao, thì phần chênh lệch giữa hai chương trình sẽ phải áp thời gian chờ.

44. Phạm vi lãnh thổ

Đơn bảo hiểm này cung cấp bảo hiểm trong trường hợp bị tai nạn/ốm đau và những chi phí y tế liên quan phát sinh trong lãnh thổ Việt Nam ngoại trừ có những quy định hoặc thỏa thuận khác.

45. Mạng lưới giải quyết bảo lãnh viện phí

Là nơi người được bảo hiểm sẽ được bảo lãnh thanh toán các chi phí phát sinh thuộc phạm vi bảo hiểm. Người được bảo hiểm phải tự chi trả cho những chi phí vượt quá mức trách nhiệm đã tham gia trong Đơn bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm tại thời điểm điều trị.

46. Bệnh, dị tật bẩm sinh

Là bệnh lý khởi đầu hoặc sự phát triển bất thường về gen, di truyền, hình dạng, cấu trúc, chức năng hoặc vị trí của các bộ phận hoặc cấu trúc cơ thể ngay từ giai đoạn phát triển bào thai theo ý kiến của y học hoặc là kết quả của sinh non, cũng như những bất thường về thể chất của trẻ sơ sinh, theo ý kiến của Bác sĩ và có thể bộc lộ ở bất cứ độ tuổi nào. Tình trạng này bao gồm cả các loại thoát vị và động kinh ngoại trừ gây ra bởi một chấn thương xảy ra sau ngày hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm.

47. Bệnh nghề nghiệp

Là các bệnh có nguyên nhân từ điều kiện làm việc độc hại ảnh hưởng tới sức khỏe người lao động và có thể xảy ra từ từ hoặc cấp tính. Một số bệnh nghề nghiệp ngày càng trầm trọng mà không có biện pháp chữa trị triệt để và để lại di chứng. Danh sách các bệnh nghề nghiệp được quy định bởi Bộ Y tế Việt Nam.

48. Vật lý trị liệu

Là phương pháp chữa trị sử dụng các biện pháp tác nhân vật lý tự nhiên hay nhân tạo như nước, không khí, nhiệt độ, khí hậu, độ cao, điện, tia X, tia cực tím, tia hồng ngoại, xoa bóp, tập luyện vận động, ... tác dụng trực tiếp hay gián tiếp lên cơ thể người bệnh bằng kích thích để điều chỉnh, giảm đau, phục hồi chức năng của cơ bắp hay các hoạt động bình thường hàng ngày của người bệnh theo chỉ định của bác sĩ điều trị. Đơn bảo hiểm này chỉ chi trả chi phí vật lý trị liệu được thực hiện tại bệnh viện.

49. Bộ phận giả

Là bất kỳ thành phần nhân tạo nào được cấy ghép, lắp đặt vào cơ thể nhằm duy trì sự sống, thay thế hoặc hỗ trợ chức năng sinh lý của con người như răng giả, chân tay giả, thủy tinh thể giả, vv...

50. Đồng bảo hiểm/ Đồng chi trả

Là phần chi phí điều trị mà Người mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm phải tự chịu trách nhiệm chi trả.

51. Tình trạng nguy kịch/ tình trạng cấp cứu

Là tình trạng hay bệnh tật xảy ra một cách trầm trọng, đột ngột, bất ngờ, không lường trước, đòi hỏi phải được điều trị y tế ngay lập tức. Mức độ trầm trọng sẽ được đánh giá theo hoàn cảnh của từng địa phương, bản chất của điều trị cấp cứu và sự có sẵn các phương tiện cấp cứu của từng địa phương; đồng thời Người được bảo hiểm đáp ứng được các điều kiện (1) và (2) dưới đây:

- (1) Trong trường hợp theo ý kiến của bác sĩ cần điều trị khẩn cấp để giúp Người được bảo hiểm không chết hoặc không bị tổn hại trầm trọng đến sức khỏe hoặc thể chất, hoặc
- (2) Trong trường hợp người được bảo hiểm rơi vào một trong những tình trạng sau:
 - (i) Bệnh viện thông báo tình trạng nguy kịch cho gia đình người được bảo hiểm
 - (ii) Việc điều trị y tế là cần thiết ngay lập tức để duy trì sự sống. Duy trì sự sống được hiểu là duy trì dấu hiệu sinh tồn về tuần hoàn và hô hấp.
 - (iii) Người được bảo hiểm tiến hành phẫu thuật gây ra bởi:
 - Phẫu thuật vùng đầu gây ra bởi vết thương nghiêm trọng
 - Phẫu thuật cho bệnh viêm màng phổi
 - Phẫu thuật các bệnh về ruột gây ra bởi vết thương nghiêm trọng
 - (iv) Người được bảo hiểm trong tình trạng nguy kịch đã phải nhập viện chữa bệnh nội trú để điều trị y tế trên 3 ngày liên tục do bởi các bệnh sau:
 - Gãy xương sống do bởi vết thương nghiêm trọng
 - Bệnh tim mạch
 - Bệnh máu não
 - Chứng phình động mạch
 - Viêm màng não khuẩn
 - Tắc mạch phổi

52. Đơn bảo hiểm nhóm

Là hợp đồng bảo hiểm cấp cho những nhóm người thuộc cùng một Công ty/Tổ chức tham gia các quyền lợi bảo hiểm giống nhau do Công ty/Tổ chức đó đứng tên chủ hợp đồng. Hợp đồng bảo hiểm nhóm phải bao gồm ít nhất là 03 người đang làm việc.

53. Bộ hợp đồng bảo hiểm

Bao gồm Hợp đồng bảo hiểm được ký bởi Công ty bảo hiểm và Chủ hợp đồng, Quy tắc bảo hiểm và sửa đổi bổ sung/mở rộng quyền lợi, danh sách người được bảo hiểm (nếu có). Các bộ phận cấu thành Hợp đồng được xem xét đồng thời khi xác định các sự kiện bảo hiểm. Các điều khoản đặc biệt hoặc mở rộng ghi trên hợp đồng bảo hiểm hoặc sửa đổi bổ sung sẽ thay thế cho điều khoản tương ứng trong Quy tắc bảo hiểm.

54. Tổng hạn Mức Quyền lợi bảo hiểm/Số tiền bảo hiểm

Là hạn mức quyền lợi bảo hiểm mà Người được bảo hiểm được hưởng trong suốt thời hạn bảo hiểm. Hạn mức này được quy định trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc Bảng quyền lợi bảo hiểm đính kèm Quy tắc này.

55. Giới hạn phụ

Là giới hạn bồi thường tối đa cho mỗi hạng mục được quy định chi tiết trong Bảng quyền lợi bảo hiểm. Trong mọi trường hợp, tổng số tiền bồi thường các giới hạn phụ chi tiết không vượt quá Tổng hạn mức quyền lợi bảo hiểm.

56. Sửa đổi bổ sung: là phần không thể tách rời Hợp đồng bảo hiểm/ Giấy chứng nhận bảo hiểm cung cấp các thông tin liên quan đến những thay đổi hoặc bổ sung đối với Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm như thay đổi quyền lợi, thời gian bảo hiểm và danh sách tăng/giảm người được bảo hiểm... hoặc bất cứ thỏa thuận nào khác với Quy tắc bảo hiểm.

57. Quyền lợi bảo hiểm: là phạm vi bảo hiểm được qui định trong Qui tắc bảo hiểm và bất cứ mở rộng hay giới hạn ghi trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc bất cứ Sửa đổi bổ sung nào (nếu được áp dụng).

