

QUY TẮC BẢO HIỂM SỨC KHỎE VBICARE CHĂM SÓC Y TẾ TOÀN DIỆN

Ban hành kèm theo Quyết định số 1916/QĐ-VBI6 ngày 30 tháng 06 năm 2025 của Tổng Công ty CP Bảo hiểm Ngân hàng TMCP Công thương Việt Nam.

Sản phẩm được phê chuẩn theo Công văn số 9296/BTC-QLBH ngày 26/06/2025 của Bộ Tài chính

QUY TẮC BẢO HIỂM SỨC KHỎE VBICARE CHĂM SÓC Y TẾ TOÀN DIỆN

(Ban hành kèm theo Quyết định số 1916/QĐ-VBI6 ngày 30 tháng 06 năm 2025 của Tổng Công ty CP Bảo hiểm Ngân hàng TMCP Công thương Việt Nam. Sản phẩm được phê chuẩn theo Công văn số 9296/BTC-QLBH ngày 26/06/2025 của Bộ Tài chính)

MỤC LỤC

CHƯƠNG I. QUY ĐỊNH CHUNG	2
CHƯƠNG II. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	21
CHƯƠNG III. ĐIỀU KHOẢN LOẠI TRỪ TRÁCH NHIỆM BẢO HIỂM	30
CHƯƠNG IV. QUY ĐỊNH VỀ TRẢ TIỀN BẢO HIỂM	34
CHƯƠNG V. QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA CÁC BÊN	38
CHƯƠNG VI. GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP	41

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

2.1. Bên mua bảo hiểm là tổ chức, cá nhân giao kết hợp đồng bảo hiểm với VBI và đóng phí bảo hiểm. Tại thời điểm yêu cầu tham gia bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này, Bên mua bảo hiểm phải đáp ứng các điều kiện sau:

- a) Là cá nhân tại Việt Nam từ đủ 18 tuổi trở lên có năng lực hành vi dân sự đầy đủ; hoặc
- b) Là tổ chức được thành lập và hoạt động hợp pháp tại Việt Nam; và
- c) Đáp ứng các điều kiện để mua bảo hiểm theo quy tắc, điều kiện, điều khoản bảo hiểm và quy định của VBI từng thời kỳ; và
- d) Phải có quyền lợi có thể được bảo hiểm theo quy định của Pháp luật Việt Nam.

2.2. Bên mua bảo hiểm có thể đồng thời là Người được bảo hiểm và/hoặc Người thụ hưởng.

3. Người được bảo hiểm

Người được bảo hiểm là cá nhân có tính mạng hoặc tình trạng sức khỏe thỏa mãn các điều kiện sau vào ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm:

- 3.1. Người được bảo hiểm là công dân Việt Nam hoặc người nước ngoài đang cư trú hợp pháp tại Việt Nam;
- 3.2. Người được bảo hiểm có độ tuổi từ 15 ngày tuổi đến 80 tuổi tại ngày bắt đầu của thời hạn bảo hiểm của Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm;
- 3.3. Người được bảo hiểm không thuộc một trong các đối tượng sau:
 - a) Người đã mắc hay đang mắc (các) bệnh rối loạn tâm thần và hành vi;
 - b) Người bị tổn thương vĩnh viễn trên 50%;
 - c) Người đã mắc hay đang trong thời gian điều trị bệnh ung thư, bệnh lý/tổn thương/tình trạng nghiêm trọng theo quy định đánh giá rủi ro của VBI. Điều kiện này chỉ áp dụng với Người được bảo hiểm tham gia năm đầu tiên tại VBI.
- 3.4. Người được bảo hiểm tham gia tái tục sẽ áp dụng điều kiện theo chính sách tái tục của VBI từng thời kỳ.
- 3.5. Điều kiện tham gia bảo hiểm tùy thuộc vào yêu cầu của Bên mua bảo hiểm và quy định chấp nhận bảo hiểm của VBI từng thời kỳ.
- 3.6. Trường hợp Người được bảo hiểm không đáp ứng các điều kiện được quy định trên, VBI có quyền hủy bỏ Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm, đồng thời không chịu

trách nhiệm đối với quyền lợi bảo hiểm đã được quy định tại Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm và hoàn lại phí bảo hiểm cho bên mua bảo hiểm sau khi trừ đi các chi phí hợp lý (nếu có) theo thỏa thuận.

4. Người thụ hưởng

Là tổ chức hoặc cá nhân được Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm chỉ định để nhận toàn bộ hoặc một phần số tiền chi trả bảo hiểm theo Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

Việc chỉ định, thay đổi người thụ hưởng bảo hiểm thực hiện theo quy định pháp luật hiện hành. Trường hợp không có chỉ định người thụ hưởng và Người được bảo hiểm đã tử vong, VBI sẽ giải quyết theo các quy định về thừa kế của Bộ Luật Dân sự.

5. Tuổi được bảo hiểm

Là tuổi của Người được bảo hiểm được tính theo ngày sinh nhật (năm dương lịch) liền trước ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm của Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

6. Phạm vi địa lý được bảo hiểm

Là phạm vi lãnh thổ nơi sự kiện bảo hiểm xảy ra, bao gồm cả rủi ro phát sinh và quá trình điều trị. Trong Quy tắc bảo hiểm này, phạm vi địa lý được bảo hiểm là Việt Nam và/hoặc các quốc gia khác được quy định trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

7. Sự kiện bảo hiểm

Là sự kiện khách quan do các bên thỏa thuận hoặc pháp luật quy định mà khi sự kiện đó xảy ra thì VBI phải bồi thường, trả tiền bảo hiểm theo thỏa thuận trong Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

Tùy thuộc vào từng quyền lợi bảo hiểm, thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm được xác định là:

- 7.1. Thời điểm Người được bảo hiểm tử vong đối với quyền lợi liên quan đến tử vong;
- 7.2. Thời điểm Người được bảo hiểm bị tai nạn đối với quyền lợi liên quan đến điều trị hoặc tổn thương do tai nạn;
- 7.3. Thời điểm Người được bảo hiểm có chẩn đoán bệnh hoặc bắt đầu điều trị đối với quyền lợi liên quan đến tổn thương, điều trị hoặc khám chữa bệnh, thai sản, nha khoa.

8. Số tiền bảo hiểm

Là hạn mức trách nhiệm của VBI đối với Người được bảo hiểm và/hoặc Nhóm (Hợp đồng bảo hiểm nhóm đáp ứng quy định của pháp luật) theo từng quyền lợi bảo hiểm trong suốt thời hạn bảo hiểm. Số tiền bảo hiểm hoặc phương thức xác định số tiền bảo hiểm được Bên mua bảo hiểm và VBI thỏa thuận trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

9. Giới hạn phụ

Là giới hạn số tiền được chi trả tối đa cho mỗi hạng mục quyền lợi chi tiết trong từng quyền lợi bảo hiểm trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm. Trong mọi trường hợp, tổng số tiền chi trả các giới hạn phụ chi tiết không vượt quá tổng số tiền bảo hiểm của quyền lợi bảo hiểm tương ứng.

10. Chương trình bảo hiểm

Là (các) chương trình do VBI cung cấp và được Bên mua bảo hiểm lựa chọn khi tham gia Quy tắc bảo hiểm này hoặc kết hợp với các Quy tắc bảo hiểm khác. Quyền lợi bảo hiểm, điều kiện, điều khoản chi tiết của chương trình bảo hiểm được thiết kế dựa trên Quy tắc bảo hiểm và phù hợp với quy định của pháp luật.

11. Năm

Là năm dương lịch.

12. Ngày

Là 24 giờ liên tục và được tính từ thời điểm (giờ, phút) quy định trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

13. Thời gian chờ

Là khoảng thời gian mà các sự kiện bảo hiểm xảy ra sẽ không được VBI chi trả quyền lợi bảo hiểm, bao gồm cả trường hợp thời điểm khám, chẩn đoán, bắt đầu điều trị trong thời gian chờ nhưng chi phí phát sinh hoặc quá trình điều trị kéo dài quá thời gian chờ quy định.

Thời gian chờ được tính từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm hoặc ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng gần nhất (nếu có) được quy định cụ thể trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

14. Tái tục liên tục

Là trường hợp trong vòng 30 ngày trước ngày kết thúc thời hạn bảo hiểm, Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm mới được tái ký và đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

- Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm có cùng một chương trình bảo hiểm với Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm của năm liền trước mà Người được bảo hiểm đã tham gia tại VBI; và
- Ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm của Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm tái tục chính là ngày kết thúc thời hạn bảo hiểm của Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm liền trước mà Người được bảo hiểm đã tham gia tại VBI.

Trường hợp Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm tái tục có ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm ngắt quãng hoặc trùng một khoảng thời gian so với ngày kết thúc thời hạn bảo hiểm của Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm liền trước mà Người được

bảo hiểm đã tham gia thì chỉ được bảo hiểm tái tục liên tục khi có văn bản chấp thuận của VBI từng thời kỳ.

15. 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 thuộc phạm vi bảo hiểm theo thỏa thuận giữa VBI với Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm. Tỷ lệ phần trăm đồng chi trả (%) hoặc số tiền đồng chi trả và các điều kiện, điều khoản bảo hiểm áp dụng đồng chi trả được quy định trong Bộ Hợp đồng bảo hiểm.

Số tiền đồng chi trả bằng tỷ lệ phần trăm đồng chi trả (%) nhân một trong các số tiền sau (tùy mức nào thấp hơn thì áp dụng):

- (i) Tổng chi phí phát sinh thuộc phạm vi bảo hiểm, hoặc
- (ii) Giới hạn phụ của quyền lợi bảo hiểm, hoặc
- (iii) Hạn mức còn lại của quyền lợi bảo hiểm (trường hợp quyền lợi bảo hiểm đã được VBI chi trả trước đó).

Giới hạn chi phí do VBI chi trả không vượt quá số tiền bảo hiểm của quyền lợi được quy định trong Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

16. Cơ sở y tế

Là cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã được cơ quan có thẩm quyền của Việt Nam/quốc gia trong phạm vi địa lý được bảo hiểm cấp giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh để cung cấp dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh và không bao gồm các cơ sở trong danh sách không thuộc phạm vi bảo hiểm theo quy định của VBI từng thời kỳ.

Danh sách cơ sở y tế không thuộc phạm vi bảo hiểm được cung cấp cho Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm tại thời điểm phát hành Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm; và có thể thay đổi tùy từng thời điểm theo thông tin được đăng tải trên trang thông tin điện tử của VBI trước khi áp dụng.

17. Cơ sở y tế công lập

Là các Cơ sở y tế do Cơ quan nhà nước có thẩm quyền thành lập và quản lý theo quy định của pháp luật, có tư cách pháp nhân, con dấu, tài khoản và tổ chức bộ máy kế toán theo quy định của pháp luật để thực hiện nhiệm vụ cung cấp dịch vụ công hoặc phục vụ quản lý nhà nước trong các lĩnh vực chuyên môn khám chữa bệnh.

18. Bác sĩ

Là người có bằng tốt nghiệp chuyên môn y khoa đã đăng ký và được cấp phép/chứng nhận hành nghề y theo quy định pháp luật Việt Nam/quốc gia thuộc phạm vi địa lý được bảo hiểm để thực hiện dịch vụ khám chữa bệnh, dịch vụ y tế, phẫu thuật, và đang công tác tại Cơ sở Y tế.

Trừ trường hợp được VBI chấp thuận bằng văn bản, Bác sĩ điều trị hoặc bác sĩ ký tên trên hồ sơ y tế không được đồng thời là:

- Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng; hoặc
- Vợ/chồng, bố/mẹ, con, anh chị em ruột, anh chị em của vợ/chồng của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm.

19. Bác sĩ độc lập/Tổ chức y khoa độc lập

Là Bác sĩ/Chuyên gia hoặc Tổ chức y khoa do Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm/Người thụ hưởng hợp pháp và VBI thống nhất chỉ định khi có sự khác biệt giữa ý kiến của Bác sĩ điều trị của Người được bảo hiểm và Cố vấn y tế của VBI. Bác sĩ độc lập/Tổ chức y khoa độc lập có trách nhiệm nghiên cứu, đánh giá khách quan về nội dung của hồ sơ y tế và cung cấp ý kiến chuyên môn hoặc kết luận y khoa về tình trạng bệnh, Tổn thương bằng văn bản cho hai bên làm căn cứ giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

20. Cố vấn y tế

Là đội ngũ Bác sĩ/Chuyên gia của VBI và nhà cung cấp dịch vụ do VBI chỉ định để thực hiện việc tư vấn về y tế và đưa ra ý kiến cần thiết hỗ trợ VBI trong việc giải quyết quyền lợi cho Người được bảo hiểm.

21. Bảo lãnh viện phí

Là phương thức giải quyết quyền lợi bảo hiểm mà khi Người được bảo hiểm đi khám và điều trị tại những cơ sở có liên kết dịch vụ y tế với doanh nghiệp bảo hiểm, VBI sẽ thay mặt Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm thanh toán các chi phí phát sinh thuộc phạm vi bảo hiểm và theo số tiền bảo hiểm/giới hạn phụ quy định trong Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm cho Cơ sở y tế. Người được bảo hiểm phải tự chi trả cho những chi phí vượt quá số tiền bảo hiểm hoặc không thuộc phạm vi bảo hiểm hoặc những chi phí không cần thiết về mặt y khoa theo quy định tại Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm tại thời điểm điều trị.

