

QUY TẮC BẢO HIỂM SỨC KHỎE VBICARE

(Theo công văn phê chuẩn số 8511/BTC-QLBH ngày 17/7/2018 của Bộ tài chính)

MỤC LỤC

CHƯƠNG I. QUY ĐỊNH CHUNG	2
Điều 1. Giải thích từ ngữ	2
Điều 2. Đối tượng của hợp đồng bảo hiểm	12
Điều 3. Hợp đồng bảo hiểm, thời hạn và hiệu lực bảo hiểm	12
Điều 4. Phí bảo hiểm và số tiền bảo hiểm	13
Điều 5. Căn cứ trả tiền bảo hiểm	13
Điều 6. Thời gian chờ	13
Điều 7. Quy định chung khác	13
CHƯƠNG II. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	15
Điều 8. Quyền lợi bảo hiểm chính	15
Điều 9. Quyền lợi bổ sung (BS)	16
CHƯƠNG III. CÁC ĐIỂM LOẠI TRỪ BẢO HIỂM	17
CHƯƠNG IV. QUY ĐỊNH VỀ TRẢ TIỀN BẢO HIỂM	20
Điều 10. Hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm	20
Điều 11. Thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm, thời hạn trả tiền bảo hiểm	22
Điều 12. Phương thức trả tiền bảo hiểm	22
Điều 13. Giám định	22
CHƯƠNG V. QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA CÁC BÊN	23
Điều 14. Quyền và nghĩa vụ của bên mua bảo hiểm, người được bảo hiểm	23
Điều 15. Quyền và nghĩa vụ của doanh nghiệp bảo hiểm	23
CHƯƠNG VI. GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP	25
Điều 16. Luật áp dụng	25
Điều 17. Giải quyết tranh chấp	25
Điều 18. Thời hiệu khởi kiện	25

CHƯƠNG I. QUY ĐỊNH CHUNG

Điều 1. Giải thích từ ngữ

1. Doanh nghiệp bảo hiểm

Là Tổng công ty Cổ phần Bảo hiểm Ngân hàng TMCP Công thương Việt Nam (viết tắt là VBI) được thành lập, tổ chức và hoạt động theo pháp luật Việt Nam.

2. Bên mua bảo hiểm

Là cá nhân hoặc tổ chức đại diện cho Người được bảo hiểm đứng ra yêu cầu và ký kết Hợp đồng bảo hiểm với VBI và đóng phí bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm có thể đồng thời là người được bảo hiểm hoặc người thụ hưởng.

3. Người thụ hưởng

Là tổ chức, cá nhân được bên mua bảo hiểm chỉ định để nhận tiền bảo hiểm theo hợp đồng bảo hiểm.

Trường hợp người được bảo hiểm đồng thời là người thụ hưởng và người được bảo hiểm tử vong hoặc mất năng lực hành vi dân sự, doanh nghiệp bảo hiểm sẽ giải quyết theo các quy định của Bộ luật dân sự về đại diện và thừa kế.

4. Người phụ thuộc

Là vợ, chồng, con cái hợp pháp của Người được bảo hiểm. Con cái là những người từ 15 ngày tuổi đến 18 tuổi hoặc đến 25 tuổi đang theo học các khóa học dài hạn toàn thời gian, chưa kết hôn và sống phụ thuộc vào Người được bảo hiểm.

5. Tuổi được bảo hiểm

Là tuổi của Người được bảo hiểm vào ngày có hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm tính theo lần sinh nhật liền trước ngày Hợp đồng có hiệu lực.

6. Tái tục liên tục

Là Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm được ký trong vòng 30 ngày kể từ ngày hết hạn của HĐ/GCNBH mà Người được bảo hiểm đã tham gia trước đó tại bảo hiểm VBI.

7. Tai nạn

Là sự kiện/chuỗi sự kiện bất ngờ, không lường trước được, nằm ngoài ý muốn của Người được bảo hiểm, gây ra bởi một lực bên ngoài có thể nhìn thấy được xảy ra trong thời hạn bảo hiểm ghi trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm; là nguyên nhân trực tiếp tác động lên cơ thể của Người được bảo hiểm làm cho Người được bảo hiểm bị tử vong hoặc thương tật thân thể. Sự kiện/ chuỗi sự kiện này không phải có nguyên nhân từ bệnh; suy giảm sức khỏe hoặc thần kinh hoặc thoái hoá theo thời gian, tuổi tác.

8. Thương tật thân thể

Là những tổn thương đối với bất kỳ bộ phận, chức năng nào của cơ thể do nguyên nhân trực tiếp và duy nhất là tai nạn.

a. Thương tật tạm thời

- Là tình trạng mà người được bảo hiểm bị thương tật thân thể do tai nạn xảy ra trong thời hạn bảo hiểm. Thương tật thân thể đó không phải là sự kiện hoặc một chuỗi sự

kiện của thương tật trước đó (thương tật có sẵn) hoặc bệnh có sẵn hoặc khuyết tật hoặc sự suy giảm sức khỏe hoặc sự suy giảm thần kinh hoặc quá trình thoái hóa tự nhiên theo thời gian hay tuổi tác, làm cho Người được bảo hiểm tạm thời không thể thực hiện bất kỳ công việc nào của mình. Tình trạng thương tật thân thể đó không phải là vĩnh viễn.

- Thương tật tạm thời chỉ được xác định sau khi quá trình điều trị thương tật thân thể đó kết thúc và được xác định theo kết luận cuối cùng của bác sĩ tại hồ sơ bệnh án/chứng từ y tế hoặc theo ý kiến của cơ quan chuyên môn có liên quan. Nguyên tắc xác định tổn thương quy định tại thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH và các văn bản sửa đổi, bổ sung, thay thế (nếu có).

b. Thương tật toàn bộ/bộ phận vĩnh viễn

- Là tình trạng mà người được bảo hiểm bị thương tật thân thể do tai nạn xảy ra trong thời hạn bảo hiểm. Thương tật thân thể đó không phải là sự kiện hoặc một chuỗi sự kiện của thương tật trước đó (thương tật có sẵn) hoặc bệnh có sẵn hoặc khuyết tật hoặc sự suy giảm sức khỏe hoặc sự suy giảm thần kinh hoặc quá trình thoái hóa tự nhiên theo thời gian hay tuổi tác, làm cho Người được bảo hiểm bị cản trở hoàn toàn (đối với thương tật toàn bộ vĩnh viễn) khi thực hiện bất kỳ công việc nào của mình hoặc không có khả năng phục hồi chức năng hoạt động bình thường của một hay nhiều bộ phận cơ thể (đối với thương tật bộ phận vĩnh viễn); với điều kiện thương tật đó kéo dài 52 tuần liên tục (kể từ ngày Người được bảo hiểm điều trị thương tật đó kết thúc) và không hi vọng vào sự tiến triển của thương tật đó, trừ trường hợp Người được bảo hiểm bị cắt hoặc mất một phần cơ thể.

- Thương tật toàn bộ/bộ phận vĩnh viễn chỉ được xác định sau khi quá trình điều trị thương tật thân thể đó kết thúc và được xác định theo kết luận cuối cùng của bác sĩ tại hồ sơ bệnh án/chứng từ y tế hoặc theo ý kiến của cơ quan chuyên môn có liên quan. Nguyên tắc xác định tổn thương quy định tại thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH và các văn bản sửa đổi, bổ sung, thay thế (nếu có).

c. Thương tật có sẵn

- Là tình trạng mà người được bảo hiểm bị thương tật thân thể do nguyên nhân tai nạn xảy ra từ trước ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm mà Người được bảo hiểm đã biết hoặc ý thức được cho dù Người được bảo hiểm có thật sự khám và điều trị hoặc nhận biết được hay không.

- Thương tật có sẵn được thể hiện ở chẩn đoán của bác sĩ tại hồ sơ bệnh án/chứng từ y tế hoặc di chứng/tổn thương tồn tại trên cơ thể hoặc theo ý kiến của cơ quan chuyên môn có liên quan.

9. Bệnh

Là tình trạng cơ thể có dấu hiệu của bệnh lý khác với tình trạng sức khỏe bình thường.

10. Bệnh có sẵn

a. Là tình trạng bệnh có từ trước ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm/ Giấy chứng nhận bảo hiểm mà Người được bảo hiểm:

- Đã phải điều trị trong vòng 3 năm gần đây, hoặc
- Triệu chứng bệnh/thời điểm khởi phát bệnh đã xuất hiện hoặc đã xảy ra từ trước ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm, mà Người được bảo hiểm đã biết hoặc ý thức được cho dù Người được bảo hiểm có thực sự khám, điều trị hay không.

b. Bệnh có sẵn bao gồm bệnh mãn tính/ mạn tính (không bao gồm đợt cấp tính của bệnh mãn tính/ mạn tính).