58. Tuổi của Người được bảo hiểm (Tuổi theo ngày sinh nhật vừa qua)

Là độ tuổi tính theo sinh nhật liền trước ngày hợp đồng có hiệu lực. **Số tuổi được tính như sau:**

- Nếu thời điểm tham gia bảo hiểm trước sinh nhật: Số tuổi = Năm hiện tại – Năm sinh – 1
- Nếu thời điểm tham gia bảo hiểm sau sinh nhật, Số tuổi = Năm hiện tại – Năm sinh

59. Trợ cấp lương/ trợ cấp mất giảm thu nhập trong thời gian nằm viện

Là số tiền sẽ trả theo số ngày thực nghỉ trong thời gian nằm viện để điều trị ở bệnh viện theo chỉ định của bác sĩ, không bao gồm thời gian nghỉ điều dưỡng, phục hồi chức năng... tối đa không vượt quá số tiền đã lựa chọn và thời hạn ghi trong Hợp đồng bảo hiểm, trừ khi có thỏa thuận khác. Căn cứ tính số ngày nội trú được tính theo định nghĩa số 14 về Nằm viện. Đơn bảo hiểm này không bảo hiểm trợ cấp lương/trợ cấp mất giảm thu nhập cho người phụ thuộc và không chi trả cho các chi định nghỉ của bác sĩ tại phòng khám tư nhân.

60. Ngày điều trị cuối cùng

Là ngày xuất viện ghi trên giấy ra viện đối với trường hợp nội trú; và là ngày điều trị ngoại trú cuối cùng (có thể được ghi trên kết luận bệnh hoặc đơn thuốc) trong một đợt điều trị ngoại trú đối với trường hợp ngoại trú

61. Phòng Săn sóc đặc biệt (ICU) là phòng đặc biệt của bệnh viện luôn theo dõi 24/24h mỗi ngày, cung cấp toàn bộ các dịch vụ y khoa chính yếu cho những trường hợp bệnh nặng phải duy trì hoặc khôi phục sự sống. Bệnh nhân tại phòng ICU là người có một hoặc nhiều vấn đề nghiêm trọng về sức khỏe, có thể tử vong trong tích tắc nếu không được chăm sóc kịp thời, cần được theo dõi cẩn thận một cách đặc biệt và liên tục (sau cuộc phẫu thuật lớn, bị tổn thương nghiêm trọng do chấn thương, chức năng sống của các cơ quan bị suy cấp tính như suy hô hấp, suy tim, suy thận, suy gan...).

II. ĐỐI TƯỢNG THAM GIA BẢO HIỂM

1. Người được bảo hiểm là mọi công dân Việt Nam hoặc người nước ngoài cư trú tại Việt Nam từ 12 tháng tuổi đến 65 tuổi (có thể xem xét mở rộng bảo hiểm cho trẻ em từ 15 hoặc 60 ngày tuổi tùy từng trường hợp, với điều kiện trẻ không bị sinh non dưới 38 tuần tuổi và không nằm viện tại thời điểm tham gia bảo hiểm).

2. Trẻ em dưới 18 tuổi chỉ được nhận bảo hiểm với điều kiện phải tham gia bảo hiểm cùng Đơn bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm với bố và/hoặc mẹ.

3. Công ty bảo hiểm không nhận bảo hiểm và không chịu trách nhiệm đối với các trường hợp sau:

- Người đã và đang bị bệnh tâm thần, down, bệnh phong, ung thư
- Người bị thương tật vĩnh viễn quá 50%
- Người đang trong quá trình nằm viện do tai nạn, ốm đau, bệnh tật, thai sản

- Người đang trong quá trình điều trị bệnh hoặc thương tật, trừ một số trường hợp đặc biệt Công ty bảo hiểm có thể chấp nhận bảo hiểm và xem xét áp dụng hoặc không áp dụng loại trừ vĩnh viễn bệnh/thương tật đó và các biến chứng liên quan.
4. Đối với Người phụ thuộc, Công ty bảo hiểm chỉ nhận bảo hiểm vào ngày bắt đầu bảo hiểm, không chấp nhận trường hợp tham gia bảo hiểm vào giữa thời hạn hợp đồng, ngoại trừ:
- Người phụ thuộc của nhân viên mới làm việc cho Chủ hợp đồng bảo hiểm;
 - Vợ/chồng mới cưới trong thời hạn bảo hiểm;
 - Con mới sinh đủ tuổi tham gia bảo hiểm trong thời hạn bảo hiểm.
 - Người thân của nhân viên mới được thăng chức

Chương trình bảo hiểm của người phụ thuộc phải bằng hoặc thấp hơn hợp đồng bảo hiểm của nhân viên có liên quan. Người thân là cha mẹ hoặc con cái không được bảo hiểm bất cứ chương trình thai sản nào.

III. KÝ KẾT, CHẤM DỨT HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM VÀ TÁI TỤC HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

1. Khi có yêu cầu tham gia bảo hiểm, Người được bảo hiểm/ Chủ hợp đồng bảo hiểm phải điền đầy đủ nội dung trên Giấy Yêu cầu bảo hiểm. Giấy yêu cầu bảo hiểm là một bộ phận không tách rời của Đơn bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm. Trên cơ sở Giấy yêu cầu bảo hiểm, Công ty bảo hiểm sẽ cấp cho mỗi người được bảo hiểm một Giấy chứng nhận bảo hiểm. Giấy chứng nhận bảo hiểm được coi là bằng chứng giao kết của Đơn bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

2. Trường hợp một trong hai bên muốn chấm dứt Đơn bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm phải thông báo bằng văn bản cho bên kia biết trước 30 ngày kể từ ngày có ý định chấm dứt. Việc chấm dứt hợp đồng phải phù hợp với quy định của Luật kinh doanh bảo hiểm và Bộ luật dân sự.

Nếu Chủ hợp đồng/ Người được bảo hiểm yêu cầu hủy bỏ Đơn bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm, Công ty bảo hiểm sẽ hoàn trả 80% phí bảo hiểm của thời gian hiệu lực còn lại tính theo tỉ lệ. Nếu Công ty bảo hiểm yêu cầu hủy bỏ Đơn bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm, Công ty bảo hiểm sẽ hoàn trả toàn bộ phí bảo hiểm của thời gian hiệu lực còn lại tính theo tỉ lệ. Trong mọi trường hợp Công ty bảo hiểm chỉ hoàn trả phí bảo hiểm với điều kiện trong thời gian hiệu lực của hợp đồng chưa có khiếu nại đòi trả tiền bảo hiểm nào xảy ra trừ khi có thỏa thuận khác.

3. Nếu Người được bảo hiểm hoặc Người thừa kế hợp pháp không trung thực trong việc thực hiện các quy định trong quy tắc này, hợp đồng bảo hiểm sẽ không còn hiệu lực và Người được bảo hiểm sẽ không được hưởng bất cứ quyền lợi nào thuộc Hợp đồng bảo hiểm. Khoản phí bảo hiểm đã đóng không được hoàn lại.

4. Cuối mỗi thời hạn bảo hiểm, Công ty bảo hiểm có quyền từ chối tái tục hợp đồng hoặc điều chỉnh phí, các quyền lợi và các giới hạn phụ các quyền lợi trong Đơn bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

IV. BẢO HIỂM TRÙNG VÀ BẢO HIỂM KHÁC

Trong trường hợp chi phí y tế liên quan tới cùng thương tật, bệnh tật được bảo hiểm theo quy tắc này có thể đòi bồi thường từ những loại hình bảo hiểm khác, Công ty bảo hiểm chỉ thanh toán khoản tiền vượt quá mức được bồi thường theo đơn khác đó hoặc tỷ lệ giữa số tiền bảo hiểm của đơn bảo hiểm này với tổng giới hạn trách nhiệm của tất cả Đơn/Hợp đồng bảo hiểm bảo hiểm khác.