Hệ thống cơ sở bảo lãnh viện phí và quy định bảo lãnh áp dụng theo chính sách của Cơ sở y tế và VBI theo từng thời kỳ.

22. Tai nạn

Là một sự kiện hoặc một chuỗi sự kiện liên tục, khách quan, bất ngờ, không lường trước được, nằm ngoài ý muốn của Người được bảo hiểm/Bên mua bảo hiểm, gây ra bởi tác động của một lực hoặc một vật hoặc một tác nhân bất ngờ từ bên ngoài lên cơ thể, làm tổn thương đến cơ thể của Người được bảo hiểm, xảy ra trong thời hạn bảo hiểm ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm. Sự kiện hoặc chuỗi sự kiện nêu trên phải là nguyên nhân trực tiếp, duy nhất và không liên quan đến bất kỳ nguyên nhân nào khác, gây ra tổn thương hoặc tử vong cho Người được bảo hiểm.

Tại Quy tắc bảo hiểm này, tai nạn không bao gồm tình trạng liên quan đến bệnh, thai sản, nha khoa (trừ trường hợp có thỏa thuận khác).

23. Bệnh

Là tình trạng cơ thể có dấu hiệu của bệnh lý khác với tình trạng sức khỏe bình thường (không bao gồm các tình trạng về nha khoa, thai sản).

a. Bệnh đặc biệt

Là (các) bệnh theo danh mục được liệt kê dưới đây và/hoặc bệnh khác (nếu có) được quy định tại Quy định quyền lợi bảo hiểm như là một bộ phận đính kèm bộ Hợp đồng bảo hiểm:

Nhóm bệnh /tình trạng	Tên bệnh/tình trạng
1. Bệnh hệ thần kinh	Các bệnh viêm hệ thần kinh trung ương: Bệnh lý nhiễm trùng thần kinh như Viêm não, viêm màng não do vi khuẩn, ký sinh trùng, siêu vi; Các tổn thương chèn ép tủy như áp xe ngoài màng cứng, áp xe nội tủy, viêm tủy cắt ngang, viêm tủy xám; Các bệnh thoái hóa của hệ thần kinh như thoái hóa chất xám, thoái hóa chất trắng; Hội chứng ngoại tháp và rối loạn vận động (rối loạn trương lực cơ, rối loạn vận động và ngoại tháp khác); Động kinh; Bại não; Migraine; Zona; Hội chứng ống cổ tay.
2. Bệnh hệ hô hấp	Vẹo vách ngăn cần phải phẫu thuật; Viêm tai giữa/Viêm VA/Viêm Amydan cần phải phẫu thuật; Viêm VA/Amydan kèm viêm tai giữa; Giãn phế quản; Hen (suyễn); Tràn dịch màng phổi, tràn khí màng phổi; Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD).
3. Bệnh hệ tuần hoàn	Bệnh tim; Suy tim; Rối loạn nhịp tim; Bệnh van tim; Bất thường huyết áp; Tăng áp lực động mạch vô căn; Bệnh mạch máu; Đột quỵ và các hậu quả/di chứng của bệnh mạch máu não/ tim; Thiếu năng tuần hoàn não.
4. Bệnh hệ tiêu hóa	Viêm gan; Xơ gan; Suy gan; Bệnh túi mật, đường mật, tụy, trĩ; Viêm/loét các cơ quan tiêu hóa (thực quản, dạ dày, tá tràng, đại tràng, trực tràng); Nứt kẽ hậu môn, rò hậu môn.
5. Bệnh hệ tiết niệu	Bệnh của cầu thận, ống thận, bể thận và niệu quản; Suy thận; Hội chứng thận hư.
6. Bệnh hệ nội tiết	Rối loạn tuyến giáp (suy giáp, basedow, cường giáp, viêm giáp); Đái tháo đường; Nội tiết tuyến tụy, tuyến thượng thận; Rối loạn các tuyến nội tiết khác (tuyến yên, tuyến cận giáp).

7. Bệnh khối U	Bệnh ung thư; nhân; u; bướu; polyp; nang/kyst; Hạt; mắt cá; Nốt ruồi các loại; Mộng thịt.
8. Bệnh của máu	Rối loạn đông máu; Xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch; Suy tủy; Ghép tủy.
9. Bệnh của da và mô liên kết	Bệnh Lupus ban đỏ; Xơ cứng bì toàn thân; Xơ cứng rải rác; Xơ cứng biểu bì tiến triển; Xơ cột bên teo cơ (charcot); Loạn dưỡng cơ và biến chứng của các bệnh này; Pemphigus; Vẩy nến; Hội chứng raynaud; Viêm da cơ địa, dị ứng cơ địa.
10. Bệnh xương khớp	Viêm khớp; Thấp khớp; Khô khớp; Viêm xương; Giảm mật độ xương, loãng xương; Thoái hóa xương/khớp, Xẹp/lún xương khớp; Hoại tử xương khớp.
11. Bệnh hệ sinh sản	Lộ tuyến cổ tử cung; Lạc nội mạc tử cung, Viêm tử cung, Viêm phần phụ (buồng trứng, vòi trứng, dây chằng rộng); Thay đổi sợi bọc tuyến vú; Tràn dịch màng tinh hoàn; Giãn thừng tinh; Sa sinh dục.
12. Khác	Tình trạng gai, sỏi, sạn, vôi hóa, xơ hóa các cơ quan/bộ phận cơ thể; Thoát vị các loại, Lao; Hôn mê; Rối loạn chức năng tiền đình; Tình trạng phình, phì đại, giãn các loại.

b. *Bệnh bẩm sinh, khuyết tật bẩm sinh (bao gồm cả dị dạng), dị tật bẩm sinh, biến dạng và bất thường về nhiễm sắc thể*

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 trong các giai đoạn phát triển cơ thể, bao gồm các trường hợp phát triển bất thường, sai lệch chức năng và vị trí của tế bào mầm.

c. *Bệnh di truyền*

Là bệnh xuất hiện ở những người có cùng huyết thống hay sự chuyển những bệnh lý của bố, mẹ cho con cái thông qua gen của bố, mẹ và/hoặc được truyền từ đời này sang đời khác, từ thế hệ này sang thế hệ khác trong những người có cùng huyết thống bao gồm cả di truyền đột biến gen lặn.

d. *Việc xác định các bệnh quy định tại điểm (a), (b), (c) sẽ căn cứ theo các tài liệu sau:*

- Chẩn đoán bệnh của bác sĩ trên chứng từ y tế; hoặc
- Bảng phân loại bệnh quốc tế (ICD) và sửa đổi bổ sung, thay thế (nếu có); hoặc
- Các tài liệu y khoa được Bộ Y tế và các cơ quan có thẩm quyền ban hành; hoặc
- Kết luận Cố vấn y tế của VBI hoặc tư vấn chuyên môn của Bác sĩ/Tổ chức y khoa độc lập.

e. *Bệnh thông thường*

Là bệnh không thuộc các bệnh được quy định tại điểm (a), (b), (c) trên đây.

24. *Bệnh có sẵn*

Là bệnh hay tổn thương cơ thể có từ trước ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm theo Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm mà Người được bảo hiểm:

- Đã được bác sĩ chẩn đoán hoặc đã phải điều trị trước ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm của Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm (không bao gồm các bệnh cấp tính đã điều trị dứt điểm); hoặc
- Triệu chứng bệnh/thời điểm khởi phát bệnh xuất hiện hoặc đã xảy ra trong vòng 36 tháng trước ngày hiệu lực của Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm; hoặc
- Bệnh có sẵn bao gồm 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 có thể có những đợt tái phát cấp tính.
- Việc xác định bệnh có sẵn được căn cứ theo thứ tự ưu tiên sau:
 - o Hồ sơ y tế được lưu trữ tại bệnh viện hoặc cơ sở y tế được thành lập hợp pháp;
 - o Các tài liệu y khoa được Bộ Y tế và các cơ quan có thẩm quyền ban hành;
 - o Các thông tin do Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm tự kê khai trên hồ sơ yêu cầu bảo hiểm hoặc phiếu bổ sung thông tin.

25. Tổn thương cơ thể

Là những tổn thương (bao gồm cả di chứng liên quan) đối với bất kỳ bộ phận, chức năng nào của cơ thể do nguyên nhân thuộc phạm vi bảo hiểm gây ra.

26. Tổn thương vĩnh viễn

- 26.1. Tổn thương vĩnh viễn là tổn thương cơ thể làm cho Người được bảo hiểm bị cản trở hoàn toàn hoặc mất đi chức năng hoạt động của một hay nhiều bộ phận cơ thể và không có khả năng hồi phục.
- 26.2. Tổn thương vĩnh viễn bao gồm một trong các tình trạng sau:
- (i) Mất, cắt, đứt, khuyết bộ phận cơ thể; hoặc
 - (ii) Liệt hoàn toàn, Mù hoàn toàn, Tổn thương khác không thể phục hồi chức năng sau khi kết thúc điều trị. Trường hợp này VBI xác định sau khi kết thúc điều trị và không sớm hơn 180 ngày kể từ ngày xảy ra tai nạn hoặc từ ngày bệnh lý được chẩn đoán.
- 26.3. Việc xác định tỷ lệ tổn thương và khả năng phục hồi chức năng của bộ phận cơ thể dựa vào các tài liệu theo thứ tự ưu tiên sau:
- Kết luận Hội đồng giám định y khoa, Trung tâm giám định pháp y của cơ quan có thẩm quyền;
 - Chứng từ y tế/Tóm tắt bệnh án/Hồ sơ bệnh án;
 - Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 27/09/2013 của Bộ Y tế, Bộ Lao động Thương Binh và xã hội (gọi tắt là Thông tư số 28) và văn bản sửa đổi bổ sung thay thế (nếu có);
 - Kết luận Cố vấn y tế của VBI hoặc tư vấn chuyên môn của Bác sĩ/Tổ chức y khoa độc lập.

27. Tổn thương toàn bộ vĩnh viễn

Là tổn thương vĩnh viễn thuộc một trong các trường hợp sau:

- a) Người được bảo hiểm bị tổn thương vĩnh viễn một hay nhiều bộ phận cơ thể bao gồm: Hai tay; hoặc Hai chân; hoặc Một tay và một chân; hoặc Hai mắt; hoặc Một tay và một mắt; hoặc Một chân và một mắt;
- b) Người được bảo hiểm bị tai nạn xảy ra trong thời hạn bảo hiểm và có tỷ lệ tổn thương cơ thể từ 81% trở lên theo xác nhận của Hội đồng giám định Y khoa cấp tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương hoặc Tổ chức giám định y tế hợp pháp được VBI chấp thuận.

28. Tổn thương bộ phận vĩnh viễn

Là tổn thương vĩnh viễn có tỷ lệ tổn thương từ 21% đến dưới 81%.

29. Điều trị

Là việc sử dụng các phương pháp chuyên môn, kỹ thuật y học, thuốc, dược phẩm được Cơ quan nhà nước công nhận, cho phép lưu hành theo chỉ định của Bác sĩ với mục đích duy nhất là khám, chữa bệnh, tổn thương của Người được bảo hiểm.

Điều trị trong Quy tắc bảo hiểm này được hiểu là các điều trị cần thiết và hợp lý về mặt y khoa.

30. Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa

Là các điều trị hoặc dịch vụ y tế thuộc phạm vi bảo hiểm do Bác sĩ chỉ định và đáp ứng được các tiêu chí sau:

- Phục vụ trực tiếp cho mục đích chẩn đoán, điều trị bệnh hoặc tổn thương; và
- Thời gian và phương pháp là cần thiết, phù hợp với các hướng dẫn y khoa của cơ quan có thẩm quyền được áp dụng vào thời điểm điều trị, phù hợp với thông lệ điều trị cho bệnh hoặc Tổn thương bao gồm phạm vi, thời gian điều trị và mức độ điều trị hợp lý; và
- Có tính chất bắt buộc và do cơ sở y tế thực hiện; và
- Không nhằm mục đích thử nghiệm, nghiên cứu, phòng ngừa, tầm soát hay phục vụ cho sự tiện nghi của Người được bảo hiểm.

31. Điều trị nội trú (nằm viện)

Là việc Người được bảo hiểm nhập viện điều trị tại các cơ sở y tế theo chỉ định của Bác sĩ, có phát sinh chi phí giường bệnh và các chi phí y tế khác và lưu tại cơ sở y tế từ 24 giờ liên tục trở lên.

Cơ sở y tế điều trị nội trú phải đáp ứng tiêu chuẩn điều trị theo quy định của Bộ y tế và không bao gồm phòng khám đa khoa/chuyên khoa, trạm y tế, viện dưỡng lão, cơ sở điều dưỡng/y tế dự phòng/y tế công cộng.

32. Đợt điều trị (Đợt)

Là khoảng thời gian tính từ khi Người được bảo hiểm nhập viện đến khi xuất viện để điều trị nội trú.