11. Bệnh đặc biệt

Theo Quy tắc bảo hiểm này, những bệnh sau đây được hiểu là bệnh đặc biệt và được xác định theo kết luận cuối cùng của bác sỹ tại hồ sơ bệnh án/chứng từ y tế, bao gồm các bệnh được liệt kê tại Phụ lục 1 – Danh mục các Bệnh đặc biệt

12. Bệnh nghề nghiệp

Bệnh nghề nghiệp là bệnh phát sinh do điều kiện lao động có hại của nghề nghiệp tác động đối với người lao động và được xác định theo kết luận cuối cùng của bác sỹ tại hồ sơ bệnh án/chứng từ y tế hoặc theo ý kiến của hội đồng chuyên môn liên quan. Danh mục các loại bệnh nghề nghiệp được quy định tại Thông tư số 15/2016/TT-BYT của Bộ Y tế ban hành ngày 15/05/2016 và các văn bản sửa đổi, bổ sung, thay thế (nếu có).

13. Bệnh/dị tật bẩm sinh (bao gồm các thuật ngữ dị dạng/khuyết tật):

Là các bất thường bộc lộ sớm hay tiềm ẩn, có thể xuất hiện muộn về di truyền, về gen, về hình dạng, về cấu trúc, về chức năng, về chuyển hóa hoặc vị trí của các bộ phận cơ thể trong giai đoạn phát triển bào thai hay xuất hiện muộn trong các giai đoạn phát triển cơ thể, kể cả trường hợp phát triển bất thường, sai lệch chức năng, vị trí của tế bào mầm.

Bệnh/dị tật bẩm sinh được xác định theo kết luận cuối cùng của bác sỹ tại hồ sơ bệnh án/chứng từ y tế hoặc theo ý kiến của cơ quan chuyên môn.

14. Bệnh mãn tính/mạn tính

Là tình trạng bệnh xảy ra từ từ, kéo dài, tiến triển chậm, thời gian điều trị lâu nhưng khó hoặc không có khả năng khỏi bệnh và được xác định theo kết luận cuối cùng của bác sỹ tại hồ sơ bệnh án/chứng từ y tế hoặc theo ý kiến của cơ quan chuyên môn liên quan.

15. Tàn tật toàn bộ/bộ phận vĩnh viễn

Là hậu quả của bệnh/thai sản xảy ra trong thời hạn bảo hiểm khiến Người được bảo hiểm bị cản trở hoàn toàn/không thể thực hiện được bất kỳ công việc nào của mình (đối với tàn tật toàn bộ vĩnh viễn) hoặc không có khả năng phục hồi chức năng hoạt động bình thường của một hay nhiều bộ phận cơ thể (đối với tàn tật bộ phận vĩnh viễn); với điều kiện tàn tật đó kéo dài 52 tuần liên tục (kể từ ngày Người được bảo hiểm điều trị bệnh/ thai sản đó kết thúc) và không hi vọng vào sự tiến triển của tàn tật đó, trừ trường hợp Người được bảo hiểm bị cắt hoặc mất một phần cơ thể.

Tàn tật toàn bộ/bộ phận vĩnh viễn được xác định theo kết luận cuối cùng của bác sỹ tại hồ sơ bệnh án/chứng từ y tế hoặc theo ý kiến của cơ quan chuyên môn liên quan.

Nguyên tắc xác định được quy định tại thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH và các văn bản sửa đổi, bổ sung, thay thế (nếu có).

16. Bác sỹ

Là người có bằng cấp chuyên môn y khoa được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc thừa nhận được thực hành nghề y hợp pháp trong phạm vi giấy phép theo pháp luật của nước sở tại nơi người được bảo hiểm tiến hành việc khám và điều trị. Bác sỹ không được đồng thời là vợ/chồng, cha/mẹ, con, anh/chị em ruột của người được bảo hiểm/bên mua bảo hiểm.

17. Cơ sở y tế

Cơ sở y tế là đơn vị được luật pháp nước sở tại công nhận, có giấy phép điều trị nội trú, ngoại trú, không phải là nơi dùng để nghỉ ngơi hoặc điều dưỡng, thẩm mỹ, spa, massage, xông hơi hay một cơ sở đặc biệt dành riêng cho người già, hoặc để điều trị, cai nghiện các chất kích thích, rượu, ma túy.

18. Phòng chăm sóc đặc biệt - Intensive care unit (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...).

19. Phòng theo dõi liên tục - High Dependency Unit (HDU)

Là phòng chăm sóc hậu phẫu đặc biệt với nhân viên y tế có chuyên môn phù hợp theo dõi sát sao người bệnh 24/24h.

20. Phòng cách ly y tế

Là phòng tách riêng người mắc bệnh truyền nhiễm, người bị nghi ngờ mắc bệnh truyền nhiễm, người mang mầm bệnh truyền nhiễm hoặc vật có khả năng mang tác nhân gây bệnh truyền nhiễm nhằm hạn chế sự lây truyền bệnh. Việc cách ly y tế phải có chỉ định của bác sỹ chuyên môn phù hợp với các quy định chuyên môn và luật phòng chống bệnh truyền nhiễm.

21. Giường bệnh

- Là giường chuyên dụng dùng cho một người bệnh để nằm điều trị tại các cơ sở y tế, không bao gồm giường cho người trực, giường phòng khám, giường cho người nhà, giường cho người chăm sóc.

- Đơn vị chi phí ngày giường/ phòng điều trị là các chi phí ngày giường nằm điều trị trong một phòng đơn tiêu chuẩn có giá thấp nhất tại Cơ sở y tế (không chi trả phòng bao) bao gồm cả phòng chăm sóc đặc biệt, theo đó:

* Trường hợp Cơ sở y tế liệt kê rõ chi phí ngày giường/phòng điều trị, chi phí điều dưỡng, chi phí bác sỹ: VBI chi trả dựa trên chi phí ngày giường/phòng điều trị bao gồm chi phí giường/phòng nằm điều trị và chi phí chăm sóc điều dưỡng hoặc y tá.

* Trường hợp còn lại: VBI chi trả theo chi phí ngày giường/phòng điều trị được liệt kê theo tên gọi trong chứng từ thanh toán/bảng kê chi tiết viện phí của Cơ sở y tế.

22. Điều trị nội trú

Là điều trị y tế khi Người được bảo hiểm được bác sỹ khám và chỉ định, đã làm thủ tục nhập viện và nằm tại giường bệnh từ 24 giờ trở lên. Giấy ra/xuất viện là chứng từ cần thiết để yêu cầu bồi thường cho quyền lợi này.

23. 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 đủ 24 giờ/ngày. Chứng từ y tế thể hiện điều trị trong ngày là giấy ra viện, báo cáo y khoa, tóm tắt bệnh án (thể hiện ngày ra – vào)

24. Nằm viện

Là việc bệnh nhân điều trị nội trú hoặc điều trị trong ngày tại bệnh viện. Đơn vị ngày nằm viện được tính bằng 24 giờ. Trường hợp bệnh nhân nằm điều trị trong ngày, nằm viện qua đêm hoặc nằm viện nhiều ngày nhưng ngày ra/xuất viện không đủ 24h thì VBI sẽ chi trả theo:

Chi phí thực tế thuộc phạm vi bảo hiểm nhưng tối đa không vượt quá giới hạn nằm viện trên ngày / 24h x số giờ nằm viện thực tế

- Trường hợp giờ vào viện và giờ ra viện không được thể hiện trên Giấy ra viện hoặc Giấy ra/ xuất viện hoặc chứng từ y tế: để xác định nằm viện từ 24 giờ trở lên thì điều trị nội trú sẽ được xác định bằng đơn vị giường bệnh bằng 01 ngày trở lên hoặc ngày ra viện trừ ngày vào viện cộng 01 (tùy theo điều kiện nào thấp hơn sẽ được áp dụng)

Trong trường hợp bệnh viện không cấp được giấy ra viện hoặc xuất viện thì hồ sơ/báo cáo y tế thể hiện rõ thời gian điều trị sẽ được coi như chứng từ thay thế.

Việc điều trị nội trú chỉ được chấp nhận khi bệnh nhân thực hiện điều trị tại một bệnh viện, không phải là phòng khám hay cơ sở điều trị ngoại trú. Định nghĩa về bệnh viện, phòng khám và cơ sở điều trị ngoại trú đã được quy định tại Thông tư số 41/2011/TT-BYT ngày 14/11/2011 của Bộ Y tế và các văn bản sửa đổi, bổ sung, thay thế (nếu có)

25. Chi phí điều trị trước khi nhập viện

Là các chi phí khám, cận lâm sàng và tiền thuốc theo chỉ định của bác sỹ, liên quan trực tiếp đến bệnh, thai sản cần phải nhập viện, được thực hiện trước khi nhập viện trong vòng tối đa không vượt quá số ngày được ghi trên hợp đồng/giấy chứng nhận bảo hiểm.

