

Quy tắc bảo hiểm **Sức khỏe cao cấp**

VBI Premier Care



Theo Quyết định số 2939/QĐ-VBI6 ngày 01 tháng 06 năm 2022 của Tổng giám đốc
Tổng Công ty Cổ phần Bảo hiểm Ngân hàng TMCP Công Thương Việt Nam

MỤC LỤC

CHƯƠNG I. GIẢI THÍCH TỪ NGỮ	04
1. Doanh nghiệp bảo hiểm:	04
2. Chủ hợp đồng bảo hiểm:	04
3. Người thụ hưởng:	04
4. Người phụ thuộc:	04
5. Tuổi được bảo hiểm:	04
6. Người giám hộ:	04
7. Ngày hiệu lực:	04
8. Thời hạn bảo hiểm:	04
9. Giấy chứng nhận bảo hiểm (GCNBH):	04
10. Thời gian chờ:	05
11. Hành động khủng bố:	05
12. Văn bản:	05
13. Năm bảo hiểm:	05
14. Hạn mức bảo hiểm tối đa năm:	05
15. Nhóm:	05
16. Người lao động:	05
17. Người sử dụng lao động:	05
18. Điều trị nội trú:	06
19. Điều trị trong ngày:	06
20. Điều trị ngoại trú:	06
21. Điều trị thay thế:	06
22. Phòng chăm sóc đặc biệt (ICU):	06
23. Phòng theo dõi liên tục - High Dependency Unit (HDU):	06
24. Phòng Chăm sóc mạch vành CCU (Coronary care unit):	06
25. Cố vấn y tế:	06
26. Bác sĩ:	06
27. Y tá:	07
28. Chuyên gia vật lý trị liệu:	07
29. Nha sỹ/Bác sỹ nha khoa:	07
30. Bác sỹ độc lập:	07

31. Bác sĩ thực hiện phương pháp Điều trị thay thế:	07
32. Bác sĩ chuyên khoa:	07
33. Cơ sở y tế:	07
34. Tình trạng y tế:	08
35. Bệnh cấp tính:	08
36. Tai nạn:	08
37. Điều trị thuộc phạm vi bảo hiểm:	08
38. Sự cần thiết về mặt y tế:	08
39. Phẫu thuật:	08
40. Thuốc theo đơn kê:	08
41. Khẩn cấp:	08
42. Khám bệnh:	09
43. Thông thường và hợp lý (R&C):	09
44. Bệnh giai đoạn cuối:	09
45. Suốt đời:	09
46. Tình trạng bẩm sinh:	09
47. Lần khám:	09
48. Quốc gia cư trú chính:	10
49. Nhà cung cấp dịch vụ:	10
50. Bảng quyền lợi bảo hiểm:	10
51. Vật tư y tế:	10
52. Thiết bị bộ phận giả bên trong:	10
53. Điều trị tâm thần:	10
54. Chẩn đoán hình ảnh nâng cao:	10
55. Thử nghiệm:	10

CHƯƠNG II. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM 11

1. Quy định chung về quyền lợi bảo hiểm	11
1.1 Chi phí và điều trị thuộc phạm vi bảo hiểm	11
1.2 Quyền lợi được bảo hiểm	11
2. Quyền lợi điều trị nội trú	12
3. Điều trị ngoại trú:	18
4. Quyền lợi bảo hiểm bổ sung	19

CHƯƠNG III. ĐIỀU KHOẢN LOẠI TRỪ 21

CHƯƠNG IV. QUY ĐỊNH CHUNG 26

Điều 1. Đối tượng của hợp đồng bảo hiểm	26
Điều 2. Hợp đồng bảo hiểm, Sửa đổi bổ sung	27

Điều 3: Chấm dứt bảo hiểm	27
Điều 4: Tham gia và tái tục bảo hiểm	28
Điều 5: Phí bảo hiểm	29
Điều 6: Thay đổi chương trình bảo hiểm	30
Điều 7. Điều trị Tình trạng có sẵn	30
Điều 8. Đồng chi trả	32
Điều 9. Phạm vi địa lý	32
Điều 10. Quốc gia cư trú chính	32
Điều 11. Thời gian cân nhắc hợp đồng	32
Điều 12. Tiền tệ	33
Điều 13. Các quy định chung khác	33
CHƯƠNG V: CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM NHÓM	35
CHƯƠNG VI. QUY ĐỊNH VỀ TRẢ TIỀN BẢO HIỂM	38
Điều 14. Quy định Người được bảo hiểm phải thực hiện trước khi tiến hành điều trị	38
1. Quy định trước khi Điều trị nội trú hoặc Điều trị trong ngày	38
2. Chấp thuận trước	38
3. Điều trị nội trú hoặc Bảo lãnh viện phí	39
4. Quyết định về việc điều trị	39
5. Ý kiến thứ hai	39
6. Điều trị khẩn cấp	39
Điều 15. Quy định về trả tiền bảo hiểm	39
1. Bảo lãnh viện phí	40
2. Thanh toán trước – Chi trả sau	40
CHƯƠNG VII. QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA CÁC BÊN	43
Điều 16. Quyền và nghĩa vụ của Chủ hợp đồng bảo hiểm/Người được bảo hiểm	43
Điều 17. Quyền và nghĩa vụ của doanh nghiệp bảo hiểm	44
CHƯƠNG VIII. GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP	45
Điều 18. Luật áp dụng	45
Điều 19. Giải quyết tranh chấp	45
Điều 20. Thời hiệu khởi kiện	45

Chương I. Giải thích từ ngữ

Một số từ và cụm từ có ý nghĩa đặc biệt sẽ được nêu ra dưới đây. Khi VBI sử dụng những thuật ngữ này, những thuật ngữ này sẽ được in đậm hoặc viết hoa chữ cái đầu.

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. Chủ hợp đồng bảo hiểm:

Là cá nhân hoặc tổ chức được ghi tên trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm, là đại diện hợp pháp của Người được bảo hiểm đứng ra yêu cầu và ký kết Hợp đồng bảo hiểm với VBI và đóng phí bảo hiểm. Chủ hợp đồng bảo hiểm có thể đồng thời là Người được bảo hiểm hoặc người thụ hưởng.

3. Người thụ hưởng:

Là bất kỳ tổ chức hoặc cá nhân nào được Chủ hợp đồng bảo hiểm chỉ định (với sự đồng ý của Người được bảo hiểm) nhận toàn bộ hoặc một phần các quyền lợi bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm này. Trường hợp không có chỉ định người thụ hưởng, VBI sẽ giải quyết theo các quy định về thừa kế của Bộ Luật Dân sự.

4. Người phụ thuộc:

Là vợ chồng kết hôn hợp pháp và con chưa kết hôn (bao gồm con ruột của 2 vợ chồng, con ngoài giá thú, con riêng của vợ hoặc chồng, con được nhận nuôi hợp pháp mà Chủ hợp đồng bảo hiểm có nghĩa vụ nuôi dưỡng, sống cùng chủ hợp đồng khi chủ hợp đồng tham gia bảo hiểm hoặc tái tục bảo hiểm.)

Vợ hoặc chồng của Chủ hợp đồng bảo hiểm đang trong độ tuổi từ đủ mười tám (18) đến tròn bảy mươi (70) tuổi đối với người được bảo hiểm tham gia mới.

Con hợp pháp có độ tuổi ít nhất từ 15 ngày tuổi đến tròn hai mươi mốt (21) tuổi. Trong trường hợp tái tục hợp đồng nhiều năm, con hợp pháp với điều kiện chưa kết hôn, chưa có việc làm và đang theo học toàn thời gian tại một cơ sở giáo dục vẫn được coi là người phụ thuộc đến năm 25 tuổi.

5. Tuổi được bảo hiểm:

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

6. Người giám hộ:

Là người được pháp luật quy định để thực hiện việc chăm sóc và bảo vệ quyền, lợi ích hợp pháp của Người được bảo hiểm chưa thành niên.

7. Ngày hiệu lực:

Đối với một Người được bảo hiểm, là ngày đầu tiên của thời hạn bảo hiểm đối với Người được bảo hiểm đó như đã nêu tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

8. Thời hạn bảo hiểm:

Dùng để chỉ mỗi thời hạn bảo hiểm trong hợp đồng, được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc Sửa đổi bổ sung được cấp cho Người được bảo hiểm đó.

9. Giấy chứng nhận bảo hiểm (GCNBH):

Là văn bản mới nhất được VBI cấp cho Chủ hợp đồng bảo hiểm/Người được bảo hiểm, là bằng

chúng giao kết hợp đồng bảo hiểm giữa VBI và Chủ hợp đồng bảo hiểm/Người được bảo hiểm. GCNBH quy định rõ danh tính của Người được bảo hiểm, sản phẩm bảo hiểm áp dụng cho Người được bảo hiểm và quy định thời gian phạm vi bảo hiểm bắt đầu có hiệu lực.

10. Thời gian chờ:

Thời gian chờ là khoảng thời gian tính từ thời điểm bắt đầu thời hạn bảo hiểm của Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm và trong khoảng thời gian đó 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 sự kiện bảo hiểm phát sinh trong thời hạn bảo hiểm). Thời gian chờ áp dụng cho từng quyền lợi bảo hiểm được quy định cụ thể trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

11. Hành động khủng bố:

Bất kỳ hành động nào, bao gồm việc sử dụng vũ lực hoặc bạo lực và/hoặc đe dọa sử dụng vũ lực hoặc bạo lực, được thực hiện bởi bất kỳ người nào hoặc nhóm người nào, dù hành động đơn lẻ hoặc đại diện cho hoặc có quan hệ với bất kỳ (các) tổ chức, (các) chính phủ nào vì mục đích chính trị, tôn giáo, tư tưởng hay các mục đích khác bao gồm ý định gây ảnh hưởng đến bất kỳ chính phủ nào và/hoặc gây ra tình trạng lo lắng cho công chúng hoặc bất kỳ bộ phận nào trong công chúng.

Hành động Khủng bố cũng sẽ bao gồm bất kỳ hành động nào mà được chính phủ (có liên quan) xác nhận hoặc công nhận là hành động khủng bố.

12. Văn bản:

Liên hệ hoặc trao đổi giữa Chủ hợp đồng bảo hiểm và VBI có thể bằng văn bản hoặc email.

13. Năm bảo hiểm:

Là mười hai tháng kể từ ngày đầu tiên của thời hạn bảo hiểm hoặc kể từ thời điểm tái tục gần nhất, trừ khi có thỏa thuận khác.

14. Hạn mức bảo hiểm tối đa năm:

Là giới hạn trách nhiệm tối đa của VBI trong năm bảo hiểm đối với mỗi Người được bảo hiểm và được quy định trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm của Người được bảo hiểm đó.

15. Nhóm:

Được thành lập bởi một doanh nghiệp có số giấy phép đăng ký kinh doanh hợp pháp hoạt động thường xuyên tối thiểu sáu (6) tháng trên năm và đảm bảo việc sử dụng lao động tuân thủ theo đúng quy định của pháp luật. Một nhóm không thể được thành lập với mục đích duy nhất là tham gia bảo hiểm sức khỏe. Hợp đồng bảo hiểm nhóm cần có tối thiểu ba (3) Người lao động tham gia.

16. Người lao động:

Người đủ 18 tuổi trở lên, có khả năng lao động, làm việc theo hợp đồng lao động, được trả lương, chịu sự quản lý, điều hành của Người sử dụng lao động và Đang làm việc vào ngày đủ điều kiện tham gia bảo hiểm theo quy tắc bảo hiểm này.

17. Người sử dụng lao động:

Là pháp nhân hợp pháp ở Việt Nam có sử dụng lao động theo quy định của pháp luật, và theo đó hợp đồng bảo hiểm nhóm được yêu cầu, ký kết hoặc thực hiện và có trách nhiệm thanh toán phí bảo hiểm theo quy định của quy tắc bảo hiểm này.

18. Điều trị nội trú:

Là việc điều trị thuộc phạm vi bảo hiểm tại cơ sở y tế mà Người được bảo hiểm phải nằm viện qua đêm và phát sinh chi phí tiền giường cho một đêm hoặc nhiều đêm. Điều trị nội trú không bao gồm tất cả các hình thức Điều trị thay thế và các loại thuốc y học cổ truyền.

19. Điều trị trong ngày:

Là điều trị thuộc phạm vi bảo hiểm (không bao gồm Điều trị ngoại trú) tại cơ sở y tế (với điều kiện có giấy xuất viện hoặc phiếu Điều trị trong ngày được phát hành hợp lệ bởi cơ sở y tế đó) và Người được bảo hiểm cần được giám sát y tế nhưng không sử dụng giường bệnh qua đêm. Điều trị trong ngày không bao gồm tất cả các hình thức Điều trị thay thế và các loại thuốc y học cổ truyền.

20. Điều trị ngoại trú:

Là việc điều trị thuộc phạm vi bảo hiểm do Bác sĩ tiến hành tại cơ sở y tế hợp pháp, phòng khám ngoại trú, phòng tư vấn của bác sĩ hoặc bệnh viện nơi Người được bảo hiểm không điều trị qua đêm và không phát sinh chi phí tiền giường. Điều trị ngoại trú không bao gồm tất cả các hình thức điều trị thay thế và các loại thuốc y học cổ truyền.

21. Điều trị thay thế:

Là việc khám và điều trị bằng phương pháp Điều trị thay thế được thực hiện và chỉ định bởi Bác sĩ, Chuyên gia vật lý trị liệu hoặc Bác sĩ thực hiện phương pháp điều trị thay thế khám chữa bệnh theo quy định của pháp luật tại quốc gia mà Người được bảo hiểm khám và điều trị. Chi tiết quyền lợi bảo hiểm này được thể hiện trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm của từng Người được bảo hiểm.

22. Phòng chăm sóc đặc biệt (ICU):

Là một khoa hoặc một bộ phận của Bệnh viện không phải là khoa/phòng hậu phẫu hoặc khoa/phòng cấp cứu và phải đáp ứng được tất cả các điều kiện sau:

- Được thành lập để cung cấp chương trình chăm sóc và điều trị đặc biệt;
- Dành riêng cho các bệnh nhân trong điều kiện nguy kịch, đe dọa tính mạng đòi hỏi sự theo dõi và kiểm tra y tế liên tục 24h/24h của Bác sĩ;
- Được trang bị các thiết bị, thuốc, phương tiện cấp cứu để có thể can thiệp ngay khi cần thiết.

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

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

24. Phòng Chăm sóc mạch vành CCU (Coronary care unit):

Là một khu vực của bệnh viện chuyên chăm sóc bệnh nhân đau tim, đau thắt ngực không ổn định, rối loạn nhịp tim và các tình trạng tim khác cần theo dõi và điều trị liên tục.

25. Cố vấn y tế:

Là đội ngũ Bác sĩ 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.

26. Bác sĩ:

Là người có bằng cấp chuyên môn y khoa được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc công nhận, được thực hành Tây y hoặc phẫu thuật 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 sĩ không phải là Chủ hợp đồng bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc bố mẹ ruột, bố mẹ vợ/chồng, anh chị em ruột, anh chị em vợ chồng, vợ chồng, con cái của Người được bảo hiểm hoặc Chủ hợp đồng

bảo hiểm.

27. Y tá:

Là y tá có chuyên môn đã được cấp phép hành nghề hợp pháp tại nơi điều trị.

28. Chuyên gia vật lý trị liệu:

Là người được cấp phép hành nghề Chuyên gia vật lý trị liệu hợp pháp tại quốc gia nơi tiến hành điều trị. Chuyên gia vật lý trị liệu không phải là Chủ hợp đồng bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc bố mẹ ruột, bố mẹ vợ/chồng, anh chị em ruột, anh chị em vợ chồng, vợ chồng, con cái của Người được bảo hiểm hoặc Chủ hợp đồng bảo hiểm.

29. Nha sỹ/Bác sỹ nha khoa:

Là người có bằng cấp chính là nha khoa sau khi theo học tại tổ chức đào tạo về nha khoa được công nhận, được cấp phép và đăng ký hành nghề hợp pháp với cơ quan có thẩm quyền theo luật định để được hành nghề điều trị nha khoa tại nước sở tại.

Nha sỹ không phải là Chủ hợp đồng bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc bố mẹ ruột, bố mẹ vợ/chồng, anh chị em ruột, anh chị em vợ chồng, vợ chồng, con cái của Người được bảo hiểm hoặc Chủ hợp đồng bảo hiểm.

30. Bác sỹ độc lập:

Là một Bác sỹ thứ ba do Chủ hợp đồng bảo hiểm và VBI thống nhất chỉ định khi có sự khác biệt giữa ý kiến của Bác sỹ điều trị và Cố vấn y tế của VBI để tư vấn và cung cấp báo cáo y khoa liên quan đến yêu cầu bồi thường bảo hiểm hoặc giám định sức khỏe của Người được bảo hiểm.

Chi phí tư vấn của Bác sỹ độc lập và bất cứ chi phí nào khác liên quan đến việc sử dụng Bác sỹ độc lập sẽ được chi trả bởi bên yêu cầu (có thể là Chủ hợp đồng bảo hiểm/Người được bảo hiểm hoặc VBI).

31. Bác sỹ thực hiện phương pháp Điều trị thay thế:

Là người được cấp giấy phép hành nghề hợp pháp và đủ năng lực chuyên môn để thực hiện các phương pháp châm cứu, nắn xương, vi lượng đồng căn, liệu pháp thiên nhiên, y học cổ truyền hoặc tư vấn dinh dưỡng trong phạm vi giấy phép liên quan được cấp bởi cơ quan có thẩm quyền tại nơi thực hiện điều trị.

Việc thực hiện các phương pháp Điều trị thay thế trên được áp dụng theo quy định của cơ quan y tế có thẩm quyền tại nơi điều trị.

Bác sỹ thực hiện phương pháp Điều trị thay thế không phải là Chủ hợp đồng bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc bố mẹ ruột, bố mẹ vợ/chồng, anh chị em ruột, anh chị em vợ chồng, vợ chồng, con cái của Người được bảo hiểm hoặc Chủ hợp đồng bảo hiểm.

32. Bác sỹ chuyên khoa:

Là người hành nghề y đã được đào tạo chuyên khoa về một ngành cụ thể của y học, có các bằng cấp phù hợp và được các cơ quan có thẩm quyền phân loại là người có chuyên môn cao và đặc biệt. Bác sỹ chuyên khoa có đầy đủ giấy phép hành nghề và đang đăng ký hành nghề tại khu vực địa lý cho phép theo quy định của pháp luật liên quan.

33. Cơ sở y tế:

Bất kỳ cơ sở nào được cấp giấy phép hợp pháp tiến hành điều trị y tế hay phẫu thuật, được xây dựng tại nước sở tại và hoạt động chính của cơ sở y tế đó không phải là hoạt động của bệnh xá, spa, nơi điều trị sỏi khoáng hay điều trị xông hơi, massage, trung tâm cai nghiện rượu, ma túy, viện điều dưỡng, hay nhà dưỡng lão, nhà chăm sóc cuối đời và các cơ sở được thành lập với mục đích tương tự. Hoạt động chủ yếu của cơ sở y tế là tiếp nhận, chăm sóc và điều trị ốm bệnh, thương tật 24h một ngày và có nhân viên là các bác sỹ, y tá. Việc tiến hành điều trị

phải có sự theo dõi liên tục của một Bác sĩ.

34. Tình trạng y tế:

Là thương tổn, ốm đau, bệnh thuộc phạm vi được bảo hiểm theo quy tắc bảo hiểm này.

35. Bệnh cấp tính:

Tình trạng ốm đau, bệnh hoặc thương tổn khởi phát nhanh, tồn tại trong khoảng thời gian ngắn và được xác định có thể điều trị phục hồi hoàn toàn.