33. Số ngày nằm viện

Là khoảng thời gian Người được bảo hiểm nhập viện để điều trị. Một ngày nằm viện được tính bằng 24 giờ liên tục. Số ngày nằm viện được tính theo một trong ba cách sau, áp dụng theo số ngày ít nhất:

- Trường hợp Giấy ra viện thể hiện giờ: Số ngày nằm viện thực tế = Số giờ nằm viện thực tế/ 24 giờ; hoặc
- Trường hợp Giấy ra viện không thể hiện giờ: Số ngày nằm viện thực tế = (Ngày xuất viện – Ngày vào viện + 01); hoặc
- Số ngày nằm viện thực tế = Tổng số ngày giường bệnh trong bảng kê chi phí điều trị nội trú.

34. Chi phí phòng, giường bệnh

Là chi phí tiền phòng, tiền giường bệnh cho Người được bảo hiểm nằm viện điều trị.

Trường hợp Người được bảo hiểm điều trị tại cơ sở y tế tư nhân/quốc tế, khoa điều trị theo yêu cầu/khoa dịch vụ/khoa quốc tế của cơ sở y tế công lập, VBI chi trả theo nguyên tắc sau:

- Nếu Người được bảo hiểm nằm điều trị tại phòng từ hai giường trở lên: VBI chi trả chi phí một giường cho Người được bảo hiểm nằm điều trị;
- Nếu Người được bảo hiểm nằm điều trị tại phòng chỉ có một giường: VBI chi trả tiền giường theo đơn giá phòng một giường thấp nhất tại cùng khoa/khu điều trị tại cơ sở y tế;
- Người được bảo hiểm sẽ phải tự thanh toán phần chênh lệch tiền phòng và các chi phí phụ trội phát sinh do sử dụng các loại phòng khác định nghĩa tại Quy tắc bảo hiểm này.

35. Phòng chăm sóc đặc biệt – Intensive Care Unit (ICU)

Là một khoa, phòng hoặc một bộ phận của Cơ sở Y tế cung cấp chương trình chăm sóc, theo dõi và điều trị tích cực, hồi phục các chức năng sinh tồn của cơ thể con người. Phòng ICU dành cho những bệnh nhân cần sự theo dõi, chăm sóc, và giám sát tích cực của các Bác sĩ.

Khoa/phòng cấp cứu, Khoa/phòng chăm sóc hậu phẫu của Cơ sở Y tế không được xem là Phòng chăm sóc đặc biệt (ICU).

36. 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 24/24 giờ.

37. Phẫu thuật

Là phương pháp khoa học dùng các quy trình kỹ thuật chuyên khoa, chuyên ngành và phải đáp ứng các điều kiện sau:

- Để thực hiện được phẫu thuật, bệnh nhân phải được gây tê, gây mê và việc gây tê, gây mê này là yêu cầu hợp lý và cần thiết về mặt y khoa.
- Phẫu thuật được thực hiện bởi các phẫu thuật viên phải có chứng chỉ phẫu thuật chuyên khoa hợp pháp và có quyết định được thực hiện phẫu thuật của lãnh đạo cơ sở y tế.
Danh mục phẫu thuật được áp dụng theo quy định hiện hành của Bộ y tế và được chi trả quyền lợi bảo hiểm tương ứng với hình thức điều trị của Người được bảo hiểm.

38. Thủ thuật

Danh mục thủ thuật được áp dụng theo quy định hiện hành của Bộ y tế và được chi trả quyền lợi bảo hiểm tương ứng với hình thức điều trị của Người được bảo hiểm.

39. Cấy ghép bộ phận cơ thể (cấy ghép nội tạng)

Là việc phẫu thuật để cấy ghép bộ phận cơ thể bao gồm tim, phổi, gan, tuyến tụy, thận, tủy xương và/hoặc các bộ phận khác được quy định tại Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm, cho Người được bảo hiểm. Phẫu thuật được thực hiện tại cơ sở y tế bởi bác sĩ 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 không được bảo hiểm trong Quy tắc bảo hiểm này.

40. Chi phí điều trị trước khi nhập viện/Chi phí khám trước sinh

Là các chi phí khám, cận lâm sàng, tiền thuốc và các chi phí điều trị y tế cần thiết khác theo chỉ định của Bác sĩ, liên quan trực tiếp đến chẩn đoán thuộc phạm vi bảo hiểm cần phải nhập viện điều trị nội trú, chi trả cho một lần khám gần nhất, được thực hiện trước khi nhập viện tối đa không vượt quá số ngày được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

41. Chi phí điều trị sau khi xuất viện

Là các chi phí khám, cận lâm sàng, tiền thuốc và các chi phí điều trị y tế cần thiết khác theo chỉ định của Bác sĩ, liên quan trực tiếp đến chẩn đoán trong điều trị nội trú thuộc phạm vi bảo hiểm ngay sau khi kết thúc quá trình điều trị nội trú. Quyền lợi này bao gồm tiền thuốc bác sĩ kê để Người được bảo hiểm sử dụng ngay sau khi xuất viện hoặc một lần khám gần nhất sau khi xuất viện và tối đa không vượt quá số ngày được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

42. Chăm sóc y tế tại nhà

Là các dịch vụ chăm sóc y tế (không bao gồm chi phí đi lại) của một cán bộ y tế được cấp giấy phép hoạt động hoặc chứng chỉ hành nghề hợp pháp được thực hiện tại nơi ở của Người được bảo hiểm và ngay sau khi ra viện nhưng tối đa không vượt quá số ngày được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm. Dịch vụ này phải được thực hiện theo chỉ định của bác sĩ điều trị.

43. Điều trị cấp cứu

Là việc điều trị khẩn cấp tại cơ sở y tế trong vòng 24 giờ sau khi có tai nạn hoặc triệu chứng bệnh hoặc biến chứng thai sản có thể nguy hiểm đến tính mạng và sức khỏe, cần thiết phải điều trị tại phòng cấp cứu và hồ sơ có dấu xác nhận cấp cứu của cơ sở y tế.

Trường hợp điều trị tại phòng cấp cứu vì lý do ngoài giờ phục vụ của cơ sở y tế được coi là điều trị ngoại trú.

44. Dịch vụ vận chuyển cấp cứu

Là việc sử dụng xe cứu thương (loại trừ dịch vụ vận chuyển bằng đường hàng không) để đưa Người được bảo hiểm trong tình trạng cấp cứu đến Cơ sở y tế gần nhất hoặc từ Cơ sở y tế này đến Cơ sở y tế khác để điều trị theo chỉ định của bác sĩ.

Tình trạng cấp cứu là tình trạng sức khỏe xuất hiện đột ngột của Người được bảo hiểm mà nếu không được theo dõi, can thiệp kịp thời thì có thể dẫn đến suy giảm chức năng cơ thể, tổn thương nghiêm trọng và lâu dài đối với cơ quan, bộ phận cơ thể hoặc tử vong ở người đó.

Đối với các dịch vụ vận chuyển cấp cứu bằng đường bộ khác mà không phải là xe cứu thương chỉ được bảo hiểm khi có thỏa thuận trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

45. Điều trị trong ngày

Là việc Người được bảo hiểm điều trị tại các cơ sở y tế theo chỉ định của Bác sĩ, có phát sinh chi phí giường bệnh và các chi phí y tế khác nhưng không lưu lại cơ sở y tế đủ 24 giờ. Các chi phí phát sinh liên quan đến điều trị trong ngày được tính theo tỷ lệ giống mục **33. Số ngày nằm viện.**

46. Điều trị ngoại trú

Là việc Người được bảo hiểm điều trị mà không phải là điều trị nội trú, điều trị trong ngày. Đối với khám chữa bệnh từ xa do cơ sở y tế cung cấp chỉ được bảo hiểm khi có thỏa thuận trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

47. Khám chữa bệnh

Là việc thăm khám và kiểm tra cần thiết để đưa ra chẩn đoán, điều trị thuộc phạm vi bảo hiểm khi Người được bảo hiểm xuất hiện các triệu chứng, dấu hiệu khác với tình trạng sức khỏe bình thường.

48. Lần khám chữa bệnh (Lần khám)

Là một lần người bệnh (Người được bảo hiểm) được Bác sĩ thăm khám lâm sàng, có hoặc không kết hợp với xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh nhằm mục đích chẩn đoán bệnh, chữa bệnh.

Các trường hợp cụ thể:

- Trường hợp nhiều Bác sĩ của một chuyên khoa cùng hội chẩn trước một người bệnh tại một cơ sở y tế thì chỉ được tính là một lần khám, chữa bệnh;
- Trường hợp Người được bảo hiểm phải khám một hay nhiều chuyên khoa khác nhau, của cùng một cơ sở y tế hay nhiều cơ sở y tế thực hiện trong một ngày (không phân biệt chẩn đoán/kết luận bệnh) thì vẫn chỉ tính là một lần khám, chữa bệnh;
- Trường hợp Người được bảo hiểm phải khám một hay nhiều chuyên khoa khác nhau, của cùng một cơ sở y tế hay nhiều cơ sở y tế thực hiện trong nhiều ngày mà có cùng một chẩn đoán/kết luận bệnh thì vẫn chỉ tính là một lần khám, chữa bệnh. Riêng chỉ định tái khám ngay sau đó của bác sĩ sẽ được tính là một lần khám, chữa bệnh độc lập bất kể Người được bảo hiểm có cần phải tiếp tục điều trị, theo dõi hay không;
- Trường hợp người bệnh đã khám bệnh và có chẩn đoán bệnh được bác sĩ chỉ định phương pháp điều trị trong nhiều ngày/điều trị theo đợt (vật lý trị liệu, châm cứu, khí rung, tiêm/truyền thuốc ngoại trú), thì kể từ ngày khám bệnh đến ngày kết thúc điều trị theo chỉ định của Bác sĩ được tính là một lần khám, chữa bệnh.

49. Cận lâm sàng

Là các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng theo chỉ định của Bác sĩ nhằm mục đích duy nhất để chẩn đoán và điều trị bệnh lý hoặc tổn thương.

50. Thuốc kê đơn

Là thuốc được Bộ y tế cấp phép lưu hành, do Bác sĩ kê trên đơn thuốc cho Người được bảo hiểm sử dụng trong quá trình điều trị.

Đối với thuốc điều trị triệu chứng, thuốc điều trị dự phòng các tác dụng phụ/biến chứng của thuốc điều trị chính nhằm mục đích hỗ trợ cho thuốc điều trị chính, vitamin, khoáng chất do bác sĩ chỉ định, VBI chi trả tối đa bằng thời gian điều trị hoặc chi phí thuốc điều trị chính thuộc phạm vi bảo hiểm tùy theo điều kiện nào thấp hơn.

51. 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.

52. Thực phẩm chức năng

Là thực phẩm dùng để hỗ trợ chức năng của cơ thể con người, tạo cho cơ thể tình trạng thoải mái, tăng sức đề kháng, giảm bớt nguy cơ mắc bệnh, bao gồm thực phẩm bổ sung, thực phẩm bảo vệ sức khỏe, thực phẩm dinh dưỡng y học.

53. Vật tư y tế

Là các loại vật tư dùng trong chẩn đoán, điều trị và chăm sóc bệnh nhân, bao gồm: vật tư tiêu hao; dụng cụ y tế; hóa chất; sinh phẩm xét nghiệm.

Vật tư tiêu hao là vật tư được sử dụng một lần hoặc nhiều lần nhằm mục đích hỗ trợ cho điều trị và khám chữa bệnh, không lắp đặt vĩnh viễn trong cơ thể. Tại quy tắc bảo hiểm này, vật tư tiêu hao không bao gồm các vật tư tự tiêu trong cơ thể hoặc có thể lấy ra khỏi cơ thể mà không ảnh hưởng đến chức năng hoạt động của cơ thể nhưng do cơ thể không đào thải nên không cần thiết phải lấy ra.

54. Trang thiết bị y tế hỗ trợ điều trị

Là các bộ phận hoặc thiết bị y tế hoặc dụng cụ y tế:

- Được đặt/cấy trồng vào bất cứ một bộ phận nào của cơ thể để hỗ trợ cho chức năng hoạt động của bộ phận đó, bao gồm: bộ máy tạo nhịp tim và phá rung, ống thông, lưới lọc, lưới thoát vị, lưới titanium 3D, cement (xi-măng) cột sống/đốt sống, miếng ghép cột sống/đốt sống, màng tái tạo mô, màng sinh học, chốt/trụ implant, nẹp có lõi cầu bằng titan, tấm nâng trực tràng, stent, bóng nong, đĩa đệm, chốt treo, nẹp, vis, lưới nâng (mesh);
- Có tính chất đặc thù hoặc chỉ sử dụng riêng cho từng loại hình điều trị hoặc phẫu thuật, sử dụng một lần và không khấu hao, bao gồm: dao plasma, tay dao coblator, dao hummer, dao bào phẫu thuật khớp, dao cắt sụn, lưỡi bào, dao siêu âm, catheter các loại, dao harmonic mổ hở/nội soi, rọ tán sỏi, lưỡi shaver, dao cắt trĩ theo phương pháp Longo/bộ kit điều trị trĩ, sợi quang học, sợi laser; Thiết bị y tế dùng trong Robot phẫu thuật;
- Các thiết bị có tác dụng hỗ trợ chức năng vận động hoặc các chức năng khác của cơ thể như: nạng, nẹp, xe lăn, thiết bị trợ thính, kính thuốc, máy hỗ trợ tim và/hoặc các bộ phận thiết bị tương tự;
- Các dụng cụ chỉnh hình mang tính chất thẩm mỹ khác;
- Các bộ phận thiết bị khác được liệt kê trong Quy định quyền lợi bảo hiểm như là một bộ phận đính kèm bộ Hợp đồng bảo hiểm.