26. Chi phí điều trị sau khi xuất viện

Là các chi phí khám, cận lâm sàng và tiền thuốc theo chỉ định của bác sỹ, liên quan trực tiếp đến bệnh, thai sản ngay sau khi điều trị nội trú nhưng tối đa không vượt quá số ngày được ghi trên hợp đồng/giấy chứng nhận bảo hiểm:

- Cận lâm sàng, đơn thuốc được kê liên tục ngay sau khi xuất viện;
- Trường hợp không cần điều trị liên tục thì chi phí tái khám lần đầu tiên kể từ ngày xuất viện được tính vào quyền lợi này.

27. Chăm sóc y tế tại nhà

Là các dịch vụ chăm sóc y tế (không bao gồm chi phí đi lại) của một điều dưỡng được cấp giấy phép hoạt động hoặc chứng chỉ hành nghề hợp pháp được thực hiện tại nhà của Người được bảo hiểm và ngay sau khi ra viện nhưng tối đa không vượt quá số ngày được ghi trên hợp đồng/giấy chứng nhận bảo hiểm. Dịch vụ này phải được thực hiện theo chỉ định của bác sỹ điều trị vì những lý do đặc thù của ngành y.

28. Điều trị Ngoại trú

Là việc điều trị bệnh, thai sản của Người được bảo hiểm đã khám bệnh, chữa bệnh tại một cơ sở y tế có giấy phép hoạt động hợp pháp mà không phải nằm viện, điều trị nội trú hoặc điều trị trong ngày.

29. Cận lâm sàng

Là khi Bác sỹ khám bệnh cho người được bảo hiểm thấy cần thiết phải chỉ định làm xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng hay các thủ thuật khác nhằm mục đích duy nhất để chẩn đoán và điều trị bệnh, không bao gồm các xét nghiệm mang tính kiểm tra, tầm soát, loại trừ/phân biệt, theo dõi định kỳ trong cùng một lần khám bệnh.

30. Lần khám, chữa bệnh

Là một lần người bệnh là người được bảo hiểm được bác sỹ thăm khám lâm sàng có hoặc không kết hợp với cận lâm sàng nhằm mục đích chẩn đoán bệnh, chữa bệnh, không phụ thuộc lần khám kết thúc trong một hay nhiều ngày.

Các trường hợp cụ thể:

- Trường hợp nhiều bác sỹ chuyên khoa cùng hội chẩn trước một người bệnh theo quy chế bệnh viện thì chỉ được tính là một lần khám, chữa bệnh.
- Trường hợp người bệnh khám một chuyên khoa nhiều lần trong ngày, tại một hay nhiều cơ sở y tế khác nhau có cùng 1 chẩn đoán/kết luận bệnh thì chỉ được tính là một lần khám, chữa bệnh.
- Trường hợp người bệnh phải khám nhiều chuyên khoa khác nhau dù có chỉ định của bác sỹ trong cùng một cơ sở y tế, thực hiện trong một ngày hay nhiều ngày mà có cùng 1 chẩn đoán/kết luận bệnh thì vẫn chỉ tính là một lần khám, chữa bệnh.
- Trường hợp người bệnh đã khám bệnh có chẩn đoán bệnh và bác sỹ chỉ định phương pháp điều trị trong nhiều ngày thì kể từ ngày khám bệnh đến ngày kết thúc điều trị được tính là 1 lần khám, chữa bệnh.
- Chỉ định tái khám ngay sau đó của bác sỹ cho dù cần phải tiếp tục điều trị, theo dõi hay không cần điều trị sẽ được tính như một lần khám, chữa bệnh độc lập.
- Trường hợp ra viện không phải dùng thuốc liên tục ngay sau khi ra viện thì chỉ định tái khám được coi là 1 lần khám, chữa bệnh độc lập.
- Đối với trường hợp điều trị theo đợt (vật lý trị liệu, châm cứu, khí rung, tiêm/truyền thuốc ngoại trú), số ngày điều trị theo chỉ định của bác sỹ được tính là một lần khám, chữa bệnh.

31. Thủ thuật/Phẫu thuật

Là phương pháp khoa học dùng các quy trình kỹ thuật chuyên khoa, chuyên ngành để chẩn đoán, điều trị bệnh, thai sản, tai nạn có sử dụng phương pháp gây mê, gây tê thích hợp được thực hiện bởi các phẫu thuật viên phải có chứng chỉ phẫu thuật chuyên khoa và có quyết định được thực hiện phẫu thuật của lãnh đạo cơ sở y tế.

Danh mục thủ thuật/phẫu thuật được áp dụng theo quy định hiện hành của Bộ y tế hoặc nước sở tại.

32. Cấy ghép bộ phận cơ thể

Là việc phẫu thuật để cấy ghép tạng/bộ phận cơ thể cho Người được bảo hiểm được thực hiện tại bệnh viện bởi bác sỹ có trình độ chuyên môn phù hợp. Các chi phí để có được bộ phận cấy ghép và các chi phí phát sinh của người hiến bộ phận cơ thể không được bảo hiểm trong Quy tắc này.

33. Điều trị cấp cứu

Dịch vụ cấp cứu được thực hiện tại phòng cấp cứu của một cơ sở y tế hợp pháp cho một tình trạng nguy kịch.

34. Dịch vụ xe cứu thương

Là việc sử dụng xe cứu thương của cơ sở y tế hợp pháp hoặc dịch vụ xe cứu thương trong trường hợp Người được bảo hiểm bị bệnh, tai nạn trong tình trạng nguy kịch ảnh hưởng đến tính mạng buộc phải đưa người bệnh đến Cơ sở y tế gần nhất hoặc Cơ sở y tế này đến Cơ sở y tế khác (không phải là dịch vụ vận chuyển bằng đường hàng không).

35. Tình trạng nguy kịch

Là một tình trạng sức khoẻ nguy kịch được xác định theo kết luận cuối cùng của bác sỹ có xác nhận của cơ sở y tế tại hồ sơ bệnh án/chứng từ y tế hoặc theo ý kiến của hội đồng giám định y khoa (nếu có) về việc cần phải điều trị khẩn cấp để duy trì sự sống tránh tử vong. Duy trì sự sống được hiểu là duy trì dấu hiệu sinh tồn về tuần hoàn và hô hấp.

36. Chi phí y tế

Là các chi phí y tế hợp lý, phát sinh cần thiết cho việc khám, chữa bệnh của Người được bảo hiểm trong trường hợp bệnh, thai sản, tai nạn tùy thuộc vào lý do, triệu chứng mà người được bảo hiểm phải đi khám bệnh và theo chỉ định của bác sỹ thuộc phạm vi bảo hiểm.

37. Thuốc

Là chất hoặc hỗn hợp các chất dùng cho người nhằm mục đích chữa bệnh, chẩn đoán bệnh hoặc điều chỉnh chức năng sinh lý cơ thể bao gồm thuốc thành phẩm; nguyên liệu làm thuốc; sinh phẩm y tế.

38. Thuốc kê theo đơn của bác sỹ

Là những thuốc, dược phẩm được bán và sử dụng theo Đơn của Bác sỹ, theo quy định của pháp luật và không bao gồm các sản phẩm không được Bộ Y tế cấp phép lưu hành.

39. Thuốc hỗ trợ điều trị:

Là các loại **thuốc** bác sỹ chỉ định nhằm mục đích hỗ trợ cho thuốc điều trị chính phù hợp với kết luận/chẩn đoán bệnh cuối cùng: thuốc điều trị triệu chứng, thuốc điều trị dự phòng các tác dụng phụ/biến chứng của thuốc điều trị chính, thuốc bổ là các thuốc bổ sung vitamin, chất khoáng giúp bồi dưỡng cơ thể, giảm mệt mỏi, tăng cường sức khỏe, giúp ăn được, ngủ được, tăng sự tập trung, cải thiện trí nhớ, thuốc chống oxy hóa tế bào, thuốc tăng cường miễn dịch.

VBI sẽ xem xét chi trả thuốc hỗ trợ điều trị khi thỏa mãn một trong các điều kiện sau:

- Các loại thuốc hỗ trợ điều trị này là thuốc điều trị chính có chỉ định của Bác sỹ điều trị.
- Trường hợp không phải thuốc điều trị chính, các loại thuốc hỗ trợ điều trị này được bác sỹ chỉ định nhằm mục đích điều trị hỗ trợ, VBI thanh toán tối đa bằng thời gian điều trị hoặc chi phí thuốc điều trị chính tùy theo điều kiện nào thấp hơn.