36. Tai nạn:

Là một hoặc một chuỗi sự kiện khách quan bất ngờ không lường trước được, nằm ngoài ý muốn của Người được bảo hiểm/Chủ hợp đồng bảo hiểm xảy ra do tác động của một lực, một vật bất ngờ từ bên ngoài có thể nhìn thấy được lên cơ thể làm tổn thương cơ thể của Người được bảo hiểm trong thời hạn bảo hiểm. Sự kiện hoặc chuỗi sự kiện nêu trên phải là nguyên nhân trực tiếp, duy nhất và không liên quan đến bất kỳ nguyên nhân nào khác gây ra thương tật hoặc tử vong cho Người được bảo hiểm. Sự kiện/ chuỗi sự kiện này không phải có nguyên nhân từ bệnh; suy giảm sức khỏe hoặc thần kinh hoặc thoái hóa theo thời gian, tuổi tác.

37. Điều trị thuộc phạm vi bảo hiểm:

Là những điều trị và chi phí được bảo hiểm theo Hợp đồng/GCNBH của Người được bảo hiểm. VBI sẽ căn cứ trên toàn bộ các phần/nội dung của quy tắc bảo hiểm để xác định một điều trị hoặc chi phí có được bảo hiểm hay không, với điều kiện tuân thủ theo tất cả các điều khoản, các quyền lợi và điểm loại trừ bảo hiểm được quy định trong quy tắc bảo hiểm của Người được bảo hiểm.

38. Sự cần thiết về mặt y tế:

Là việc điều trị, xét nghiệm, cấp thuốc hoặc nằm viện thuộc phạm vi bảo hiểm do Bác sĩ chỉ định, phù hợp và nhất quán theo chẩn đoán của Bác sĩ và theo đúng các tiêu chuẩn y khoa được chấp nhận rộng rãi mà không làm tổn hại tới tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm hay chất lượng khám chữa bệnh.

39. Phẫu thuật:

Là các thủ tục/quy trình phẫu thuật hoặc can thiệp phẫu thuật xâm lấn.

Là phương pháp khoa học dùng các quy trình kỹ thuật chuyên khoa, chuyên ngành để chẩn đoán, điều trị bệnh, biến chứng thai sản, thương tật 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 hợp pháp và có quyết định được thực hiện phẫu thuật của lãnh đạo cơ sở y tế.

Danh mục phác đồ phẫu thuật được áp dụng theo quy định hiện hành của Bộ Y tế hoặc của cơ quan có thẩm quyền ở nước sở tại.

40. Thuốc theo đơn kê:

Là các loại thuốc và băng gạc sử dụng cho Điều trị ngoại trú được Bác sĩ kê đơn để điều trị một tình trạng y tế được bảo hiểm theo chương trình của Người được bảo hiểm. Đơn thuốc sẽ không bao gồm vitamin, thuốc bổ và thực phẩm chức năng, các loại thuốc không cần kê đơn, các loại thảo dược hoặc thuốc đông y cho dù những loại đó được Bác sĩ kê đơn.

Việc bán và sử dụng những loại thuốc này được giới hạn hợp pháp theo đơn thuốc của Bác sĩ.

41. Khẩn cấp:

Là tình trạng bệnh cấp tính đột ngột, bất ngờ, khẩn cấp nghiêm trọng hoặc đe dọa tới tính mạng đòi hỏi phải được phẫu thuật hoặc chăm sóc y tế ngay lập tức để tránh tử vong hay vĩnh viễn không thể phục hồi chức năng.

42. Khám bệnh:

Là việc thăm khám và kiểm tra cần thiết để đưa ra một chẩn đoán cho một điều trị thuộc phạm vi bảo hiểm khi xuất hiện các triệu chứng.

43. Thông thường và hợp lý (R&C):

Chi phí chăm sóc y tế được xem xét là Thông thường và hợp lý khi không vượt quá mức phí chung do các đơn vị cung cấp dịch vụ tương tự khác có cùng tiêu chuẩn tại địa phương phát sinh chi phí cho việc điều trị tương tự hoặc tương đương.

VBI, Cố vấn y tế của VBI hoặc Bác sĩ độc lập sẽ xem xét tính Thông thường và hợp lý của các chi phí điều trị này dựa trên các chứng từ y tế.

Khi so sánh chi phí điều trị, VBI sẽ xem xét đến sự phức tạp của các quy trình và tiêu chuẩn của các cơ sở y tế nơi tiến hành điều trị. Nếu cần thiết, VBI có thể trì hoãn việc chi trả số tiền bồi thường cho đến khi có đủ cơ sở cho thấy những chi phí điều trị đó là Thông thường và hợp lý. Nếu chi phí điều trị cao hơn thông thường, VBI sẽ chỉ thanh toán phần chi phí Thông thường và hợp lý. Chủ hợp đồng bảo hiểm sẽ phải thanh toán phần chi phí còn lại. Trong trường hợp đó, VBI sẽ xác định các chi phí Thông thường và hợp lý dựa trên báo giá của các dịch vụ y tế tương đương tại cơ sở y tế có cùng điều kiện cơ sở vật chất và Bác sĩ có trình độ và kinh nghiệm tương đương.

44. Bệnh giai đoạn cuối:

Là bệnh mà dự kiến sẽ dẫn đến tử vong của Người được bảo hiểm trong vòng mười hai (12) tháng do Bác sĩ chuyên khoa kết luận và được Cố vấn y tế của VBI xác nhận. Quy tắc bảo hiểm này loại trừ Bệnh giai đoạn cuối đồng thời có sự xuất hiện của vi rút Hội chứng suy giảm miễn dịch HIV.

45. Suốt đời:

Là khoảng thời gian mà Người được bảo hiểm còn sống. Định nghĩa này độc lập với thời hạn của hợp đồng bảo hiểm.

46. Tình trạng bẩm sinh:

Là tình trạng khiếm khuyết/bất thường/bệnh/dị tật về di truyền, về gen, về hình dạng, về cấu trúc, về chức năng, về chuyển hóa, về sinh hóa hoặc về vị trí của các bộ phận cơ thể cho dù được chẩn đoán, phát hiện, biểu hiện ngay khi sinh hoặc có thể xuất hiện muộn trong các giai đoạn phát triển cơ thể.

47. Lần khám:

Là một lần người bệnh được Bác sĩ thăm khám lâm sàng có hoặc không kết hợp với cận lâm sàng nhằm mục đích chẩn đoán bệnh và điều trị bệnh, thuộc phạm vi bảo hiểm, không phụ thuộc lần khám kết thúc trong một hay nhiều ngày.

Các trường hợp cụ thể:

- Trường hợp nhiều Bác sĩ chuyên khoa cùng hội chẩn trước một người bệnh theo quy chế bệnh viện thì chỉ được tính là một lần khám.
- 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.
- Trường hợp người bệnh phải khám nhiều chuyên khoa khác nhau dù có chỉ định của Bác sĩ 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.
- Trường hợp người bệnh đã khám bệnh có chẩn đoán bệnh và Bác sĩ 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.
- Chỉ định tái khám ngay sau đó của Bác sĩ cho dù cần phải tiếp tục điều trị, theo dõi hay không

cần điều trị sẽ được tính như một lần khám 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 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 sĩ được tính là một lần khám.

48. Quốc gia cư trú chính:

Là quốc gia nơi Người được bảo hiểm sinh sống hoặc dự định sinh sống phần lớn thời gian trong năm, từ một trăm tám mươi lăm (185) ngày trở lên và được nêu trong phần địa chỉ hoặc nơi thường trú của Người được bảo hiểm trong giấy yêu cầu bảo hiểm hoặc hệ thống của VBI.

49. Nhà cung cấp dịch vụ:

Là bất kỳ bên thứ ba nào mà VBI chỉ định thực hiện việc quản lý bồi thường hoặc cung cấp dịch vụ vận chuyển y tế khẩn cấp quốc tế và hồi hương hoặc các đơn vị khác mà VBI thuê ngoài để hỗ trợ thực hiện các điều khoản hoặc dịch vụ của quy tắc bảo hiểm này.

50. Bảng quyền lợi bảo hiểm:

Là bảng quyền lợi của chương trình bảo hiểm được áp dụng cho Người được bảo hiểm được quy định cụ thể trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm thể hiện số tiền bảo hiểm tối đa mà VBI chi trả cho Người được bảo hiểm đối với mỗi quyền lợi tương ứng.

51. Vật tư y tế:

Bao gồm băng phẫu thuật, vật tư tiêu hao, dụng cụ y tế (ví dụ như găng tay, ống tiêm) được sử dụng trong quá trình nhập viện điều trị nội trú.

52. Thiết bị bộ phận giả bên trong:

Thiết bị bộ phận giả bên trong là các bộ phận được phẫu thuật cấy ghép cần thiết về mặt y tế và là một phần của việc điều trị, ví dụ như thấu kính nội nhãn đơn tiêu cự, van tim, máy tạo nhịp tim, thay khớp hoặc dây chằng với điều kiện rằng các bộ phận giả bên trong (cấy ghép y tế) đó đã được FDA chấp thuận, sử dụng cho mục đích đã định và được chứng minh là có hiệu quả (nghĩa là không mang tính chất thử nghiệm, đánh giá hoặc nghiên cứu lâm sàng).

53. Điều trị tâm thần:

Điều trị tâm thần là việc điều trị tâm thần và liệu pháp tâm lý cần thiết về mặt y tế liên quan đến sức khỏe tâm thần hoặc bệnh lý tâm thần dưới sự giám sát y tế của một bác sĩ tâm thần. Các phương pháp điều trị sức khỏe tâm thần hoặc bệnh lý tâm thần phải đáp ứng các tiêu chí để phân loại theo hệ thống phân loại quốc tế như Cẩm nang chẩn đoán và thống kê các rối loạn tâm thần (DSM) hoặc Phân loại bệnh quốc tế (ICD). Bệnh này phải liên quan đến tình trạng kiệt sức hiện tại, hoặc sự suy giảm đáng kể khả năng hoạt động của cá nhân trong một hoạt động sống chính ví dụ như việc làm và phải có ý nghĩa về mặt lâm sàng và không chỉ là phản ứng mong đợi đối với một sự kiện cụ thể như mất mát, các vấn đề về mối quan hệ hoặc học tập và hòa nhập.

54. Chẩn đoán hình ảnh nâng cao:

Chẩn đoán hình ảnh nâng cao bao gồm chụp cắt lớp bằng vi tính (CT), hình ảnh cộng hưởng từ (MRI), chụp PET/CT.

55. Thử nghiệm:

Là các phương thức điều trị, khám chữa bệnh, hoặc kê đơn thuốc theo quan điểm hợp lý của VBI mà hiệu quả và độ an toàn vẫn chưa được công nhận rộng rãi và thiếu các nghiên cứu y tế thực chứng của cơ quan y tế có thẩm quyền. Đây cũng là những phương thức điều trị, khám

chữa bệnh, hoặc kê đơn thuốc thường chưa được các tổ chức y tế chuyên nghiệp chấp nhận hoặc chưa được cộng đồng y tế chấp nhận là có hiệu quả rõ ràng. Định nghĩa này cũng bao gồm thiết bị được sử dụng cho các mục đích khác với những mục đích đã đăng ký theo quy định của pháp luật hoặc đang được nghiên cứu, khảo sát hoặc chạy thử.

Chương II. Quyền lợi bảo hiểm

1. Quy định chung về quyền lợi bảo hiểm

1.1. Chi phí và điều trị thuộc phạm vi bảo hiểm

Điều trị là các thủ tục y tế, phẫu thuật được thực hiện bởi bác sĩ với một tình trạng y tế thuộc phạm vi bảo hiểm, bao gồm: Điều trị nội trú, điều trị ngoại trú, điều trị trong ngày và quá trình chẩn đoán, khám chữa bệnh của người được bảo hiểm và được quy định cụ thể trong hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Quy tắc bảo hiểm này chi trả cho Người được bảo hiểm đối với những chi phí điều trị cần thiết về mặt y tế và thuộc phạm vi bảo hiểm do Bác sĩ tiến hành. VBI sẽ chỉ thanh toán cho:

a. Những chi phí thực tế phát sinh cho những hạng mục được liệt kê trong bảng quyền lợi bảo hiểm áp dụng đối với chương trình bảo hiểm của Người được bảo hiểm tối đa không quá hạn mức được quy định cụ thể tương ứng.

Lưu ý: Nếu Người được bảo hiểm phát sinh những chi phí vượt quá giới hạn quy định thì Chủ hợp đồng bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm đó sẽ phải thanh toán cho phần chênh lệch;

b. Các chi phí được thực hiện bởi các Bác sĩ, phòng xét nghiệm hoặc các chi phí y tế khác với điều kiện tất cả các chi phí này đều phải Thông thường và hợp lý. Nếu các chi phí nêu trên cao hơn mức Thông thường và hợp lý thì VBI sẽ chỉ thanh toán cho phần Thông thường và hợp lý và Chủ hợp đồng bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm sẽ phải thanh toán cho phần còn lại;

c. Những chi phí không bị loại trừ bởi những điều khoản của hợp đồng bảo hiểm này;

d. Những điều trị phát sinh thuộc phạm vi bảo hiểm trong khoảng thời gian mà phí bảo hiểm đã được thanh toán cho khoảng thời gian đó;

e. Việc điều trị cho những tình trạng y tế đã tồn tại từ trước và đã được thông báo cụ thể cho VBI trước ngày bắt đầu hiệu lực của chương trình bảo hiểm hoặc được chấp nhận bảo hiểm trong chương trình của Người được bảo hiểm, trừ khi việc điều trị này liên quan tới tình trạng y tế đã bị loại trừ hoặc tuân theo thời gian chờ được quy định bởi VBI hay bất kỳ nhà bảo hiểm trước nào khác, và điểm loại trừ hoặc thời gian chờ đó vẫn chưa hết hạn.

Để tránh nhầm lẫn, loại trừ và giới hạn đối với tình trạng có sẵn sẽ được áp dụng cho tất cả các quyền lợi của Người được bảo hiểm trừ khi có quy định cụ thể khác.

1.2. Quyền lợi được bảo hiểm

Trường hợp áp dụng Đồng chi trả, VBI sẽ áp dụng đồng chi trả đối với phần quyền lợi thuộc phạm vi bảo hiểm.

Quy định cụ thể về phạm vi bảo hiểm, các mức quyền lợi và thời gian chờ cho chương trình bảo hiểm của Người được bảo hiểm được thể hiện trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận của Người được bảo hiểm và quy định về Điều khoản loại trừ được thể hiện rõ tại Chương III-Điều khoản loại trừ của quy tắc bảo hiểm này.

Lưu ý: Nhằm để giúp Chủ hợp đồng/ Người được bảo hiểm tránh phát sinh những chi phí không cần thiết, Chủ hợp đồng/ Người được bảo hiểm nên lấy tư vấn của VBI trước khi nhập viện đối với các trường hợp nhập viện không khẩn cấp.

Đối với việc bảo lãnh viện phí cho điều trị thuộc phạm vi bảo hiểm, VBI sẽ gửi xác nhận chấp thuận cho nhà cung cấp dịch vụ có nêu rõ chi phí Thông thường và hợp lý cho điều trị được yêu cầu chi trả bồi thường. Chi tiết được quy định tại Chương VI-Quy định về trả tiền bảo hiểm của quy tắc bảo hiểm này.

2. Quyền lợi điều trị nội trú

Bảo hiểm cho trường hợp bệnh, tai nạn 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.

VBI chi trả cho các chi phí y tế thuộc phạm vi bảo hiểm như sau

	Tiền phòng/ngày
1	- Trường hợp Người được bảo hiểm Điều trị nội trú hoặc Điều trị trong ngày cho một Tình trạng y tế thuộc Phạm vi bảo hiểm, VBI sẽ thanh toán chi phí tiền phòng thực tế của Người được bảo hiểm lên đến giới hạn loại phòng hoặc tối đa tới số tiền bảo hiểm được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm. - Trường hợp bệnh viện có nhiều loại phòng mà Người được bảo hiểm được quyền sử dụng, VBI chỉ thanh toán cho chi phí phòng tiêu chuẩn có giá trị thấp nhất được cung cấp bởi bệnh viện cho loại phòng đó (Phòng tiêu chuẩn là phòng 1 giường, 1 nhà vệ sinh không có phòng bếp, phòng ăn và phòng khách. Định nghĩa này không bao gồm các phòng Deluxe, VIP và phòng hạng sang của bệnh viện) - Người được bảo hiểm sẽ phải tự thanh toán cho phần chi phí chênh lệch khi điều trị tại phòng có chi phí lớn hơn phòng tiêu chuẩn được quy định. Nếu do việc nâng cấp loại phòng làm phát sinh bất kỳ phần phụ trội nào của các chi phí y tế khác thì Chủ hợp đồng bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm sẽ phải thanh toán cho phần phụ trội này.
2	Phòng chăm sóc đặc biệt (ICU), Phòng CCU, phòng HDU VBI sẽ thanh toán chi phí cho phòng chăm sóc đặc biệt, phòng CCU, phòng HDU khi Người được bảo hiểm Điều trị nội trú hoặc Điều trị trong ngày cho một tình trạng y tế thuộc phạm vi bảo hiểm theo giới hạn số tiền bảo hiểm quy định trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.
3	Chi phí phòng cho thân nhân: - VBI sẽ thanh toán cho chi phí phòng của thân nhân ở cùng phòng với Người được bảo hiểm tới giới hạn số tiền được ghi trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm của Người được bảo hiểm khi thân nhân đó lưu lại tại cùng phòng bệnh viện với Người được bảo hiểm thuộc phạm vi địa lý được bảo hiểm nơi Người được bảo hiểm đang Điều trị nội trú. - Thân nhân được hiểu là bất kỳ cá nhân nào trên 18 tuổi, đi cùng với Người được bảo hiểm khi người đó đang thực hiện điều trị nội trú cần thiết về mặt y tế.
4	Trợ cấp tiền mặt - Trường hợp Người được bảo hiểm Điều trị nội trú thuộc phạm vi bảo hiểm không yêu cầu bồi thường bất kỳ chi phí y tế nào liên quan đến quyền lợi bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này, VBI sẽ chi trả số tiền bảo hiểm và tối đa tới số ngày (nếu có) được ghi cụ thể trong Hợp đồng bảo hiểm/GCNBH. - VBI sẽ không có trách nhiệm chi trả bất kỳ chi phí Điều trị nội trú thuộc phạm vi bảo hiểm nào theo quy định của quy tắc bảo hiểm này sau khi đã chi trả quyền lợi trợ cấp tiền mặt.
5	Chi phí tư vấn Bác sĩ chuyên khoa VBI sẽ chi trả cho các khoản phí tư vấn của các Bác sĩ chuyên khoa phát sinh cho việc điều trị thuộc phạm vi bảo hiểm kể từ lúc nhập viện tới lúc xuất viện
6	Chi phí phẫu thuật (bao gồm cả chi phí gây mê) VBI sẽ chi trả cho các chi phí phẫu thuật phát sinh cho những điều trị thuộc phạm vi bảo hiểm kể từ lúc nhập viện tới lúc xuất viện.
7	Chi phí phòng mổ, thuốc và các chi phí băng gạc dùng cho phẫu thuật VBI sẽ chi trả cho các chi phí phòng mổ phát sinh cho việc điều trị thuộc phạm vi bảo hiểm kể từ lúc nhập viện tới lúc xuất viện.