55. Bộ phận giả

Bộ phận giả là các bộ phận/thiết bị/chất liệu được làm giả/nhân tạo để thay thế cho các bộ phận của cơ thể Người được bảo hiểm.

56. Phục hồi chức năng

Là phương pháp điều trị tại chuyên khoa phục hồi chức năng nhằm mục đích khôi phục lại tình trạng bình thường và/hay chức năng sau khi điều trị do tổn thương hoặc bệnh theo chỉ định của bác sĩ.

Phục hồi chức năng được bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này bao gồm: vận động trị liệu, vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu, ngôn ngữ trị liệu và/hoặc kỹ thuật khác được liệt kê trong

Sửa đổi bổ sung là bộ phận đính kèm và không tách rời Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

Danh mục phục hồi chức năng được áp dụng theo danh sách thuộc Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng ban hành kèm theo Quyết định số: 54/QĐ-BYT ngày 06/01/2014 của Bộ Y tế và các văn bản sửa đổi thay thế/ bổ sung (nếu có).

57. Y học thay thế

Là phương pháp chữa bệnh hoặc tổn thương không phải là Tây y, như phương pháp y học dân tộc cổ truyền và những phương pháp tương tự được thực hiện tại cơ sở y tế.

58. Thai sản

Là quá trình mang thai và sinh con kể cả sinh con có hỗ trợ sinh sản, bao gồm một trong các sự kiện sau:

- a. Sinh con* (sinh thường; sinh mổ; sinh khó bằng các can thiệp chuyên môn);
- b. Biến chứng thai sản:* Là tình trạng bất thường xảy ra trong quá trình mang thai, sinh con hoặc sau sinh dẫn đến tổn thương, nguy hiểm đến sức khỏe Người được bảo hiểm cần thiết phải điều trị theo chỉ định của bác sĩ (bao gồm cả biến chứng do nguyên nhân tai nạn).

Biến chứng thai sản bao gồm những bệnh theo danh mục được liệt kê dưới đây và/hoặc các danh mục được liệt kê trong Quy định quyền lợi bảo hiểm như là một bộ phận đính kèm bộ Hợp đồng bảo hiểm:

- Sảy thai (không bao gồm dọa sảy thai hay động thai) hoặc thai nhi tử vong trong tử cung (thai lưu);
- Mang thai trứng nước;
- Thai ngoài tử cung;
- Băng huyết sau khi sinh;
- Sốt nhau thai trong tử cung sau khi sinh; rau tiền đạo, rau bong non;
- Phá thai điều trị bao gồm trường hợp phá thai do các bệnh lý di truyền/dị tật bẩm sinh của thai nhi hoặc phải phá thai để bảo vệ tính mạng của người mẹ;
- Dọa sinh non đối với thai từ tuần thứ hai mươi hai (22) đến tuần thứ ba mươi lăm (35) của thai kỳ (bao gồm các tình trạng có liên quan như rỉ ối, thiếu ối, thiếu ối);
- Chửa vết mổ;
- 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;
- Biến chứng của các nguyên nhân trên.

Tại Quy tắc bảo hiểm này, biến chứng thai sản trên Người được bảo hiểm đang thực hiện hỗ trợ sinh sản không thuộc phạm vi bảo hiểm.

- c. **Bệnh lý phát sinh nguyên nhân do thai kỳ** bao gồm: đái tháo đường thai kỳ, cao huyết áp thai kỳ, nhiễm độc thai nghén (loại trừ tình trạng nôn nhiều).

59. Hỗ trợ sinh sản

Là kỹ thuật xử lý trứng, tinh trùng hoặc phôi bên ngoài cơ thể nhằm mục đích hỗ trợ Người được bảo hiểm thụ thai, bao gồm thụ tinh nhân tạo (IUI), thụ tinh trong ống nghiệm (IVF), tiêm tinh trùng vào bào tương (ICSI) và các kỹ thuật khác do Bộ y tế quy định nhằm thúc đẩy, kích thích sự rụng trứng.

60. Chăm sóc trẻ sơ sinh

Là việc điều trị cho trẻ sơ sinh liên quan đến bệnh lý xuất hiện trong vòng 07 ngày sau khi sinh, với điều kiện người mẹ (người được bảo hiểm) 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).

61. Nha khoa

Tại Quy tắc bảo hiểm này, Nha khoa là các bệnh, tổn thương liên quan đến răng, nướu (bao gồm cả tổn thương do tai nạn). Điều trị tổn thương nha khoa do tai nạn là các điều trị cấp cứu ngay sau khi xảy ra tai nạn đối với răng thật lành lặn, khỏe mạnh.

Điều 2. Hợp đồng bảo hiểm

1. 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 theo thỏa thuận trong Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm. Hình thức Hợp đồng bảo hiểm phù hợp với quy định của pháp luật.
2. Bộ hợp đồng bảo hiểm bao gồm: Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm; Giấy (bản) yêu cầu bảo hiểm; Quy tắc bảo hiểm; Quy định quyền lợi bảo hiểm (nếu có); Hướng dẫn yêu cầu trả tiền bảo hiểm (nếu có); Sửa đổi bổ sung/Phụ lục hợp đồng (nếu có) cùng các tài liệu đính kèm khác (nếu có) và không tách rời bộ Hợp đồng bảo hiểm.
 - a) Giấy (bản) yêu cầu bảo hiểm: là tài liệu do Người được bảo hiểm/Bên mua bảo hiểm kê khai, cung cấp thông tin theo mẫu của VBI nhằm xác nhận việc Bên mua bảo hiểm đã được VBI giải thích đầy đủ và hiểu rõ nội dung Quy tắc, điều kiện điều khoản bảo hiểm khi giao kết hợp đồng bảo hiểm.
 - b) Giấy chứng nhận bảo hiểm: là văn bản chấp thuận bảo hiểm do VBI cấp cho Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm căn cứ theo Giấy (bản) yêu cầu bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm đã kê khai, là bằng chứng giao kết hợp đồng bảo hiểm giữa

VBI và Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm. Giấy chứng nhận bảo hiểm theo mẫu của VBI vào từng thời kỳ.

- c) Quy định quyền lợi bảo hiểm: Là bộ phận đính kèm không thể tách rời trong Bộ hợp đồng bảo hiểm và được cung cấp đến Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm tại thời điểm giao kết Hợp đồng bảo hiểm. Quy định quyền lợi bảo hiểm bao gồm các nội dung tóm tắt điều kiện, điều khoản của chương trình bảo hiểm, Quy tắc bảo hiểm và các thông tin bổ sung, làm rõ cho các nội dung trong Quy tắc bảo hiểm.
- d) Sửa đổi bổ sung/Phụ lục hợp đồng: là phần không thể tách rời Hợp đồng bảo hiểm/ Giấy chứng nhận bảo hiểm, thể hiện các thông tin liên quan đến những thay đổi hoặc bổ sung đối với Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm hoặc bất cứ thỏa thuận nào khác với Quy tắc bảo hiểm.

Điều 3. Thời hạn bảo hiểm, hiệu lực bảo hiểm

- 1. Thời hạn bảo hiểm là khoảng thời gian được tính từ thời điểm VBI bắt đầu nhận bảo hiểm đến khi kết thúc bảo hiểm, tối đa đến 01 năm. Thời hạn bảo hiểm được quy định cụ thể trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm hoặc Sửa đổi bổ sung/Phụ lục hợp đồng do VBI cấp cho Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm.
- 2. Hiệu lực của Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm
Hiệu lực của Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm được tính từ thời điểm Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm được giao kết giữa VBI và Bên mua bảo hiểm.
- 3. Hiệu lực bảo hiểm là khoảng thời gian mà VBI chịu trách nhiệm cho các sự kiện bảo hiểm phát sinh tuân thủ các điều khoản điều kiện của Quy tắc bảo hiểm và Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm, được tính kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm hoặc kể từ sau ngày kết thúc thời gian chờ đối với từng quyền lợi tương ứng. Hiệu lực bảo hiểm của từng quyền lợi bảo hiểm được quy định cụ thể trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm hoặc Sửa đổi bổ sung/Phụ lục hợp đồng do VBI cấp cho Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm.

4. Thời gian chờ

- a) Thời gian chờ tối đa của các quyền lợi bảo hiểm được xác định như sau:

- 0 ngày đối với tai nạn;
- 90 ngày đối với các trường hợp bệnh;
- 270 ngày đối với quyền lợi thai sản;

Thời gian chờ từng quyền lợi bảo hiểm, trường hợp bệnh, được quy định chi tiết tại Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

- b) Đối với Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm tái tục liên tục với số ngày tham gia bảo hiểm đã vượt quá thời gian chờ và số tiền bảo hiểm tái tục bằng hoặc thấp hơn số tiền bảo hiểm của Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm liền kề trước đó, các quyền lợi bảo hiểm sẽ không áp dụng thời gian chờ nêu trên.
- c) Trường hợp Số tiền bảo hiểm cao hơn hoặc tăng thêm quyền lợi bảo hiểm so với Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm liền kề trước đó, phần chênh lệch về số tiền bảo hiểm cũng như quyền lợi tăng thêm sẽ áp dụng thời gian chờ theo quy định (trừ trường hợp Người được bảo hiểm đáp ứng được các yêu cầu về đánh giá rủi ro của VBI và được VBI đồng ý miễn thời gian chờ cho phần quyền lợi bảo hiểm và Số tiền bảo hiểm chênh lệch).

Điều 4. Chấm dứt hợp đồng bảo hiểm

VBI hoặc Bên mua bảo hiểm thỏa thuận và thống nhất Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt trong các trường hợp sau:

- a) Hai bên thỏa thuận chấm dứt Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm trước thời hạn;
- b) Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm không thanh toán đầy đủ và đúng hạn phí bảo hiểm theo quy định tại Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm;
- c) Người được bảo hiểm tử vong do các nguyên nhân thuộc loại trừ trách nhiệm bảo hiểm theo quy định tại Chương III;

Trong trường hợp này, VBI hoàn lại 100% phí bảo hiểm tương ứng số ngày còn lại (nếu có) của Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm tính từ ngày sự kiện tử vong xảy ra với điều kiện trước đó chưa có yêu cầu trả tiền bảo hiểm nào được VBI chấp nhận chi trả.

- d) Theo yêu cầu của VBI hoặc Bên mua bảo hiểm với điều kiện bên yêu cầu chấm dứt phải gửi thông báo bằng văn bản cho bên kia theo thỏa thuận Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm trước ngày dự kiến chấm dứt:

- Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm chấm dứt hợp đồng bảo hiểm, trừ khi có thỏa thuận khác, VBI hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm 70% phí bảo hiểm tương ứng số ngày còn lại của Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm, với điều kiện đến thời điểm chấm dứt hợp đồng bảo hiểm chưa có yêu cầu trả tiền bảo hiểm nào được VBI chấp nhận chi trả.

Phí bảo hiểm hoàn lại = 70% x (Phí bảo hiểm đã đóng – Tổng phí bảo hiểm của Hợp đồng x Số ngày đã được bảo hiểm/Số ngày của thời hạn bảo hiểm).

- Trường hợp VBI chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm, VBI phải hoàn lại 100% phí bảo hiểm tương ứng số ngày còn lại (nếu có) của Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

Phí bảo hiểm hoàn lại = Phí bảo hiểm đã đóng – Tổng phí bảo hiểm của Hợp đồng x Số ngày đã được bảo hiểm/Số ngày của thời hạn bảo hiểm.

- e) Các trường hợp khác thực hiện theo quy định của pháp luật hiện hành.

Điều 5. Kết thúc quyền lợi bảo hiểm

Quyền lợi bảo hiểm theo Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm của Người được bảo hiểm tương ứng cũng sẽ tự động chấm dứt hiệu lực khi xảy ra một trong các sự kiện sau đây (tùy theo sự kiện nào xảy ra sớm nhất):

1. Thời điểm kết thúc thời hạn bảo hiểm quy định trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm (bao gồm cả những sự kiện bảo hiểm phát sinh trong thời hạn bảo hiểm nhưng hậu quả của sự kiện xảy ra ngoài thời hạn bảo hiểm và không thuộc phạm vi bảo hiểm, trừ trường hợp tái tục liên tục hoặc có thỏa thuận khác);
2. Ngày chấm dứt Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm theo quy định tại Điều 4;
3. Người được bảo hiểm không đáp ứng đủ các điều kiện theo quy định tại khoản 3 Điều 1;
4. Người được bảo hiểm đã được VBI chi trả toàn bộ số tiền bảo hiểm.

Điều 6. Phí bảo hiểm

Bên mua bảo hiểm có nghĩa vụ thanh toán phí bảo hiểm cho VBI theo phương thức, thời hạn đã thỏa thuận trong Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm và tuân thủ theo quy định của pháp luật hiện hành.

Điều 7. Quy định về thay đổi trong Hợp đồng bảo hiểm

1. Quyền lợi bảo hiểm và Số tiền bảo hiểm không được thay đổi trong suốt thời hạn của Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm, mà chỉ có thể được VBI xem xét thay đổi vào ngày tái tục khi Bên mua bảo hiểm kê khai lại Giấy (bản) yêu cầu bảo hiểm (trừ trường hợp VBI có sự đồng ý bằng văn bản về việc thay đổi này).
2. VBI có quyền thay đổi một phần hoặc toàn bộ điều khoản, phí bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm vào ngày tái tục.