40. Mỹ phẩm

Là một chất hoặc chế phẩm được sử dụng để tiếp xúc với bộ phận bên ngoài cơ thể con người (da, hệ thống lông tóc, móng tay, móng chân, môi và cơ quan sinh dục ngoài) hoặc răng và niêm mạc miệng với mục đích chính là để làm sạch, làm thơm, thay đổi diện mạo, hình thức, điều chỉnh mùi cơ thể, bảo vệ cơ thể hoặc giữ cơ thể trong điều kiện tốt.

41. Thực phẩm chức năng

Là thực phẩm dùng để hỗ trợ chức năng của các bộ phận trong cơ thể người, có tác dụng dinh dưỡng, tạo cho cơ thể tình trạng thoải mái, tăng sức đề kháng và giảm bớt nguy cơ gây bệnh. Tùy theo công thức, hàm lượng vi chất và hướng dẫn sử dụng, thực phẩm chức năng còn có các tên gọi sau: thực phẩm bổ sung vi chất dinh dưỡng, thực phẩm bổ sung, thực phẩm bảo vệ sức khỏe, sản phẩm dinh dưỡng y học. Thực phẩm này không phải là thuốc, không có tác dụng thay thế thuốc chữa bệnh

42. Trợ cấp nằm viện/mất giảm thu nhập

Là khoản tiền trợ cấp trong trường hợp Người được bảo hiểm nằm viện để điều trị nội trú, ngoại trú do bệnh, thai sản hoặc tai nạn tại các cơ sở y tế.

Thời gian trợ cấp nằm viện/mất giảm thu nhập được xác định theo số ngày nằm viện tại định nghĩa « Nằm viện » hoặc nghỉ để điều trị ngoại trú theo chỉ định của bác sỹ và Giấy chứng nhận nghỉ việc hưởng bảo hiểm xã hội.

Số tiền chi trả bảo hiểm sẽ được căn cứ vào :

- Số tiền bảo hiểm và số ngày được hưởng trợ cấp quy định trên hợp đồng/giấy chứng nhận bảo hiểm, hoặc
- Lương tháng (gồm mức lương và phụ cấp lương) ghi trên Hợp đồng lao động, hoặc mức lương và phụ cấp lương đã báo cáo với cơ quan Bảo hiểm xã hội (BHXH) về mức đóng BHXH cho Người được bảo hiểm (không tính tiền thưởng, tiền thêm giờ hay các khoản thu nhập không cố định khác) tại thời điểm xảy ra rủi ro tai nạn/bệnh/thai sản tùy theo điều kiện nào thấp hơn. Công thức tính trợ cấp nằm

viện/mất giảm thu nhập:

$$\text{Số tiền chi trả} = \frac{\text{Số tiền bảo hiểm}}{\text{Tổng số ngày nghỉ được bảo hiểm}} \times \text{Số ngày thực tế được hưởng trợ cấp}$$

Hoặc:

$$\text{Số tiền chi trả} = \frac{\text{Tiền lương tháng đóng bảo hiểm xã hội của tháng liền kề trước khi nghỉ việc}}{30 \text{ ngày}} \times \text{Số ngày thực tế được hưởng trợ cấp}$$

43. Điều trị phục hồi chức năng

Không phải là phương pháp điều trị y tế nhằm mục đích làm giảm triệu chứng hoặc khỏi bệnh mà là phương pháp điều trị nhằm mục đích khôi phục lại tình trạng bình thường và/hay chức năng sinh lý sau tổn thương cấp tính hoặc do bệnh, tai nạn kể từ khi người bệnh được bác sĩ chỉ định chuyển sang điều trị tại chuyên khoa phục hồi chức năng

44. Vật lý trị liệu

Là phương pháp chữa bệnh bằng cách sử dụng các 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, siêu âm, các chất đồng vị phóng xạ, xoa bóp, thể dục - thể thao, đi bộ, dưỡng sinh... Quy tắc bảo hiểm này không bảo hiểm các chi phí nhằm mục đích phòng ngừa, thư giãn, massage, spa, sửa dáng đi.

45. 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 bao gồm bởi thiết bị, dụng cụ, vật tư thay thế, bộ phận giả ví dụ răng giả, chân tay giả, thủy tinh thể, khớp giả, đĩa đệm nhân tạo.

46. Vật tư tiêu hao, vật tư thay thế

Là vật tư được sử dụng một lần hoặc nhiều lần nhằm mục đích hỗ trợ cho điều trị, thủ thuật, phẫu thuật và khám chữa bệnh, không/có lắp đặt vĩnh viễn trong cơ thể.

Danh sách vật tư tiêu hao, vật tư thay thế được quy định tại Phụ lục 02 đính kèm quy tắc bảo hiểm này.

47. Chăm sóc thai sản

Là các chi phí y tế cần thiết liên quan đến quá trình mang thai và sinh con kể cả sinh con có hỗ trợ sinh sản, bao gồm:

- a. Sinh con (sinh thường; sinh mổ; sinh khó bằng các can thiệp chuyên môn)
- b. Bất thường trong quá trình mang thai theo chỉ định của bác sĩ để điều trị cho người được bảo hiểm: Thai ngừng phát triển, thai lưu, dọa xảy thai, xảy thai, chửa trứng, chửa ngoài tử cung, rau tiền đạo, rau bong non, dọa đẻ non, chửa vết mổ.
- c. Bệnh lý phát sinh nguyên nhân do thai kỳ: đái tháo đường thai kỳ, cao huyết áp thai kỳ, nhiễm độc thai nghén không bao gồm nôn nhiều, nôn nặng.

d. Tai biến sản khoa: nhiễm trùng hậu sản các loại, tiền sản giật, sản giật, dọa vỡ tử cung, vỡ tử cung, chảy máu sau đẻ, phù phổi cấp, thuyên tắc ối và các biến chứng của các nguyên nhân nêu trên.

Chăm sóc thai sản không bao gồm: quá trình thực hiện hỗ trợ sinh sản đến 12 tuần tuổi, bất thường trong quá trình mang thai do hỗ trợ sinh sản, hút/nạo thai theo yêu cầu/kế hoạch hoá gia đình, sinh mổ theo yêu cầu.

48. Chăm sóc trẻ sơ sinh

Là việc điều trị cho trẻ sơ sinh liên quan đến bệnh lý xuất hiện trong vòng 7 ngày sau khi sinh, với điều kiện người mẹ vẫn nằm viện (không bao gồm các chi phí vệ sinh; vật dụng cá nhân và chi phí thức ăn cho em bé; vàng da sinh lý; tiêm phòng các loại; khám, thuốc dự phòng và xét nghiệm kiểm tra tầm soát hoặc điều trị các bệnh bẩm sinh/di truyền).

49. Hoạt động thể thao chuyên nghiệp

Là các hoạt động thể thao mang lại nguồn thu nhập sống chính và thường xuyên cho Người được bảo hiểm.

50. Hoạt động thể thao nguy hiểm

Là các hoạt động trên không (trừ khi đi lại bằng đường hàng không), các môn thể thao mùa đông, môn thể thao bay lượn, săn bắn, hockey trên băng, nhảy dù, đấu vật, môn bóng ngựa, môn lướt ván, bơi thuyền buồm cách xa bờ 5 km, các cuộc đua (không bao gồm các cuộc đua mang tính chất từ thiện, các cuộc đua mang tính chất nội bộ do công ty tổ chức).

51. Giới hạn địa lý

Giới hạn địa lý theo Quy tắc bảo hiểm này bao gồm Việt Nam hoặc các quốc gia khác được quy định cụ thể trên hợp đồng/giấy chứng nhận bảo hiểm..

52. Công ty cứu trợ y tế

Là đơn vị có dịch vụ cứu trợ y tế có chất lượng và dịch vụ tốt được VBI chỉ định.

53. Mạng lưới bảo lãnh viện phí

Là hệ thống các cơ sở y tế có ký kết thỏa thuận cung cấp dịch vụ bảo lãnh với VBI. Người được bảo hiểm khi khám và điều trị tại những cơ sở này sẽ được VBI bảo lãnh thanh toán các chi phí phát sinh thuộc phạm vi bảo hiểm và theo hạn mức quy định trong Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm. Người được bảo hiểm phải tự chi trả cho những chi phí vượt quá Mức trách nhiệm đã tham gia trong Quy tắc bảo hiểm tại thời điểm điều trị.

54. Đồng chi trả

Là phần chi phí Người được bảo hiểm tự chi trả trong tổng số chi phí đã phát sinh khám, chữa bệnh theo thỏa thuận giữa VBI với Chủ hợp đồng. Hạn mức đồng chi trả/miễn thường và các điều khoản bảo hiểm áp dụng liên quan được chi tiết trong “Bảng quyền lợi bảo hiểm”.