8	Điều trị trong ngày hoặc phẫu thuật trong ngày
	VBI sẽ chi trả cho các chi phí liên quan đến điều trị trong ngày hoặc phẫu thuật trong ngày thuộc phạm vi bảo hiểm.
9	Y tá chăm sóc, thuốc theo đơn và vật tư y tế
	VBI sẽ chi trả các chi phí y tá chăm sóc, thuốc theo đơn và băng gạc phát sinh cho việc điều trị thuộc phạm vi bảo hiểm kể từ lúc nhập viện đến lúc ra viện.
10	MRI, PET & CT-PET Scans
	VBI sẽ chi trả cho các chi phí chụp cắt lớp bằng vi tính (CT), hình ảnh cộng hưởng từ (MRI), và các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh tương tự cho điều trị thuộc phạm vi bảo hiểm kể từ lúc nhập viện đến lúc ra viện.
11	Xét nghiệm chẩn đoán – X-quang bệnh lý
	VBI sẽ chi trả các chi phí xét nghiệm, X-quang và siêu âm cho các xét nghiệm chẩn đoán phát sinh cho điều trị thuộc phạm vi bảo hiểm kể từ lúc nhập viện đến lúc xuất viện.
12	Thiết bị bộ phận giả bên trong, dụng cụ phẫu thuật và dụng cụ y tế
	VBI sẽ chi trả cho các chi phí về thiết bị bộ phận giả bên trong, dụng cụ phẫu thuật và dụng cụ y tế phát sinh cho điều trị thuộc phạm vi bảo hiểm kể từ lúc nhập viện đến lúc xuất viện.
13	Cấy ghép nội tạng, tủy xương
	- VBI sẽ thanh toán cho việc cấy ghép thận, tim, gan, phổi hoặc tủy xương do nguyên nhân từ một tình trạng y tế thuộc phạm vi bảo hiểm và những bộ phận này được cung cấp từ người có mối quan hệ với Người được bảo hiểm như sau: bố mẹ đẻ, bố mẹ vợ/chồng, anh chị em ruột, anh chị em vợ/chồng, vợ chồng, con hợp pháp hoặc từ nguồn hiến tặng hợp pháp được công nhận và xác minh đầy đủ. - VBI không chi trả cho các chi phí để có được cơ quan cấy ghép (ví dụ như chi phí vận chuyển, chi phí bảo quản) và toàn bộ các chi phí phát sinh cho người hiến bộ phận cơ thể.
14	Phẫu thuật tái tạo
	VBI sẽ thanh toán cho chi phí phẫu thuật tái tạo phục hồi lần đầu tiên và duy nhất với điều kiện việc phẫu thuật đó là cần thiết về mặt y tế và tuân thủ theo các điều kiện sau: i. Phẫu thuật tái tạo này được tiến hành để phục hồi chức năng cho một tình trạng y tế thuộc phạm vi bảo hiểm sau một tai nạn hoặc một cuộc phẫu thuật, với điều kiện Người được bảo hiểm đã được bảo hiểm theo quy tắc bảo hiểm này trước khi tai nạn xảy ra hoặc phẫu thuật được tiến hành; và ii. Việc tiến hành phẫu thuật tái tạo này phải được tiến hành ở giai đoạn thích hợp về mặt y tế sau tai nạn hoặc phẫu thuật; và iii. Các chi phí điều trị liên quan đến phẫu thuật tái tạo phải được VBI chấp thuận bằng văn bản trước khi tiến hành.
15	Điều trị phục hồi chức năng nội trú
	VBI sẽ thanh toán chi phí điều trị phục hồi chức năng nội trú thuộc phạm vi bảo hiểm (như trị liệu chức năng, thể chất và trị liệu ngôn ngữ). VBI chỉ bảo hiểm cho những dịch vụ điều trị được thực hiện bởi một Chuyên gia vật lý trị liệu, trị liệu cơ năng hoặc trị liệu ngôn ngữ và việc điều trị này là cần thiết về mặt y khoa sau tai nạn, bệnh hoặc chấn thương tâm lý thuộc phạm vi bảo hiểm như thương tật, đột quỵ v.v..
16	Điều trị phục hồi nha khoa khẩn cấp do tai nạn
	VBI sẽ thanh toán cho chi phí điều trị lần đầu tiên và duy nhất cần thiết phát sinh ngay lập tức (trong vòng bảy (7) ngày) ngay sau tai nạn dẫn đến thiệt hại răng tự nhiên gây ra bởi tác động bên ngoài miệng (ví dụ như: gãy răng, mẻ răng,...), với điều kiện rằng việc điều trị này phải được chỉ định và thực hiện bởi nha sỹ và Người được bảo hiểm đã được bảo hiểm liên tục theo quy tắc bảo hiểm này trước khi tai nạn xảy ra. Số tiền bảo hiểm cụ thể được quy định cụ thể trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm của Người được bảo hiểm.

17	Điều trị trước khi nhập viện (90 ngày trước khi nhập viện) - VBI sẽ thanh toán duy nhất một lần cho chi phí khám chữa bệnh, xét nghiệm, thuốc, có liên quan trực tiếp đến tình trạng y tế thuộc phạm vi bảo hiểm phải Điều trị nội trú của Người được bảo hiểm ngay sau đó như một lần điều trị ngoại trú, những chẩn đoán này là cơ sở trực tiếp để Bác sĩ kết luận việc Điều trị nội trú là cần thiết. Việc khám chữa bệnh, xét nghiệm này phải được thực hiện không vượt quá 90 ngày trước khi nhập viện Điều trị nội trú. - Số tiền bảo hiểm của quyền lợi này cụ thể được quy định trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm của Người được bảo hiểm.
18	Điều trị sau khi xuất viện (90 ngày sau khi xuất viện) VBI sẽ thanh toán cho lần tái khám và Điều trị ngoại trú sau một Điều trị nội trú thuộc phạm vi bảo hiểm hoặc phẫu thuật trong ngày, khi những chẩn đoán này được tiến hành bởi Bác sĩ đã Điều trị nội trú hoặc một Bác sĩ chuyên khoa được chỉ định theo giới hạn quyền lợi được quy định cụ thể trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm; với điều kiện việc khám và điều trị này diễn ra trong vòng chín mươi (90) ngày ngay sau khi xuất viện tại chính bệnh viện mà Người được bảo hiểm đã Điều trị nội trú hoặc phẫu thuật.
19	Y tá chăm sóc tại nhà VBI sẽ chi trả chi phí cho các dịch vụ chăm sóc y tế của một y tá hành nghề hợp pháp tại nhà của Người được bảo hiểm chỉ khi đáp ứng các điều kiện sau đây: - Sau khi Người được bảo hiểm xuất viện khỏi phòng điều trị chăm sóc đặc biệt (ICU) cho một tình trạng y tế thuộc phạm vi bảo hiểm; và - Dịch vụ này là cần thiết và phù hợp về mặt y tế đã được VBI đồng ý trước đó bằng văn bản; và - Được Bác sĩ điều trị chỉ định là biện pháp điều trị tiếp theo cho tình trạng y tế thuộc phạm vi bảo hiểm mà Người được bảo hiểm đã phải Điều trị nội trú trước đó; và - Các dịch vụ này là cần thiết về mặt y tế và không phải phục vụ cho nhu cầu cá nhân. Chi phí nêu trên là chi phí của dịch vụ y tá phát sinh cho việc chăm sóc tại nhà. Đối với bệnh giai đoạn cuối, quyền lợi này chỉ được thanh toán theo hạng mục quyền lợi "Chăm sóc giảm nhẹ và chăm sóc cuối đời" tùy thuộc vào các hạn mức áp dụng cho quyền lợi này.
20	Điều trị tâm thần (thời gian chờ 300 ngày) VBI sẽ thanh toán cho chi phí điều trị tâm thần nội trú được thực hiện bởi một Bác sĩ điều trị tâm thần tối đa lên đến giới hạn số tiền bảo hiểm và số ngày (nếu có) được quy định cụ thể trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm. Quyền lợi bảo hiểm này chỉ có hiệu lực sau thời gian chờ 300 ngày kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm.
21	Chăm sóc giảm nhẹ và/hoặc chăm sóc cuối đời, và chăm sóc cho tình trạng sống thực vật vĩnh viễn/tổn thương thần kinh vĩnh viễn (thời gian chờ 365 ngày) - Quyền lợi bảo hiểm này chỉ được áp dụng khi yêu cầu bồi thường thuộc phạm vi bảo hiểm, Người được bảo hiểm đã được bảo hiểm liên tục theo cùng một chương trình bảo hiểm của VBI và đã đáp ứng đủ thời gian chờ theo quy định. - VBI sẽ thanh toán cho quyền lợi bảo hiểm này khi Người được bảo hiểm nhập viện vào một trung tâm chăm sóc giảm nhẹ có chuyên môn hoặc một trung tâm chăm sóc cuối đời sau khi được chẩn đoán và được xác nhận bằng văn bản (bao gồm bằng chứng y khoa) từ một Bác sĩ về việc Người được bảo hiểm đang mắc phải một Bệnh giai đoạn cuối thuộc phạm vi bảo hiểm và các tình trạng y tế có liên quan theo giới hạn số tiền bảo hiểm được quy định cụ thể trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm. - Quyền lợi này phải được VBI chấp thuận bằng văn bản trước khi nhập viện. Khi Người được bảo hiểm nhập viện, tất cả các chi phí chăm sóc và điều trị có liên quan đến bệnh giai đoạn cuối được bảo hiểm sẽ chi trả theo quyền lợi này và không được áp dụng bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào khác của hợp đồng bảo hiểm này. - Bất kỳ điều kiện y tế thuộc phạm vi bảo hiểm nào không liên quan đến bệnh giai đoạn cuối của Người được bảo hiểm sẽ được bảo hiểm theo các quyền lợi thông thường khác trong chương trình bảo hiểm của Người được bảo hiểm.

21	- Cố vấn y tế của VBI sẽ xác định một bệnh có phải là hoặc có liên quan đến bệnh giai đoạn cuối hay không. Nếu có sự khác biệt giữa ý kiến của Bác sĩ điều trị và Cố vấn y tế của VBI thì hai bên sẽ tham vấn ý kiến của Bác sĩ độc lập và ý kiến của Bác sĩ độc lập sẽ là quyết định cuối cùng. - Giới hạn của quyền lợi này được quy định cụ thể trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm là giới hạn tổng cộng trong suốt cuộc đời của Người được bảo hiểm áp dụng đối với tất cả các tình trạng Bệnh giai đoạn cuối. - Người được bảo hiểm phải duy trì cùng một chương trình bảo hiểm trong suốt thời gian nhập viện để chăm sóc giảm nhẹ hoặc chăm sóc cuối đời. Trường hợp thời gian chăm sóc giảm nhẹ hoặc chăm sóc cuối đời rơi vào ngày tái tục hợp đồng, Người được bảo hiểm phải thanh toán phí bảo hiểm cho năm kế tiếp nếu không quyền lợi bảo hiểm này sẽ chấm dứt vào ngày tái tục hợp đồng. - Trường hợp chi phí nhập viện của Người được bảo hiểm lên đến hạn mức tối đa đối với quyền lợi này thì VBI sẽ không chi trả thêm bất kỳ chi phí nào khác liên quan đến quyền lợi bảo hiểm này. Trường hợp Người được bảo hiểm đã được chi trả đến hạn mức tối đa của quyền lợi bảo hiểm này VBI sẽ không thanh toán cho bất kỳ quyền lợi nào khác liên quan đến bất kỳ tình trạng y tế theo dịch vụ Chăm sóc giảm nhẹ và/hoặc chăm sóc cuối đời.
22	Điều trị nội trú cho HIV/AIDS: Thời gian chờ 36 tháng - Quyền lợi này được áp dụng khi những dấu hiệu hoặc triệu chứng HIV/AIDS xuất hiện lần đầu sau khi Người được bảo hiểm tham gia bảo hiểm liên tục theo cùng một chương trình bảo hiểm của VBI và đã đáp ứng đủ thời gian chờ 36 tháng. - VBI sẽ chi trả chi phí cho những yêu cầu trả tiền bảo hiểm thuộc phạm vi bảo hiểm lên tới hạn mức tối đa áp dụng cho chương trình bảo hiểm của Người được bảo hiểm đối với Điều trị nội trú cho HIV/AIDS là hậu quả của tai nạn nghề nghiệp hoặc truyền máu, chỉ khi đáp ứng các điều kiện sau đây: - Nhiễm HIV do truyền máu, đảm bảo các điều kiện sau: (i) Việc truyền máu là cần thiết về mặt y tế hoặc được chỉ định là một phần của việc điều trị y tế; (ii) Việc truyền máu được thực hiện sau khi Người được bảo hiểm đó đã được chấp nhận bảo hiểm theo quy tắc bảo hiểm này; (iii) Nguồn gốc của việc lây nhiễm xuất phát từ bệnh viện và bệnh viện có khả năng truy dấu vết nguồn gốc của máu bị nhiễm HIV; và (iv) Người được bảo hiểm không bị bệnh thiếu máu miễn biến (còn gọi là bệnh tan máu bẩm sinh/bệnh thalassaemia) hoặc bệnh rối loạn đông máu di truyền (bệnh ưa chảy máu/bệnh haemophilia). - Lây nhiễm HIV là hậu quả của tai nạn xảy ra sau khi Người được bảo hiểm được chấp nhận bảo hiểm theo quy tắc bảo hiểm này, trong khi Người được bảo hiểm đang tiến hành công việc chuyên môn bình thường theo đúng nghề nghiệp của người đó tại quốc gia cư trú chính, với điều kiện tất cả các yêu cầu dưới đây phải được chứng minh và được VBI chấp nhận: (i) Bảng chứng của vụ tai nạn dẫn tới lây nhiễm phải được báo cáo cho VBI trong vòng ba mươi (30) ngày kể từ ngày xảy ra tai nạn; (ii) Bảng chứng cho thấy tai nạn liên quan đến các nguồn của chất lỏng bị nhiễm HIV được xác định; (iii) Bảng chứng cho thấy huyết thanh chuyển từ HIV âm tính sang HIV dương tính xảy ra trong vòng một trăm tám mươi (180) ngày kể từ ngày xảy ra tai nạn được ghi nhận. + Bảng chứng này phải bao gồm xét nghiệm kháng thể HIV âm tính được thực hiện trong vòng 5 ngày kể từ ngày xảy ra tai nạn.
23	Dị tật bẩm sinh VBI sẽ thanh toán cho dịch vụ điều trị các tình trạng bẩm sinh theo giới hạn được quy định cụ thể trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm, sau khi Người được bảo hiểm đã tham gia bảo hiểm liên tục đáp ứng đủ thời gian chờ theo quy định và tuân thủ theo các điều kiện sau:

23	- Tất cả tình trạng bẩm sinh phải được thông báo cho VBI bằng văn bản một cách trung thực tuyệt đối, tại thời điểm yêu cầu tham gia bảo hiểm. - Người được bảo hiểm phải cung cấp cho VBI đầy đủ chi tiết tất cả lịch sử y tế khám chữa bệnh của Người được bảo hiểm tại thời điểm nộp giấy yêu cầu tham gia bảo hiểm. Việc không kê khai hoặc kê khai không đúng bất kỳ tình trạng y tế nào mà Người được bảo hiểm đáng lẽ có thể nhận thức được một cách hợp lý có thể dẫn đến việc điều trị tình trạng bẩm sinh đó sẽ bị loại trừ khỏi tất cả các quyền lợi bảo hiểm của hợp đồng này hoặc VBI sẽ hủy bỏ hợp đồng bảo hiểm. VBI vẫn áp dụng Các điểm loại trừ dưới đây được quy định tại Chương III – Điều khoản Loại trừ đối với quyền lợi này: a. Tất cả các loại rối loạn về khả năng học tập, vấn đề giáo dục, các vấn đề về hành vi, phát triển thể chất, hoặc phát triển tâm lý, bao gồm cả việc đánh giá hoặc phân loại những vấn đề như vậy; b. Phẫu thuật hoặc điều trị thẩm mỹ (mang tính thẩm mỹ); c. Bất kỳ điều trị nào liên quan đến hoặc là cần thiết do điều trị thẩm mỹ hoặc phẫu thuật chỉnh hình phục hồi trước đó.
24	Liệu pháp hormone thay thế (HRT) VBI sẽ thanh toán cho quyền lợi bảo hiểm này khi nó là một phần của điều trị sau khi xuất viện cho một Điều trị nội trú hoặc phẫu thuật trong ngày thuộc phạm vi bảo hiểm. Việc thanh toán tuân thủ theo giới hạn, điều kiện và điều khoản của quyền lợi "Điều trị sau khi xuất viện".
25	Tiểu phẫu và quy trình phẫu thuật không yêu cầu Điều trị nội trú hoặc Điều trị trong ngày VBI sẽ chi trả cho các thủ tục phẫu thuật thuộc phạm vi bảo hiểm như là một phần của Điều trị ngoại trú. Trong đó: Tiểu phẫu là những thủ tục/quy trình phẫu thuật đơn giản có thể thực hiện tại phòng khám của bác sĩ và không cần điều trị nội trú hoặc điều trị trong ngày ví dụ như rạch áp xe nhỏ (small abscess incision),...
26	Điều trị ngoại trú khẩn cấp do tai nạn VBI sẽ chi trả cho Điều trị ngoại trú khẩn cấp (trong vòng hai mươi bốn (24) giờ) sau chấn thương do tai nạn, với điều kiện Người được bảo hiểm được bảo hiểm bởi quy tắc bảo hiểm này trước khi tai nạn xảy ra. Điều trị tiếp theo cho thương tổn đó sẽ được bảo hiểm tiếp tục đến tối đa ba mươi (30) ngày kể từ ngày xảy ra tai nạn.
27	Vận chuyển y tế cấp cứu bằng đường bộ • VBI sẽ thanh toán cho chi phí xe cấp cứu đường bộ cho việc vận chuyển khẩn cấp cần thiết về mặt y tế để vận chuyển Người được bảo hiểm đến hoặc giữa các cơ sở y tế. Bác sĩ điều trị của Người được bảo hiểm sẽ quyết định việc vận chuyển này có cần thiết về mặt y tế hay không. Nếu có sự khác biệt giữa ý kiến của Bác sĩ điều trị và Cố vấn y tế của VBI thì hai bên sẽ tham vấn ý kiến của Bác sĩ độc lập và ý kiến của Bác sĩ độc lập sẽ là quyết định cuối cùng. (Quyền lợi này không nằm trong "Dịch vụ hỗ trợ y tế khẩn cấp quốc tế"). • Nhằm để giúp Chủ hợp đồng/ Người được bảo hiểm tránh phát sinh những chi phí không cần thiết, VBI khuyến khích Người được bảo hiểm xin ý kiến chấp thuận trước của VBI nếu điều kiện y tế cho phép.
28	Chân tay giả • VBI sẽ thanh toán cho tất cả các chi phí liên quan tới lắp chân tay giả, bao gồm cả các chi phí chân tay giả, việc bảo trì, tư vấn và thủ tục y tế hoặc phẫu thuật cần thiết có liên quan theo giới hạn được quy định cụ thể trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm. Quyền lợi này chỉ được thanh toán sau việc phẫu thuật hoặc tai nạn cho một tình trạng y tế thuộc phạm vi bảo hiểm, với điều kiện Người được bảo hiểm đã tham gia bảo hiểm liên tục theo hợp đồng này trước khi xảy ra tai nạn hoặc trước khi tiến hành phẫu thuật. • Quyền lợi này được thanh toán một lần cho mỗi ba (3) năm hợp đồng.
29	Thiết bị Y tế Lâu dài VBI sẽ thanh toán cho công cụ, thiết bị hoặc máy móc hoặc thiết bị y tế sử dụng lâu dài được Bác sĩ xác định là cần thiết về mặt y tế giúp hỗ trợ chức năng hoặc khả năng nhưng chỉ giới hạn cho những thiết bị sau: vớ/tất áp lực, máy trợ thính, máy trợ nói (thanh quản điện tử), xe lăn, nạng, nẹp chỉnh và thiết bị hỗ trợ chỉnh hình theo giới hạn được quy định cụ thể trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