CHƯƠNG II. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm lựa chọn tham gia một hoặc nhiều quyền lợi bảo hiểm dưới đây và sẽ được quy định chi tiết trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

VBI xem xét chi trả quyền lợi bảo hiểm với điều kiện:

- Sự kiện xảy ra không thuộc các trường hợp loại trừ trách nhiệm bảo hiểm theo quy định tại Chương III Quy tắc bảo hiểm; và
- Đáp ứng đúng tiêu chuẩn theo định nghĩa, giải thích từ ngữ quy định tại Điều 1 Quy tắc bảo hiểm; và
- Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm đã thực hiện đầy đủ các nghĩa vụ theo quy định tại Điều 22 của Quy tắc bảo hiểm này và quy định tại Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm đã cấp.

Trường hợp VBI cung cấp bảo hiểm có điều kiện (cung cấp bảo hiểm trong trường hợp điều kiện tham gia bảo hiểm của người được bảo hiểm dưới chuẩn theo quy định của VBI) thì nội dung này được quy định cụ thể tại Bộ hợp đồng bảo hiểm.

Điều 8. Quyền lợi bảo hiểm Điều trị Tai nạn

1. Điều trị nội trú do Tai nạn

1.1. Phạm vi bảo hiểm

Trường hợp Người được bảo hiểm điều trị nội trú (bao gồm điều trị trong ngày) trong thời hạn bảo hiểm tại cơ sở y tế theo quy định của Chương trình bảo hiểm, do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm được quy định trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm, VBI chi trả một hoặc nhiều các chi phí sau:

1.1.1. Chi phí nằm viện

- Chi phí phòng, giường bệnh cho Người được bảo hiểm nằm điều trị;
- Chi phí ăn, uống của bệnh nhân tại bệnh viện và có thể hiện trên Bảng kê viện phí nội trú;
- Chi phí phòng chăm sóc đặc biệt, phòng theo dõi liên tục; điều trị cấp cứu;
- Chi phí máu, huyết tương;
- Chi phí thuốc điều trị và sử dụng trong khi nằm viện; truyền máu, oxy, huyết thanh, quần áo bệnh viện;
- Chi phí băng, nẹp bột;
- Chi phí tiêm truyền tĩnh mạch;
- Chi phí cận lâm sàng;
- Chi phí phẫu thuật/thủ thuật phục vụ chẩn đoán, thăm dò cần thiết phục vụ quá trình điều trị;
- Chi phí vật tư y tế cần thiết được sử dụng trong quá trình nằm viện;

- Chi phí vật lý trị liệu, y học thay thế nhằm góp phần điều trị toàn diện, cần thiết cho quá trình điều trị.

1.1.2. Chi phí phẫu thuật, thủ thuật

- Thuốc, chi phí gây mê, gây tê (loại trừ chi phí gây tê tùy sống);
- Chi phí phòng mổ, phẫu thuật viên;
- Vật tư y tế cần thiết;
- Chi phí cấy ghép bộ phận cơ thể;
- Chi phí hồi sức sau khi phẫu thuật;
- Các chi phí khác liên quan đến ca phẫu thuật, thủ thuật.

1.1.3. Các chi phí khác

- Dịch vụ vận chuyển cấp cứu;
- Chi phí điều trị trước khi nhập viện;
- Chi phí điều trị sau khi xuất viện;
- Phục hồi chức năng (không bao gồm vật lý trị liệu);
- Chi phí y tế chăm sóc tại nhà.
- Chi phí khác (nếu có) được quy định tại Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

1.2. Quyền lợi bảo hiểm

Trường hợp Người được bảo hiểm điều trị nội trú (bao gồm điều trị trong ngày) thuộc phạm vi bảo hiểm nêu trên, VBI sẽ chi trả các chi phí điều trị thuộc phạm vi bảo hiểm nhưng không vượt quá số tiền bảo hiểm, giới hạn phụ và số ngày điều trị tối đa của quyền lợi bảo hiểm tương ứng được quy định trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

2. Điều trị ngoại trú do Tai nạn

2.1. Phạm vi bảo hiểm

Trường hợp Người được bảo hiểm điều trị ngoại trú trong thời hạn bảo hiểm tại cơ sở y tế theo quy định của Chương trình bảo hiểm, do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm được quy định trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm, VBI chi trả các chi phí sau:

- Chi phí khám, cận lâm sàng;
- Chi phí truyền dịch, vật tư y tế;
- Chi phí thuốc theo kê đơn của bác sĩ;
- Chi phí phẫu thuật ngoại trú, thủ thuật ngoại trú;
- Phục hồi chức năng, y học thay thế;
- Chi phí khác (nếu có) được quy định tại Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

2.2. Quyền lợi bảo hiểm

Trường hợp Người được bảo hiểm điều trị ngoại trú thuộc phạm vi bảo hiểm nêu trên, VBI sẽ chi trả các chi phí điều trị thuộc phạm vi bảo hiểm nhưng không vượt quá số tiền bảo

hiểm, giới hạn phụ và số lần điều trị tối đa của quyền lợi bảo hiểm tương ứng được quy định trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

Điều 9. Quyền lợi bảo hiểm Điều trị Bệnh

1. Điều trị nội trú do Bệnh

1.1. Phạm vi bảo hiểm

Trường hợp Người được bảo hiểm điều trị nội trú (bao gồm điều trị trong ngày) trong thời hạn bảo hiểm tại cơ sở y tế theo quy định của Chương trình bảo hiểm, do bệnh thuộc phạm vi bảo hiểm được quy định trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm, VBI chi trả một hoặc nhiều các chi phí sau:

1.1.1. Chi phí nằm viện (tối đa 60 ngày/năm)

- Chi phí phòng, giường bệnh cho Người được bảo hiểm nằm điều trị;
- Chi phí ăn, uống của bệnh nhân tại bệnh viện và có thể hiện trên Bảng kê viện phí nội trú;
- Chi phí phòng chăm sóc đặc biệt; phòng theo dõi liên tục; điều trị cấp cứu;
- Chi phí máu, huyết tương;
- Chi phí thuốc điều trị và sử dụng trong khi nằm viện; truyền máu, oxy, huyết thanh, quần áo bệnh viện;
- Chi phí băng, nẹp bột;
- Chi phí tiêm truyền tĩnh mạch;
- Chi phí cận lâm sàng;
- Chi phí phẫu thuật/thủ thuật phục vụ chẩn đoán, thăm dò mà không nhằm mục đích điều trị;
- Chi phí xạ trị/hóa trị, lọc máu, chạy thận nhân tạo;
- Chi phí vật tư y tế cần thiết được sử dụng trong quá trình nằm viện;
- Chi phí vật lý trị liệu, y học thay thế nhằm góp phần điều trị toàn diện, cần thiết cho quá trình điều trị;

1.1.2. Chi phí phẫu thuật, thủ thuật

- Thuốc, chi phí gây mê;
- Chi phí phòng mổ, phẫu thuật viên;
- Vật tư y tế cần thiết;
- Chi phí cấy ghép bộ phận cơ thể;
- Chi phí hồi sức sau khi phẫu thuật;
- Các chi phí khác liên quan đến ca phẫu thuật, thủ thuật.

1.1.3. Các chi phí khác

- Chi phí điều trị trước khi nhập viện;
- Chi phí điều trị sau khi xuất viện;
- Dịch vụ vận chuyển cấp cứu;

- Phục hồi chức năng (không bao gồm vật lý trị liệu);
- Chi phí y tá chăm sóc tại nhà.
- Chi phí khác (nếu có) được quy định tại Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

1.2. Quyền lợi bảo hiểm

Trường hợp Người được bảo hiểm điều trị nội trú (bao gồm điều trị trong ngày) thuộc phạm vi bảo hiểm nêu trên, VBI sẽ chi trả các chi phí điều trị thuộc phạm vi bảo hiểm nhưng không vượt quá số tiền bảo hiểm, giới hạn phụ và số ngày điều trị tối đa của quyền lợi bảo hiểm tương ứng được quy định trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

2. Điều trị ngoại trú do Bệnh

2.1. Phạm vi bảo hiểm

Trường hợp Người được bảo hiểm điều trị ngoại trú trong thời hạn bảo hiểm tại cơ sở y tế theo quy định của Chương trình bảo hiểm, do bệnh thuộc phạm vi bảo hiểm được quy định trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm, VBI chi trả một hoặc nhiều chi phí sau:

- Chi phí khám, cận lâm sàng;
 - Chi phí truyền dịch, vật tư y tế cần thiết và hợp lý theo sự chỉ định của Bác sĩ;
 - Chi phí xạ trị/hóa trị, lọc máu, chạy thận nhân tạo;
 - Chi phí thuốc theo kê đơn của bác sĩ;
 - Chi phí phẫu thuật ngoại trú, thủ thuật ngoại trú;
 - Vật lý trị liệu và/hoặc phục hồi chức năng khác (nếu có) theo quy định trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm;
 - Y học thay thế;
 - Chi phí khác (nếu có) được quy định tại Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.
- Số lần khám tối đa: 10 lần khám/năm.

2.2. Quyền lợi bảo hiểm

Trường hợp Người được bảo hiểm điều trị ngoại trú thuộc phạm vi bảo hiểm nêu trên, VBI sẽ chi trả các chi phí điều trị thuộc phạm vi bảo hiểm nhưng không vượt quá số tiền bảo hiểm, giới hạn phụ và số lần điều trị tối đa của quyền lợi bảo hiểm tương ứng được quy định trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

Điều 10. Quyền lợi bảo hiểm Thai sản

1. Sinh con

1.1. Phạm vi bảo hiểm

Trường hợp Người được bảo hiểm sinh con tại các cơ sở y tế theo quy định của Chương trình bảo hiểm, VBI sẽ chi trả một hoặc nhiều các chi phí sau:

- Chi phí sinh con (sinh thường, sinh mổ hoặc sinh khó bằng các can thiệp chuyên môn), bao gồm:

- o Chi phí nằm viện, phẫu thuật;
- o Chi phí lần khám trước khi sinh: theo quy định chi trả quyền lợi Chi phí điều trị trước khi nhập viện tại khoản 1.1.3 Điều 9;
- o Chi phí điều trị ngay sau khi xuất viện;
- o Chăm sóc trẻ sau sinh: Bao gồm các chi phí y tế cần thiết cho việc điều trị cho trẻ sơ sinh liên quan đến bệnh lý xuất hiện trong vòng 07 ngày sau khi sinh, với điều kiện người mẹ vẫn nằm viện.
- o Chi phí đỡ đẻ, bao gồm: thuốc theo kê đơn của bác sĩ; chi phí đỡ đẻ thường, đẻ thường cắt khâu tầng sinh môn; các chi phí liên quan đến các phương pháp chuyên môn kỹ thuật trong đẻ khó hoặc phẫu thuật lấy thai được Bộ y tế công nhận theo định nghĩa về phẫu thuật trong Quy tắc bảo hiểm;
- o Chi phí khác (nếu có) được quy định tại Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

1.2. Quyền lợi bảo hiểm

Trường hợp Người được bảo hiểm sinh con thuộc phạm vi bảo hiểm nêu trên, VBI sẽ chi trả các chi phí điều trị thuộc phạm vi bảo hiểm nhưng không vượt quá số tiền bảo hiểm, giới hạn phụ và số lần/số ngày điều trị tối đa của quyền lợi bảo hiểm tương ứng được quy định trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

2. Điều trị thai sản

2.1. Phạm vi bảo hiểm

Người được bảo hiểm điều trị Biến chứng thai sản (bao gồm cả biến chứng thai sản do tai nạn) và/hoặc Bệnh lý phát sinh nguyên nhân do thai kỳ tại các cơ sở y tế theo quy định của Chương trình bảo hiểm.

2.2. Quyền lợi bảo hiểm

Trường hợp Người được bảo hiểm điều trị Biến chứng thai sản và/hoặc Bệnh lý phát sinh nguyên nhân do thai kỳ tại các cơ sở y tế theo quy định của Chương trình bảo hiểm, VBI chi trả một hoặc nhiều các chi phí bao gồm chi phí nằm viện, chi phí phẫu thuật, thủ thuật theo quy định tại quyền lợi Điều trị nội trú, Điều trị ngoại trú do bệnh và được quy định trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm. Số tiền chi trả không vượt quá số tiền bảo hiểm, giới hạn phụ và số lần/số ngày điều trị tối đa của quyền lợi bảo hiểm tương ứng được quy định trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

Điều 11. Quyền lợi bảo hiểm Điều trị Nha khoa

1. Điều trị Nha khoa

1.1. Phạm vi bảo hiểm

Trường hợp Người được bảo hiểm điều trị nha khoa trong thời hạn bảo hiểm tại cơ sở y tế theo quy định của Chương trình bảo hiểm, VBI chi trả một hoặc nhiều các chi phí sau:

- Chi phí khám, cận lâm sàng;
 - Chi phí điều trị viêm nướu/lợi/nha chu;
 - Trám răng/hàn răng bằng chất liệu thông thường (như amalgam, composite, fuji và các chất liệu có giá cả tương đương);
 - Điều trị tủy răng;
 - Cạo vôi răng;
 - Nhổ răng bệnh lý (bao gồm thủ thuật, phẫu thuật);
 - Chi phí cắt u mô cứng của răng, cắt cuống răng, chóp răng;
 - Chi phí khác (nếu có) được quy định tại Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.
- Số lần khám tối đa: 5 lần khám/năm.