Đồng chi trả là số tiền theo tỷ lệ mà Công ty bảo hiểm, Người được bảo hiểm cùng chi trả khi phát sinh chi phí thuộc phạm vi bảo hiểm. Đồng chi trả được tính theo tỷ lệ

phần trăm (%) trên tổng số tiền chi phí phát sinh thuộc phạm vi bảo hiểm hoặc trên các mức giới hạn phụ của quyền lợi được bảo hiểm tùy theo thỏa thuận của các bên và được quy định rõ tại Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm. Giới hạn chi phí do VBI chi trả tối đa bằng hạn mức quyền lợi được quy định trong Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Điều 2. Đối tượng của hợp đồng bảo hiểm

1. Đối tượng của hợp đồng bảo hiểm:

Người được bảo hiểm là công dân Việt Nam hoặc người Nước ngoài đang cư trú hợp pháp tại Việt Nam từ 15 ngày tuổi đến 80 tuổi (tính theo năm dương lịch) tại thời điểm bắt đầu của thời hạn bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm, trong mọi trường hợp Đơn bảo hiểm này sẽ chấm dứt đối với Cá nhân được bảo hiểm tại thời điểm kết thúc thời hạn bảo hiểm mà trong thời hạn đó Cá nhân được bảo hiểm đạt 80 tuổi.

VBI không nhận bảo hiểm đối với các đối tượng sau:

- a. Người đang bị bệnh tâm thần, thần kinh, bệnh phong.
- b. Người bị thương tật vĩnh viễn quá 50%.
- c. Người đang trong thời gian điều trị bệnh hoặc thương tật.

2. Bên mua bảo hiểm chỉ có thể mua bảo hiểm cho những người sau đây:

- a. Bản thân bên mua bảo hiểm;
- b. Vợ, chồng, cha, mẹ của bên mua bảo hiểm;
- c. Anh, chị, em ruột; người có quan hệ nuôi dưỡng và cấp dưỡng.
- d. Người khác, nếu bên mua bảo hiểm có quyền lợi có thể được bảo hiểm.

Điều 3. Hợp đồng bảo hiểm, thời hạn và hiệu lực bảo hiểm

1. Hợp đồng bảo hiểm

Hợp đồng bảo hiểm là sự thỏa thuận giữa bên mua bảo hiểm và doanh nghiệp bảo hiểm, theo đó bên mua bảo hiểm phải đóng phí bảo hiểm, doanh nghiệp bảo hiểm phải trả tiền bảo hiểm cho người thụ hưởng khi xảy ra sự kiện bảo hiểm.

Hợp đồng bảo hiểm phải được lập thành văn bản. Bằng chứng giao kết hợp đồng bảo hiểm là Hợp đồng bảo hiểm, giấy chứng nhận bảo hiểm, đơn bảo hiểm, điện báo, telex, fax và các hình thức khác do pháp luật quy định.

2. 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.

3. Thời hạn bảo hiểm

Thời hạn bảo hiểm là 1 năm, và được bắt đầu theo thỏa thuận của Hợp đồng hoặc tính từ 00:01h của ngày đó. Đối với các Hợp đồng bảo hiểm được tái tục liên tục hàng năm, ngày thời hạn bảo hiểm là ngày tái tục hợp đồng.

Điều 4. Phí bảo hiểm và số tiền bảo hiểm

1. Phí bảo hiểm

Phí bảo hiểm là khoản tiền mà bên mua bảo hiểm phải đóng cho doanh nghiệp bảo hiểm theo thời hạn và phương thức do các bên thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm, phù hợp với quy định của pháp luật hiện hành.

Người được bảo hiểm phải đóng phí theo phương thức và thời hạn đã thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm với doanh nghiệp bảo hiểm trên cơ sở quy định của pháp luật hiện hành.

2. Số tiền bảo hiểm

Số tiền bảo hiểm hoặc phương thức xác định số tiền bảo hiểm được bên mua bảo hiểm và doanh nghiệp bảo hiểm thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm.

Điều 5. Căn cứ trả tiền bảo hiểm

1. Trường hợp người được bảo hiểm phát sinh rủi ro tai nạn, VBI trả tiền bảo hiểm cho người được bảo hiểm hoặc người thụ hưởng trong phạm vi số tiền bảo hiểm, căn cứ vào thương tật thực tế của người được bảo hiểm và thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm.

2. Trường hợp người được bảo hiểm phát sinh rủi ro bệnh, thai sản, VBI trả tiền bảo hiểm cho người được bảo hiểm hoặc người thụ hưởng trong phạm vi số tiền bảo hiểm, căn cứ vào chi phí y tế của người được bảo hiểm và thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm.

3. 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.

Điều 6. Thời gian chờ

Là thời gian mà các quyền lợi bảo hiểm có liên quan không được chi trả bảo hiểm bao gồm những trường hợp thời điểm phát sinh rủi ro nằm trong thời gian chờ nhưng chi phí điều trị rủi ro phát sinh trong thời hạn bảo hiểm có hiệu lực hoặc hậu quả của đợt điều trị rủi ro này còn kéo dài trong thời hạn bảo hiểm có hiệu lực trừ khi có những quy định khác trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc Hợp đồng bảo hiểm.

Điều 7. Quy định chung khác

1. Chấm dứt hợp đồng bảo hiểm

a. Các trường hợp chấm dứt hợp đồng bảo hiểm

Ngoài các trường hợp chấm dứt hợp đồng theo quy định của Bộ luật dân sự, hợp đồng bảo hiểm còn chấm dứt trong các trường hợp sau đây:

- Bên mua bảo hiểm không còn quyền lợi có thể được bảo hiểm;
- Bên mua bảo hiểm không đóng đủ phí bảo hiểm hoặc không đóng phí bảo hiểm theo thời hạn thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm, trừ trường hợp các bên có thỏa thuận khác;

- Bên mua bảo hiểm không đóng đủ phí bảo hiểm trong thời gian gia hạn đóng phí bảo hiểm theo thoả thuận trong hợp đồng bảo hiểm.

b. Hậu quả pháp lý

- Trong trường hợp chấm dứt hợp đồng bảo hiểm do bên mua bảo hiểm không còn quyền lợi có thể được bảo hiểm, doanh nghiệp bảo hiểm phải hoàn lại 80% phí bảo hiểm cho bên mua bảo hiểm tương ứng với thời gian còn lại của hợp đồng bảo hiểm mà bên mua bảo hiểm đã đóng phí bảo hiểm.

- Trong trường hợp chấm dứt hợp đồng bảo hiểm do bên mua bảo hiểm không đóng đủ phí bảo hiểm trong thời gian gia hạn đóng phí bảo hiểm theo thoả thuận trong hợp đồng bảo hiểm, doanh nghiệp bảo hiểm vẫn phải chịu trách nhiệm bồi thường cho người được bảo hiểm khi sự kiện bảo hiểm xảy ra trong thời gian gia hạn đóng phí.

- Hậu quả pháp lý của việc chấm dứt hợp đồng bảo hiểm trong các trường hợp khác được thực hiện theo quy định của Bộ luật dân sự và các quy định khác của pháp luật có liên quan.

2. Bảo hiểm chi phí y tế

Doanh nghiệp bảo hiểm thanh toán chi phí điều trị thực tế theo hóa đơn và không vượt quá số tiền bảo hiểm được quy định trong hợp đồng bảo hiểm.

3. Kết thúc quyền lợi bảo hiểm

Tất cả các quyền lợi bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này sẽ chấm dứt hiệu lực vào ngày cuối cùng của thời hạn bảo hiểm được quy định trên Giấy chứng nhận/Hợp đồng bảo hiểm hoặc vào ngày chấm dứt hiệu lực bảo hiểm do Chủ hợp đồng bảo hiểm yêu cầu tùy theo thời điểm nào đến trước, bao gồm cả những rủi ro phát sinh trong thời hạn bảo hiểm nhưng thời điểm khắc phục hậu quả xảy ra ngoài thời hạn bảo hiểm.

CHƯƠNG II. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Điều 8. Quyền lợi bảo hiểm chính

Điều trị nội trú do bệnh, tai nạn.