30	Điều trị Ung thư (bao gồm cả Điều trị nội trú và Điều trị ngoại trú)
	• VBI sẽ thanh toán cho các chi phí xạ trị và/hoặc hóa trị liệu là một phần của điều trị Ung thư thuộc phạm vi bảo hiểm tại một cơ sở y tế hợp pháp. - Xạ trị và / hoặc Hóa trị: VBI sẽ thanh toán cho xạ trị và / hoặc hóa trị là một phần của điều trị thuộc phạm vi bảo hiểm tại một cơ sở y tế điều trị hợp pháp theo giới hạn được quy định cụ thể trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm. - Liệu pháp Điều trị Ung thư nhắm đích: VBI sẽ thanh toán cho các loại phương pháp điều trị ung thư tác động đến các gen, protein hoặc môi trường mô chuyên biệt liên quan đến sự phát triển và tồn tại của bệnh ung thư. Liệu pháp này bao gồm cả liệu pháp miễn dịch trị liệu như Liệu pháp CAR-T, liệu pháp hormone, điều biến biểu hiện gen (thay đổi chỉ dẫn gen từ tế bào ung thư được phiên mã), thúc đẩy chu trình "chết theo chương trình" (tác động đến các tế bào ung thư làm cho chúng "chết theo chương trình" như các tế bào thông thường), hoặc Điều trị tế bào đích theo giới hạn được quy định cụ thể trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm. - Liệu pháp Chùm tia Proton: VBI sẽ chỉ thanh toán yêu cầu bồi thường khi liệu pháp này được sử dụng đối với các tình trạng y tế sau theo giới hạn được quy định cụ thể trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm: + Ung thư thần kinh trung ương (não và tủy sống) (CNS) hoặc ung thư thể đặc ác tính đối với người được bảo hiểm dưới 21 tuổi. + U nguyên sống hoặc Ung thư sụn (các loại của ung thư cột sống) ở đáy hộp sọ hoặc cột sống cổ (xương cổ) mà chưa xâm lấn (di căn) + Ung thư mộng mắt, thể mi hoặc các phần màng mạch của mắt (khối u ác tính ở mắt) chưa xâm lấn (di căn) • Trong đó: Ung thư là khối u ác tính, các mô hoặc tế bào ác tính đặc trưng bởi sự phát triển và lây lan không kiểm soát được của các tế bào ác tính cùng với sự xâm lấn các mô.
31	Điều trị lọc thận (bao gồm cả Điều trị nội trú và Điều trị ngoại trú)
32	Dịch vụ hỗ trợ y tế khẩn cấp quốc tế (IEMA)
	• Là việc di chuyển Người được bảo hiểm đến một cơ sở y tế khác có đầy đủ thiết bị y tế cần thiết tại quốc gia nơi Người được bảo hiểm đang điều trị hoặc tới cơ sở y tế khác ở quốc gia lân cận (vận chuyển y tế cấp cứu) hoặc đưa Người được bảo hiểm trở lại quốc gia cư trú chính hoặc quê hương (hồi hương). Việc di chuyển này phải tuân theo chỉ định của Bác sĩ • Đơn vị trợ giúp y tế được chỉ định bởi VBI sẽ toàn quyền quyết định phương tiện hoặc cách thức tiến hành dịch vụ này sau khi xem xét, đánh giá tất cả các sự kiện và tình huống liên quan. • Dịch vụ vận chuyển y tế khẩn cấp quốc tế (IEMA) là dịch vụ toàn cầu, 24 giờ một ngày, 365 ngày một năm cung cấp dịch vụ vận chuyển y tế cấp cứu và hồi hương.

3. Điều trị ngoại trú:

VBI chi trả cho các chi phí y tế thuộc phạm vi bảo hiểm như sau:	
1	Chi phí khám tổng quát (loại trừ khám tại nhà) - VBI sẽ thanh toán cho chi phí khám bệnh của Người được bảo hiểm với Bác sĩ đa khoa để điều trị tình trạng y tế thuộc phạm vi bảo hiểm theo giới hạn quyền lợi được quy định cụ thể trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm. - VBI khuyến khích Người được bảo hiểm xin ý kiến chấp thuận trước cho dịch vụ chẩn đoán lần thứ hai của cùng một tình trạng y tế. - Người được bảo hiểm bắt buộc phải xin ý kiến chấp thuận trước của VBI cho các chẩn đoán và tham vấn lần tiếp theo sau lần thứ hai liên quan đến cùng một tình trạng y tế.
2	Chi phí khám chuyên khoa (loại trừ khám tại nhà) - VBI sẽ thanh toán cho chi phí khám bệnh của Người được bảo hiểm với Bác sĩ chuyên khoa để điều trị tình trạng y tế thuộc phạm vi bảo hiểm theo giới hạn quyền lợi được quy định cụ thể trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm. - VBI khuyến khích Người được bảo hiểm xin ý kiến chấp thuận trước cho dịch vụ chẩn đoán lần thứ hai của cùng một tình trạng y tế. - Người được bảo hiểm bắt buộc phải xin ý kiến chấp thuận trước của VBI cho các chẩn đoán và tham vấn lần tiếp theo sau lần thứ hai liên quan đến cùng một tình trạng y tế.
3	Thuốc theo đơn - VBI sẽ thanh toán cho các chi phí tiền thuốc theo đơn kê của Bác sĩ để điều trị tình trạng y tế thuộc phạm vi bảo hiểm theo giới hạn quyền lợi được quy định cụ thể trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm. - VBI khuyến khích Người được bảo hiểm xin ý kiến chấp thuận trước cho dịch vụ chẩn đoán lần thứ hai của cùng một tình trạng y tế. - Người được bảo hiểm bắt buộc phải xin ý kiến chấp thuận trước của VBI cho các chẩn đoán và tham vấn lần tiếp theo sau lần thứ hai liên quan đến cùng một tình trạng y tế.
4	Chi phí chẩn đoán, xét nghiệm, chụp X-quang, Diagnostic & Pathology tests - VBI sẽ thanh toán cho các chi phí về xét nghiệm chẩn đoán của Bác sĩ để điều trị tình trạng y tế thuộc phạm vi bảo hiểm theo giới hạn quyền lợi được quy định cụ thể trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm. Xét nghiệm chẩn đoán (Diagnostic tests) chỉ bao gồm những loại sau: xét nghiệm X-quang và siêu âm. - VBI khuyến khích Người được bảo hiểm xin ý kiến chấp thuận trước cho dịch vụ chẩn đoán lần thứ hai của cùng một tình trạng y tế. - Người được bảo hiểm bắt buộc phải xin ý kiến chấp thuận trước của VBI cho các chẩn đoán và tham vấn lần tiếp theo sau lần thứ hai liên quan đến cùng một tình trạng y tế.
5	Chi phí chẩn đoán hình ảnh nâng cao được chỉ định bởi bác sĩ chuyên khoa. - VBI sẽ thanh toán cho các chi phí về xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh nâng cao của Bác sĩ để điều trị tình trạng y tế thuộc phạm vi bảo hiểm theo giới hạn quyền lợi được quy định cụ thể trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm. Chẩn đoán hình ảnh nâng cao bao gồm chụp cắt lớp bằng vi tính (CT), hình ảnh cộng hưởng từ (MRI), chụp PET/CT. - VBI khuyến khích Người được bảo hiểm xin ý kiến chấp thuận trước cho dịch vụ chẩn đoán lần thứ hai của cùng một tình trạng y tế. - Người được bảo hiểm bắt buộc phải xin ý kiến chấp thuận trước của VBI cho các chẩn đoán và tham vấn lần tiếp theo sau lần thứ hai liên quan đến cùng một tình trạng y tế.
6	Vật lý trị liệu - VBI sẽ thanh toán chi phí điều trị được tiến hành bởi một Chuyên gia vật lý trị liệu đã đăng ký hành nghề hợp pháp tại nơi tiến hành việc điều trị thuộc phạm vi bảo hiểm theo giới hạn quyền lợi được quy định cụ thể trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm. - Quyền lợi này chỉ có thể được thanh toán sau khi Người được bảo hiểm Điều trị nội trú cho một tình trạng y tế thuộc phạm vi bảo hiểm và với điều kiện là Người được bảo hiểm đã tham gia bảo hiểm theo quy tắc bảo hiểm này từ trước khi việc Điều trị nội trú bắt đầu.

6	- Việc điều trị bởi Chuyên gia vật lý trị liệu phải được một Bác sĩ giám sát về mặt y tế. Giám sát về mặt y tế có nghĩa là việc điều trị này (nếu cần thiết) phải được chỉ định bởi Bác sĩ điều trị. - Việc điều trị phải có một chương trình rõ ràng từ Chuyên gia vật lý trị liệu với một mục tiêu và kết quả mong muốn cụ thể.
7	Phương pháp trị liệu thần kinh cột sống, nắn xương, vi lượng đồng căn, điều trị châm cứu, y học cổ truyền Trung Quốc, y học cổ truyền Việt Nam, phương pháp điều trị chân (podiatry), chuyên gia dinh dưỡng - VBI sẽ thanh toán cho các chi phí tham vấn và Điều trị thay thế được thực hiện bởi Bác sĩ thực hiện phương pháp điều trị thay thế có đủ năng lực chuyên môn và đã đăng ký hành nghề hợp pháp tại quốc gia cung cấp dịch vụ điều trị theo giới hạn quyền lợi được quy định cụ thể trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm. - Trong phạm vi bảo hiểm của quyền lợi này, VBI cũng sẽ thanh toán chi phí cho vitamin, thực phẩm chức năng và thuốc y học cổ truyền Việt Nam/Trung Quốc được kê bởi Bác sĩ hoặc Bác sĩ thực hiện phương pháp Điều trị thay thế theo giới hạn quyền lợi được quy định cụ thể trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm. - Người được bảo hiểm phải có xác nhận của Bác sĩ điều trị là không thuộc diện chống chỉ định sử dụng phương pháp Điều trị thay thế và VBI sẽ không thanh toán cho bất kỳ biến chứng nào phát sinh do việc Điều trị thay thế đó vượt quá hạn mức quy định cho quyền lợi này. - Bác sĩ thực hiện phương pháp Điều trị thay thế phải có một chương trình điều trị rõ ràng với một mục tiêu và kết quả mong muốn cụ thể. - VBI sẽ không thanh toán cho quyền lợi nào liên quan đến bất kỳ phương pháp Điều trị thay thế nào phát sinh trong quá trình Điều trị nội trú, Điều trị trong ngày hoặc khám chữa bệnh của Người được bảo hiểm.

4. Quyền lợi bảo hiểm bổ sung

(chỉ áp dụng khi được lựa chọn và quy định cụ thể trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm)

1. Chăm sóc nha khoa	
Chăm sóc Nha khoa định kỳ	VBI sẽ thanh toán tám mươi (80) phần trăm chi phí chăm sóc nha khoa thực tế thuộc phạm vi bảo hiểm tối đa lên tới giới hạn số tiền bảo hiểm được quy định cụ thể trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm đối với khám nha khoa, nhổ răng, trám răng, lấy cao răng/đánh bóng, chụp X-quang, xử lý flo, trám răng (fillings) và trám khe.
Điều trị phục hồi nha khoa (Thời gian chờ 180 ngày)	VBI sẽ thanh toán tám mươi (80) phần trăm chi phí điều trị phục hồi nha khoa thuộc phạm vi bảo hiểm tối đa lên tới giới hạn số tiền bảo hiểm được quy định cụ thể trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm với điều kiện Người được bảo hiểm đã tham gia bảo hiểm đáp ứng đủ quy định về thời gian chờ đối với điều trị rút tủy răng, cấy ghép, cầu răng, thân răng, điều trị các bệnh về nướu, răng giả, trám răng, bọc răng (implays),.
2. Chăm sóc nhãn khoa (chăm sóc mắt)	
Chăm sóc mắt định kỳ	VBI sẽ thanh toán các chi phí chăm sóc mắt định kỳ thuộc phạm vi bảo hiểm tối đa lên tới giới hạn số tiền bảo hiểm được quy định cụ thể trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm cho các chi phí mắt kính thuốc, kính áp tròng và gọng kính đeo có liên quan được chỉ định bởi của Bác sĩ nhãn khoa. Chi phí này cũng bao gồm các chi phí kiểm tra thị lực được thực hiện bởi Bác sĩ nhãn khoa. VBI sẽ không chi trả cho các loại kính chống chói / kính phản chiếu, kính râm, kính áp tròng không hiệu chỉnh, phẫu thuật mắt bằng lasik / laser và / hoặc các chi phí tương tự khác, cho dù có được chỉ định bởi Bác sĩ hay không.
3. Quyền lợi chăm sóc sức khỏe	
Kiểm tra sức khỏe	VBI sẽ thanh toán chi phí tham vấn thuộc phạm vi bảo hiểm là một phần của quá trình kiểm tra sức khỏe theo giới hạn quyền lợi được quy định cụ thể trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.
Tiêm chủng vắc-xin	VBI sẽ thanh toán cho các chi phí tiêm vắc-xin cần thiết tối đa lên tới giới hạn quyền lợi này được quy định cụ thể trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm. Phí tư vấn liên quan đến việc tiêm vắc xin có thể được yêu cầu thanh toán ở hạng mục quyền lợi này.

4. Quyền lợi Thai sản (thời gian chờ 365 ngày)

Mang thai và sinh con	VBI sẽ thanh toán cho các chi phí y tế phát sinh thuộc phạm vi bảo hiểm theo giới hạn quyền lợi được quy định cụ thể trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm sau khi Người được bảo hiểm đã tham gia bảo hiểm liên tục theo quyền lợi này đáp ứng đủ thời gian chờ theo quy định và đã tái tục bảo hiểm cho quyền lợi này vào năm hợp đồng kế tiếp. Quyền lợi này chỉ được chi trả cho Người được bảo hiểm có độ tuổi từ mười tám (18) trở lên và chi trả cho các chi phí sau: chăm sóc trước khi sinh, sinh con và chăm sóc sau sinh tối đa lên tới (42) ngày sau sinh, tổng hạn mức trách nhiệm tối đa của VBI cho quyền lợi bảo hiểm này được quy định cụ thể trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm. Hạn mức được nêu ra là hạn mức tối đa VBI sẽ chi trả cho quyền lợi này đối với mỗi: • năm hợp đồng cho dù NDBH có nhiều hơn một lần mang thai trong năm hợp đồng đó, • lần mang thai, cho dù lần mang thai thuộc phạm vi bảo hiểm đó diễn ra trong thời hạn của cả hai hợp đồng bảo hiểm mà Người được bảo hiểm đều tham gia quyền lợi thai sản. Đối với sinh thường và sinh mổ cần thiết về mặt y tế, VBI sẽ chi trả chi phí sinh nở trong phạm vi hạn mức của quyền lợi được quy định cụ thể trong hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm. VBI không chi trả bất kỳ chi phí nào liên quan đến biến chứng thai sản phát sinh từ việc sinh con này. Đối với sinh mổ theo yêu cầu hoặc không cần thiết về mặt y tế, VBI sẽ chi trả chi phí sinh con tối đa đến chi phí sinh không theo yêu cầu. VBI không chi trả bất kỳ chi phí nào liên quan đến biến chứng thai sản phát sinh từ việc sinh con do sinh mổ này. Lưu ý rằng: Nếu VBI không có cơ sở để xác định được việc sinh mổ là cần thiết về mặt y tế thì VBI sẽ xem như đây là sinh mổ theo yêu cầu và không cần thiết về mặt y tế. Quyền lợi thai sản này là quyền lợi được lựa chọn và sẽ không được tự động nâng cấp. Trong trường hợp Người được bảo hiểm nâng cấp lên gói quyền lợi thai sản cao hơn, thì hạn mức chi trả sẽ bị giới hạn theo hạn mức của quyền lợi thai sản ban đầu cho tới khi Người được bảo hiểm đã tham gia theo Quyền lợi được nâng cấp đủ mười hai (12) tháng liên tục và đã tái tục quyền lợi thai sản nâng cấp ở năm tiếp theo.
Các biến chứng trước sinh và sau sinh	Quyền lợi này chỉ được thanh toán khi được liệt kê trong Bảng quyền lợi bảo hiểm. VBI sẽ thanh toán cho các chi phí phát sinh theo các yêu cầu trả tiền bảo hiểm thuộc phạm vi bảo hiểm sau khi người được bảo hiểm nữ trong độ tuổi từ mười tám (18) trở lên được bảo hiểm đủ thời gian chờ áp dụng cho chương trình bảo hiểm của người được bảo hiểm nữ và đã tái tục bảo hiểm cho quyền lợi đó cho năm hợp đồng kế tiếp. Quyền lợi này chi trả cho dịch vụ điều trị một tình trạng y tế thuộc phạm vi bảo hiểm do, và xuất hiện ở người được bảo hiểm nữ trong thời gian mang thai trước khi sinh con hoặc sau khi sinh con. Danh sách các biến chứng trước và sau khi sinh thuộc phạm vi bảo hiểm bao gồm những bệnh hoặc tình trạng sau: • Hội chứng đông máu rải rác lòng mạch, • Thiếu năng lực cổ tử cung, • Mang thai ngoài tử cung, • Đái tháo đường thai kỳ (trường hợp người được bảo hiểm đã có tiền sử mắc bệnh đái tháo đường và được bảo hiểm theo chương trình bảo hiểm này nhưng bị áp dụng điều khoản loại trừ liên quan đến bệnh đái tháo đường theo quy định của VBI thì sẽ không được bảo hiểm đối với tình trạng này), • Chửa trứng - mang thai giả, • Chứng nôn nghén, • Chứng ứ mật sản khoa, • Tiền sản giật / Sản giật, • Nhóm máu hiếm RH, • Đe dọa sảy thai, • Băng huyết sau sinh, • Sốt nhau. Khi có biến chứng sau sinh, VBI sẽ chỉ chi trả cho dịch vụ điều trị được thực hiện trong vòng chín mươi (90) ngày sau sinh. Quyền lợi này không bảo hiểm cho: - các chi phí sinh em bé khi sinh thường, sinh mổ hoặc theo hình thức có hỗ trợ khác, hoặc - bất kỳ biến chứng nào do sinh mổ tự chọn hoặc không cần thiết về mặt y tế, hoặc

- bất kỳ biến chứng nào nếu việc thụ tinh đưa trẻ là do thụ tinh có hỗ trợ/mang thai có hỗ trợ (Trong đó: thụ tinh có hỗ trợ/ mang thai có hỗ trợ là việc sử dụng các công nghệ y tế để tăng số lượng trứng trong quá trình rụng trứng hoặc đưa tinh trùng và một hoặc nhiều trứng lại gần nhau, nhờ đó làm tăng cơ hội thụ thai bao gồm việc thụ tinh trong tử cung (IUI), thụ tinh trong ống nghiệm (IVF), tiêm tinh trùng vào bào tương trứng (ICSI) hoặc sử dụng bất kỳ hình thức điều trị nào để giảm hay tăng khả năng rụng trứng. Việc hỗ trợ này bao gồm cả mang thai hộ.), hoặc

- dịch vụ điều trị một tình trạng y tế do, và xảy ra trong thai kỳ trước khi sinh hoặc sau khi sinh nếu thai kỳ là kết quả của thụ tinh có hỗ trợ/mang thai có hỗ trợ.

Quyền lợi này sẽ không được nâng cấp chương trình bảo hiểm cao hơn (nâng cấp). Trong trường hợp nâng cấp, quyền lợi này sẽ tuân theo mức của chương trình bảo hiểm ban đầu cho tới khi người được bảo hiểm nữ được bảo hiểm theo chương trình bảo hiểm được nâng cấp đủ mười hai (12) tháng liên tục và chương trình bảo hiểm được nâng cấp đã được tái tục.