1.2. Quyền lợi bảo hiểm

Trường hợp Người được bảo hiểm điều trị nha khoa thuộc phạm vi bảo hiểm nêu trên, VBI sẽ chi trả các chi phí điều trị thuộc phạm vi bảo hiểm nhưng không vượt quá số tiền bảo hiểm, giới hạn phụ và số lần điều trị tối đa của quyền lợi bảo hiểm tương ứng được quy định trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

Điều 12. Quyền lợi bảo hiểm Trợ cấp

1. Trợ cấp nằm viện

1.1. Phạm vi bảo hiểm

Trường hợp Người được bảo hiểm điều trị nội trú trong thời hạn bảo hiểm tại cơ sở y tế theo quy định Chương trình bảo hiểm, do tai nạn và/hoặc bệnh và/hoặc thai sản được quy định trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm, VBI đồng ý chi trả trợ cấp cho những ngày điều trị thuộc phạm vi bảo hiểm của Người được bảo hiểm, tối đa 60 ngày/năm.

1.2. Quyền lợi bảo hiểm

Trường hợp Người được bảo hiểm điều trị thuộc phạm vi bảo hiểm nêu trên, VBI chi trả số tiền trợ cấp và số ngày trợ cấp tối đa theo từng nhóm cơ sở y tế và được quy định cụ thể trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

Đối với Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm có thời hạn bảo hiểm ít hơn 365 ngày: Số ngày trợ cấp được bảo hiểm = (số ngày của thời hạn bảo hiểm/365 ngày) x giới hạn số ngày trợ cấp tối đa một năm.

2. Trợ cấp mai táng

2.1. Phạm vi bảo hiểm

Trường hợp Người được bảo hiểm tử vong do nguyên nhân thuộc phạm vi bảo hiểm theo quyền lợi “Tử vong hoặc Tồn thương vĩnh viễn” trong thời hạn bảo hiểm, VBI đồng ý chi trả trợ cấp mai táng phí cho người thụ hưởng theo quy định tại Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

2.2. Quyền lợi bảo hiểm

VBI sẽ chi trả duy nhất một lần số tiền trợ cấp mai táng phí được quy định cụ thể trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

3. Trợ cấp thân nhân

3.1. Phạm vi bảo hiểm

Trường hợp Người được bảo hiểm tử vong và/hoặc Tổn thương toàn bộ vĩnh viễn do nguyên nhân thuộc phạm vi bảo hiểm theo quyền lợi “Tử vong và Tổn thương vĩnh viễn” trong thời hạn bảo hiểm, VBI đồng ý chi trả trợ cấp cho con bằng số tiền bảo hiểm chia đều cho các thân nhân là con (bao gồm con đẻ, con nuôi hợp pháp) dưới 18 tuổi, bố/mẹ (bao gồm bố/mẹ đẻ, bố/mẹ của vợ/chồng) trên 60 tuổi của Người được bảo hiểm.

3.2. Quyền lợi bảo hiểm

VBI sẽ chi trả duy nhất một lần số tiền trợ cấp cho con và/hoặc bố/mẹ của Người được bảo hiểm. Số tiền bảo hiểm, số người được hưởng trợ cấp quy định cụ thể trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

Điều 13. Quyền lợi bảo hiểm Tử vong hoặc Tổn thương vĩnh viễn

1. Tử vong hoặc Tổn thương toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn

1.1. Phạm vi bảo hiểm

Người được bảo hiểm bị tai nạn xảy ra trong thời hạn bảo hiểm dẫn đến:

- Người được bảo hiểm tử vong hoặc tổn thương toàn bộ vĩnh viễn trong thời hạn bảo hiểm; hoặc
- Người được bảo hiểm tử vong hoặc tổn thương toàn bộ vĩnh viễn trong vòng tối đa không vượt quá 01 năm kể từ ngày xảy ra tai nạn;

1.2. Quyền lợi bảo hiểm

Trường hợp Người được bảo hiểm tử vong hoặc tổn thương toàn bộ vĩnh viễn thuộc phạm vi bảo hiểm: VBI chi trả tối đa số tiền bảo hiểm quy định trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

2. Tử vong, tổn thương toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn trên phương tiện vận tải công cộng

Trường hợp Người được bảo hiểm là hành khách trên phương tiện giao thông công cộng hoặc chuyến bay thương mại và bị tử vong hoặc tổn thương toàn bộ vĩnh viễn thuộc phạm vi bảo hiểm: VBI chi trả thêm số tiền bảo hiểm quy định trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm với điều kiện Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm đồng ý đóng thêm phụ phí và được VBI chấp nhận bảo hiểm.

Trong đó:

- Phương tiện công cộng: Là phương tiện giao thông thương mại có bán vé hợp lệ, theo lịch trình thường xuyên và trên những tuyến đường đã xác lập, bao gồm: xe buýt, tàu hỏa chở khách (bao gồm cả phương tiện đường sắt đô thị), tàu thủy chở khách, phà chở khách.
- Chuyến bay thương mại: Là chuyến bay sử dụng máy bay dân dụng (không phải máy bay quân sự và chuyên cơ riêng), vận chuyển hành khách vì mục đích thương mại và được điều hành bởi các hãng hàng không.

3. Tổn thương bộ phận vĩnh viễn do tai nạn

3.1. Phạm vi bảo hiểm

Người được bảo hiểm bị tai nạn xảy ra trong thời hạn bảo hiểm dẫn đến:

- Người được bảo hiểm bị tổn thương bộ phận vĩnh viễn trong thời hạn bảo hiểm; hoặc
- Người được bảo hiểm bị tổn thương bộ phận vĩnh viễn trong vòng tối đa không vượt quá 01 năm kể từ ngày xảy ra tai nạn.

3.2. Quyền lợi bảo hiểm

Trường hợp Người được bảo hiểm bị tổn thương bộ phận vĩnh viễn, VBI chi trả số tiền bảo hiểm như sau:

$$\text{Số tiền chi trả} = \text{Tỷ lệ Tổn thương} \times \text{Số tiền bảo hiểm} \quad \text{Quyền lợi bảo hiểm}$$

Trường hợp có nhiều Tổn thương ở cùng một bộ phận cơ thể, tổng số tiền trả cho các Tổn thương không được vượt quá tỷ lệ mất bộ phận cơ thể đó.

4. Tử vong, tổn thương toàn bộ vĩnh viễn do bệnh, thai sản

4.1. Phạm vi bảo hiểm

Người được bảo hiểm tử vong hoặc Tổn thương toàn bộ vĩnh viễn do bệnh, thai sản trong thời hạn bảo hiểm.

4.2. Quyền lợi bảo hiểm

Trường hợp Người được bảo hiểm tử vong hoặc tổn thương toàn bộ vĩnh viễn thuộc phạm vi bảo hiểm, VBI chi trả tối đa số tiền bảo hiểm quy định trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

5. Tử vong hoặc Tổn thương toàn bộ vĩnh viễn do mọi nguyên nhân trừ tai nạn

5.1. Phạm vi bảo hiểm

Người được bảo hiểm tử vong hoặc tổn thương toàn bộ vĩnh viễn trong thời hạn bảo hiểm do các nguyên nhân (không bao gồm tai nạn) và không bị loại trừ theo quy định tại Chương III. Điều khoản loại trừ tại Quy tắc bảo hiểm này.

5.2. Quyền lợi bảo hiểm

Trường hợp Người được bảo hiểm tử vong hoặc Tổn thương toàn bộ vĩnh viễn thuộc phạm vi bảo hiểm: VBI chi trả tối đa số tiền bảo hiểm quy định trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

6. Tử vong hoặc Tổn thương toàn bộ vĩnh viễn do mọi nguyên nhân

5.1. Phạm vi bảo hiểm

Người được bảo hiểm tử vong hoặc Tổn thương toàn bộ vĩnh viễn trong thời hạn bảo hiểm do các nguyên nhân không bị loại trừ theo quy định tại Chương III. Điều khoản loại trừ tại Quy tắc bảo hiểm này.

5.2. Quyền lợi bảo hiểm

Trường hợp Người được bảo hiểm tử vong hoặc Tổn thương toàn bộ vĩnh viễn thuộc phạm vi bảo hiểm, VBI chi trả tối đa số tiền bảo hiểm quy định trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

7. Quyền lợi bảo hiểm khám sức khỏe định kỳ

Trường hợp Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm đồng ý đóng thêm phụ phí và được VBI chấp nhận bảo hiểm, VBI mở rộng bảo hiểm chi phí khám sức khỏe định kỳ, tầm soát hoặc tiêm vắc xin theo quy định tại Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

CHƯƠNG III. ĐIỀU KHOẢN LOẠI TRỪ TRÁCH NHIỆM BẢO HIỂM

Trừ trường hợp có quy định cụ thể tại Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm, VBI sẽ không chịu trách nhiệm chi trả quyền lợi bảo hiểm tại Chương II khi xảy ra sự kiện đối với Người được bảo hiểm phát sinh từ hay là hậu quả của các trường hợp sau đây:

Điều 14. Điều khoản loại trừ chung

1. Người được bảo hiểm tự tử hay cố ý tự gây tổn thương cho bản thân dù trong tình trạng tỉnh táo hay không tỉnh táo; Bên mua bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng hoặc Người thừa kế hợp pháp gây ra cái chết hay tổn thương cơ thể cho người được bảo hiểm;
2. Người được bảo hiểm tử vong, tổn thương hoặc thực hiện điều trị bệnh/tổn thương ngoài phạm vi lãnh thổ được bảo hiểm;
3. Sự kiện bảo hiểm xảy ra trong thời gian Người được bảo hiểm thi hành án hình sự theo phán quyết của tòa án;
4. Bệnh có sẵn (Điều khoản loại trừ này không áp dụng trong trường hợp được VBI chấp thuận bảo hiểm theo quy định trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm);
5. Trang thiết bị y tế hỗ trợ điều trị, bộ phận giả, cấy ghép nhân tạo, bao gồm cả chi phí để cung cấp, bảo dưỡng, sửa chữa hay thay thế các thiết bị, bộ phận đó;
6. Điều trị/phẫu thuật thẩm mỹ và các biến chứng của việc điều trị/phẫu thuật thẩm mỹ; điều trị mụn trứng cá; sửa dáng đi; chỉnh hình (trừ khi việc chỉnh hình này là nhằm tái tạo lại cơ quan bị tổn thương do tai nạn trong thời hạn bảo hiểm); khám và điều trị se;
7. Khám, điều trị theo yêu cầu của Người được bảo hiểm mà không theo phác đồ thông thường của Bộ y tế; Điều trị không được khoa học công nhận, điều trị thử nghiệm; Điều trị không có chỉ định của Bác sĩ;
8. Khám, cận lâm sàng không có kết luận bệnh/tổn thương của Bác sĩ hoặc có kết quả bình thường; Khám không có hướng điều trị; Cận lâm sàng theo yêu cầu hoặc chỉ định của Bác sĩ mang tính chất kiểm tra, loại trừ/phân biệt, tầm soát, không nhằm mục đích chẩn đoán theo triệu chứng và phục vụ điều trị bệnh/tổn thương đó; Tiêm chủng và thuốc phòng ngừa (trừ trường hợp điều trị do tai nạn hay động vật cắn);
9. Thực phẩm chức năng, thực phẩm tăng cường miễn dịch cơ thể/tăng sức đề kháng, mỹ phẩm, chế phẩm y tế;
10. Các chi phí liên quan đến điều trị bằng phương pháp cấy tế bào gốc bao gồm chi phí chiết xuất, xử lý, cấy tế bào gốc, điều trị duy trì sau khi cấy tế bào gốc; phương pháp phẫu thuật bằng robot; và hậu quả của phương pháp điều trị này;
11. Người được bảo hiểm sử dụng và/hoặc trong cơ thể có ma túy, các chất gây nghiện, các chất kích thích khác mà pháp luật cấm sử dụng tại thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm;

12. Người được bảo hiểm mắc bệnh HIV/AIDS hoặc các hội chứng suy giảm miễn dịch khác do HIV/AIDS gây ra trừ trường hợp Người được bảo hiểm bị nhiễm HIV/AIDS trong quá trình thực hiện nhiệm vụ của mình tại nơi làm việc với tư cách là công an, cảnh sát, nhân viên y tế;
13. Tử vong, Tổn thương hoặc các chi phí y tế điều trị phát sinh trực tiếp từ việc ăn và/hoặc uống chất độc (bao gồm ngộ độc thực phẩm), hít phải khí gas, hơi độc, khí độc;
14. Điều trị y tế liên quan đến đứt dây chằng, rách sụn chêm. Điểm loại trừ này không áp dụng trong trường hợp tái tục liên tục hoặc được VBI chấp nhận bảo hiểm tại Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm;
15. Người được bảo hiểm tử vong nhưng Cơ sở y tế, Cơ quan công an đồng thời VBI không xác định được nguyên nhân tử vong của Người được bảo hiểm;
16. Chiến tranh, đình công, nội chiến, khủng bố, bạo động, dân biến, phiến loạn, cách mạng, nội chiến, năng lượng hạt nhân, động đất, núi lửa, sóng thần, nhiễm phóng xạ;
17. Dịch bệnh do Tổ chức y tế thế giới công bố; Bệnh truyền nhiễm nhóm A theo quy định tại Luật phòng, chống bệnh truyền nhiễm và các văn bản sửa đổi, bổ sung thay thế từng thời kỳ (nếu có) do cơ quan có thẩm quyền tại Việt Nam hoặc nước sở tại công bố;
18. Sự kiện bảo hiểm có liên quan đến hành vi giả mạo tài liệu, cố ý làm sai lệch thông tin trong hồ sơ yêu cầu bồi thường, trả tiền bảo hiểm.