1. Quyền lợi bảo hiểm

Bảo hiểm cho trường hợp bệnh, tai nạn, (nếu có, và được nêu rõ trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm) xảy ra trong thời hạn bảo hiểm khiến Người được bảo hiểm phải nằm viện điều trị nội trú và hoặc phẫu thuật nội trú tại bệnh viện.

a. Trường hợp nằm viện

Nếu Người được bảo hiểm phải nằm viện, VBI sẽ thanh toán cho người được bảo hiểm những chi phí về dịch vụ y tế hoặc dược phẩm cung cấp bởi bệnh viện, bao gồm các chi phí sau

- Chi phí giường bệnh/ngày đối với khoa dịch vụ theo yêu cầu của bệnh viện công lập, bệnh viện tư nhân, bệnh viện quốc tế, tiền giường bệnh được giới hạn ở giá thấp nhất của dịch vụ tại cơ sở y tế đó (không phải phòng đặc biệt, phòng bao) trừ khi có thỏa thuận khác;
- Chi phí tiền phòng bao gồm phòng săn sóc đặc biệt (ICU); phòng chăm sóc liên tục (HDU); phòng cách ly y tế;
- Tiền ăn theo tiêu chuẩn tại bệnh viện;
- Chi phí tiêm, truyền tĩnh mạch, thay băng, cắt chỉ;
- Cận lâm sàng xét nghiệm hoặc chẩn đoán bằng hình ảnh như X-quang, MRI, CT, PET (các xét nghiệm này phải do bác sĩ chỉ định là biện pháp cần thiết để theo dõi đánh giá, chẩn đoán tình trạng bệnh và phải là một phần của chi phí điều trị nằm viện, điều trị nội trú hoặc điều trị trong ngày);
- Thuốc, dược phẩm, vac-xin cần thiết do bác sĩ điều trị chỉ định theo quy định chuyên môn.
- Dịch truyền thông thường, cao phân tử, máu và chế phẩm trong khi nằm viện;
- Vật tư y tế, vật tư thay thế (theo danh mục bảo hiểm tại phụ lục 02 đính kèm quy tắc này);
- Vật lý trị liệu (nếu những chi phí này được thực hiện tại bệnh viện, nhằm góp phần điều trị toàn diện, cần thiết cho quá trình điều trị theo chỉ định của bác sĩ);

b. Chi phí thủ thuật, phẫu thuật (gọi chung là phẫu thuật)

VBI chi trả các chi phí y tế liên quan đến một ca phẫu thuật nội trú, phẫu thuật trong ngày hoặc phẫu thuật ngoại trú, bao gồm các chi phí thông thường cho các chẩn đoán; thuốc trước, trong và sau phẫu thuật; chi phí gây mê; chi phí hồi sức sau khi phẫu thuật; bộ dụng cụ phẫu thuật chuyên dụng; khấu hao trang thiết bị; vật tư tiêu hao cần thiết cho phẫu thuật; chi phí phòng mổ, phẫu thuật viên; chi phí cấy ghép nội tạng (không bảo hiểm cho chi phí mua các bộ phận nội tạng và chi phí hiến nội tạng); chi phí tái mổ. Chi phí phẫu thuật không bao gồm các thủ thuật chẩn đoán bệnh.

c. Các quyền lợi bảo hiểm khác (tối đa không vượt quá số tiền bảo hiểm và được quy định rõ trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm) bao gồm.

- Chi phí điều trị trước khi nhập viện phát sinh trong vòng 30 ngày trước khi nhập viện.
- Chi phí điều trị sau khi xuất viện trong vòng 30 ngày sau khi xuất viện.
- Dịch vụ xe cứu thương, xe cấp cứu bằng đường bộ.
- Phục hồi chức năng.
- Trợ cấp mai táng phí trong trường hợp tử vong tại bệnh viện

2. Hiệu lực bảo hiểm

Bảo hiểm có hiệu lực sau thời gian chờ dưới đây kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm quy định trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm:

- 30 ngày đối với trường hợp bệnh (bao gồm cả thời gian phát bệnh cho đến khi kết thúc đợt điều trị/tính theo thời điểm có bệnh, không tính theo thời điểm điều trị và có liên quan trực tiếp đến bệnh cần điều trị).
- 270 ngày đối với quyền lợi thai sản (sinh con và tai biến sản khoa)
- 90 ngày đối với bất thường trong quá trình mang thai, Bệnh lý phát sinh nguyên nhân do thai kỳ.
- 01 năm đối với bệnh đặc biệt và bệnh có sẵn/thương tật có sẵn.

Điều 9. Quyền lợi bổ sung (BS)

Các quyền lợi bổ sung sẽ được cấp cùng với Quy tắc và là một bộ phận không thể tách rời Quy tắc bảo hiểm này.

Các quyền lợi bổ sung chỉ được áp dụng trong trường hợp Người được bảo hiểm đã tham gia quyền lợi bảo hiểm chính và được ghi rõ trong Hợp đồng bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm và được giải quyết bồi thường căn cứ vào các định nghĩa, các điểm loại trừ được quy định trong phần Quyền lợi chính của Quy tắc này nếu không có quy định nào khác.

CHƯƠNG III. CÁC ĐIỂM LOẠI TRỪ BẢO HIỂM

I. Các điểm loại trừ chung

1. Người được bảo hiểm bị tác động bởi chất kích thích, chất gây nghiện, thuốc cai nghiện, thuốc không được bác sĩ chuyên môn kê đơn thuốc, rượu, bia hoặc các chất có cồn và việc ảnh hưởng này là nguyên nhân gây ra tai nạn và các hậu quả liên quan khác.
2. Chiến tranh, đình công, nội chiến, khủng bố, bạo động, dân biến, phiến loạn, các hoạt động dân sự hoặc các hành động thù địch hoặc hành động của bất kỳ người cầm đầu của tổ chức nào nhằm lật đổ, đe dọa chính quyền, kiểm soát bằng vũ lực (kể cả có tuyên chiến hay không).
3. Những rủi ro mang tính chất thảm họa bao gồm động đất, núi lửa, sóng thần, nhiễm phóng xạ, dịch bệnh tại các khu vực địa lý cụ thể được công bố bởi Bộ y tế hoặc cơ quan có thẩm quyền của nước sở tại hoặc của Tổ chức y tế thế giới.
4. Dịch vụ điều trị tại nhà (trừ trường hợp tham gia quyền lợi chăm sóc y tế tại nhà).
5. Những chỉ định phẫu thuật có từ trước ngày bắt đầu bảo hiểm, điều trị/phẫu thuật theo yêu cầu của Người được bảo hiểm.
6. Các chấn thương do các tác nhân hạt nhân gây ra hoặc do bị nhiễm phóng xạ.
7. Tử vong và điều trị khắc phục hậu quả các sự cố sai sót y khoa trong quá trình điều trị bệnh, tai nạn và can thiệp thai sản.
8. Điều trị y tế không có chỉ định sử dụng thuốc của bác sĩ trên “đơn thuốc” hay “sổ khám bệnh – chữa bệnh”; thuốc không được Bộ Y tế Việt Nam cho phép lưu hành, điều trị không được khoa học công nhận, điều trị thử nghiệm; tất cả các hình thức tiêm chủng, vắc xin (trừ trường hợp điều trị do tai nạn); thuốc có tính chất ngăn ngừa, dự phòng, tăng cường sức đề kháng, tăng hệ miễn dịch; thuốc kê đơn theo yêu cầu của người bệnh.
9. Thực phẩm chức năng, thực phẩm bổ sung vi chất dinh dưỡng, thực phẩm bổ sung, thực phẩm bảo vệ sức khỏe, sản phẩm dinh dưỡng y học, các loại vitamin tăng cường sức khỏe ngoại trừ các loại vitamin do bác sĩ chỉ định để điều trị, hỗ trợ điều trị và chi phí không vượt quá số tiền thuốc điều trị chính.
10. Các sản phẩm hỗ trợ điều trị đăng ký dưới dạng mỹ phẩm
11. Vật tư y tế thay thế được quy định tại Phụ lục 02 - trừ khi có thỏa thuận khác.
12. Những sản phẩm theo quy định của Bộ Y Tế được đăng ký dưới dạng trang thiết bị y tế; vật tư y tế thay thế, cấy ghép nhân tạo; các thiết bị hoặc bộ phận giả thay thế chức năng sinh lý của bộ phận cơ thể;
13. Tử vong, thương tật hoặc các chi phí y tế điều trị phát sinh trực tiếp hoặc gián tiếp từ việc ăn, uống, hít phải khí gas, hơi độc, khí độc, chất độc.
14. Hậu quả trực tiếp hoặc gián tiếp từ bệnh tâm thần; rối loạn tâm lý; suy nhược thần kinh/suy nhược cơ thể không có nguyên nhân bệnh lý; mất ngủ bao gồm rối loạn giấc ngủ, mệt mỏi, mất điều tiết, căng thẳng thần kinh, chứng quên hay suy giảm trí nhớ.

15. Tử vong, thương tật do bị sát hại hoặc tấn công vô cớ

16. Mất tích

17. Tử vong, thương tật do bị cướp bóc

II. Điểm loại trừ đối với bảo hiểm tai nạn

1. Hành động cố ý của Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng hoặc người thừa kế hợp pháp của Người được bảo hiểm.

2. Người được bảo hiểm vi phạm pháp Luật phải thụ án hình sự; vi phạm nội quy, quy định của chính quyền địa phương hoặc các tổ chức xã hội.

3. Người điều khiển phương tiện trong tình trạng có nồng độ cồn trong máu hoặc khí thở, sử dụng ma túy và chất kích thích bị cấm theo quy định của pháp luật.