V. PHÍ BẢO HIỂM VÀ SỐ TIỀN BẢO HIỂM

1. Biểu phí và Số tiền bảo hiểm (STBH) quy định tại Bảng quyền lợi và Biểu phí bảo hiểm trong Đơn bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm được tính toán bằng Việt Nam Đồng, trừ khi có thỏa thuận khác. Việc thanh toán phí bảo hiểm và chi trả tiền bồi thường bảo hiểm thực hiện theo đúng quy định Nhà nước hiện hành về quản lý ngoại hối.
2. Giới hạn trách nhiệm của các quyền lợi không thể thay đổi trong suốt thời hạn Hợp đồng bảo hiểm. Những quyền lợi này chỉ có thể được thay đổi vào ngày tái tục của Hợp đồng bảo hiểm. Trường hợp tái tục với Số tiền bảo hiểm cao hơn hoặc tham gia thêm quyền lợi bổ sung so với năm trước phải được sự chấp thuận của Công ty bảo hiểm và phân chênh lệch về số tiền bảo hiểm cũng như quyền lợi tham gia thêm mới sẽ không được coi là tái tục liên tục và được áp dụng thời gian chờ theo quy định.
3. Đối với đơn bảo hiểm nhóm, kỳ phí bảo hiểm đầu tiên phải được đóng trong vòng 30 ngày kể từ ngày hiệu lực hợp đồng. Đối với đơn bảo hiểm cá nhân, hợp đồng bảo hiểm chỉ có hiệu lực khi khách hàng đóng đủ phí, điền và nộp đủ giấy yêu cầu bảo hiểm cho Công ty bảo hiểm.
4. Phí bảo hiểm tại thời điểm tái tục có thể sẽ được điều chỉnh bởi Công ty bảo hiểm tùy thuộc vào tỷ lệ bồi thường và các tiêu chí khác.
5. Biểu phí bảo hiểm ngắn hạn như sau:
 - Đối với thời hạn 1 tháng = 1/4 phí bảo hiểm năm
 - Đối với thời hạn 2 tháng = 3/8 phí bảo hiểm năm
 - Đối với thời hạn 3 tháng = 1/2 phí bảo hiểm năm
 - Đối với thời hạn 4 tháng = 5/8 phí bảo hiểm năm
 - Đối với thời hạn 6 tháng = 3/4 phí bảo hiểm năm
 - Đối với thời hạn 8 tháng = 7/8 phí bảo hiểm năm
 - Đối với thời hạn từ 8 tháng trở lên = Phí bảo hiểm năm

VI. THAY ĐỔI QUYỀN LỢI VÀ KẾT THÚC QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Trong thời hạn bảo hiểm không chấp nhận thay đổi các quyền lợi bảo hiểm ở Đơn bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm. Những quyền lợi này chỉ có thể được thay đổi vào ngày tái tục của Đơn bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm, trừ khi có thỏa thuận khác trong hợp đồng.

Tất cả các quyền lợi bảo hiểm theo Đơn bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực vào 12 giờ đêm của ngày cuối cùng của thời hạn bảo hiểm hoặc ngày chấm dứt hiệu lực bảo hiểm tùy theo thời điểm nào xảy ra trước.

VII. NGHĨA VỤ CỦA CHỦ HỢP ĐỒNG VÀ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

1. kê khai trung thực, đầy đủ các thông tin bảo hiểm theo yêu cầu của Công ty bảo hiểm; Khai báo rõ ràng mọi dữ kiện liên quan đến việc chấp nhận bảo hiểm, tái tục hay cấp sửa đổi bổ sung của Hợp đồng bảo hiểm
2. Thông báo sớm nhất những tình huống có thể dẫn đến yêu cầu trả tiền bảo hiểm, trung thực trong việc khai báo và cung cấp các chứng từ chính xác về rủi ro được bảo hiểm xảy ra.
3. Tuân thủ các điều khoản điều kiện và nộp phí bảo hiểm đúng, đủ theo quy định của Hợp đồng bảo hiểm.
4. Trường hợp người được bảo hiểm ủy quyền cho người khác nhận tiền bảo hiểm, phải có giấy ủy quyền hợp pháp
5. Người được bảo hiểm cũng đồng ý ủy quyền cho Công ty bảo hiểm thay mặt Người được bảo hiểm đến cơ sở y tế để sao lưu, trích lục hồ sơ bệnh án làm cơ sở giải quyết quyền lợi bảo hiểm

VIII. XÁC MINH VÀ KHAI BÁO

Công ty bảo hiểm có quyền chỉ định chuyên gia y khoa và/hoặc chuyên gia giám định tổn thất để tiến hành kiểm tra sức khỏe của Người được bảo hiểm và các thông tin có liên quan đến việc giải quyết khiếu nại vào bất cứ lúc nào. Thêm vào đó, Công ty bảo hiểm có quyền yêu cầu tiến hành khám nghiệm tử thi trong trường hợp xảy ra tử vong nếu việc này không vi phạm pháp luật hiện hành hoặc không ảnh hưởng đến tín ngưỡng và thuần phong mỹ tục.

Trong trường hợp chủ hợp đồng bảo hiểm tổ chức và người được bảo hiểm tham gia hoặc các trận thi đấu hoặc các cuộc đua có tính chất chuyên nghiệp như đua xe, đua ngựa, đá bóng, quyền anh, leo núi, lướt ván, lướt sóng hoặc tham gia vào các hoạt động khám phá không gian, khám phá vùng đất mới và các khám phá khoa học, hoặc các hoạt động mạo hiểm khác như săn bắn thám hiểm trên núi, Nam/Bắc cực, thì các rủi ro trong phạm vi bảo hiểm, nếu phát sinh, chỉ được bảo hiểm nếu chủ hợp đồng bảo hiểm/ người được bảo hiểm có khai báo và được Công ty bảo hiểm chấp nhận bằng văn bản.

IX. CÁC ĐIỀU KHOẢN BẢO HIỂM NHÓM

1. Điều khoản tự động thêm bớt nhân sự

Bất kỳ nhân viên mới nào của Chủ hợp đồng bảo hiểm sẽ tự động được bảo hiểm với số tiền bảo hiểm không vượt quá số tiền bảo hiểm như ghi trong Hợp đồng bảo hiểm hoặc bản Sửa đổi bổ sung có hiệu lực mới nhất. Hợp đồng cũng tự loại bỏ những nhân viên hiện đang được bảo hiểm ra khỏi danh sách nhân viên của Chủ hợp đồng bảo hiểm, với điều kiện là Chủ hợp đồng thông báo cho Công ty bảo hiểm việc điều chỉnh nhân sự vào cuối mỗi tháng của thời hạn bảo hiểm. Việc thông báo phải được thực hiện bằng văn bản và phải được Công ty bảo hiểm xác nhận bằng văn bản. Phí bảo hiểm được tính trên cơ sở tỉ lệ của thời hạn được bảo hiểm hoặc ngừng bảo hiểm sau khi Chủ hợp đồng đã nêu rõ việc điều chỉnh nhân sự.

Trong trường hợp nhân viên nghỉ việc hoặc tử vong, những người phụ thuộc của nhân viên này cũng tự động bị loại bỏ khỏi Hợp đồng bảo hiểm. Trong trường hợp nhân viên li hôn với người phụ thuộc, thì người phụ thuộc này cũng bị tự động loại bỏ ra khỏi Hợp đồng bảo hiểm, ngày bị tự động chấm dứt bảo hiểm là ngày trên giấy quyết định li hôn.

Điều khoản bảo hiểm tự động không áp dụng đối với bất kỳ nhân viên nào có số tiền bảo hiểm vượt quá số tiền bảo hiểm cao nhất của các thành viên hiện tại trong nhóm, không áp dụng đối với người nước ngoài và thân

nhân. Bảo hiểm cho những đối tượng trên chỉ có thể được cung cấp sau khi Chủ hợp đồng đã yêu cầu và được Công ty bảo hiểm chấp thuận.

Các bên thỏa thuận rằng các nhân viên được bảo hiểm phải có thỏa thuận lao động với Chủ hợp đồng bảo hiểm phù hợp với Luật lao động Việt Nam.