Điều 15. Điều khoản loại trừ đối với quyền lợi bảo hiểm tai nạn

1. Người được bảo hiểm điều khiển phương tiện giao thông trong tình trạng có nồng độ cồn trong máu vượt quá 50 miligam/ 100 mililit máu (tương đương 10,9 mmol/ 1 lít máu) hoặc nồng độ cồn trong khí thở vượt quá 0,25 miligam/1 lít khí thở;
2. Người được bảo hiểm có hành vi phạm tội bị truy cứu trách nhiệm hình sự theo quy định bộ luật hình sự;
3. Người được bảo hiểm điều khiển xe cơ giới và vi phạm một trong các hành vi sau đây:
 - Không đủ điều kiện về độ tuổi điều khiển xe cơ giới theo quy định pháp luật về giao thông đường bộ;
 - Không có Giấy phép lái xe hoặc sử dụng Giấy phép lái xe không hợp lệ theo quy định của pháp luật về đào tạo, sát hạch, cấp giấy phép lái xe cơ giới đường bộ, Giấy phép lái xe bị tẩy xóa hoặc sử dụng Giấy phép lái xe hết hạn sử dụng tại thời điểm xảy ra tai nạn hoặc sử dụng Giấy phép lái xe không phù hợp đối với xe cơ giới bắt buộc phải có Giấy phép lái xe. Trường hợp người lái xe bị tước quyền sử dụng Giấy phép lái xe có thời hạn hoặc bị thu hồi Giấy phép lái xe thì được coi là không có Giấy phép lái xe;

- Không tuân thủ các quy định tại biển báo cấm theo Thông tư số 51/2024/TT-BGTVT ngày 15/11/2024 của Bộ Giao thông vận tải hoặc các văn bản hướng dẫn, sửa đổi, bổ sung, thay thế tại từng thời điểm (nếu có);
- Đua xe trái phép, đi vào khu vực cấm.
Trong đó: Khu vực cấm là những địa điểm được cơ quan quản lý nhà nước, cơ quan có thẩm quyền thiết lập nhằm bảo vệ, quản lý, kiểm soát chặt chẽ các hoạt động của con người, phương tiện nhằm duy trì trật tự, an ninh, phòng, chống các hành vi xâm nhập, phá hoại, thu thập bí mật nhà nước trong khu vực, địa điểm đó.
- 4. Người được bảo hiểm tham gia, tập luyện hoặc tham gia thi đấu các môn thể thao chuyên nghiệp, các hoạt động thể thao nguy hiểm.
Trong đó:
 - Hoạt động thể thao chuyên nghiệp: Là các hoạt động thể thao bao gồm việc huấn luyện, biểu diễn, thi đấu và các hoạt động này là nghề của Người được bảo hiểm.
 - Hoạt động thể thao nguy hiểm: Là hoạt động tập luyện, thi đấu các bộ môn gồm dù lượn; điều bay; leo núi thể thao; lặn biển thể thao giải trí; mô tô nước; môn lướt ván; bơi thuyền buồm cách xa bờ từ 05 kilomet trở lên; ô tô thể thao địa hình; mô tô thể thao; xe đạp thể thao; bắn súng; đấu kiếm; bắn cung; các cuộc đua như đua xe, đua ngựa (không bao gồm các cuộc đua mang tính chất từ thiện, cuộc đua nội bộ do công ty tổ chức).
- 5. Người được bảo hiểm tham gia vào các hoạt động hàng không (trừ khi với tư cách là hành khách trên các chuyến bay thương mại), tham gia các cuộc diễn tập huấn luyện quân sự, tham gia chiến đấu của lực lượng vũ trang;
- 6. Các hành động đánh nhau/ẩu đả của Người được bảo hiểm, trừ khi chứng minh được hành động đánh nhau/ẩu đả đó là hành động cứu người, bảo vệ tài sản hoặc phòng vệ chính đáng;

Điều 16. Điều khoản loại trừ đối với quyền lợi bảo hiểm liên quan đến Bệnh, Thai sản, Nha khoa

1. Khám sức khỏe định kỳ; kiểm tra sức khỏe tổng quát; tầm soát ung thư cho kết quả bình thường; khám hoặc tư vấn y tế với mục đích kiểm tra, tầm soát; khám thai định kỳ, trừ trường hợp được VBI chấp thuận và quy định trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm;
2. Bệnh bẩm sinh, khuyết tật bẩm sinh (bao gồm dị dạng), dị tật bẩm sinh, bệnh di truyền, biến dạng và bất thường về nhiễm sắc thể; bệnh rối loạn giấc ngủ, bệnh/tình trạng rối loạn tâm thần và hành vi;
3. Bệnh đặc biệt (Điều khoản loại trừ này không áp dụng trong trường hợp tái tục liên tục hoặc được VBI chấp nhận bảo hiểm tại Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm);

4. Nhược thị, các tật khúc xạ (bao gồm cận thị, viễn thị, loạn thị); kiểm tra thính giác/thị giác thông thường; rối loạn điều tiết, mỏi mắt điều tiết, đục thủy tinh thể, thoái hóa võng mạc, thoái hóa giác mạc, thoái hóa hoàng điểm, lão thị, giảm thính lực tuổi già;
5. Kiểm soát trọng lượng cơ thể (tăng hoặc giảm cân), suy dinh dưỡng, béo phì, còi xương;
6. Bệnh lây truyền qua đường tình dục theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của Bộ y tế không phân biệt nguồn lây (không bao gồm: Viêm âm đạo hoặc viêm phần phụ do vi khuẩn, Viêm gan virus, Nấm đường sinh dục), rối loạn chức năng tình dục, rối loạn sinh lý, rối loạn mãn kinh và tiền mãn kinh và bất cứ hậu quả hoặc biến chứng nào liên quan đến việc điều trị các bệnh, tình trạng này; Thay đổi giới tính;
7. Kế hoạch hóa gia đình; Điều trị vô sinh, Hỗ trợ sinh sản, Chi phí may/khâu thẩm mỹ, giảm đau trong hoặc sau sinh.

CHƯƠNG IV. QUY ĐỊNH VỀ TRẢ TIỀN BẢO HIỂM

Điều 17. Thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm

1. Trong vòng 60 ngày kể từ thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm, Người yêu cầu trả tiền bảo hiểm (Người được bảo hiểm/Người thụ hưởng theo chỉ định/Người thừa kế hợp pháp/Người được ủy quyền hợp pháp) phải thông báo cho VBI bằng văn bản về việc có sự kiện bảo hiểm đã xảy ra;
2. Thời hạn nộp hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm theo hợp đồng bảo hiểm là 01 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.
Sự kiện bất khả kháng là sự kiện xảy ra một cách khách quan không thể lường trước được, không thể kiểm soát và không thể khắc phục được mặc dù đã áp dụng mọi biện pháp cần thiết trong khả năng cho phép.
3. Trong trường hợp Người yêu cầu trả tiền bảo hiểm chứng minh được rằng Người được bảo hiểm/Người thụ hưởng không biết thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm thì thời hạn thông báo sự kiện bảo hiểm, thời hạn nộp hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm được tính từ ngày Người được bảo hiểm/Người thụ hưởng biết việc xảy ra sự kiện bảo hiểm đó.

Điều 18. Hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm

Hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm do Người yêu cầu trả tiền bảo hiểm thu thập và cung cấp cho VBI, bao gồm:

1. **Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm theo mẫu của VBI** (Không áp dụng biểu mẫu này nếu khai báo trên Ứng dụng điện tử của VBI);
2. **Hồ sơ điều trị y tế**

ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ	ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ ĐIỀU TRỊ TRONG NGÀY
Sổ khám bệnh/Phiếu khám/Đơn thuốc thể hiện chẩn đoán bệnh và chỉ định điều trị của bác sỹ.	Giấy ra viện thể hiện thời gian lưu viện.
Kết quả xét nghiệm cận lâm sàng (nếu có).	Giấy chứng nhận phẫu thuật/ Phiếu mổ (nếu cần thiết trong trường hợp phẫu thuật).
Hóa đơn được thể hiện theo hình thức hóa đơn điện tử hoặc hóa đơn do cơ quan thuế đặt in (nếu hóa đơn không liệt kê chi tiết chi phí, dịch vụ thì cung cấp Bảng kê chi tiết đính kèm hóa đơn).	Hóa đơn được thể hiện theo hình thức hóa đơn điện tử hoặc hóa đơn do cơ quan thuế đặt in (nếu hóa đơn không liệt kê chi tiết chi phí, dịch vụ thì cung cấp Bảng kê chi tiết đính kèm hóa đơn).

Chứng từ khác (nếu có): Chỉ định xét nghiệm, phim chụp...	Chứng từ khác (nếu có): Chỉ định xét nghiệm, phim chụp, Trích sao bệnh án ...
---	---

3. Hồ sơ trường hợp tai nạn

Ngoài các chứng từ quy định tại khoản 1 và 2, Người yêu cầu trả tiền bảo hiểm bổ sung các chứng từ sau:

a. Trường hợp không có cơ quan công an tiếp nhận, thụ lý

- Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm theo mẫu VBI tại khoản 1 hoặc Bản tường trình tai nạn theo mẫu của VBI, có xác nhận của người làm chứng (nếu có).

b. Trường hợp có cơ quan công an tiếp nhận, thụ lý

- Kết luận điều tra hoặc Biên bản giải quyết của cơ quan công an và các chứng từ liên quan của cơ quan công an;
- Giấy phép lái xe theo quy định trong trường hợp Người được bảo hiểm điều khiển phương tiện giao thông.

c. Trường hợp Tai nạn lao động: cung cấp Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm hoặc Biên bản tai nạn theo mẫu của VBI theo hướng dẫn nêu trên. VBI sẽ thông báo cung cấp thêm Biên bản tai nạn lao động có xác nhận của cơ quan, tổ chức nơi Người được bảo hiểm đang làm việc (nếu cần thiết).

4. Hồ sơ trường hợp Tử vong

- Trích lục khai tử hoặc Giấy báo tử;
- Chứng từ y tế điều trị trước khi tử vong (nếu có): Giấy ra viện, Giấy chứng nhận phẫu thuật, Trích sao bệnh án, các chứng từ y tế liên quan khác;
- Trường hợp tử vong do tai nạn: cung cấp kèm theo các chứng từ tai nạn theo quy định tại khoản 3;
- Chứng từ thừa kế theo quy định (VBI sẽ thông báo cung cấp trong từng trường hợp cụ thể).

5. Hồ sơ trường hợp Tổn thương toàn bộ hoặc bộ phận

- Chứng từ y tế theo khoản 2;
- Kết luận giám định của Hội đồng giám định y khoa (VBI sẽ thông báo cung cấp nếu cần thiết - tùy từng trường hợp cụ thể).

6. Hồ sơ trường hợp Trợ cấp

a. Trợ cấp nằm viện

- Giấy ra viện thể hiện thời gian lưu viện;
- Bảng kê chi tiết phát sinh (nếu cần thiết);
- Chứng từ khác (nếu cần thiết): Trích sao bệnh án.

b. Trợ cấp mai táng

- Chứng từ liên quan trường hợp Tử vong theo khoản 4.

c. Trợ cấp thân nhân

- Trường hợp Người được bảo hiểm Tử vong: cung cấp chứng từ theo khoản 4;
 - Trường hợp Người được bảo hiểm Tồn thương toàn bộ vĩnh viễn: cung cấp chứng từ theo khoản 5. Ngoài ra, cần cung cấp Giấy tờ chứng minh mối quan hệ giữa Người được bảo hiểm và thân nhân (người được hưởng trợ cấp).
- 7. Trường hợp các hóa đơn, chứng từ, tài liệu bằng tiếng nước ngoài:** Người yêu cầu trả tiền bảo hiểm phải nộp kèm một bản dịch tiếng Việt có công chứng. Chi phí dịch thuật do Người yêu cầu trả tiền bảo hiểm tự chi trả.
- 8. Trong trường hợp cần thiết, VBI có quyền yêu cầu**
- Người yêu cầu trả tiền bảo hiểm xuất trình chứng từ y tế bản gốc để kiểm tra, đối chiếu;
 - Người yêu cầu trả tiền bảo hiểm bổ sung các chứng từ khác để làm rõ hồ sơ, đảm bảo cho việc xem xét, chi trả các chi phí phát sinh phù hợp với quy định của pháp luật Việt Nam và Quy tắc bảo hiểm này;
 - Người được bảo hiểm thực hiện các xét nghiệm, giám định y khoa về tình trạng bệnh, Tồn thương; khám nghiệm tử thi (trong trường hợp Người được bảo hiểm tử vong) nếu việc khám nghiệm này không trái với pháp luật Việt Nam. Mọi chi phí phát sinh trong trường hợp này do VBI chi trả.