4. Người được bảo hiểm tham gia các hoạt động thể thao chuyên nghiệp hoặc các hoạt động thể thao nguy hiểm, bất kỳ một hoạt động đua nào, các hoạt động của lực lượng vũ trang.

5. Điều khiển hoặc thi hành công vụ trên máy bay, trừ khi là hành khách mua vé trên máy bay của một hãng hàng không chở khách hoặc thuê chuyên hoạt động.

6. Bất kỳ hành động ẩu đả của Người được bảo hiểm, trừ khi là hành động cứu người, bảo vệ tài sản hoặc tự vệ.

III. Điểm loại trừ đối với bảo hiểm chăm sóc sức khỏe

Những hoạt động khám bệnh, chữa bệnh và các chi phí phát sinh trực tiếp hay chi phí khắc phục hậu quả bị loại trừ trong quy tắc bảo hiểm và VBI không chịu trách nhiệm đối với:

1. Khám sức khỏe định kỳ (trừ khi có thỏa thuận khác): kiểm tra sức khỏe tổng quát; khám kiểm tra/định kỳ phụ khoa - nam khoa; khám thai định kỳ.

2. Khám và cận lâm sàng không có kết luận bệnh của bác sỹ.

3. Khám định kỳ theo chỉ định của bác sỹ đối với các bệnh không cần can thiệp y tế.

4. Khám, tư vấn y tế với mục đích kiểm tra, tầm soát.

5. Cận lâm sàng theo yêu cầu hoặc chỉ định của bác sỹ mang tính chất kiểm tra, loại trừ/ phân biệt, tầm soát, không nhằm mục đích duy nhất để chẩn đoán và điều trị bệnh đó.

6. Khám và điều trị các tật khúc xạ (bao gồm cận, viễn, loạn thị).

7. Khám điều trị về răng và liên quan đến răng (nướu/lợi).

8. Các bệnh lý phát sinh trực tiếp hoặc gián tiếp từ quá trình thoái hóa tự nhiên, điều trị các rối loạn liên quan đến tuổi tác.

9. Kế hoạch hóa gia đình; thay đổi giới tính; điều trị bất lực tình dục; rối loạn chức năng sinh dục; liệu pháp hormone thay thế thời kỳ tiền mãn kinh, mãn kinh, tiền mãn dục, mãn dục và bất cứ hậu quả hoặc biến chứng nào của điều trị trên.

10. Các phương pháp điều trị vô sinh, hỗ trợ sinh sản, các hậu quả/biến chứng của hỗ trợ sinh sản, chăm sóc thai sản trong vòng 03 tháng đầu của thai kỳ (nghĩa là từ tuần không (0) đến khi kết thúc tuần thứ mười hai (12)).

11. Các bệnh lây truyền qua đường tình dục theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của

Bộ y tế (không phân biệt nguồn lây, ngoại trừ viêm gan virus); AIDS và các hội chứng suy giảm miễn dịch.

12. Điều trị phục hồi chức năng; thẩm mỹ, chỉnh hình; kiểm soát trọng lượng/chiều cao cơ thể và các hậu quả có liên quan (trừ trẻ em dưới 6 tuổi).

13. Điều trị ngủ ngáy, ngưng thở khi ngủ, mất ngủ, rối loạn giấc ngủ.

14. Điều trị bệnh nghề nghiệp

15. Bệnh đặc biệt trong năm đầu tiên tham gia bảo hiểm (trừ trường hợp tái tục liên tục hoặc có thỏa thuận khác)

16. Bệnh có sẵn/Thương tật có sẵn trong năm đầu tiên tham gia bảo hiểm (trừ trường hợp tái tục liên tục hoặc có thỏa thuận khác)

17. Khuyết tật, bệnh/dị tật bẩm sinh, các bệnh hoặc dị dạng thuộc về gen, tình trạng sức khỏe di truyền với các dấu hiệu bộc lộ từ lúc sinh hay tiềm ẩn hoặc phát hiện muộn ở các giai đoạn phát triển cơ thể.

CHƯƠNG IV. QUY ĐỊNH VỀ TRẢ TIỀN BẢO HIỂM

Điều 10. Hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm.

- Hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm do người được bảo hiểm, người đại diện hợp pháp của người được bảo hiểm theo quy định pháp luật hoặc người thừa kế hợp pháp trong trường hợp người được bảo hiểm tử vong thu thập và cung cấp cho doanh nghiệp bảo hiểm.

Khi yêu cầu trả tiền bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng hoặc Người được uỷ quyền phải gửi toàn bộ các chứng từ, tài liệu bản chính và thông tin liên quan cho VBI, kể cả các chứng từ, tài liệu liên quan hoặc đang lưu trữ tại cơ sở y tế hoặc từ các nhà bảo hiểm khác. Trường hợp chứng từ y tế nộp cho VBI là bản sao y bản chính hợp lệ VBI có quyền yêu cầu xuất trình bản chính để kiểm tra, đối chiếu bao gồm:

1. Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm (bản gốc)
2. Chứng từ y tế điều trị (tối thiểu bản sao hoặc bản đối chiếu của VBI)
 - Phiếu khám; sổ khám/ sổ y bạ
 - Toa thuốc, đơn thuốc
 - Chỉ định, kết quả cận lâm sàng
 - Giấy ra viện
 - Giấy chứng nhận phẫu thuật/ Phiếu mổ
 - Quy trình/ lịch trình điều trị tùy răng, phương pháp điều trị răng
 - Lộ trình điều trị vật lý trị liệu hoặc các phương pháp tương tự khác
 - Chứng từ liên quan đến điều trị bệnh nghề nghiệp
 - Các tài liệu khác có liên quan theo yêu cầu của VBI để làm rõ hồ sơ

Lưu ý: ghi rõ thông tin cơ sở y tế điều trị, tên người được bảo hiểm, thời gian điều trị, chẩn đoán và chữ ký, đóng dấu của cơ sở y tế.

3. Chứng từ thanh toán (bản gốc)
 - Hóa đơn tài chính, hóa đơn bán lẻ, phiếu thu, biên lai thu tiền;
 - Bảng kê chi tiết viện phí.
4. Hồ sơ tai nạn (bản gốc)
 - Tai nạn sinh hoạt: Biên bản tai nạn tóm tắt quá trình tai nạn có xác nhận thông tin của người chứng kiến, cơ quan/ chính quyền địa phương/ công an nơi xảy ra tai nạn. Đối với tai nạn đơn giản như côn trùng cắn, bụi bay vào mắt ghi rõ trên Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm và không cần lập Biên bản tai nạn;
 - Tai nạn lao động: Biên bản tai nạn theo mẫu VBI/ Biên bản tai nạn lao động có xác nhận của cơ quan nơi NĐBH đang công tác
 - Tai nạn giao thông:
 - + Trường hợp có hồ sơ cơ quan: Hồ sơ công an bao gồm kết luận điều tra/ biên bản giải quyết tai nạn giao thông (bản sao)

+ Trường hợp không có hồ sơ công an: Biên bản tai nạn thể hiện rõ nguyên nhân, thời gian, địa điểm có xác nhận thông tin của người chứng kiến, cơ quan/ chính quyền địa phương/ công an nơi xảy ra tai nạn

- Giấy phép lái xe, đăng ký xe (trong trường hợp điều khiển phương tiện gây ra tai nạn)

- Biên bản giám định thương tật (đối với thương tật vĩnh viễn)

Lưu ý: Đối với trường hợp số tiền yêu cầu bồi thường nhỏ hơn 02 triệu đồng hoặc trường hợp trẻ em dưới 6 tuổi: biên bản tai nạn có người làm chứng kèm số điện thoại và chứng minh thư nhân dân của người làm chứng, trường hợp còn lại phải có xác nhận của cơ quan/ chính quyền địa phương/ công an nơi xảy ra tai nạn

5. Chứng từ trợ cấp nằm viện/ mất giảm thu nhập (bản sao)

- Giấy ra viện (nếu thể hiện thời gian nghỉ) hoặc chỉ định nghỉ của bác sỹ trên Chứng từ y tế hoặc giấy nghỉ hưởng BHXH của bác sỹ chỉ định

- Bảng chấm công hoặc Xác nhận số ngày nghỉ thực tế của Phòng nhân sự (bản sao)

- Hợp đồng Lao động hoặc Quyết định tăng/giảm lương làm căn cứ tính trợ cấp (mức lương tính trợ cấp theo thỏa thuận tại hợp đồng bảo hiểm)

- Bảng lương/ Phiếu lương tại thời điểm xảy ra tai nạn có dấu xác nhận của người được ủy quyền/ nhân sự.

- Sao kê tài khoản trả lương (bản chính có xác nhận của Ngân hàng)

- Các tài liệu khác có liên quan theo yêu cầu của VBI để làm rõ hồ sơ

6. Chứng từ liên quan đến tử vong (bản sao)

- Các chứng từ liên quan đến quá trình điều trị bệnh, tai nạn nêu trên.