Các bên cũng thỏa thuận áp dụng điều khoản tự động điều chỉnh lương theo thỏa thuận lao động của Chủ hợp đồng bảo hiểm với nhân viên, với điều kiện Chủ hợp đồng bảo hiểm phải cập nhật việc thay đổi tổng quỹ lương hoặc chi tiết lương từng tháng. Phí bảo hiểm sẽ được điều chỉnh theo mức lương thay đổi.

2. Điều khoản bảo hiểm liên tục (áp dụng cho nhóm trên 50 người)

Khi hợp đồng bảo hiểm này thay thế cho một hợp đồng bảo hiểm đã hết hạn được thu xếp trước đó bởi Người được bảo hiểm hoặc bất kỳ Công ty có nghĩa vụ và quyền lợi liên quan, Công ty bảo hiểm đồng ý rằng: Hợp đồng bảo hiểm này sẽ tiếp tục bảo hiểm đối với tất cả chi phí y tế liên quan đến ốm đau, bệnh tật, thai sản, tai nạn (bao gồm cả hậu quả của tai nạn xảy ra trong vòng 52 tuần trước ngày hiệu lực hợp đồng), bao gồm cả việc đang điều trị liên tục mà không bị loại trừ và không vượt quá mức giới hạn được ghi trong hợp đồng bảo hiểm kể từ ngày hiệu lực đơn của hợp đồng bảo hiểm này. Điều khoản bảo hiểm liên tục chỉ áp dụng với điều kiện tại thời điểm tai nạn, ốm đau, bệnh tật, thai sản phát sinh, người được bảo hiểm đang được bảo hiểm bởi hợp đồng bảo hiểm trước đó.

3. Thông báo uỷ quyền và thông báo chuyển nhượng

Công ty Bảo hiểm không bị bắt buộc phải chấp nhận bất kỳ thông báo nào về các điều khoản liên quan đến việc tín thác, các khoản phí tổn, thế chấp, chuyển nhượng hoặc các giao dịch khác với hoặc có liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm này.

4. Thời gian chờ cho nhóm công ty

Thời gian chờ cho nhóm công ty, trừ khi có thỏa thuận khác, được quy định tại đơn bảo hiểm này như sau:

- a. Nhóm dưới 30 người: Áp mọi thời gian chờ đầy đủ như quy định tại từng quyền lợi tại Phần IV và V.
- b. Nhóm 30 người – 200 người: Miễn mọi thời gian chờ, ngoại trừ
 - Bệnh đặc biệt, bệnh có sẵn: Bồi thường theo tỉ lệ 12 tháng
 - Thai sản: Bồi thường theo tỉ lệ 270 ngày đối với sinh con, theo tỉ lệ 60 ngày đối với biến chứng thai sản
 - Tử vong do bệnh thông thường: Thời gian chờ 90 ngày
 - Tử vong do bệnh có sẵn, bệnh đặc biệt: Thời gian chờ 12 tháng
- c. Nhóm 200 người trở lên: Miễn mọi thời gian chờ, ngoại trừ
 - Bệnh có sẵn, bệnh đặc biệt: Miễn thời gian chờ
 - Thai sản: Bồi thường theo tỉ lệ 270 ngày đối với sinh con, theo tỉ lệ 60 ngày đối với biến chứng thai sản
 - Tử vong do bệnh có sẵn, bệnh đặc biệt: Thời gian chờ 12 tháng
- d. Nhóm 500 người trở lên: Miễn mọi thời gian chờ, ngoại trừ
 - Bệnh có sẵn, bệnh đặc biệt: Miễn thời gian chờ

- Thai sản: Miễn thời gian chờ
 - Tử vong do bệnh có sẵn, bệnh đặc biệt: Thanh toán theo tỉ lệ 12 tháng
- e. Từ nhóm 1000 người trở lên: Miễn mọi thời gian chờ

(i) Đối với nhóm công ty mới (chưa bao giờ tham gia bảo hiểm)

Áp thời gian chờ theo số lượng người tham gia như tại điểm a, b1, c1 d1.

PHẦN II – CÁC ĐIỂM LOẠI TRỪ

Loại trừ này áp dụng cho tất cả các quyền lợi bảo hiểm, áp dụng cho mọi chi phí chẩn đoán, điều trị và bất kỳ hậu quả, biến chứng của các hành động, ốm đau, bệnh tật, thương tật dưới đây, áp dụng cho tất cả các điều khoản sửa đổi bổ sung và mở rộng. Công ty bảo hiểm không chịu trách nhiệm chi trả tiền bảo hiểm đối với các rủi ro và hậu quả của các rủi ro xảy ra do các nguyên nhân sau:

1. Hành động cố ý của người được bảo hiểm hoặc người được thừa kế hợp pháp.
2. Người được bảo hiểm vi phạm nghiêm trọng pháp luật phải thụ án hình sự và/ hoặc vi phạm luật lệ an toàn giao thông như đua xe, điều khiển xe, không có giấy phép lái xe, đi vào đường cấm, đường ngược chiều.
3. Hậu quả của việc uống rượu bia vượt quá nồng độ theo quy định của luật giao thông đường bộ hoặc các chất kích thích khác; người được bảo hiểm hành động dưới tác động của thức uống có cồn, thuốc kích thích, ma túy đến mức mất khả năng kiểm soát ý thức; các bệnh được bác sĩ ghi rõ là hậu quả của việc uống rượu, hút thuốc hay sử dụng các chất kích thích khác.
4. Các hành động đánh nhau của người được bảo hiểm, trừ khi chứng minh được hành động đánh nhau đó chỉ với mục đích tự vệ.
5. Điều trị y tế hoặc sử dụng thuốc không theo chỉ dẫn của bác sĩ; điều trị thử nghiệm hoặc điều trị chưa được y học/ cơ quan y tế có thẩm quyền công nhận.
6. Tham gia các hoạt động hàng không (trừ khi với tư cách là hành khách), tham gia các cuộc diễn tập huấn luyện quân sự, tham gia chiến đấu của lực lượng vũ trang.
7. Những rủi ro mang tính chất thảm họa như: động đất, núi lửa, sóng thần, nhiễm phóng xạ, dịch bệnh theo khuyến cáo của WHO từ cấp 6 trở lên.
8. Chiến tranh, nội chiến, đình công, khủng bố, bạo động dân biến, phiến loạn các hoạt động dân sự hoặc hoạt động của bất cứ người cầm đầu của tổ chức nào nhằm lật đổ, đe dọa chính quyền, kiểm soát bằng vũ lực.
9. Tham gia tập luyện hoặc tham gia thi đấu các môn thể thao chuyên nghiệp, hoạt động thể thao mạo hiểm, nguy hiểm như săn bắn thú, trượt tuyết, trượt ván tốc độ, leo núi, lặn có bình khí nén, lái tàu lượn, nhảy dù, nhảy bungee, lướt sóng, bất kỳ hoạt động đua nào (áp dụng cho mọi hoạt động hợp pháp hay không hợp pháp, chuyên nghiệp hay nghiệp dư).
10. Bệnh lao các loại, alzheimer, bệnh lây lan qua đường tình dục, giang mai, bệnh lậu, hội chứng suy giảm miễn dịch (HIV) và các hậu quả, biến chứng liên quan
11. Các bệnh di truyền, dị tật, khuyết tật bẩm sinh, bệnh dị dạng về gen. Các loại bệnh do hình thái cơ thể dị dạng sai khác với tiêu chuẩn và khuyết tật hoặc thiếu bộ phận do bẩm sinh và/hoặc bệnh bẩm sinh.