Điều 19. Thời hạn giải quyết yêu cầu bảo hiểm

1. Trong vòng 05 ngày làm việc kể từ ngày tiếp nhận hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm của Người yêu cầu trả tiền bảo hiểm, VBI sẽ thông báo bằng văn bản về tính đầy đủ của hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm.
2. VBI phải trả tiền bảo hiểm trong thời hạn 15 ngày làm việc kể từ ngày nhận được đầy đủ hồ sơ hợp lệ về yêu cầu trả tiền bảo hiểm theo quy định tại Quy tắc bảo hiểm này. Trường hợp cần xác minh hồ sơ thì thời hạn trả tiền bảo hiểm không vượt quá 30 ngày làm việc.
3. Trong trường hợp từ chối trả tiền bảo hiểm, VBI phải trả lời bằng văn bản cho Người được bảo hiểm/Người thụ hưởng và nêu rõ lý do từ chối trả tiền bảo hiểm.

Điều 20. Quy định khác về giải quyết quyền lợi bảo hiểm

1. Nguyên tắc giải quyết trong trường hợp Người được bảo hiểm tham gia nhiều Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm sức khỏe tại VBI có trùng một phần hoặc toàn bộ thời hạn bảo hiểm. Trong đó:
 - a) **Trường hợp Người được bảo hiểm tham gia nhiều quy tắc bảo hiểm sức khỏe khác nhau tại VBI:**
 - Đối với quyền lợi bảo hiểm liên quan đến Chi phí y tế: Khi có sự kiện bảo hiểm xảy ra, VBI chi trả theo chi phí thực tế phát sinh thuộc phạm vi bảo hiểm nhưng không vượt quá tổng số tiền bảo hiểm của tất cả các quyền lợi bảo hiểm có liên quan của các quy tắc đang tham gia.

- Đối với quyền lợi bảo hiểm Tử vong, Tổn thương vĩnh viễn, Trợ cấp: Khi có sự kiện bảo hiểm xảy ra, VBI giải quyết quyền lợi bảo hiểm độc lập theo quy định tại từng Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.
- b) Trường hợp Người được bảo hiểm tham gia nhiều Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm của cùng một quy tắc bảo hiểm sức khỏe tại VBI:**
 - Khi có sự kiện bảo hiểm xảy ra, VBI giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo 01 Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm có số tiền bảo hiểm cao nhất, đồng thời đáp ứng được phạm vi bảo hiểm.
- 2. Trường hợp Người được bảo hiểm tham gia Bảo hiểm y tế nhà nước hoặc Công ty bảo hiểm khác và được bảo hiểm chi trả một phần chi phí y tế thuộc phạm vi bảo hiểm, VBI có quyền chi trả phần chênh lệch chi phí thuộc phạm vi bảo hiểm (nếu có) sau khi đã trừ đi chi phí y tế thuộc phạm vi bảo hiểm đã được chi trả.
- 3. Trường hợp Người được bảo hiểm đã được chi trả bồi thường liên quan đến các quyền lợi mà người đó không đủ điều kiện để được bảo hiểm theo quy định, VBI có quyền thu hồi lại khoản tiền bồi thường từ Bên mua bảo hiểm/Người thụ hưởng bảo hiểm.
- 4. Trong trường hợp xảy ra tranh chấp về kết quả chẩn đoán bệnh, tổn thương, VBI có quyền yêu cầu Người được bảo hiểm tiến hành giám định y khoa tại một cơ sở y tế theo chỉ định của VBI. Mọi chi phí cho việc tiến hành giám định y khoa theo yêu cầu của VBI sẽ do VBI chi trả. VBI và Người được bảo hiểm phải tuân theo kết quả giám định của cơ sở y tế/cơ quan này.

Điều 21. Áp dụng văn bản pháp luật

Trong trường hợp pháp luật có quy định liên quan đến Quy tắc bảo hiểm nhưng nội dung đó chưa có trong Quy tắc bảo hiểm này hoặc các văn bản pháp luật được đề cập trong Quy tắc bảo hiểm này được thay thế hoặc điều chỉnh sửa đổi, VBI sẽ căn cứ quy định pháp luật có hiệu lực tại thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm để giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

CHƯƠNG V. QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA CÁC BÊN

Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm phải đọc, hiểu tất cả điều kiện điều khoản của quy tắc bảo hiểm này để nắm được đầy đủ quyền và nghĩa vụ theo Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm. Các quy định dưới đây phải được xem xét tổng thể trên toàn bộ quy tắc bảo hiểm.

Điều 22. Quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm

1. Quyền của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm

- 1.1. Yêu cầu VBI cung cấp bản yêu cầu bảo hiểm, bảng câu hỏi liên quan đến rủi ro được bảo hiểm, đối tượng bảo hiểm, quy tắc, điều kiện, điều khoản bảo hiểm và giải thích các điều kiện, điều khoản bảo hiểm và các tài liệu có liên quan đến Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm;
- 1.2. Yêu cầu VBI cung cấp Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm cho Người được bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm đáp ứng đủ điều kiện tham gia bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này;
- 1.3. Yêu cầu VBI cấp hóa đơn thu phí bảo hiểm theo thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm và quy định của pháp luật có liên quan;
- 1.4. Hủy bỏ hoặc chấm dứt Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm theo quy định pháp luật hiện hành và thỏa thuận tại Hợp đồng bảo hiểm;
- 1.5. Yêu cầu VBI trả tiền bảo hiểm theo thỏa thuận tại Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm;
- 1.6. Các quyền khác theo quy định của pháp luật Việt Nam và quy tắc bảo hiểm này.

2. Nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm

- 2.1. kê khai đầy đủ, trung thực mọi thông tin có liên quan đến việc giao kết và thực hiện Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm theo yêu cầu của VBI và cam kết chịu hoàn toàn trách nhiệm về những thông tin đã cung cấp;
- 2.2. Đọc và hiểu rõ điều kiện, điều khoản bảo hiểm, quyền, nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm khi giao kết hợp đồng bảo hiểm và nội dung khác của Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm;
- 2.3. Đóng phí bảo hiểm đầy đủ, đúng hạn theo thỏa thuận trong Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm;
- 2.4. Phối hợp với VBI thông báo và cung cấp cho Người được bảo hiểm Quy tắc bảo hiểm, Sửa đổi bổ sung, điều kiện, điều khoản bảo hiểm, điều khoản loại trừ và các quy định khác tại Hợp đồng bảo hiểm và đảm bảo tất cả Người được bảo hiểm đều đã được giải thích rõ ràng, đầy đủ và đã đọc, hiểu rõ, chấp nhận tham gia bảo hiểm theo các điều kiện, điều khoản đó;

- 2.5. Thông báo cho VBI về việc xảy ra sự kiện bảo hiểm trong thời hạn quy định của Quy tắc bảo hiểm này;
- 2.6. Khi xảy ra sự kiện bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc thân nhân của họ có trách nhiệm thực hiện mọi biện pháp cần thiết và hợp lý nhằm cứu chữa nạn nhân bao gồm nhưng không giới hạn việc gọi cấp cứu kịp thời và tiến hành các biện pháp sơ cứu khẩn cấp tạm thời;
- 2.7. kê khai trung thực và cung cấp đầy đủ các thông tin, tài liệu trong hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm;
- 2.8. Đồng ý ủy quyền cho VBI được liên hệ với các bác sĩ, cơ sở khám chữa bệnh, tổ chức, cá nhân khác được cung cấp cho VBI và/hoặc bên thứ ba do VBI chỉ định tất cả tài liệu, hồ sơ bệnh án và thông tin sức khỏe, y tế khác có liên quan đến Người được bảo hiểm nhằm đảm bảo cho việc giao kết và thực hiện Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm;
- 2.9. Phối hợp với VBI và Cố vấn y tế của VBI để thu thập, cung cấp các thông tin liên quan đến sự kiện bảo hiểm;
- 2.10. Áp dụng các biện pháp đề phòng, hạn chế tổn thất theo quy định Luật kinh doanh bảo hiểm và các quy định khác của pháp luật Việt Nam có liên quan;
- 2.11. Các nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật Việt Nam.

Điều 23. Quyền và nghĩa vụ của doanh nghiệp bảo hiểm

1. Quyền của doanh nghiệp bảo hiểm

- 1.1. Thu phí bảo hiểm theo thỏa thuận quy định trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm;
- 1.2. Yêu cầu Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm cung cấp đầy đủ, trung thực thông tin liên quan đến việc giao kết và thực hiện Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm;
- 1.3. Hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm hoặc chấm dứt thực hiện Hợp đồng bảo hiểm theo quy định của Luật Kinh doanh bảo hiểm hiện hành và thỏa thuận tại Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm;
- 1.4. Từ chối trả tiền 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 Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm;
- 1.5. Thu hồi lại khoản tiền bồi thường từ Người được bảo hiểm/Người thụ hưởng theo chỉ định/Người thừa kế hợp pháp khi VBI phát hiện ra sự thiếu trung thực/khai báo sai;
- 1.6. Trường hợp Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm không thực hiện một trong các nghĩa vụ quy định tại khoản 2. Điều 22 nêu trên, tùy từng trường hợp cụ thể, VBI có quyền:
 - Từ chối chi trả toàn bộ số tiền bảo hiểm nếu Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm không thực hiện hoặc vi phạm một trong các nghĩa vụ tại điểm 2.1 đến 2.3; hoặc

- Từ chối chi trả một phần số tiền bảo hiểm nếu Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm không thực hiện hoặc vi phạm một trong các nghĩa vụ tại điểm 2.4 đến 2.7; và/hoặc
 - Chấm dứt Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm và mọi quyền lợi bảo hiểm; và/hoặc
 - Từ chối tái tục; và/hoặc
 - Điều chỉnh chương trình bảo hiểm, các quy định của Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm;
- 1.7. Yêu cầu Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm áp dụng các biện pháp đề phòng, hạn chế tổn thất theo quy định của pháp luật;
 - 1.8. Yêu cầu Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm/Người thụ hưởng/Người thừa kế hợp pháp hợp tác cung cấp thông tin, tài liệu đầy đủ và chính xác liên quan đến sự kiện bảo hiểm.
 - 1.9. Các quyền khác theo quy định của pháp luật Việt Nam.
- 2. Nghĩa vụ của doanh nghiệp bảo hiểm**
- 2.1. Cung cấp cho bên mua bảo hiểm bản yêu cầu bảo hiểm, quy tắc, điều kiện, điều khoản bảo hiểm; Giải thích rõ ràng, đầy đủ cho bên mua bảo hiểm về quyền lợi bảo hiểm, điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm, quyền và nghĩa vụ của bên mua bảo hiểm khi giao kết Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm;
 - 2.2. Cung cấp cho Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm bộ Hợp đồng bảo hiểm ngay sau khi giao kết Hợp đồng bảo hiểm;
 - 2.3. Cấp hóa đơn thu phí bảo hiểm cho bên mua bảo hiểm theo thỏa thuận trong Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm và quy định của pháp luật có liên quan;
 - 2.4. Hướng dẫn Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm thu thập và hoàn thiện các thủ tục, hồ sơ liên quan đến việc yêu cầu trả tiền bảo hiểm đối với các chi phí thuộc phạm vi bảo hiểm;
 - 2.5. Trả tiền bảo hiểm cho người thụ hưởng hợp pháp khi xảy ra sự kiện bảo hiểm theo thỏa thuận trong Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm;
 - 2.6. Giải thích bằng văn bản lý do từ chối trả tiền bảo hiểm;
 - 2.7. Lưu trữ hồ sơ hợp đồng bảo hiểm theo quy định của pháp luật;
 - 2.8. Bảo mật thông tin do Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm cung cấp, trừ trường hợp theo yêu cầu của cơ quan nhà nước có thẩm quyền hoặc được sự đồng ý của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm;
 - 2.9. Các nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật Việt Nam.

Điều 24. Hậu quả pháp lý trong trường hợp vi phạm nghĩa vụ cung cấp thông tin

1. Trường hợp Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm cố ý cung cấp không đầy đủ thông tin hoặc cung cấp thông tin sai sự thật nhằm giao kết Hợp đồng bảo hiểm để được trả tiền bảo hiểm thì VBI có quyền hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm đối với Người được bảo hiểm đó. VBI không có trách nhiệm trả tiền bảo hiểm và sẽ hoàn lại phí bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm theo quy định tại Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.
2. Trường hợp VBI cố ý không thực hiện nghĩa vụ cung cấp thông tin hoặc cung cấp thông tin sai sự thật nhằm giao kết Hợp đồng bảo hiểm thì Bên mua bảo hiểm có quyền hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm. VBI hoàn lại toàn bộ phí bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm.

CHƯƠNG VI. GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP**Điều 25. Luật áp dụng**

Quy tắc bảo hiểm này được giải thích và điều chỉnh theo pháp luật nước Cộng hoà xã hội chủ nghĩa Việt Nam.

Điều 26. 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 tại Việt Nam để giải quyết tranh chấp theo quy định của pháp luật.

Điều 27. Thời hiệu khởi kiện

Thời hiệu khởi kiện về hợp đồng bảo hiểm theo quy định của Pháp luật Việt Nam.

**TỔNG CÔNG TY CỔ PHẦN BẢO HIỂM
NGÂN HÀNG TMCP CÔNG THƯƠNG VIỆT NAM**