Chương III. Điều khoản loại trừ

Những điều trị, các hạng mục, điều kiện, các hoạt động sau đây và các chi phí phát sinh liên quan hay chi phí hậu quả của chúng sẽ bị loại trừ trong Hợp đồng này:

1. Các điều khoản loại trừ chung:

Các xét nghiệm, kiểm tra, điều trị, hạng mục, tình trạng y tế, hoạt động và các chi phí liên quan hoặc các chi phí hậu quả sau đây được loại trừ khỏi hợp đồng bảo hiểm này và VBI sẽ không chịu trách nhiệm đối với:

1.1. Tình trạng có sẵn như đã định nghĩa, bao gồm bất kỳ điều trị và biến chứng nào phát sinh từ tình trạng có sẵn và các tình trạng y tế liên quan đến tình trạng có sẵn;

1.2. Bất kỳ thủ tục/quy trình phẫu thuật nào mà không nằm trong danh sách các thủ tục đã được quy định của Bộ y tế, trừ khi thủ tục phẫu thuật được thực hiện này được chứng minh là đem lại hiệu quả điều trị và không mang tính thử nghiệm.

Bất kỳ khoản phí điều trị nào theo phác đồ chưa được kiểm định hoặc đang trong quá trình thử nghiệm. Phác đồ được kiểm định là những phác đồ đã có trong danh mục phác đồ phẫu thuật;

1.3. Bất kỳ điều trị nào hỗ trợ làm giảm tạm thời các triệu chứng chứ không giải quyết các tình trạng y tế căn bản,

VBI sẽ không từ chối thanh toán đối với các hình thức điều trị chữa bệnh khác sau khi Bác sĩ đã đề xuất phương pháp điều trị hiệu quả. Tuy nhiên, VBI sẽ không chi trả cho các chi phí điều trị chỉ hỗ trợ làm giảm tạm thời các triệu chứng chứ không chữa trị hoặc Người được bảo hiểm từ chối thực hiện dịch vụ điều trị có sẵn và hiệu quả vì bất kỳ lý do gì nhưng VBI sẽ thanh toán cho các chi phí làm giảm tạm thời triệu chứng khi dịch vụ điều trị thuộc mục quyền lợi "Chăm sóc giảm nhẹ và Chăm sóc cuối đời" với điều kiện Người được bảo hiểm có tham gia quyền lợi bảo hiểm này;

1.4. Mang thai hoặc sinh con theo cách tự nhiên hoặc biến chứng thai sản trừ khi Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi bảo hiểm bổ sung và được quy định cụ thể trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm. Sinh mổ và các biến chứng kèm theo chỉ được bảo hiểm theo mục quyền lợi "Mang thai và Sinh con" và phải tuân theo giới hạn số tiền bảo hiểm được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Tuy nhiên, VBI sẽ không thanh toán cho các chi phí điều trị đó nếu việc mang thai có sử dụng bất kỳ phương tiện hỗ trợ nào hoặc bất kỳ phương pháp hỗ trợ thụ thai/hỗ trợ mang thai hoặc lựa chọn sinh mổ theo yêu cầu hoặc mổ lấy thai khi không cần thiết về mặt y tế;

1.5. Việc điều trị được tiến hành hoặc yêu cầu điều trị được phát sinh (theo chỉ định của Bác sĩ điều trị hoặc Bác sĩ độc lập) trong vòng chín mươi (90) ngày đầu tiên sau khi sinh đối với những đứa trẻ thụ thai bằng phương pháp nhân tạo hoặc bất kỳ phương pháp hỗ trợ thụ thai/hỗ trợ mang thai nào khác;

- 1.6.** Việc điều trị có liên quan trực tiếp đến việc mang thai hộ cho dù Người được bảo hiểm đóng vai trò là người mang thai hộ, hoặc là cha/mẹ cần sử dụng biện pháp mang thai hộ;
- 1.7.** Điều trị phẫu thuật bào thai là việc điều trị đưa ra hoặc được thực hiện trên bào thai ngay khi còn trong bụng mẹ;
- 1.8.** Biến chứng thai sản và biến chứng sinh con hoặc các hậu quả kèm theo trừ khi quyền lợi bảo hiểm này được nêu tên trong bảng quyền lợi bảo hiểm;
- 1.9.** Chấm dứt thai kỳ hoặc bất kỳ hậu quả nào liên quan đến việc chấm dứt thai kỳ;
- 1.10.** Tránh thai; kiểm tra và điều trị vô sinh; điều trị được thiết kế để tăng khả năng sinh sản (bao gồm điều trị để ngăn ngừa sẩy thai trong tương lai); kiểm tra tình trạng sẩy thai và kiểm tra trong quá trình hỗ trợ thụ thai/hỗ trợ mang thai; triệt sản/kiểm soát sinh sản hoặc các biện pháp để khôi phục khả năng sinh sản; hoặc bất kỳ hậu quả kèm theo hay bất kỳ điều trị nào đối với các hoạt động trên;
- 1.11.** Điều trị chứng bất lực hoặc bất kỳ hậu quả nào kèm theo;
- 1.12.** Điều trị, hoặc điều trị liên quan đến rối loạn chức năng tình dục hoặc bất kỳ hậu quả nào kèm theo;
- 1.13.** Điều trị các bệnh lây lan qua đường tình dục;
- 1.14.** Phẫu thuật chuyển đổi giới tính hoặc bất kỳ điều trị y tế hoặc phẫu thuật khác bao gồm cả tâm lý trị liệu hoặc dịch vụ tương tự phát sinh từ, hoặc liên quan trực tiếp hoặc gián tiếp đến chuyển đổi giới tính;
- 1.15.** Điều trị bệnh béo phì (Béo phì là khi Chỉ số khối lượng cơ thể (BMI) từ 30 trở lên) hoặc bất kỳ tình trạng y tế nào phát sinh từ, hoặc liên quan đến bệnh béo phì dưới mọi hình thức;
- 1.16.** Chi phí thực tế phát sinh do, hoặc liên quan đến bất kỳ loại phẫu thuật giảm cân nào cho dù việc phẫu thuật là cần thiết, loại trừ bao gồm cả việc đặt đai thắt dạ dày, hoặc cắt vát dạ dày;
- 1.17.** Loại bỏ mỡ hoặc mô thừa từ bất kỳ phần nào của cơ thể cho dù việc đó là cần thiết về mặt y tế hoặc vì lý do tâm lý;
- 1.18.** Chi phí thu nhận nội tạng hoặc mô hiến tặng hoặc bất kỳ chi phí quản lý hoặc chi phí tìm kiếm hiến tạng nào ngay cả khi việc cấy ghép đó được bảo hiểm theo các điều khoản của quy tắc bảo hiểm này;
- 1.19.** Bất kỳ hình thức điều trị nào được thực hiện bởi: Chủ hợp đồng bảo hiểm, hoặc Người được bảo hiểm, hoặc thành viên trong gia đình bao gồm bố mẹ, bố mẹ vợ/chồng, anh/chị/em ruột, anh/chị/em vợ chồng, vợ/chồng, con hợp pháp của Người được bảo hiểm hoặc Chủ hợp đồng bảo hiểm;
- 1.20.** Điều trị phát sinh từ hoặc trực tiếp hoặc gián tiếp gây ra bởi việc tự gây thương tích hoặc cố ý tự tử;
- 1.21.** Chi phí tham dự lớp học làm cha mẹ hoặc các lớp đào tạo khác; các khóa học/chương trình/lớp học về tiền sản hoặc cai rượu, thuốc lá, ma túy hoặc các chất kích thích; tất cả các loại khóa học/chương trình/lớp học dưới mọi hình thức;
- 1.22.** Bất kỳ chi phí nào liên quan đến việc điều trị giảm lệ thuộc vào nicotine hoặc thuốc lá, bao gồm liệu pháp thay thế nicotine; hoặc điều trị phát sinh từ hoặc có liên quan đến việc sử dụng sai hoặc quá liều hoặc sử dụng quá nhiều rượu/cồn, thuốc, bất kỳ loại chất kích thích nào dưới mọi cách thức;
- 1.23.** Bất kỳ điều trị các khuyết tật khúc xạ về mắt như viễn thị, cận thị hoặc loạn thị, trừ khi được VBI chấp thuận bảo hiểm được quy định cụ thể trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm; phẫu thuật mắt bằng laser / lasik;
- 1.24.** Tất cả các loại rối loạn học tập, vấn đề về học hành, vấn đề về hành vi, phát triển thể chất hoặc phát triển tâm lý, bao gồm cả việc đánh giá hoặc phân loại các loại vấn đề đó; điều trị các chứng chậm phát triển (ví dụ như: các vấn đề như chứng khó đọc, rối loạn phối hợp động tác, rối loạn phổ tự kỷ, rối loạn tăng động thiếu tập trung (ADHD) và các vấn đề về ngôn ngữ và giao tiếp); điều trị phòng ngừa.
- 1.25.** Bất kỳ chi phí thực tế phát sinh là hậu quả của việc điều trị không thuộc phạm vi bảo hiểm, bao gồm cả chi phí điều trị phát sinh thêm;

1.26. Bất kỳ khoản viện phí nào phát sinh thêm cho một phòng không phải là phòng hoặc khu đơn tiêu chuẩn vượt quá giới hạn quy định trong chi phí giường phòng trên ngày hoặc nâng hạng phòng, các hạng mục sang trọng, các hạng mục không phải là tiêu chuẩn, bữa ăn cho khách.

Lưu ý: Chủ hợp đồng bảo hiểm có thể chọn để nâng hạng phòng hoặc các hạng mục, tuy nhiên, VBI sẽ chỉ chi trả cho những chi phí hợp lý của một phòng đơn tiêu chuẩn và Chủ hợp đồng bảo hiểm sẽ có trách nhiệm chi trả bất kỳ khoản phí phát sinh thêm nào;

1.27. Điều trị giảm nhẹ các triệu chứng mà có liên quan đến sự thay đổi cơ thể phát sinh vì lý do sinh lý hoặc tự nhiên như tuổi già, mãn kinh, hoặc tuổi dậy thì và không phải do tình trạng y tế, ốm đau hoặc thương tật căn bản;

1.28. Tiêm chủng, khám sức khỏe định kỳ hoặc khám sức khỏe dự phòng hoặc sàng lọc dự phòng/tầm soát, bao gồm tham vấn theo dõi định kỳ, trừ khi được VBI chấp thuận bảo hiểm được quy định cụ thể trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm;

1.29. Điều trị ngoại trú, bao gồm cả thuốc hoặc băng gạc trừ những hạng mục được nêu trong đơn thuốc, và khi Hợp đồng bảo hiểm/ Giấy chứng nhận bảo hiểm của Người được bảo hiểm có quyền lợi "Khám bệnh tổng quát và khám chuyên khoa";

1.30. Nắn chỉnh răng, điều trị nha chu, điều trị nội nha, điều trị nha khoa phòng ngừa và nha khoa tổng quát bao gồm cả trám–hàn răng cho dù được thực hiện bởi bất kỳ ai trừ khi được VBI chấp thuận bảo hiểm được quy định cụ thể trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm;

1.31. Yêu cầu bồi thường trong trường hợp Người được bảo hiểm điều trị ở ngoài phạm vi địa lý được bảo hiểm (bất kể đó có phải là lý do duy nhất hay không) hoặc trong trường hợp Người được bảo hiểm đi điều trị trái với chỉ định của bác sĩ cho dù có thuộc phạm vi địa lý được bảo hiểm hay không;

1.32. Điều trị do hậu quả của việc tham gia vào hoặc tập luyện các môn thể thao mà Người được bảo hiểm nhận được một mức lương hoặc số tiền, bao gồm cả các khoản trợ cấp hoặc tài trợ (trừ khi Người được bảo hiểm chỉ nhận được chi phí đi lại);

1.33. Điều trị các chấn thương do nhảy dù từ mặt phẳng cố định (base jumping – nhảy từ nóc cao ốc, cầu và vách đá), nhảy cầu mạo hiểm (cliff diving), bay trên máy bay không có giấy phép hoặc học lái, võ thuật, leo trèo tự do, leo núi có hoặc không dây, lặn biển có bình dưỡng khí đến độ sâu hơn 10 mét, đi bộ đến một độ cao trên 2.500 mét, nhảy bungee, du thám hẻm núi, điều lượn, dù lượn hoặc tàu lượn có động cơ, nhảy dù, khám phá hốc sâu trong đá và hang động, trượt tuyết với đường trượt tự nhiên hay bất cứ hoạt động thể thao mùa đông với đường trượt tự nhiên;

1.34. Điều trị bị loại trừ được quy định cụ thể trong các điều khoản bao gồm các tình trạng y tế liên quan, được nêu rõ trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc Sửa đổi bổ sung đối với Người được bảo hiểm; các khoản phí cho các hạng mục không được nêu trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm của Người được bảo hiểm;

1.35. Bất kỳ chi phí phát sinh vì lý do cá nhân hoặc cộng đồng (ví dụ như chi phí hỗ trợ đi lại hoặc nhà ở) hoặc các chi phí phát sinh vì lý do không liên quan trực tiếp đến việc điều trị;

1.36. Bất kỳ chi phí điều trị nào phát sinh trong thời gian mà Phí bảo hiểm đến hạn không được thanh toán;

1.37. Bất kỳ chi phí nào từ trung tâm chăm sóc sức khỏe bằng hơi nước, spa, phòng khám trị liệu bằng phương pháp tự nhiên, trung tâm thể dục thể thao, thậm chí ngay cả khi các cơ sở này được đăng ký để hoạt động như một bệnh viện;

1.38. Bất kỳ yêu cầu bồi thường nào hoặc một phần khoản yêu cầu bồi thường thuộc trách nhiệm chi trả của Chủ hợp đồng bảo hiểm/Người được bảo hiểm ví dụ như đồng chi trả. Trong trường hợp này, VBI sẽ chỉ thanh toán số tiền bồi thường sau khi đã khấu trừ đi số tiền tương ứng với mức đồng chi trả;

1.39. Bất kỳ khoản phí nào phát sinh không Thông thường và hợp lý

1.40. Phẫu thuật bằng robot hoặc bất kỳ phương pháp điều trị kiểm soát đau cột sống nào trừ khi được quy định cụ thể tại Hợp đồng bảo hiểm/ Giấy chứng nhận bảo hiểm;

- 1.41.** Chi phí hành chính dưới mọi hình thức bao gồm: các chi phí liên quan đến việc hoàn thành các biểu mẫu hoặc các chi phí của các nhà cung cấp dịch vụ y tế liên quan đến việc cung cấp kết quả xét nghiệm, chẩn đoán, tóm tắt bệnh án, bảng kê chi tiết hóa đơn,...(trừ khi VBI đồng ý chi trả và phải được quy định trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm);
- 1.42.** Tất cả các khoản phí tín dụng hoặc phí ngân hàng khi thực hiện thanh toán tiền bồi thường bằng tiền tệ không phải Việt Nam Đồng;
- 1.43.** Chi phí cho việc điều trị đã thực hiện và thuốc men được kê bởi Bác sĩ không liên quan đến việc điều trị được cung cấp cho Người được bảo hiểm;
- 1.44.** Yêu cầu bồi thường đối với thực phẩm chức năng hoặc các chất có sẵn trong tự nhiên. Điều khoản loại trừ này bao gồm như vitamin, khoáng chất, và chất hữu cơ, trừ khi được quy định tại định nghĩa 21 chương I theo quyền lợi "Điều trị thay thế" và phải được thể hiện cụ thể trên Hợp đồng bảo hiểm/ Giấy chứng nhận bảo hiểm;
- 1.45.** Thực phẩm bổ sung dinh dưỡng, bao gồm cả sữa công thức cho trẻ mới sinh và sản phẩm làm đẹp, cho dù các sản phẩm này được khuyến cáo về mặt y tế hoặc được Bác sĩ kê đơn hoặc được công nhận về mặt y tế là có tác dụng trị liệu;
- 1.46.** Điều trị tâm thần trừ trường hợp được VBI chấp nhận bảo hiểm theo quy định tại điểm 20 khoản 2 Chương II về Điều trị tâm thần và phải được thể hiện cụ thể trong Hợp đồng bảo hiểm/ giấy chứng nhận bảo hiểm;
- 1.47.** Bất kỳ chi phí điều trị nào liên quan đến và/hoặc của tình trạng bẩm sinh, trừ trường hợp được VBI chấp nhận bảo hiểm theo quy định tại điểm 23 khoản 2 Chương II về Dị tật bẩm sinh và phải được thể hiện cụ thể trong Hợp đồng bảo hiểm/ Giấy chứng nhận bảo hiểm;
- 1.48.** Bảo quản lạnh; cấy hoặc cấy lại các tế bào sống hoặc mô sống, bất kể là lấy từ chính bản thân hay lấy từ người hiến tặng;
- 1.49.** Điều trị được cho là không cần thiết về mặt y tế hoặc điều trị lựa chọn của riêng cá nhân;
- 1.50.** Chi phí cung cấp hoặc lắp bộ phận giả bên ngoài hoặc dụng cụ chỉnh hình hoặc thiết bị/dụng cụ hỗ trợ y tế hoặc thiết bị y tế sử dụng lâu dài trừ trường hợp được quy định cụ thể trong Hợp đồng bảo hiểm /Giấy chứng nhận bảo hiểm;
- 1.51.** Điều trị nội trú đối với tình trạng y tế có thể Điều trị ngoại trú;
- 1.52.** Xét nghiệm di truyền, cũng như bất kỳ tư vấn cần thiết sau các xét nghiệm di truyền, thậm chí ngay cả khi những xét nghiệm đó được thực hiện để xác định xem Người được bảo hiểm có khả năng bị các tình trạng y tế do di truyền trong tương lai hay không. Vì những xét nghiệm này được tiến hành để xác định xem các tình trạng y tế có khả năng phát triển hay không, chứ không nhằm mục đích điều trị tình trạng y tế;
- 1.53.** Đồ dùng cá nhân tiêu chuẩn, dầu gội đầu, xà phòng, kem đánh răng, nước súc miệng, kem dưỡng, kem dưỡng ẩm, sữa rửa mặt, sữa tắm, thuốc tránh thai, thuốc đặc trị cảm lạnh và nhức đầu, có hoặc không có đơn thuốc, VBI cũng không chi trả cho các chi phí gọi điện thoại.
- 1.54.** Tất cả các loại rối loạn giấc ngủ, ngáy ngủ, mất ngủ, ngưng thở khi ngủ, hoặc thử nghiệm nghiên cứu về giấc ngủ; Kiểm tra hoặc điều trị chứng rụng tóc;
- 1.55.** Điều trị bất kỳ tình trạng y tế nào phát sinh dưới mọi hình thức do lây nhiễm vi-rút gây Suy giảm miễn dịch ở người (HIV) và Hội chứng Suy giảm Miễn dịch Mắc phải (AIDS) trừ trường hợp được VBI chấp nhận bảo hiểm theo quy định tại điểm 22 khoản 2 Chương II về Điều trị nội trú cho HIV/AIDS và phải được thể hiện cụ thể trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- 1.56.** Chi phí điều trị các loại mụn;
- 1.57.** Xô khuyên tai hoặc bấm khuyên trên cơ thể và xăm mình hoặc dịch vụ điều trị cần thiết do hậu quả của những việc nêu trên;
- 1.58.** Dịch vụ điều trị khi nằm viện quá chín mươi (90) ngày liên tiếp cho tổn thương thần kinh vĩnh viễn hoặc nếu Người được bảo hiểm đang ở trong trạng thái sống thực vật dai dẳng. VBI xác định trạng thái thực vật dai dẳng là tình trạng mất ý thức sâu, không có dấu hiệu nhận thức hoặc ý thức hoặc hoạt động tâm trí, ngay cả khi người đó có thể mở mắt và hít thở mà không cần hỗ trợ và người đó không phản ứng với các tác nhân kích thích như gọi tên của họ hay động chạm; trạng thái này phải tồn tại trong ít nhất bốn (4) tuần mà không có dấu hiệu cải

thiện hoặc có thể không phục hồi;

Duy trì sự sống nhân tạo quá sáu mươi (60) ngày liên tiếp nếu Người được bảo hiểm đang ở trong trạng thái sống thực vật dai dẳng và chỉ có thể duy trì sự sống bằng can thiệp y tế như thở máy;

1.59. Tại thời điểm điều trị, chi phí điều trị hoặc dịch vụ phát sinh tại quốc gia đang bị cấm vận bởi:

- Liên Hiệp Quốc (UN); và / hoặc
- Hợp chủng quốc Hoa Kỳ (USA); và / hoặc
- Liên minh châu Âu (EU)

Người được bảo hiểm có thể biết các thông tin chi tiết về các quốc gia này bằng cách gọi cho đường dây nóng Dịch vụ khách hàng của VBI.