12. Kiểm tra sức khỏe định kỳ (nội trú hay ngoại trú), giám định y khoa hoặc tư vấn y tế không liên quan đến điều trị ốm đau hoặc thương tật, bao gồm cả kiểm tra phụ khoa/nam khoa. Xét nghiệm định kỳ cho trẻ mới sinh, tất cả các hình thức tiêm chủng, vắc-xin và thuốc phòng ngừa (trừ trường hợp tiêm vắc-xin sau khi bị tai nạn hay súc vật, côn trùng cắn);
13. Mỏi mắt điều tiết, khô mắt. Kiểm tra thị lực, thính giác thông thường. Điều trị suy biến tự nhiên về thính lực hay thị lực. Các tật khúc xạ như cận thị, viễn thị và loạn thị và bất kỳ phẫu thuật để phục hồi hiệu chỉnh nào đối với các khuyết tật thoái hóa thính giác và thị giác. Đục thủy tinh thể của người trên 60 tuổi và suy giảm thính lực của người trên 65 tuổi do mọi nguyên nhân.
14. Điều trị hoặc phẫu thuật theo yêu cầu của người được bảo hiểm mà không phải điều trị theo cách thông thường; dịch vụ y tế không cần thiết hoặc chi phí y tế vượt mức chi phí hợp lý. Những chi định phẫu thuật có từ trước ngày bắt đầu bảo hiểm.
15. Phẫu thuật thẩm mỹ, chỉnh hình thẩm mỹ; các điều trị mang tính chất thẩm mỹ kể cả việc giải phẫu thẩm mỹ này nhằm mục đích tái tạo để phục hồi chức năng của cơ quan bị tổn thương phát sinh trong thời hạn bảo hiểm
16. Mụn các loại (bao gồm mụn cơm, mụn cóc), trứng cá, viêm da dầu; rụng tóc do mọi nguyên nhân, điều trị tăng sắc tố (nám da) ... bị loại trừ riêng đối với điều kiện ngoại trú.
17. Chi phí để sử dụng, cung cấp, bảo dưỡng, sửa chữa hay thay thế bộ phận giả hay thiết bị, dụng cụ y tế theo định nghĩa ở mục số 31. Tuy nhiên, riêng đối với phần sử dụng đĩa đệm, nẹp, vis cố định vào cơ thể được chi trả áp dụng như sau:
 - Đối với điều trị bệnh cơ xương khớp: loại trừ đối với cả điều kiện D và ngoại trú;
 - Đối với trường hợp tai nạn: áp dụng giới hạn 10% STBH của chi phí y tế do tai nạn.
18. Thực phẩm chức năng. Các chất bổ sung hoặc thay thế phục vụ cho việc ăn kiêng có sẵn trong tự nhiên và có thể được mua mà không cần chỉ định; các loại vitamin, thuốc bổ, khoáng chất và các chất hữu cơ (trừ trường hợp các loại vitamin liên quan đến bệnh, có chỉ định của bác sĩ và chi phí vitamin không lớn hơn chi phí thuốc điều trị).
19. Thực hiện các biện pháp kế hoạch hóa gia đình, hậu quả của phá thai do tâm lý hay xã hội, điều trị vô sinh nam/nữ, thụ tinh nhân tạo, điều trị bất lực, thiếu hooc môn sinh trưởng, rối loạn chức năng sinh dục (mộng tinh, xuất tinh sớm, xuất tinh ngược dòng, rong kinh, rối loạn kinh nguyệt...) hay thay đổi giới tính và bất cứ hậu quả nào hay biến chứng nào từ những điều kiện trên.
20. Còi xương, suy dinh dưỡng, điều trị kiểm soát trọng lượng cơ thể (tăng hoặc giảm cân).
21. Điều trị bệnh tâm thần, rối loạn tâm thần, động kinh... Điều trị rối loạn giấc ngủ, mất ngủ, suy nhược và hội chứng căng thẳng do công việc (stress) và các bệnh liên quan đến hội chứng đó.
22. Điều trị tại phòng mạch bác sĩ tư, phòng nha tư nhân không có giấy phép hành nghề và không cung cấp được chứng từ/hóa đơn tài chính theo quy định của luật pháp trừ trường hợp có quy định khác được ghi rõ trong Đơn/Hợp đồng bảo hiểm hoặc Sửa đổi bổ sung. Khám bệnh không theo đúng quy trình khám chữa bệnh của cơ sở y tế như không đóng tiền khám, không có tên trong sổ lưu bệnh.
23. Các chi phí liên quan đến thai sản và sinh đẻ trừ khi có thỏa thuận khác. Các biến chứng thai sản phát sinh trên người thụ tinh nhân tạo (IVF, IUI) và người mang thai hộ; thủ thuật mở thông buồng trứng, chuyển dạ giả, sa dạ con.

24. Bệnh đặc biệt và bệnh/thương tật có sẵn trong năm đầu tiên của Đơn/Hợp đồng bảo hiểm, trừ khi có thỏa thuận khác.
25. Bệnh nghề nghiệp trừ khi có thỏa thuận khác.
26. Các kháng nguyên điều trị; các thuốc mang tính chất dự phòng và tăng cường hệ miễn dịch, tăng cường sức đề kháng (singulair, pediakid immune, broncho vacxom, vacunace, vv) bao gồm nhưng không giới hạn bởi các thuốc chứa hoạt chất Gamma Globulin (IGIM), hoạt chất Glutathione.
27. Các chế phẩm nước muối biển, nước mắt nhân tạo, các chế phẩm men tiêu hóa, chế phẩm Đông Y không có số đăng ký dược phẩm cấp bởi Bộ Y tế mà chỉ có số đăng ký tiêu chuẩn cơ sở.
28. Nhổ, phẫu thuật, điều trị răng nội trú.
29. Các chẩn đoán, phẫu thuật, điều trị liên quan đến hoac môn và tế bào gốc.
30. Các chứng bệnh liên quan đến việc trở ngại đường hô hấp, bao gồm ngưng thở khi ngủ
31. Tai nạn và hậu quả của tai nạn xảy ra trước thời hạn bảo hiểm; các hậu quả của tai nạn là các bệnh có sẵn hay thai sản do tai nạn
32. Mọi chi phí chẩn đoán, điều trị và phẫu thuật nối dây gân/dây chằng trong năm đầu tiên (loại trừ với mọi điều kiện, mọi nguyên nhân)
33. Các phòng khám Đông Y tư nhân, các spa, các trung tâm vật lý trị liệu và phục hồi chức năng tư nhân; các phòng khám y tế thuộc nhà máy/ công trường/trường học, trạm y tế xã phường
34. Tự tử; đột tử; chết không rõ nguyên nhân; nằm viện do chết lâm sàng, hôn mê sâu quá 30 ngày.
35. Người được bảo hiểm vắng mặt ở Việt Nam 180 ngày liên tục trong suốt thời hạn bảo hiểm trừ khi có Công ty bảo hiểm đồng ý bảo hiểm cho sự vắng mặt đó và phí bổ sung sẽ được áp dụng.

PHẦN III. THỦ TỤC YÊU CẦU TRẢ TIỀN BẢO HIỂM

I. HỒ SƠ YÊU CẦU BẢO HIỂM:

Khi yêu cầu Công ty bảo hiểm trả tiền bảo hiểm, người được bảo hiểm và/hoặc người thừa kế hợp pháp phải gửi các chứng từ sau đây cho Công ty bảo hiểm trong vòng 60 ngày (quá thời hạn trên sẽ bị từ chối một phần hoặc toàn bộ số tiền bảo hiểm trừ trường hợp bất khả kháng) kể từ ngày điều trị cuối cùng hoặc tử vong.

1. Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm (theo mẫu của Công ty bảo hiểm)
2. Biên bản tai nạn /Bản tường trình tai nạn có xác nhận của Chủ hợp đồng bảo hiểm/chính quyền địa phương hoặc công an nơi người được bảo hiểm bị tai nạn. Đăng ký xe và giấy phép lái xe trong trường hợp người được bảo hiểm bị tai nạn trong khi điều khiển xe cơ giới trên 50cc.
3. Các chứng từ liên quan đến việc điều trị (chứng từ y tế): đơn thuốc, sổ khám bệnh, giấy ra viện, phiếu điều trị, phiếu xét nghiệm, phiếu mổ (trong trường hợp phải mổ), vv. Các chứng từ này phải có chữ ký của bác sĩ điều trị và dấu của cơ sở khám chữa bệnh. Các chứng từ y tế, đặc biệt là đơn thuốc, có thể được miễn dấu của bệnh viện nếu thỏa mãn đồng thời các điều kiện sau:
 - Điều trị tại các bệnh viện công
 - Đơn thuốc/ phiếu khám bệnh phải ở dạng in, có mã số, mã vạch hoặc mã bệnh nhân
 - Có biên lai tiền khám đi kèm, và/hoặc

- Có các chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng.