- Trích lục khai tử

- Xác nhận quyền thừa kế hợp pháp, di chúc

- Giấy tờ xác định mối quan hệ nhân thân (khai sinh, hộ khẩu, đăng ký kết hôn hoặc giấy tờ khác thay thế theo quy định pháp luật)

- Chứng minh thư nhân dân của những người có liên quan

- Chứng từ liên quan đến các quyền lợi bổ sung khác: tùy theo từng vụ việc cụ thể VBI sẽ hướng dẫn các chứng từ hồ sơ cần cung cấp để có căn cứ giải quyết

Thông tin và điều kiện chung về hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm:

- Trong mọi trường hợp VBI có quyền yêu cầu cung cấp các tài liệu chứng minh về quyền thụ hưởng hợp pháp;

- NĐBH có trách nhiệm thu thập chứng từ cần thiết liên quan đến việc điều trị hoặc phát sinh rủi ro theo yêu cầu của VBI. Các hóa đơn, chứng từ tiếng nước ngoài phải nộp kèm một bản dịch tiếng Việt có công chứng. Chi phí dịch thuật do người được bảo hiểm chi trả.

Điều 11. Thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm, thời hạn trả tiền bảo hiểm

1. Thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm

Trong vòng 60 ngày kể từ thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc người thụ hưởng hoặc người thừa kế hợp pháp phải thông báo cho VBI bằng văn bản về việc có sự kiện bảo hiểm đã xảy ra;

Thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm theo hợp đồng bảo hiểm là một năm, kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm. Thời gian xảy ra sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan khác không tính vào thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm.

Trong trường hợp bên mua bảo hiểm chứng minh được rằng bên mua bảo hiểm không biết thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm thì thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm được tính từ ngày bên mua bảo hiểm biết việc xảy ra sự kiện bảo hiểm đó.

2. Thời hạn trả tiền bảo hiểm

Khi xảy ra sự kiện bảo hiểm, doanh nghiệp bảo hiểm phải trả tiền bảo hiểm trong thời hạn 15 ngày, kể từ ngày nhận được đầy đủ hồ sơ hợp lệ về yêu cầu trả tiền bảo hiểm.

Trong trường hợp từ chối bồi thường, doanh nghiệp bảo hiểm phải trả lời bằng văn bản và nêu rõ lý do từ chối.

Điều 12. Phương thức trả tiền bảo hiểm

VBI quy định rõ phương thức trả tiền bảo hiểm theo yêu cầu của người được bảo hiểm trên Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm.

Điều 13. Giám định

1. Khi xảy ra sự kiện bảo hiểm, doanh nghiệp bảo hiểm hoặc người được doanh nghiệp bảo hiểm uỷ quyền phải phối hợp với người được bảo hiểm thực hiện việc giám định để xác định nguyên nhân và mức độ thực tế. Kết quả giám định phải lập thành văn bản có chữ ký của các bên liên quan. Doanh nghiệp bảo hiểm chịu trách nhiệm về chi phí giám định.

- Trường hợp người được bảo hiểm không thống nhất, hai bên thoả thuận lựa chọn giám định độc lập thực hiện việc giám định.

- Trường hợp kết luận của giám định độc lập khác với kết luận của doanh nghiệp bảo hiểm, doanh nghiệp bảo hiểm phải trả chi phí giám định. Trường hợp kết luận của giám định độc lập trùng với kết luận của doanh nghiệp bảo hiểm, người được bảo hiểm phải trả chi phí giám định.

Ngoài ra, doanh nghiệp bảo hiểm có quyền yêu cầu khám nghiệm tử thi trong trường hợp tử vong nếu việc khám nghiệm này không trái với pháp luật. Mọi chi phí phát sinh do doanh nghiệp bảo hiểm chịu.

2. Đối với việc xác định tình trạng tồn tại trước, trong trường hợp phát sinh tranh chấp, doanh nghiệp bảo hiểm xác định trên cơ sở giấy yêu cầu bảo hiểm, các chứng từ y tế và kết luận của giám định độc lập. Mọi chi phí phát sinh do doanh nghiệp bảo hiểm chịu.

CHƯƠNG V. QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA CÁC BÊN

Điều 14. Quyền và nghĩa vụ của bên mua bảo hiểm, người được bảo hiểm

1. Quyền của bên mua bảo hiểm, người được bảo hiểm

- a) Yêu cầu doanh nghiệp bảo hiểm giải thích các điều kiện, điều khoản bảo hiểm; cấp giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc đơn bảo hiểm;
- b) Đơn phương đình chỉ thực hiện hợp đồng bảo hiểm theo quy định tại khoản 3 Điều 19, khoản 1 Điều 20 của Luật kinh doanh bảo hiểm;
- c) Yêu cầu doanh nghiệp bảo hiểm trả tiền bảo hiểm cho người thụ hưởng hoặc bồi thường cho người được bảo hiểm theo thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm;
- d) Các quyền khác theo quy định của pháp luật.

2. Nghĩa vụ của bên mua bảo hiểm/người được bảo hiểm

- a) Đóng phí bảo hiểm đầy đủ, theo thời hạn và phương thức đã thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm;
- b) Kê khai đầy đủ, trung thực mọi chi tiết có liên quan đến hợp đồng bảo hiểm theo yêu cầu của doanh nghiệp bảo hiểm;
- c) Thông báo những trường hợp có thể làm tăng rủi ro hoặc làm phát sinh thêm trách nhiệm của doanh nghiệp bảo hiểm trong quá trình thực hiện hợp đồng bảo hiểm theo yêu cầu của doanh nghiệp bảo hiểm;
- d) Thông báo cho doanh nghiệp bảo hiểm về việc xảy ra sự kiện bảo hiểm theo thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm;
- e) Áp dụng các biện pháp đề phòng, hạn chế tổn thất theo quy định của Luật kinh doanh bảo hiểm và các quy định khác của pháp luật có liên quan;
- f) Các nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật.

Điều 15. Quyền và nghĩa vụ của doanh nghiệp bảo hiểm

1. Quyền của doanh nghiệp bảo hiểm

- a) Thu phí bảo hiểm theo thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm;
- b) Yêu cầu bên mua bảo hiểm cung cấp đầy đủ, trung thực thông tin liên quan đến việc giao kết và thực hiện hợp đồng bảo hiểm;
- c) Đơn phương đình chỉ thực hiện hợp đồng bảo hiểm theo quy định tại khoản 2 Điều 19, khoản 2 Điều 20, khoản 2 Điều 35 và khoản 3 Điều 50 của Luật kinh doanh bảo hiểm;

- d) Từ chối trả tiền bảo hiểm cho người thụ hưởng hoặc từ chối bồi thường cho người được bảo hiểm trong trường hợp không thuộc phạm vi trách nhiệm bảo hiểm hoặc trường hợp loại trừ trách nhiệm bảo hiểm theo thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm;
- e) Yêu cầu bên mua bảo hiểm áp dụng các biện pháp đề phòng, hạn chế tổn thất theo quy định của Luật kinh doanh bảo hiểm và các quy định khác của pháp luật có liên quan;
- f) Các quyền khác theo quy định của pháp luật.

2. Nghĩa vụ của doanh nghiệp bảo hiểm

- a) Giải thích cho bên mua bảo hiểm về các điều kiện, điều khoản bảo hiểm; quyền, nghĩa vụ của bên mua bảo hiểm;
- b) Cấp cho bên mua bảo hiểm giấy chứng nhận bảo hiểm, đơn bảo hiểm ngay sau khi giao kết hợp đồng bảo hiểm;
- c) Trả tiền bảo hiểm kịp thời cho người thụ hưởng hoặc bồi thường cho người được bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm;
- d) Giải thích bằng văn bản lý do từ chối trả tiền bảo hiểm hoặc từ chối bồi thường;
- e) Phối hợp với bên mua bảo hiểm để giải quyết yêu cầu của người thứ ba đòi bồi thường về những thiệt hại thuộc trách nhiệm bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm;
- f) Các nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật.

CHƯƠNG VI. GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP

Điều 16. Luật áp dụng

Luật Việt Nam.

Điều 17. Giải quyết tranh chấp

Mọi tranh chấp liên quan đến hợp đồng bảo hiểm này, nếu các bên không giải quyết được bằng thương lượng thì một trong các bên có quyền đưa ra Tòa án có thẩm quyền hoặc Trung tâm Trọng tài quốc tế tại Việt Nam để giải quyết tranh chấp theo quy định của pháp luật.

Điều 18. Thời hiệu khởi kiện

Thời hiệu khởi kiện về hợp đồng bảo hiểm là ba năm, kể từ thời điểm phát sinh tranh chấp.