1.60. Các xét nghiệm, kiểm tra, dịch vụ điều trị, hạng mục, tình trạng y tế, hoạt động và các chi phí liên quan hoặc các chi phí hậu quả sau đây được loại trừ khỏi hợp đồng bảo hiểm này và VBI sẽ không chịu trách nhiệm đối với:

- (i) Điều trị hoặc phẫu thuật thẩm mỹ mang tính chất làm đẹp;
- (ii) Bất kỳ điều trị có liên quan đến hoặc cần phải thực hiện do điều trị thẩm mỹ/phẫu thuật tái tạo trước đó;
- (iii) Y tá đặc biệt trong bệnh viện, trừ khi VBI đã đồng ý bằng văn bản hoặc đồng ý rằng việc đó là cần thiết và phù hợp;
- (iv) Phục hồi chức năng nội trú trừ khi:
 - Được Bác sĩ chuyên về phục hồi chức năng thực hiện; và
 - Được thực hiện tại bệnh viện hoặc đơn vị phục hồi chức năng; và
 - Không thể Điều trị ngoại trú; và
 - VBI đã đồng ý về các chi phí đó bằng văn bản trước khi bắt đầu tiến hành phục hồi chức năng.

VBI sẽ chỉ thanh toán chi phí điều trị phục hồi chức năng nội trú tối đa không quá ba mươi (30) ngày trừ trường hợp tổn thương hệ thần kinh trung ương nghiêm trọng do chấn thương bên ngoài. Đối với các trường hợp tổn thương hệ thần kinh trung ương nghiêm trọng do chấn thương bên ngoài, VBI chỉ thanh toán chi phí điều trị phục hồi chức năng nội trú tối đa không quá một trăm tám mươi (180) ngày;

1.61. Việc sử dụng bất kỳ loại thuốc chưa được chứng minh là hiệu quả về mặt y tế hoặc đang trong quá trình thử nghiệm hoặc thử nghiệm lâm sàng. Điều này có nghĩa là loại thuốc đó phải được Cơ quan Quản lý Dược Châu Âu cấp phép sử dụng nếu Người được bảo hiểm đang được điều trị ở châu Âu, hoặc Cục quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Mỹ (FDA) cấp phép sử dụng nếu Người được bảo hiểm đang được điều trị ở bất cứ nơi nào khác trên thế giới và được sử dụng trong phạm vi các quy định của việc cấp phép đó giấy phép đó, hoặc đã được cấp số đăng ký lưu hành tại Việt Nam nếu Người được bảo hiểm đang điều trị tại Việt Nam. Tuy nhiên, nếu trước khi bắt đầu điều trị, xác định được rằng việc điều trị này đã được cơ quan y tế có thẩm quyền công nhận là phù hợp và các chi phí này là Thông thường và hợp lý thì VBI sẽ thực hiện thanh toán;

1.62. Việc điều trị chưa được chứng minh là hiệu quả về mặt y tế hoặc đang trong quá trình thử nghiệm hoặc chưa được cấp phép bởi các cơ quan, tổ chức có thẩm quyền công nhận (như các kỹ thuật y tế, phẫu thuật, các thiết bị y tế,...) kể cả những điều trị này là thông thường và hợp lý. Tuy nhiên, VBI sẽ thực hiện thanh toán nếu trước khi người được bảo hiểm bắt đầu điều trị, xác định được rằng việc điều trị này đã được cơ quan y tế có thẩm quyền công nhận là phù hợp và phải được VBI chấp thuận bằng văn bản, với mức chi phí điều trị và bác sĩ điều trị. Việc điều trị đã được công nhận nghĩa là các quy trình và phương pháp đã trải qua thử nghiệm và đánh giá lâm sàng thích hợp, đã được chứng minh đầy đủ trong các tài liệu y khoa được xuất bản cho những mục đích cụ thể để được xem là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả;

2. VBI sẽ không thanh toán cho bất cứ chi phí điều trị, hoặc dịch vụ vận chuyển khẩn cấp y tế quốc tế (IEMA) là hậu quả của các nguyên nhân sau: ô nhiễm phóng xạ, ô nhiễm sinh học hoặc hóa học, chiến tranh (dù có tuyên bố hay không), hoạt động thù địch nước ngoài, việc xâm

chiếm, nội chiến, bạo loạn, phiến loạn, nổi dậy, cách mạng, việc lật đổ chính quyền được lập theo luật, bùng nổ vũ khí chiến tranh. Điều khoản này bao gồm cả việc điều trị theo yêu cầu do Người được bảo hiểm tự rơi vào tình trạng nguy hiểm không cần thiết, chẳng hạn như đi đến khu vực đang có biến loạn với vai trò là một người quan sát hoặc khán giả.

Quy tắc bảo hiểm này vẫn chi trả cho các chi phí điều trị cần thiết là hậu quả của hoạt động khủng bố với điều kiện hoạt động khủng bố không dẫn đến tử ô nhiễm/nhiễm bẩn hạt nhân, sinh học hoặc hóa học.

3. VBI có thể sẽ không chi trả toàn bộ chi phí thuộc phạm vi bảo hiểm nếu VBI không nhận được thông báo về sự kiện bảo hiểm của Người được bảo hiểm trong vòng 30 ngày. Tất cả các chứng từ hồ sơ yêu cầu bồi thường hoàn thiện, hóa đơn bản gốc và tất cả các chứng từ khác được quy định tại Chương VI-Quy định về trả tiền bảo hiểm phải nộp cho VBI trong vòng một năm kể từ ngày tiến hành điều trị trừ khi không thể thực hiện được do những nguyên nhân bất khả kháng. VBI có quyền từ chối chi trả bồi thường thuộc phạm vi đối với bất kỳ hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm nào được nộp cho VBI sau 12 tháng mà không do các nguyên nhân bất khả kháng.

Thời hạn 30 ngày và 12 tháng trên được tính từ thời điểm Người được bảo hiểm xuất viện đối với Điều trị nội trú hoặc Điều trị trong ngày, tính từ thời điểm việc điều trị được tiến hành đối với Điều trị ngoại trú.

Chương IV. Quy định chung

Điều 1. Đối tượng của hợp đồng bảo hiểm

Người được bảo hiểm là

- Người Việt Nam cư trú và làm việc tại Việt Nam, hoặc
- Học sinh, sinh viên Việt Nam học toàn thời gian ở nước ngoài, hoặc
- Người Việt Nam làm việc tạm thời ở nước ngoài và sẽ trở về Việt Nam, hoặc
- Người nước ngoài cư trú và làm việc hợp pháp tại Việt Nam (Tuân theo quy định phần Quốc gia cư trú)

có độ tuổi từ đủ 15 ngày tuổi đến đủ 70 tuổi đối với trường hợp tham gia mới và 84 tuổi đối với trường hợp tái tục (tùy theo quyền lợi bảo hiểm chính hay quyền lợi bảo hiểm bổ sung).

Quy định cụ thể như sau:

	Đối tượng tham gia	Quy định tham gia
1.1	Từ đủ 15 ngày tuổi đến đủ 9 tuổi	- Phải tham gia với cha/mẹ hoặc người giám hộ trên cùng một Hợp đồng bảo hiểm hoặc một hợp đồng bảo hiểm sức khỏe cao cấp VBI Premier Care; và - Phải tiếp tục tái tục bảo hiểm cùng với cha/mẹ hoặc người giám hộ cho đến ngày tái tục hợp đồng mà trẻ em đó đủ chín (9) tuổi.
1.2	Từ đủ 10 tuổi đến đủ 17 tuổi	- Được phép tham gia bảo hiểm độc lập mà không cần cha/mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp tham gia trên cùng một hợp đồng bảo hiểm sức khỏe cao cấp VBI Premier Care; và - Chủ hợp đồng bảo hiểm phải là cha/mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp từ đủ 18 tuổi trở lên.
1.3	Từ đủ 18 tuổi đến đủ 70 tuổi	- Chủ hợp đồng bảo hiểm là Người được bảo hiểm, trừ hợp đồng bảo hiểm nhóm.
1.4	Người được bảo hiểm ở ngoài lãnh thổ Việt Nam	- Người được bảo hiểm ở ngoài lãnh thổ Việt Nam phải mang quốc tịch Việt Nam

Ngoài ra, những quy định cụ thể của mỗi nước có thể ảnh hưởng tới vấn đề đủ điều kiện tham gia bảo hiểm của Người được bảo hiểm. VBI có thể bị yêu cầu phải tuân thủ các chế tài quốc tế hợp pháp đối với hợp đồng bảo hiểm này và có thể không đảm bảo thực hiện tất cả các nghĩa vụ theo điều kiện điều khoản của hợp đồng này, vì việc thực hiện có thể khiến VBI phải chịu trách nhiệm pháp lý theo luật quốc tế hoặc luật địa phương. VBI và các nhà cung cấp dịch vụ khác sẽ không bảo hiểm hoặc không chi trả tiền bồi thường theo quy tắc bảo hiểm này nếu việc đó khiến VBI và những nhà cung cấp dịch vụ do VBI ủy quyền vi phạm luật, quy định quốc tế, những hình thức chế tài, cấm vận kinh tế quốc tế của các quốc gia và các tổ chức quốc tế.

Lưu ý rằng: Tất cả các đối tượng tham gia bảo hiểm trên phải cung cấp bằng chứng về việc có đủ điều kiện tham gia bảo hiểm và được VBI chấp nhận bằng văn bản

Điều 2. Hợp đồng bảo hiểm, Sửa đổi bổ sung

1. Hợp đồng bảo hiểm

Hợp đồng bảo hiểm là sự thỏa thuận giữa Chủ hợp đồng bảo hiểm và doanh nghiệp bảo hiểm, theo đó Chủ hợp đồng 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.

Toàn bộ điều kiện điều khoản được đề cập trong các tài liệu sau đây sẽ được gửi cho Chủ hợp đồng bảo hiểm/Người được bảo hiểm theo trình tự như sau:

- Giấy yêu cầu bảo hiểm đã được Chủ hợp đồng bảo hiểm/Người được bảo hiểm điền đầy đủ thông tin
- Điều kiện, điều khoản và bảng quyền lợi bảo hiểm tương ứng với chương trình của Người được bảo hiểm
- Giấy chứng nhận bảo hiểm
- Sửa đổi bổ sung

Những thay đổi về điều kiện điều khoản này phải được lập thành văn bản và VBI sẽ gửi thông báo bằng văn bản cho Chủ hợp đồng BH để xác nhận bất kỳ thay đổi, cam kết, thỏa thuận mà VBI đưa ra.

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

VBI có quyền thay đổi một phần hoặc toàn bộ điều khoản hợp đồng bảo hiểm vào ngày tái tục hợp đồng. VBI sẽ thông báo trước cho Chủ hợp đồng bảo hiểm trước ba mươi (30) ngày kể từ ngày tái tục về những thay đổi này và sẽ gửi thông tin chi tiết cho Chủ hợp đồng bảo hiểm theo địa chỉ VBI lưu trong hồ sơ.

VBI có thể thay đổi phí bảo hiểm nếu có sự thay đổi về các chi phí (ví dụ như lạm phát chi phí y tế), quy định pháp luật hoặc quyền lợi bảo hiểm nếu sự thay đổi này là cần thiết và được Bộ Tài chính chấp thuận. VBI sẽ phải thực hiện thay đổi ngay trong năm hợp đồng trước kỳ tái tục tiếp theo nếu việc thay đổi này là yêu cầu bắt buộc theo quy định pháp luật.

VBI sẽ thực hiện đánh giá rủi ro lại đối với hợp đồng bảo hiểm tại bất kỳ thời điểm nếu VBI có thông tin về một tình trạng y tế mà lẽ ra phải được thông báo một cách hợp lý tại ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm hoặc tại thời điểm mà Chủ hợp đồng bảo hiểm yêu cầu nâng cấp chương trình bảo hiểm.

2. Sửa đổi bổ sung

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 Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc bất cứ thỏa thuận nào khác với Quy tắc bảo hiểm.

Điều 3: Chấm dứt bảo hiểm

1. Chấm dứt quyền lợi bảo hiểm

Quyền lợi bảo hiểm theo hợp đồng bảo hiểm này của Người được bảo hiểm tương ứng cũng sẽ

tự động chấm dứt khi xảy ra một trong các sự kiện sau đây (tùy theo sự kiện nào xảy ra sớm nhất):

- i. Ngày chấm dứt hợp đồng bảo hiểm;
- ii. Ngày phạm vi bảo hiểm của Người được bảo hiểm bị chấm dứt
- iii. Người được bảo hiểm tử vong;
- iv. Không thanh toán phí bảo hiểm theo quy định của quy tắc bảo hiểm này
- v. Chủ hợp đồng bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm cố ý khai báo sai, không cung cấp thông tin hoặc gian lận (không bao gồm các trường hợp vô ý);

Khi phạm vi bảo hiểm cho Chủ hợp đồng bảo hiểm bị chấm dứt, VBI bảo lưu quyền chấm dứt phạm vi bảo hiểm đối với tất cả Người được bảo hiểm tại cùng thời điểm.

VBI sẽ không hoàn phí bảo hiểm cho hợp đồng bảo hiểm đối với các trường hợp chấm dứt trừ tiểu mục (ii). Đối với tiểu mục (ii), việc hoàn phí sẽ quy định chi tiết tại mục b – Điều 4. Tham gia và tái tục bảo hiểm

2. Chấm dứt hợp đồng bảo hiểm

Chủ hợp đồng bảo hiểm có quyền đơn phương chấm dứt hợp đồng bảo hiểm ở bất kỳ thời điểm nào bằng cách gửi thông báo bằng văn bản đến VBI trong vòng ba mươi ngày (30) trước ngày dự định chấm dứt. Thời hạn của hợp đồng bảo hiểm là một năm và VBI sẽ không hoàn lại bất kỳ phí bảo hiểm nào nếu bất kỳ số tiền bồi thường nào đã được chi trả. Trường hợp chủ hợp đồng bảo hiểm thanh toán phí bảo hiểm theo kỳ (chia kỳ thanh toán phí chỉ được áp dụng đối với hợp đồng bảo hiểm nhóm và đã được VBI chấp thuận tại thời điểm chào phí) thì sẽ phải tiếp tục thanh toán phí của các kỳ đóng phí còn lại. Trong trường hợp VBI đồng ý hoàn phí, VBI sẽ hoàn lại 70% số phí của thời gian hợp đồng còn lại (theo tỉ lệ số ngày còn lại/365 x phí bảo hiểm năm) với điều kiện chưa phát sinh chi phí bồi thường. Phí hoàn lại sẽ được thanh toán cho Chủ hợp đồng bảo hiểm trong vòng 30 ngày kể từ ngày VBI nhận được thông báo chấm dứt hợp đồng bảo hiểm

VBI có quyền đơn phương chấm dứt hợp đồng bảo hiểm ở bất kỳ thời điểm nào bằng cách gửi thông báo bằng văn bản đến Chủ hợp đồng bảo hiểm/Người được bảo hiểm trong vòng ba mươi ngày (30) trước ngày dự định chấm dứt. VBI có thể chấm dứt hiệu lực bảo hiểm ngay lập tức theo quy định của pháp luật và lệnh cấm vận. VBI có quyền chấm dứt bảo hiểm cho tất cả người được bảo hiểm cùng thời điểm khi quyền lợi bảo hiểm cho chủ hợp đồng bảo hiểm bị chấm dứt. Chủ hợp đồng sẽ được hoàn 100% phí bảo hiểm của thời gian hợp đồng còn lại (tính theo tỷ lệ số ngày còn lại/365 x phí bảo hiểm năm) trong vòng 30 ngày kể từ ngày chấm dứt bảo hiểm với điều kiện chưa phát sinh chi phí bồi thường.

Điều 4: Tham gia và tái tục bảo hiểm

a. Tất cả các tình trạng có sẵn phải được thông báo cho VBI một cách trung thực bằng văn bản tại thời điểm nộp giấy yêu cầu bảo hiểm. VBI có quyền từ chối toàn bộ giấy yêu cầu bảo hiểm khi xem xét các tình trạng có sẵn của người yêu cầu bảo hiểm.

VBI sẽ thông báo bằng văn bản cho Chủ hợp đồng bảo hiểm trước hoặc vào ngày bắt đầu áp dụng bất kỳ điều khoản đặc biệt nào vào hợp đồng bảo hiểm. VBI có thể từ chối bảo hiểm và sẽ thông báo cho Chủ hợp đồng bảo hiểm.

b. Bổ sung thêm hoặc bớt Người được bảo hiểm

Chủ hợp đồng bảo hiểm có thể yêu cầu tăng Người được bảo hiểm theo hợp đồng hiện tại với điều kiện rằng phải cung cấp đầy đủ thông tin của Người được bảo hiểm đó theo mẫu Giấy yêu cầu bảo hiểm của VBI.

Theo đó nếu Giấy yêu cầu bảo hiểm được chấp thuận, VBI sẽ cập nhật và phát hành Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm. Tất cả yêu cầu đăng ký bổ sung Người được bảo hiểm phải được VBI chấp thuận. Việc bổ sung Người được bảo hiểm giữa kỳ chỉ được áp dụng cho các sự kiện đặc biệt như kết hôn hoặc có con mới sinh.

Trường hợp VBI chấp thuận việc bổ sung Người được bảo hiểm giữa kỳ, VBI sẽ thu phí bảo hiểm

bổ sung theo tỷ lệ số ngày tham gia bảo hiểm và sẽ phát hành Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm ngay sau khi nhận được đủ phí bảo hiểm cho Người được bảo hiểm bổ sung. Ngày tái tục của Người được bảo hiểm bổ sung là ngày tái tục hợp đồng gốc cấp cho Chủ hợp đồng bảo hiểm.

Trường hợp Chủ hợp đồng bảo hiểm muốn khai báo giảm một Người được bảo hiểm trong năm hợp đồng hiện tại, Chủ hợp đồng bảo hiểm phải thông báo bằng văn bản đến VBI. Phí bảo hiểm sẽ không được hoàn lại cho Người được bảo hiểm được khai báo giảm nếu Người được bảo hiểm đó đã phát sinh yêu cầu bồi thường theo quy tắc bảo hiểm này. Trường hợp không có yêu cầu bồi thường, VBI sẽ hoàn lại 70% số phí của thời gian hợp đồng còn lại (Phí bảo hiểm pro-rata được tính từ hiệu lực của khai báo giảm theo tỷ lệ số ngày còn lại/365 x phí bảo hiểm năm). Ngày chấm dứt quyền lợi bảo hiểm có hiệu lực là ngày VBI nhận được thông báo chấm dứt bằng văn bản hoặc ngày yêu cầu chấm dứt (nếu ngày yêu cầu chấm dứt sau ngày VBI nhận được thông báo yêu cầu chấm dứt quyền lợi của Người được bảo hiểm). VBI sẽ không chi trả bất kỳ quyền lợi nào cho Người được bảo hiểm kể từ ngày chấm dứt hợp đồng bảo hiểm hoặc chấm dứt quyền lợi bảo hiểm của Người được bảo hiểm.

c. Chỉ những người có tên trong Hợp đồng bảo hiểm mới được xem là Người được bảo hiểm của hợp đồng bảo hiểm. Toàn bộ quyền lợi bảo hiểm áp dụng cho Người được bảo hiểm sẽ chấm dứt nếu Chủ hợp đồng bảo hiểm quyết định chấm dứt hợp đồng bảo hiểm.

d. Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực một năm trừ khi thỏa thuận khác. Vào ngày tái tục hợp đồng bảo hiểm, với điều kiện là chương trình bảo hiểm mà chủ hợp đồng tham gia vẫn còn hiệu lực, Chủ hợp đồng bảo hiểm có quyền tiếp tục hợp đồng bảo hiểm này theo điều khoản và điều kiện áp dụng vào thời điểm đó bằng cách trả phí bảo hiểm áp dụng vào thời điểm tái tục. Nếu hợp đồng bảo hiểm hết hạn, hoặc bị chấm dứt hoặc bị hủy bỏ theo điều khoản của hợp đồng bảo hiểm và sau đó, chủ hợp đồng phải nộp lại Giấy yêu cầu quyền lợi bảo hiểm theo hợp đồng bảo hiểm mới thì hợp đồng không được tái tục liên tục và phải áp dụng thời gian chờ như hợp đồng mới.