Trường hợp không cung cấp được bản chính, có thể cung cấp bản phô tô có xác nhận của đơn vị tham gia bảo hiểm hoặc xác nhận sao y của UIC. Trong mọi trường hợp Công ty bảo hiểm có thể yêu cầu cung cấp bản chính để kiểm tra.

4. Các chứng từ liên quan đến việc thanh toán chi phí hóa đơn: hóa đơn tài chính, biên lai, phiếu thu theo quy định của Bộ tài chính và Cục thuế. Biên lai thuốc phải được xuất trong vòng 05 ngày kể từ ngày kê đơn thuốc. Mọi hóa đơn VAT phải được xuất trong vòng 30 ngày kể từ ngày mua hoặc sử dụng dịch vụ. Các giấy tờ trên phải là bản gốc và sẽ thuộc sở hữu của UIC.

5. Các chứng từ liên quan đến trợ cấp trong thời gian điều trị nội trú (ngoại trú) do ốm đau, bệnh tật, tai nạn (áp dụng cho mọi trường hợp):

- Giấy ra viện
- Bảng kê tiền giường
- Chỉ định nghỉ của bác sĩ tại bệnh viện (không chấp nhận chỉ định nghỉ của bác sĩ tại phòng khám)
- Bảng chấm công (bổ sung tùy theo từng trường hợp)
- Các chứng từ liên quan đến xác nhận về mức lương như hợp đồng lao động, quyết định tăng lương, vv (bổ sung tùy theo từng trường hợp)

6. Đối với trường hợp tai nạn, người được bảo hiểm cần cung cấp giấy tờ sau:

- Tai nạn sinh hoạt: Cung cấp bản tường trình tai nạn (không cần xác nhận của cơ quan/công ty/chính quyền);
- Tai nạn lao động: cung cấp biên bản tai nạn lao động hoặc bản tường trình tai nạn có xác nhận của cơ quan/công ty chính quyền.
- Tai nạn giao thông: cung cấp bản tường trình tai nạn. Trường hợp có cảnh sát giao thông lập biên bản, cần cung cấp biên bản tai nạn giao thông. Cung cấp giấy tờ đăng ký xe và giấy phép lái xe trường hợp người được bảo hiểm bị tai nạn trong khi điều khiển xe cơ giới trên 50 cc.
- Trường hợp ốm/bệnh: cung cấp giấy ra, vào viện có chỉ định nghỉ của bác sĩ.

Trong mọi trường hợp tai nạn xảy ra trong thời gian làm việc, tường trình tai nạn phải có xác nhận của đơn vị sử dụng lao động.

7. Trường hợp Người được bảo hiểm tử vong, hồ sơ cần có Giấy chứng tử và Giấy xác nhận quyền thừa kế hợp pháp. Giấy chứng tử phải ghi rõ bệnh gây tử vong hoặc tai nạn gây tử vong. Văn bản thừa kế phải được thực hiện tại đơn vị công chứng (Giấy chứng nhận nhân thân, thừa kế, ủy quyền).

b. UIC không có trách nhiệm hoàn trả chứng từ gốc khi khách hàng đã được thanh toán. Trong trường hợp khách hàng muốn lấy lại hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, UIC chỉ hoàn trả chứng từ gốc nếu khách hàng thực hiện yêu cầu rút lại hồ sơ trong vòng 180 ngày kể từ ngày UIC gửi thông báo bồi thường/bổ sung hồ sơ cuối cùng.

II. THỦ TỤC BẢO LÃNH VIỆN PHÍ VÀ TRẢ TIỀN BẢO HIỂM

1. Trường hợp sử dụng dịch vụ Bảo lãnh cho điều trị nội trú và ngoại trú trong hệ thống bảo lãnh của Công ty bảo hiểm (Dịch vụ bảo lãnh thanh toán trực tuyến không bảo lãnh các chi phí phát sinh nằm ngoài phạm vi hoặc vượt quá giới hạn bảo hiểm)

- *Trước khi nhập viện*

Người được bảo hiểm xuất trình thẻ bảo hiểm và Giấy tờ tùy thân có ảnh/Giấy khai sinh

- Trước khi xuất viện

Người được bảo hiểm hoặc người được ủy quyền của người được bảo hiểm ký các giấy tờ điều trị. Người được bảo hiểm thanh toán các khoản chi phí vượt quá hoặc không thuộc phạm vi bảo hiểm trước khi rời bệnh viện

2. Trường hợp điều trị nội trú và ngoại trú ngoài hệ thống bảo lãnh của Công ty bảo hiểm:

Người được bảo hiểm tự thanh toán trước với phòng khám/bệnh viện. Sau đó thu thập toàn bộ hồ sơ chứng từ yêu cầu bồi thường và gửi cho UIC.

Thời gian tiến hành thủ tục thanh toán bồi thường tối đa 15 (mười lăm) ngày kể từ ngày nhận chứng từ đầy đủ.

PHẦN IV. CÁC QUYỀN LỢI BẢO HIỂM CHÍNH

Tất cả các quyền lợi bảo hiểm dưới đây đều được chi trả nếu thuộc phạm vi bảo hiểm, xảy ra trong thời hạn bảo hiểm và không bị loại trừ theo quy định tại Phần II- Các điểm loại trừ.

QUYỀN LỢI A: TỬ VONG, TÀN TẬT TOÀN BỘ VĨNH VIỄN DO ÓM ĐAU, BỆNH TẬT

1. Phạm vi bảo hiểm

Bảo hiểm trường hợp tử vong hoặc tàn tật toàn bộ vĩnh viễn do ốm đau bệnh tật xảy ra trong thời hạn bảo hiểm và không bị loại trừ theo quy định tại Phần II – Các điểm loại trừ.

2. Hiệu lực bảo hiểm

Bảo hiểm có hiệu lực sau 90 ngày kể từ ngày đóng phí bảo hiểm đối với các bệnh thông thường, trừ khi có thỏa thuận khác. Các hợp đồng bảo hiểm tái tục liên tục mặc nhiên có hiệu lực ngay sau khi người tham gia bảo hiểm đóng phí cho kỳ tiếp theo.

Đối với trường hợp tử vong do bệnh đặc biệt, bệnh có sẵn, bảo hiểm chỉ có hiệu lực đối với người được bảo hiểm tham gia theo Quy tắc bảo hiểm này liên tục từ năm thứ 2 trở lên.

3. Quyền lợi bảo hiểm

Trường hợp người được bảo hiểm tử vong hoặc tàn tật toàn bộ vĩnh viễn thuộc phạm vi bảo hiểm, Người được bảo hiểm trả toàn bộ số tiền bảo hiểm ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc Đơn/Hợp đồng bảo hiểm.

QUYỀN LỢI B. TỬ VONG HOẶC THƯƠNG TẬT TOÀN BỘ VĨNH VIỄN DO TAI NẠN

1. Phạm vi bảo hiểm:

Bảo hiểm trường hợp tử vong, thương tật toàn bộ vĩnh viễn hoặc thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn xảy ra trong thời hạn bảo hiểm và không bị loại trừ theo quy định tại Phần II-Các điểm loại trừ.

2. Hiệu lực bảo hiểm

Bảo hiểm có hiệu lực ngay sau khi người tham gia bảo hiểm đóng phí bảo hiểm theo quy định, trừ trường hợp có thỏa thuận khác.