Nếu VBI không thể tái tục hợp đồng bảo hiểm của Người được bảo hiểm vào bất kỳ ngày tái tục hợp đồng bảo hiểm nào, VBI sẽ thông báo cho chủ hợp đồng trước ba mươi (30) ngày và sẽ gửi thông tin chi tiết theo địa chỉ của Người được bảo hiểm mà VBI đã lưu trong hồ sơ.

e. VBI có thể thay đổi tất cả hoặc bất kỳ nội dung nào của chương trình bảo hiểm này bao gồm bảng quyền lợi bảo hiểm, các điều kiện điều khoản và những thay đổi này sẽ chỉ áp dụng tại thời điểm tái tục hợp đồng trừ khi có quy định khác của pháp luật. Nếu các thay đổi liên quan đến quy định của pháp luật, thì những thay đổi này sẽ có hiệu lực ngay lập tức, bất kể bên mua bảo hiểm hoặc người được bảo hiểm đã nhận được thông tin chi tiết về thay đổi đó hay chưa.

Điều 5: Phí bảo hiểm

Phí bảo hiểm được tính căn cứ trên số tiền bảo hiểm và tỷ lệ phí bảo hiểm.

Tỷ lệ phí bảo hiểm có thể thay đổi và phí bảo hiểm được xác định vào mỗi kỳ tái tục dựa trên tỷ lệ phí phê duyệt của Bộ Tài Chính tương ứng với tuổi của Người được bảo hiểm tại thời điểm đó và các yếu tố khác có thể ảnh hưởng lớn đến rủi ro được bảo hiểm.

Chủ hợp đồng bảo hiểm phải thanh toán phí bảo hiểm khi đến hạn, và phí bảo hiểm được thanh toán này phải đúng như quy định về số tiền được thể hiện trong thông báo tái tục. Bất kỳ thông báo tái tục hợp đồng bảo hiểm nào mà VBI gửi cho Chủ hợp đồng bảo hiểm chỉ nhằm mục đích cung cấp thông tin, Chủ hợp đồng bảo hiểm có trách nhiệm trả phí bảo hiểm tái tục vào hoặc trước ngày tái tục hợp đồng bảo hiểm. VBI sẽ xác định số tiền phí bảo hiểm này vào thời điểm bắt đầu năm bảo hiểm và sẽ thông báo cụ thể cho Chủ hợp đồng bảo hiểm số tiền phải thanh toán.

Chủ hợp đồng bảo hiểm có thể thanh toán phí bảo hiểm theo hình thức đã thỏa thuận với VBI. VBI phải nhận được đầy đủ toàn bộ phí bảo hiểm vào hoặc trước ngày bảo hiểm bắt đầu hiệu lực bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm/ Giấy chứng nhận tái tục bảo hiểm, Giấy chứng nhận bảo hiểm, Giấy chứng nhận bảo hiểm tạm thời hoặc Sửa đổi bổ sung. Phương thức thanh toán

phí bảo hiểm phải tuân theo các quy định hiện hành do Chính phủ Việt Nam quy định. Trong trường hợp VBI không nhận được đầy đủ toàn bộ phí bảo hiểm vào hoặc trước ngày bắt đầu hiệu lực nêu trên, thì Hợp đồng bảo hiểm sẽ bị hủy bỏ ngay lập tức và VBI sẽ không phải thanh toán bất kỳ quyền lợi nào. Bất kỳ khoản phí bảo hiểm nào được thanh toán sau ngày hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm sẽ không có hiệu lực và được hoàn trả lại cho Người được bảo hiểm.

Điều 6: Thay đổi chương trình bảo hiểm

Người được bảo hiểm chỉ được phép yêu cầu thay đổi chương trình bảo hiểm (tăng hay giảm hạn mức bảo hiểm) vào ngày tái tục hợp đồng bảo hiểm bằng văn bản và phải khai báo trung thực cho VBI về bất kỳ tình trạng y tế nào khi muốn nâng cấp chương trình bảo hiểm.

VBI có quyền chấp thuận hoặc từ chối yêu cầu thay đổi bất kỳ chương trình bảo hiểm hoặc thay đổi bất kỳ phạm vi bảo hiểm nào của Người được bảo hiểm. Trường hợp VBI chấp thuận nâng cấp chương trình bảo hiểm, VBI sẽ chi trả theo hạn mức của chương trình bảo hiểm trước khi nâng cấp đối với tình trạng y tế có sẵn trước ngày nâng cấp.

Đối với bất kỳ ốm đau, thương tật hoặc tình trạng y tế xảy ra, mắc phải hoặc duy trì vào hoặc sau ngày việc hạ hạn mức bảo hiểm có hiệu lực, thì cho dù việc ốm đau, thương tật hoặc tình trạng y tế đó là hậu quả trực tiếp hay gián tiếp của tình trạng y tế hoặc tai nạn đã mắc phải, duy trì trong những năm hợp đồng trước thì trách nhiệm của VBI sẽ chỉ giới hạn theo hạn mức áp dụng cho chương trình thấp hơn hoặc đã hạ cấp.

Trong bất kỳ trường hợp nào, chấp nhận cuối cùng của VBI về việc sửa đổi đặc biệt là việc nâng cấp quyền lợi bảo hiểm (phải được xác nhận bằng văn bản) sẽ chỉ được thực hiện vào kỳ tái tục tiếp theo sau khi có yêu cầu. Việc sửa đổi hay nâng mức bảo hiểm đều không được phép thực hiện trong năm hợp đồng bảo hiểm. Trong mọi trường hợp, việc nâng cấp đối với điều trị Ung thư sau khi có chẩn đoán lâm sàng đều không được chấp thuận.

Con cái phụ thuộc không được tiếp tục bảo hiểm trong hợp đồng của bố/mẹ sau lần tái tục mà con cái đạt 21 tuổi, tuy nhiên phạm vi bảo hiểm cho con cái phụ thuộc theo hợp đồng của bố mẹ có thể được tiếp tục tái tục tới khi người đó 25 tuổi với điều kiện người đó chưa lập gia đình, chưa có việc làm và vẫn đang theo học toàn thời gian. Đối với hợp đồng bảo hiểm cấp lại cho con cái phụ thuộc với tư cách Chủ hợp đồng bảo hiểm, người đó không cần phải cung cấp đủ các giấy tờ chứng minh về việc đủ điều kiện tham gia bảo hiểm miễn là không có sự sửa đổi nào về chương trình bảo hiểm và người đó đã được bảo hiểm liên tục không gián đoạn theo chương trình bảo hiểm.

Điều 7. Điều trị Tình trạng có sẵn

1. Tình trạng có sẵn

Là bất kỳ tình trạng y tế nào có trước ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm hoặc ngày nâng cấp chương trình bảo hiểm, tùy theo ngày nào muộn hơn, trong đó:

- Người được bảo hiểm đã được Bác sĩ chẩn đoán mắc phải; hoặc
- Vì tình trạng y tế này, Người được bảo hiểm đã có đơn thuốc, tư vấn y tế hoặc điều trị; hoặc
- Theo ý kiến của Bác sĩ độc lập của VBI, cho dù Chủ hợp đồng bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm đã biết hoặc không biết.
- Người được bảo hiểm đã xuất hiện những triệu chứng của tình trạng y tế đó bất kể đã có tư vấn của Bác sĩ hay không.

2. Các quy định về Tình trạng có sẵn

Tình trạng có sẵn sẽ bị loại trừ đối với tất cả các quyền lợi bảo hiểm, trừ khi có các quy định khác trong bảng quyền lợi bảo hiểm và/hoặc Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm áp dụng cho chương trình bảo hiểm của Người được bảo hiểm.

Một số tình trạng có sẵn có thể phải được theo dõi/ kiểm tra về y tế sau ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm

Một số tình trạng có sẵn có thể cần đến sự chăm sóc y tế ngay sau ngày bắt đầu thời hạn bảo

hiểm, do đó căn cứ trên kinh nghiệm và kiến thức chuyên môn về y tế, VBI cho rằng việc chăm sóc y tế cần thiết ngay sau ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm đối với các tình trạng có sẵn đó là một sự kiện có thể lường trước được. Tuy nhiên quy tắc bảo hiểm này nhằm chi trả cho các chi phí y tế đối với tai nạn và bệnh tật không lường trước được, vì vậy VBI sẽ đánh giá các yêu cầu bồi thường đối với tình trạng có sẵn theo các cách như sau:

VBI sẽ đánh giá tình trạng y tế có liên quan tới tình trạng có sẵn và coi đó là một tình trạng có sẵn.

Việc xác định một tình trạng y tế là có liên quan đến một tình trạng có sẵn nào đó khi tình trạng có sẵn đó được công nhận là yếu tố rủi ro của tình trạng có liên quan này, (mặc dù ở mức độ thấp, hoặc tình trạng có sẵn đó liên quan trực tiếp hay gián tiếp tới tình trạng y tế có liên quan). VBI sẽ dựa trên hồ sơ chứng từ yêu cầu bảo hiểm và các tài liệu liên quan như báo cáo y tế, tài liệu y khoa, nghiên cứu y khoa hoặc tư vấn chuyên môn của Bác sĩ độc lập để xác định một tình trạng y tế có liên quan đến tình trạng có sẵn nào đó hay không.

Ví dụ:

Nếu Người được bảo hiểm có tình trạng có sẵn sau:	VBI sẽ không thanh toán chi phí điều trị cho các tình trạng y tế kèm theo sau:
Được chẩn đoán bị bệnh đái tháo đường	- Bệnh tim thiếu máu cục bộ/Bệnh Động mạch Vành , - Đục thủy tinh , - Bệnh lý võng mạc do đái tháo đường, - Suy thận do đái tháo đường, - Bệnh thần kinh do đái tháo đường, - Đột quy , - Tăng nhãn áp, - Rối loạn nhịp tim , - Và bệnh đái tháo đường.
Hiện đang trong quá trình điều trị huyết áp cao (tăng huyết áp)	- Bệnh tim thiếu máu cục bộ/Bệnh Động mạch Vành, - Đột quy - Suy giảm chức năng thận do tăng huyết áp , - Nhồi máu cơ tim, - Rối loạn nhịp tim, - Và bệnh cao huyết áp.
Hiện đang theo dõi, điều trị hoặc được giám sát sau khi xét nghiệm kháng nguyên bệnh Ung thư tuyến tiền liệt (PSA)	- Bất kỳ rối loạn tuyến tiền liệt nào. .

Nếu điều kiện y tế cho phép, Chủ hợp đồng bảo hiểm liên hệ bộ phận Bồi thường của VBI để kiểm tra việc điều trị có thuộc phạm vi bảo hiểm hay không trước khi tiến hành điều trị và chi trả chi phí.

Trường hợp Chủ hợp đồng bảo hiểm đã tham gia bảo hiểm từ một công ty bảo hiểm khác, khi muốn tham gia bảo hiểm tại VBI cần cung cấp một số tài liệu sau:

- + Tài liệu về hình thức đánh giá rủi ro từ công ty bảo hiểm cũ
- + Thông tin người được bảo hiểm; hiệu lực bảo hiểm (ít nhất là đến ngày được chuyển giao sang VBI)
- + Hạn mức bảo hiểm, Xác nhận đây là chương trình bảo hiểm quốc tế và không phải chương trình bảo hiểm nội địa
- + Các Phương pháp đánh giá rủi ro riêng khác (nếu có)

Căn cứ vào những tài liệu chủ hợp đồng/người được bảo hiểm đã cung cấp, VBI sẽ thực hiện đánh giá và đưa ra quyết định về việc chuyển các điều khoản bảo hiểm quy định về tình trạng

có sẵn của Người được bảo hiểm sang hợp đồng bảo hiểm của VBI.

Điều 8. Đồng chi trả

1. Đồng chi trả

Là phần chia sẻ chi phí y tế thuộc phạm vi bảo hiểm mà Chủ hợp đồng bảo hiểm/Người được bảo hiểm cần phải thanh toán. Tỷ lệ phần trăm chi tiết được quy định cụ thể trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm và/hoặc sửa đổi bổ sung. Tỷ lệ đồng chi trả tối đa 20% và áp dụng đối với quyền lợi điều trị ngoại trú và các quyền lợi bổ sung.

Đồng chi trả được tính theo tỷ lệ phần trăm (%) trên tổng chi phí phát sinh hoặc trên số tiền bảo hiểm của quyền lợi bảo hiểm có liên quan, áp dụng theo mức nào thấp hơn và được quy định trên Hợp đồng bảo hiểm/ Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Tổng số tiền của các chi phí được chi trả sau khi áp dụng mức đồng chi trả sẽ không vượt quá các giới hạn trách nhiệm được quy định cụ thể trong Bảng quyền lợi bảo hiểm.

Điều 9. Phạm vi địa lý

Là khu vực địa lý mà Người được bảo hiểm có thể lựa chọn để điều trị, việc lựa chọn này phải thực hiện khi yêu cầu tham gia bảo hiểm và sẽ được quy định cụ thể trong Hợp đồng bảo hiểm/ Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Là một trong những phạm vi sau được nêu trong chương trình bảo hiểm của Người được bảo hiểm trên Hợp đồng bảo hiểm/ Giấy chứng nhận bảo hiểm và/hoặc trong sửa đổi bổ sung:

- Việt Nam
- Việt Nam, Malaysia, Thái Lan, Nhật Bản, Singapore, Hàn Quốc
- Toàn cầu ngoại trừ Mỹ
- Toàn cầu

Phạm vi này được chọn tại thời điểm nộp Giấy yêu cầu bảo hiểm.

Điều 10. Quốc gia cư trú chính

Trường hợp Người được bảo hiểm thay đổi Quốc gia cư trú chính, Chủ hợp đồng bảo hiểm phải thông báo cho VBI bằng văn bản kể cả khi người đó vẫn ở trong cùng khu vực phạm vi địa lý được bảo hiểm vì VBI có thể không thể tiếp tục duy trì được quyền lợi bảo hiểm nếu có bất kỳ vi phạm về quy định của luật và/hoặc quy định pháp lý và/hoặc việc cấm vận nào đó.

Khi Người được bảo hiểm chuyển tới Quốc gia cư trú chính nằm ngoài phạm vi địa lý được bảo hiểm hiện tại và với điều kiện VBI có thể tiếp tục bảo hiểm cho Người được bảo hiểm đó, VBI sẽ thay đổi chương trình bảo hiểm của Người được bảo hiểm và phát hành sửa đổi bổ sung trong vòng 30 ngày kể từ ngày VBI nhận được thông tin thay đổi về quốc gia cư trú chính từ Người được bảo hiểm. Phí bảo hiểm điều chỉnh theo tỷ lệ sẽ được áp dụng (phí bảo hiểm được tính theo tỉ lệ số ngày tham gia bảo hiểm/365 x phí bảo hiểm năm).

VBI có quyền từ chối chi trả các quyền lợi bảo hiểm nếu Chủ hợp đồng bảo hiểm/Người được bảo hiểm không thông báo cho VBI về thay đổi Quốc gia cư trú chính.

Điều 11. Thời gian cân nhắc hợp đồng

Chỉ áp dụng đối với hợp đồng bảo hiểm cá nhân

Chủ hợp đồng bảo hiểm có 17 ngày kể từ ngày Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm được phát hành để cân nhắc tham gia bảo hiểm. Nếu Người được bảo hiểm quyết định rằng Hợp đồng bảo hiểm này không phù hợp với nhu cầu của mình, Chủ hợp đồng bảo hiểm có thể yêu cầu chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm bằng cách thông báo cho VBI bằng văn bản trong thời gian cân nhắc hợp đồng cho phép. VBI sẽ thực hiện việc chấm dứt hợp đồng bảo hiểm này và hoàn trả đầy đủ phí bảo hiểm cho Người được bảo hiểm không tính lãi suất với điều kiện không có yêu cầu bồi thường nào phát sinh trong khoảng thời gian này.

Thời hạn cân nhắc hợp đồng này không áp dụng đối với các hợp đồng bảo hiểm có thời hạn dưới một (1) năm và các hợp đồng bảo hiểm tái tục.

Điều 12. Tiền tệ

Các giá trị trong bảng quyền lợi bảo hiểm là Đồng Việt Nam ('Đồng').

Phí bảo hiểm phải được thanh toán bằng Đồng Việt Nam.

Tiền bồi thường sẽ được thanh toán bằng cùng một loại tiền tệ như phí bảo hiểm mà Chủ hợp đồng bảo hiểm đã thanh toán, trừ khi trước đó VBI có thỏa thuận khác bằng văn bản. Nếu VBI đồng ý trả tiền bồi thường bằng loại tiền tệ khác, VBI sẽ xác nhận bằng văn bản. Những khoản tiền bồi thường thuộc phạm vi không được trả bằng Đồng Việt Nam phải tuân theo quy định về quản lý ngoại hối của Việt Nam. Đối với các chi phí Điều trị nội trú hoặc Điều trị trong ngày thuộc phạm vi bảo hiểm, VBI sẽ thanh toán bồi thường theo tỷ giá giao ngay hiện hành của Vietinbank vào ngày xuất viện. Đối với các chi phí Điều trị ngoại trú thuộc phạm vi bảo hiểm, VBI sẽ thanh toán bồi thường theo tỷ giá giao ngay hiện hành của Vietinbank vào ngày Điều trị ngoại trú. Mọi chi phí phát sinh liên quan đến tỷ giá sẽ do Người được bảo hiểm thanh toán và sẽ được khấu trừ vào bất kỳ khoản tiền bồi thường cho Người được bảo hiểm liên quan đến yêu cầu bồi thường đó.

VBI không chịu trách nhiệm đối với bất kỳ khoản phí ngân hàng hoặc phí tín dụng hoặc chênh lệch tỷ giá nào.

Điều 13. Các quy định chung khác

(được áp dụng đối với toàn bộ Hợp đồng bảo hiểm. Chủ hợp đồng bảo hiểm và tất cả Người được bảo hiểm đều phải tuân thủ theo các quy định dưới đây)

Tất cả các quy định dưới đây là điều kiện tiên quyết để có thể được hưởng các quyền lợi theo quy định của hợp đồng bảo hiểm

1. Nếu bất kỳ Người được bảo hiểm nào vi phạm các điều khoản của hợp đồng bảo hiểm, thực hiện hoặc có ý định thực hiện yêu cầu bồi thường không trung thực VBI có quyền:

- Từ chối thanh toán bồi thường; và
- Từ chối tái tục hợp đồng bảo hiểm của Người được bảo hiểm; hoặc
- Áp dụng quy định khác đối với bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào VBI có thể cung cấp; hoặc
- Ngay lập tức chấm dứt hợp đồng bảo hiểm và chấm dứt mọi quyền lợi bảo hiểm.

2. Chủ hợp đồng bảo hiểm phải đảm bảo rằng bất kỳ khi nào VBI yêu cầu, Chủ hợp đồng bảo hiểm/Người được bảo hiểm phải cung cấp thông tin được yêu cầu một cách đầy đủ, đúng sự thật và chính xác. Nếu không, VBI có thể chấm dứt hợp đồng bảo hiểm hoặc áp dụng các quy định khác đối với quyền lợi bảo hiểm.