3. Quyền lợi của Người được bảo hiểm

Trường hợp người được bảo hiểm tử vong hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, Công ty bảo hiểm trả toàn bộ số tiền bảo hiểm trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc Đơn/Hợp đồng bảo hiểm.

QUYỀN LỢI C. CHI PHÍ Y TẾ DO TAI NẠN

1. Phạm vi bảo hiểm

Bảo hiểm các chi phí y tế nội trú và ngoại trú phát sinh trong trường hợp người được bảo hiểm bị tai nạn dẫn đến thương tật tạm thời xảy ra trong thời hạn bảo hiểm, loại trừ các chi phí quy định tại Phần II - Các điểm loại trừ. Quyền lợi bảo hiểm này không bảo hiểm cho các chi phí y tế của các tai nạn, hậu quả của tai nạn đã được kết luận là thương tật vĩnh viễn.

2. Hiệu lực bảo hiểm

Bảo hiểm có hiệu lực ngay sau khi người tham gia bảo hiểm đóng phí bảo hiểm theo quy định trừ trường hợp có thỏa thuận khác

3. Quyền lợi của người được bảo hiểm

- Chi phí y tế nội trú và ngoại trú do tai nạn
- Trường hợp người được bảo hiểm bị thương tật tạm thời như định nghĩa trong Quy tắc bảo hiểm này, phát sinh các chi phí y tế thuộc phạm vi bảo hiểm, Công ty bảo hiểm sẽ trả toàn bộ chi phí y tế thực tế và hợp lý theo giới hạn được ghi trong Đơn/Hợp đồng bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- Chi phí tiêm vắc xin do bị tai nạn, nhưng không chi trả chi phí thuốc chống phơi nhiễm HIV
- Chi phí vật lý trị liệu, phục hồi chức năng sau tai nạn: Không vượt quá 20% giới hạn chi phí y tế của hợp đồng bảo hiểm cho mỗi thời hạn bảo hiểm
- Chi phí vận chuyển xe cứu thương: Không vượt quá 10% giới hạn chi phí y tế của hợp đồng bảo hiểm cho mỗi thời hạn bảo hiểm và chỉ áp dụng cho tình trạng cấp cứu

QUYỀN LỢI D. Điều trị nội trú, phẫu thuật do ốm đau bệnh tật

1. Phạm vi bảo hiểm

Các chi phí phát sinh trong thời hạn bảo hiểm để điều trị nội trú hay phẫu thuật tại bệnh viện trong trường hợp ốm đau, bệnh tật, loại trừ các chi phí quy định tại Phần II- Các điểm loại trừ.

2. Hiệu lực bảo hiểm

Bảo hiểm có hiệu lực sau thời gian chờ dưới đây kể từ ngày người tham gia bảo hiểm đóng phí bảo hiểm đầy đủ theo quy định, trừ trường hợp có thỏa thuận khác.

- 30 ngày đối với trường hợp bệnh thông thường
- 12 tháng đối với bệnh đặc biệt và bệnh có sẵn.
- Các hợp đồng tái tục liên tục có hiệu lực ngay sau khi người tham gia bảo hiểm đóng phí cho thời gian tiếp theo.

3. Quyền lợi của người được bảo hiểm

a. Trường hợp nằm viện

Trường hợp người được bảo hiểm phải nằm viện thuộc phạm vi bảo hiểm, Công ty bảo hiểm sẽ thanh toán chi phí nằm viện tổng hợp bao gồm chi phí điều trị, tiền phòng và giường điều trị, tiền ăn theo chuẩn điều trị nội

trú của bệnh viện (nếu có), chi phí xét nghiệm, X-quang, thuốc điều trị, truyền máu, oxi, huyết thanh, quần áo bệnh viện và các chi phí liên quan y tế khác nhưng tối đa không vượt quá 5% STBH/ngày điều trị. Chi phí giường cho người nhà không được chi trả theo đơn bảo hiểm này.

b. Trường hợp phẫu thuật

- Trường hợp người được bảo hiểm phải phẫu thuật thuộc phạm vi bảo hiểm, Công ty bảo hiểm sẽ thanh toán toàn bộ các chi phí hội chuẩn, gây mê, hồi sức, chi phí phẫu thuật, thủ thuật, cấy ghép nội tạng (không bảo hiểm cho chi phí mua các bộ phận nội tạng và chi phí hiến nội tạng). Giới hạn số tiền chi trả cho trường hợp phẫu thuật không vượt quá mức giới hạn tối đa do người được bảo hiểm lựa chọn khi tham gia bảo hiểm và được ghi cụ thể trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc Đơn/Hợp đồng bảo hiểm.
- Đơn bảo hiểm này chi trả cho mọi phẫu thuật, thủ thuật nội trú, bao gồm cả phẫu thuật, thủ thuật trong ngày (cơ sở chứng từ là chứng nhận phẫu thuật, giấy ra viện và bảng kê có chi phí tiền giường và chi phí phẫu thuật, thủ thuật). Trong mọi trường hợp, chi phí thủ thuật được chi trả tối đa bằng 50% giới hạn chi phí phẫu thuật.
- Trường hợp có phát sinh chi phí thủ thuật/phẫu thuật trong khám ngoại trú, chi phí này sẽ được chi trả theo giới hạn ngoại trú.

c. Các quyền lợi bảo hiểm khác (giới hạn được liệt kê trong bảng chi tiết quyền lợi bảo hiểm)

- Chi phí điều trị trước khi nhập viện trong vòng ba mươi (30) ngày trước khi nhập viện, một lần duy nhất và sát ngày nhập viện nhất.
- Chi phí điều trị sau khi xuất viện trong vòng ba mươi (30) ngày kể từ ngày xuất viện, với điều kiện chi phí này phát sinh tại chính bệnh viện nội trú trước đó. Chi phí thuốc sau ra viện được chi trả tối trong vòng ba mươi (30) ngày kể từ ngày xuất viện.
- Chi phí y tá chăm sóc tại nhà ngay sau khi xuất viện (15 ngày) (không áp dụng đối với trường hợp thai sản)
- Phục hồi chức năng
- Dịch vụ xe cứu thương (loại trừ bằng đường hàng không) và taxi: chỉ áp dụng ch những trường hợp trong tình trạng cấp cứu khẩn cấp. Dịch vụ này không áp dụng cho người được bảo hiểm trên 65 tuổi và các trường hợp chuyển dạ thông thường.
- Trợ cấp nằm viện (không áp dụng cho điều trị nội trú trong ngày)
- Trợ cấp mai táng
- Các chi phí khác được thỏa thuận và nêu rõ trong Đơn/Hợp đồng bảo hiểm

PHẦN V. CÁC QUYỀN LỢI BẢO HIỂM BỔ SUNG

Các điều khoản bổ sung sau đây sẽ được cấp cùng với Quy tắc bảo hiểm và là một bộ phận không thể tách rời quy tắc bảo hiểm này.

QUYỀN LỢI BỔ SUNG 1: BẢO HIỂM ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ

1. Phạm vi bảo hiểm

Các chi phí y tế phát sinh điều trị ngoại trú do ốm đau, bệnh tật trong thời hạn bảo hiểm, loại trừ các chi phí quy định tại phần II – Các điểm loại trừ - của Quy tắc bảo hiểm này.

2. Hiệu lực bảo hiểm

30 ngày kể từ ngày hiệu lực hợp đồng đối với ốm, bệnh thông thường, 12 tháng đối với các bệnh đặc biệt và có sẵn

3. Quyền lợi bảo hiểm

a. Tiền khám bệnh, tiền thuốc theo kê đơn của bác sĩ (hóa đơn tiền thuốc phải thể hiện đúng số lượng thuốc và liều thuốc do bác sĩ điều trị chỉ định), tiền chụp X-quang và làm các xét nghiệm chuẩn đoán do bác sĩ chỉ định. Trị liệu học bức xạ, nhiệt, liệu pháp ánh sáng và các phương pháp điều trị khác tương tự do bác sĩ chỉ định.

- Giới hạn số tiền bảo hiểm một lần khám là 20% số tiền bảo hiểm/lần khám.
- Giới hạn 10 lần/năm, trừ khi có thỏa thuận khác.

b. Điều trị răng cho các trường hợp: khám chụp XQ răng, điều trị viêm nướu (lợi), nha chu, trám (hàn) răng bằng chất liệu thông thường như amalgam, composite, fujii...điều trị tủy răng, cạo vôi răng (lấy cao răng) và nhổ răng bệnh lý (bao gồm tiểu phẫu).

- Giới hạn điều trị răng/năm: 20% số tiền bảo hiểm/người/năm;
- Giới hạn cạo vôi răng: tối đa 400.000/đồng/người/năm.

Chỉ chấp nhận trường hợp khám và điều trị răng tại các bệnh viện, cơ sở y tế hợp pháp có giấy phép hoạt động kinh doanh được Công ty bảo hiểm chấp nhận.

c. Vật lý trị liệu: Điều trị bằng các phương pháp vật lý trị liệu (không phải là phương pháp mát-xa hay cải thiện dáng đi) do bác sĩ chỉ định tối đa 60 (sáu mươi) ngày/năm và tối đa 100.000đ (một trăm ngàn đồng)/ngày. Đơn bảo hiểm này chỉ chi trả các điều trị vật lý trị liệu được thực hiện tại bệnh viện.

QUYỀN LỢI BỔ SUNG 2: THAI SẢN VÀ SINH ĐẼ

1. Phạm vi bảo hiểm

Các chi phí nằm viện và phẫu thuật trong suốt thời gian sinh con hay điều trị nội trú các biến chứng thai sản xảy ra trong thời hạn bảo hiểm.

2. Hiệu lực bảo hiểm

- 270 ngày kể từ ngày hiệu lực bảo hiểm đối với sinh con và sinh non sau 32 tuần
- 90 ngày đối với các biến chứng thai sản, các trường hợp sảy thai cần thiết phải nạo thai theo chỉ định của Bác sĩ điều trị thai sản.

3. Quyền lợi bảo hiểm

Quyền lợi thai sản và sinh đẻ được chi trả theo giới hạn của các quyền lợi sau:

- Nằm viện (nội trú khi sinh mổ, sinh thường, biến chứng thai sản): chi trả theo giới hạn của chi phí nằm viện tại Quyền lợi D – Nằm viện và phẫu thuật.
- Phẫu thuật (phẫu thuật lấy thai sinh mổ, phẫu thuật biến chứng thai sản): chi trả theo giới hạn của chi phí phẫu thuật tại Quyền lợi D – Nằm viện và phẫu thuật.
- Một lần khám trước nhập viện

- Trong mọi trường hợp, số tiền bảo hiểm của Quyền lợi thai sản không được vượt quá 1/3 số tiền bảo hiểm của Chương trình bảo hiểm chính, trừ khi có thỏa thuận khác.

Nội dung chi tiết của các hạng mục được chi trả theo Quyền lợi thai sản như sau:

a. Sinh mổ và biến chứng thai sản

Công ty bảo hiểm sẽ chi trả các chi phí y tế phát sinh do các biến chứng trong quá trình mang thai hoặc trong quá trình sinh nở cần đến các thủ thuật sản khoa. Thủ thuật sinh mổ chỉ được bảo hiểm nếu do bác sĩ chỉ định là cần thiết cho ca sinh đó, không bao gồm việc sinh mổ theo yêu cầu hoặc chi phí chỉ định bác sĩ, mổ, hẹn ngày hẹn giờ (hoặc phải mổ lại do việc yêu cầu mổ trước đó). Biến chứng thai sản và sinh khó bao gồm và không giới hạn trong các trường hợp sau:

- Sảy thai hoặc thai nhi chết trong tử cung
- Mang thai trứng nước
- Thai ngoài tử cung
- Băng huyết sau khi sinh
- Sốt nhau thai trong tử cung sau khi sinh
- Phá thai do điều trị
- Biến chứng của các nguyên nhân nêu trên

Đối với các trường hợp phá thai do dị tật thì phải có khuyến nghị, kết luận của hội đồng giám định y khoa. Bất cứ trường hợp phá thai nào do người được bảo hiểm tự quyết không được bảo hiểm.

b. Sinh thường

Công ty bảo hiểm sẽ chi trả các chi phí y tế phát sinh cho việc sinh thường bao gồm và không giới hạn ở các chi phí đỡ đẻ, viện phí tổng hợp, bác sĩ chuyên khoa, chi phí máy thăm tử cung rạch.

QUYỀN LỢI BỔ SUNG 3: TRỢ CẤP TRONG THỜI GIAN NGHỈ ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ DO ỒM ĐAU, BỆNH TẬT

1. Phạm vi bảo hiểm

Khoản trợ cấp đối với Người được bảo hiểm trong thời gian nghỉ điều trị nội trú do ốm đau, bệnh tật. Quyền lợi này không áp dụng đối với tàn tật toàn bộ vĩnh viễn do ốm bệnh và đối với thai sản.

2. Hiệu lực bảo hiểm

- 30 ngày đối với bệnh thông thường
- 12 tháng đối với bệnh đặc biệt, bệnh có sẵn
- Có hiệu lực ngay lập tức đối với những tai nạn xảy ra trong thời hạn bảo hiểm

3. Quyền lợi bảo hiểm

Trong thời gian điều trị nội trú do ốm đau, bệnh tật như trong định nghĩa, Công ty bảo hiểm sẽ trả một số tiền mỗi ngày như ghi rõ trong Hợp đồng bảo hiểm. Số ngày được chi trả trợ cấp thực tế không vượt quá 60 (sáu mươi) ngày trong năm. Số tiền trợ cấp theo quy định trong bảng sau, ngoại trừ có thỏa thuận nào khác:

Lựa chọn 1	Lựa chọn 2	Lựa chọn 3
100.000đ/ngày	200.000đ/ngày	300.000đ/ngày

Đơn bảo hiểm này không bảo hiểm cho trợ cấp nghỉ điều trị ngoại trú do ốm đau, bệnh tật.

QUYỀN LỢI BỔ SUNG 4: TRỢ CẤP TRONG THỜI GIAN NGHỈ ĐIỀU TRỊ DO TAI NẠN

1. Phạm vi bảo hiểm

Bồi thường theo điều khoản này dựa trên cơ sở số ngày nghỉ thực tế để điều trị nội trú đối với ốm đau, bệnh tật, nghỉ điều trị nội/ngoại trú đối với thương tật tạm thời do tai nạn. Quyền lợi này không áp dụng đối với thương tật toàn bộ vĩnh viễn và đối với thai sản. Quyền lợi này không áp dụng đối với người phụ thuộc là người nhà của đơn nhóm Công ty.

2. Hiệu lực bảo hiểm

- 30 ngày đối với bệnh thông thường
- 12 tháng đối với bệnh đặc biệt, bệnh có sẵn
- Có hiệu lực ngay lập tức đối với những tai nạn xảy ra trong thời hạn bảo hiểm

3. Quyền lợi bảo hiểm

Trong thời gian điều trị nội trú do ốm đau, bệnh tật hoặc thương tật tạm thời do tai nạn như trong định nghĩa, Công ty bảo hiểm sẽ trả một số tiền mỗi ngày như ghi rõ trong Hợp đồng bảo hiểm. Số ngày được chi trả trợ cấp thực tế không vượt quá 60 (sáu mươi) ngày trong năm. Số tiền trợ cấp có thể căn cứ theo số tháng lương, mức lương được thỏa thuận trước với khách hàng (chỉ áp dụng cho trường hợp tai nạn) hoặc theo số tiền quy định trong bảng sau:

Lựa chọn 1	Lựa chọn 2	Lựa chọn 3
100.000đ/ngày	200.000đ/ngày	300.000đ/ngày