3. Chủ hợp đồng hoặc Người được bảo hiểm hoặc người đại diện hợp pháp của họ phải hoàn toàn hợp tác với VBI và đội ngũ y tế của VBI (bao gồm cả Bác sĩ được lập được chỉ định). Chủ hợp đồng, Người được bảo hiểm hoặc người đại diện hợp pháp của họ phải khai báo đầy đủ và trung thực về tất cả các yếu tố làm tăng rủi ro ảnh hưởng đến phí bảo hiểm mà chủ hợp đồng và/hoặc Người được bảo hiểm biết hoặc phải biết được. Ngay khi có yêu cầu, Chủ hợp đồng bảo hiểm/ Người được bảo hiểm hoặc người đại diện hợp pháp của họ sẽ thực thi bất kỳ văn bản nào để VBI thu thập được các thông tin liên quan từ bất cứ Bác sĩ, bệnh viện, phòng khám hoặc nguồn cung cấp thông tin khác bằng chi phí của chính Chủ hợp đồng bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm.

4. Trường hợp Chủ hợp đồng bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm có bất kỳ bảo hiểm nào khác hiện đang có hiệu lực hoặc được quyền hưởng bồi thường từ bất kỳ nguồn nào khác đối với cùng một loại tình trạng y tế hoặc thương tổn, hợp đồng bảo hiểm này sẽ không cung cấp quyền lợi bảo hiểm hơn mức bồi thường trên cơ sở tỷ lệ.

- 5.** Phí bảo hiểm được xác định dựa trên tuổi của Người được bảo hiểm tại thời điểm yêu cầu tham gia bảo hiểm hoặc tái tục bảo hiểm theo quy định của VBI và biểu phí bảo hiểm hoặc tài liệu liên quan khác mà VBI cung cấp được đọc hiểu cùng nhau.
- Nếu tuổi của Người được bảo hiểm bị khai báo sai dẫn đến việc phí bảo hiểm được trả là không đủ, bất kỳ khoản bồi thường nào theo quy tắc bảo hiểm này phải được tính theo tỷ lệ giữa phí bảo hiểm thực tế đã trả với phí bảo hiểm chính xác mà Người được bảo hiểm phải trả kể từ ngày bắt đầu có hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm gốc của Người được bảo hiểm.
- Bất kỳ khoản phí bảo hiểm thanh toán thừa nào được trả do kê khai sai tuổi sẽ được hoàn trả lại nhưng không áp dụng lãi suất.
- Nếu theo đúng độ tuổi bảo hiểm mà Người được bảo hiểm không đủ điều kiện tham gia bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này thì Người được bảo hiểm sẽ không được hưởng bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào và phí bảo hiểm đã thanh toán thực tế sẽ được hoàn lại sau khi đã trừ các chi phí hợp lý có liên quan mà không tính lãi.
- 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 thì Chủ hợp đồng bảo hiểm phải hoàn trả cho VBI số tiền bồi thường đó và VBI có quyền đối trừ với bất kỳ khoản phí bảo hiểm nào mà Chủ hợp đồng bảo hiểm đã trả để bù trừ cho khoản bồi thường đó.
- 6.** Nếu Chủ hợp đồng bảo hiểm (hoặc bất kỳ Người được bảo hiểm nào) thay đổi địa chỉ, chủ hợp đồng phải thông báo cho VBI bằng văn bản. Chủ hợp đồng bảo hiểm có thể thay mặt bất cứ Người được bảo hiểm nào được hưởng quyền lợi bảo hiểm theo hợp đồng bảo hiểm này để VBI gửi tất cả thư từ về hợp đồng bảo hiểm đến địa chỉ của chủ hợp đồng.
- 7.** VBI không có nghĩa vụ bắt buộc phải thông báo về bất kỳ hình thức ủy thác, quản lý, lưu giữ, chuyển nhượng hoặc các giao dịch khác liên quan đến quy tắc bảo hiểm này. Trong mọi trường hợp việc VBI thanh toán bồi thường hoặc chi trả quyền lợi bảo hiểm theo quy tắc bảo hiểm này cho Chủ hợp đồng bảo hiểm/Người được bảo hiểm, người thụ hưởng hoặc đại diện pháp lý của Người được bảo hiểm sẽ được coi là hoàn thành trách nhiệm theo hợp đồng.
- 8.** Trong trường hợp có tranh chấp giữa Chủ hợp đồng bảo hiểm và VBI, các điều kiện điều khoản liên quan đến khiếu nại được quy định tại Chương VIII – “Giải quyết tranh chấp”, Người được bảo hiểm phải tuân thủ theo để VBI có thể giải quyết tranh chấp.
- 9.** Hợp đồng bảo hiểm này được điều chỉnh và giải thích theo pháp luật Việt Nam.
- 10.** Mọi điều kiện điều khoản, quyền lợi bảo hiểm hoặc chấp nhận trước của VBI sẽ không thể bị thay đổi khi chỉ được trao đổi bằng lời nói. Mọi thay đổi, phê duyệt hoặc công bố khác liên quan đến hợp đồng bảo hiểm của Người được bảo hiểm phải được VBI xác nhận bằng văn bản. VBI không chịu ràng buộc bởi bất kỳ cam kết nào bằng lời nói mà không được VBI xác nhận bằng văn bản.
- 11.** Từ chối bảo hiểm hoặc từ chối chi trả tiền bảo hiểm nếu việc bảo hiểm hoặc chi trả bảo hiểm khiến VBI hoặc những nhà cung cấp dịch vụ do VBI ủy quyền vi phạm: quy định pháp luật, quy định quốc tế, những hình thức chế tài, cấm vận kinh tế quốc tế...được ban hành bởi Liên Minh Châu Âu, Vương Quốc Anh, Hợp chủng quốc Hoa Kỳ và Liên Hợp Quốc. Nếu VBI phát hiện được bất kỳ vi phạm nào có khả năng xảy ra, VBI sẽ thông báo cho Người được bảo hiểm bằng văn bản sớm nhất có thể.
- 12.** Chi phí tư vấn của Bác sĩ độc lập và bất cứ chi phí nào khác do Bác sĩ độc lập quy định sẽ được chi trả bởi bên yêu cầu dịch vụ Bác sĩ độc lập (có thể là Chủ hợp đồng bảo hiểm/Người được bảo hiểm hoặc VBI).

Chương V. Chương trình bảo hiểm nhóm

Quy định về chương trình bảo hiểm nhóm này được áp dụng cho Chủ hợp đồng bảo hiểm tham gia theo hợp đồng bảo hiểm nhóm và Người sử dụng lao động đã đồng ý thanh toán phí bảo hiểm thay mặt cho Chủ hợp đồng bảo hiểm và những người phụ thuộc nếu họ đủ điều kiện được bảo hiểm theo quy tắc bảo hiểm này.

Người sử dụng lao động đủ điều kiện để tham gia theo hợp đồng bảo hiểm nhóm phải đáp ứng các tiêu chí sau:

a. Nhóm theo hợp đồng bảo hiểm nhóm phải thỏa mãn định nghĩa sau:

Nhóm được thành lập bởi một doanh nghiệp có số giấy phép đăng ký kinh doanh hợp pháp hoạt động thường xuyên tối thiểu sáu (6) tháng trên năm và đảm bảo việc sử dụng lao động tuân thủ theo đúng quy định của pháp luật. Một nhóm không thể được thành lập với mục đích duy nhất là tham gia bảo hiểm sức khỏe. Hợp đồng bảo hiểm nhóm cần có tối thiểu ba (3)

Người lao động tham gia; và

b. Được VBI chấp thuận bằng văn bản là chương trình bảo hiểm nhóm có hiệu lực.

Tùy theo số lượng, đối tượng được bảo hiểm, quyền lợi bảo hiểm, điều kiện điều khoản trong hợp đồng bảo hiểm nhóm có thể được điều chỉnh (bỏ quy việc kê khai tiền sử bệnh lý, không loại trừ tình trạng có sẵn,...) Chi tiết quyền lợi bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm nhóm phải được thể hiện cụ thể trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận tái tục bảo hiểm (tùy cái nào phát hành sau). Nếu có sự mâu thuẫn giữ các nội dung này trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận tái tục bảo hiểm (tùy cái nào phát hành sau) và Quy tắc bảo hiểm thì Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận tái tục bảo hiểm (tùy cái nào phát hành sau) sẽ được ưu tiên áp dụng.

Đối tượng được bảo hiểm – điều này thay thế điểm 1.1, 1.2 và 1.3–Điều 1 Chương IV. Đối tượng bảo hiểm của quy tắc bảo hiểm

Để được bảo hiểm theo quy tắc bảo hiểm này, trừ khi được VBI chấp nhận bảo hiểm bằng văn bản và thể hiện trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm, Người được bảo hiểm phải đáp ứng đủ các điều kiện sau:

a. Người lao động: phải từ đủ mười tám (18) tuổi đến đủ sáu mươi lăm (65) tuổi, trừ khi có thỏa thuận khác bằng văn bản, Đang làm việc cho Người sử dụng lao động vào ngày đủ điều kiện để được bảo hiểm. Trường hợp Người lao động không làm việc vào ngày người đó đủ điều kiện để được bảo hiểm, người đó sẽ được tham gia bảo hiểm ngay khi bắt đầu làm việc.

b. Người phụ thuộc của Người lao động phải từ đủ mười lăm (15) ngày đến đủ sáu mươi lăm (65) tuổi, trừ khi có thỏa thuận bằng văn bản, có thể thực hiện tất cả các hoạt động sống hàng ngày vào ngày Người lao động đủ điều kiện được bảo hiểm, với điều kiện là Người lao động phải được bảo hiểm, được VBI quyết định và đồng ý là đủ điều kiện tham gia bảo hiểm theo quy tắc bảo hiểm này trước ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm.

Đối với Người phụ thuộc không thể thực hiện các hoạt động hàng ngày vào ngày Người lao động đủ điều kiện được bảo hiểm, người đó sẽ chỉ đủ điều kiện tham gia bảo hiểm khi có thể thực hiện các hoạt động hàng ngày

Lưu ý:

– Người phụ thuộc chỉ được phép tham gia bảo hiểm theo cùng hạn mức chương trình bảo hiểm của Người lao động

– Con cái phụ thuộc không được tiếp tục bảo hiểm trong hợp đồng của bố/mẹ sau lần tái tục mà con cái đạt 21 tuổi, tuy nhiên phạm vi bảo hiểm cho con cái phụ thuộc theo hợp đồng của bố mẹ có thể được tiếp tục tái tục tới khi người đó 25 tuổi với điều kiện người đó chưa lập gia đình và chưa có việc làm, và vẫn đang theo học toàn thời gian.

Khi một Người được bảo hiểm mới đủ điều kiện tham gia bảo hiểm, Chủ hợp đồng bảo hiểm phải thông báo bằng văn bản cho VBI trong vòng 30 ngày kể từ ngày đủ điều kiện tham gia để đăng ký tham gia bảo hiểm cho người đó. Nếu VBI chấp thuận yêu cầu tham gia bảo hiểm này,

VBI sẽ cập nhật danh sách Người được bảo hiểm và phát hành Sửa đổi bổ sung tương ứng cho Hợp đồng bảo hiểm này.

Bảo hiểm liên tục

Bảo hiểm liên tục được áp dụng trong các trường hợp như sau:

– Trường hợp chương trình bảo hiểm nhóm của Người sử dụng lao động được phát hành theo quy tắc bảo hiểm này và điểm này được quy định cụ thể trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm và nếu:

- Người được bảo hiểm là nhân viên đã nghỉ việc hoặc hợp đồng lao động đã chấm dứt hoặc không còn đủ điều kiện để được bảo hiểm theo hợp đồng của Người sử dụng lao động với VBI; hoặc
- VBI hoặc Người sử dụng lao động kết thúc thỏa thuận chung bao gồm cả Hợp đồng bảo hiểm này

thì Hợp đồng bảo hiểm này sẽ chấm dứt ngay lập tức.

Vào thời điểm Người lao động không còn đủ điều kiện để được bảo hiểm theo hợp đồng của Người sử dụng lao động và VBI hoặc thỏa thuận chung giữa VBI và Người sử dụng lao động chấm dứt, VBI có thể thay thế cho Chủ hợp đồng bảo hiểm bằng một hợp đồng bảo hiểm khác với điều kiện điều khoản được cân nhắc bởi VBI tuân thủ theo quy tắc về chuyển giao do VBI quy định. VBI có thể xem xét lại các quyền lợi bảo hiểm, điều kiện điều khoản của hợp đồng và phí bảo hiểm phải đóng. VBI sẽ gửi thông báo bằng văn bản cho chủ hợp đồng về việc hợp đồng này bị chấm dứt và cho phép chủ hợp đồng có thể tiếp tục bảo hiểm liên tục.

– Trường hợp có sự chấp thuận trước của VBI, khi Người được bảo hiểm/Nhóm người được bảo hiểm đã kết thúc hợp đồng bảo hiểm sức khỏe trước đó tại một công ty bảo hiểm khác. VBI có thể tiếp tục bảo hiểm liên tục cho Người được bảo hiểm bằng một hợp đồng bảo hiểm khác với điều kiện điều khoản được cân nhắc bởi VBI tuân thủ theo quy tắc về chuyển giao do VBI quy định. VBI có thể xem xét lại các quyền lợi bảo hiểm, điều kiện điều khoản của hợp đồng và phí bảo hiểm phải đóng.

Tăng hoặc giảm Người được bảo hiểm – nội dung dưới đây sẽ thay thế cho đoạn 1, 2 của khoản b Điều 4 Chương IV. Tham gia và tái tục bảo hiểm

- Đối với những hợp đồng được phát hành trên nguyên tắc “Đánh giá y tế toàn bộ” (FMU): Nếu chủ hợp đồng muốn bổ sung thêm Người được bảo hiểm vào hợp đồng bảo hiểm hiện tại, chủ hợp đồng phải điền đầy đủ Giấy yêu cầu bảo hiểm cho Người được bảo hiểm.
- Đối với những hợp đồng được phát hành trên nguyên tắc “Không đánh giá lịch sử y tế” (MHD): Nếu chủ hợp đồng muốn bổ sung thêm Người được bảo hiểm vào hợp đồng bảo hiểm hiện tại, chủ hợp đồng phải cung cấp đủ thông tin theo quy định của VBI.
- Đối với trường hợp giảm Người được bảo hiểm ở Hợp đồng hiện tại: Chủ hợp đồng phải cung cấp đủ thông tin theo quy định của VBI.

Thanh toán phí bảo hiểm: nội dung này được thay thế cho khoản 5 Điều 13 Chương IV. Các quy định chung khác của quy tắc bảo hiểm này.

- Tỷ lệ phí bảo hiểm không cố định và phí bảo hiểm phải thanh toán tại ngày tái tục sẽ được xác định vào thời điểm tái tục dựa trên tuổi của mỗi Người được bảo hiểm và bất kỳ yếu tố nào khác ảnh hưởng trọng yếu đến rủi ro được bảo hiểm.
- Người sử dụng lao động phải thanh toán phí bảo hiểm theo đúng quy định của hợp đồng, phí bảo hiểm phải được thanh toán đầy đủ như số tiền phí bảo hiểm quy định ở thông báo tái tục. Thông báo tái tục gửi cho Chủ hợp đồng bảo hiểm hoặc Người sử dụng lao động chỉ nhằm mục đích cung cấp thông tin và không liên quan đến trách nhiệm phải thanh toán phí bảo hiểm tái tục theo quy định của hợp đồng của Người sử dụng lao động. VBI sẽ quyết định số tiền phí bảo hiểm vào đầu mỗi năm hợp đồng và thông báo cho chủ hợp đồng. Người sử dụng lao động có thể thanh toán phí bảo hiểm theo phương thức đã thống nhất với VBI. Các bên đồng ý và thỏa thuận rằng tổng phí bảo hiểm phải được thanh toán và phải được VBI nhận đầy đủ trước hoặc

không muộn hơn ngày thỏa thuận thanh toán phí bảo hiểm.

• Trong trường hợp tổng phí bảo hiểm không được thanh toán và không được VBI nhận đầy đủ trước hoặc không muộn hơn ngày thỏa thuận thanh toán phí bảo hiểm nêu trên, Hợp đồng bảo hiểm này sẽ chấm dứt ngay lập tức và VBI sẽ không thanh toán bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào. Bất kỳ thanh toán phí nào được nhận sau thời điểm quy định sẽ không có hiệu lực gì đối với việc chấm dứt hợp đồng.

Định nghĩa: Các định nghĩa sau sẽ được áp dụng đối với hợp đồng bảo hiểm nhóm

- **Đang làm việc:** một Người lao động được coi là đang làm việc tại ngày bắt đầu hợp đồng bảo hiểm và đang thực hiện các nhiệm vụ trong công việc hàng ngày trên nguyên tắc thông thường và toàn thời gian. Một người lao động cũng sẽ được coi là đang làm việc nếu người đó đang trong kỳ nghỉ phép năm và không phải nghỉ do ốm đau, chấn thương hoặc các dạng thương tật khác. Nếu Người lao động không "đang làm việc" vào ngày bắt đầu hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm thì người đó sẽ không được bảo hiểm.

- **Các hoạt động hàng ngày:** áp dụng đối với vợ/chồng phụ thuộc hoặc con phụ thuộc (đủ điều kiện tham gia bảo hiểm theo chương trình nhóm) và người đó có thể thực hiện tất cả các hoạt động sau:

- **Mặc quần áo:** có khả năng mặc, cởi, cố định, nối/tháo tất cả các loại quần áo và khi cần thiết, bất kỳ nẹp, chân tay giả, hoặc các thiết bị phẫu thuật khác;
- **Ăn:** khả năng tự ăn khi thức ăn đã được chuẩn bị và sẵn sàng
- **Di chuyển:** khả năng di chuyển trong nhà từ phòng này sang phòng khác trên các bề mặt phẳng
- **Vệ sinh cá nhân:** khả năng sử dụng nhà vệ sinh hoặc kiểm soát chức năng của ruột và bàng quan để duy trì vệ sinh cá nhân tối thiểu
- **Chuyển chỗ:** khả năng di chuyển từ giường sang ghế dựa hoặc xe lăn và ngược lại
- **Tắm rửa:** khả năng tắm trong bồn hoặc vòi hoa sen (bao gồm việc ra vào bồn tắm hoặc vòi hoa sen) hoặc tắm rửa bằng các phương tiện khác.

Các tiêu chí về thực hiện các công việc hàng ngày áp dụng cho Người phụ thuộc từ đủ 3 tuổi trở lên và không áp dụng cho người phụ thuộc từ 15 ngày tuổi đến 2 tuổi.

- **Ngày đủ điều kiện tham gia bảo hiểm:** là ngày hoặc thời hạn được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm và/hoặc Sửa đổi bổ sung mà Người được bảo hiểm đã đủ điều kiện được bảo hiểm theo quy tắc bảo hiểm này.

- **Người sử dụng lao động:** là pháp nhân hợp pháp ở Việt Nam có sử dụng lao động theo quy định của pháp luật, và thông qua đó hợp đồng bảo hiểm nhóm được đề nghị, ký kết hoặc thực hiện và có trách nhiệm thanh toán phí bảo hiểm theo quy định của quy tắc bảo hiểm này.

- **Người lao động:** Người đủ 18 tuổi trở lên, có khả năng lao động, làm việc theo hợp đồng lao động, được trả lương và chịu sự quản lý, điều hành của Người sử dụng lao động và Đang làm việc vào ngày đủ điều kiện tham gia bảo hiểm theo quy tắc bảo hiểm này

- **Ngày tái tục hợp đồng bảo hiểm nhóm:** Ngày tái tục đầu tiên của Hợp đồng bảo hiểm nhóm là 12 tháng kể từ ngày bắt đầu của hợp đồng nhóm và mỗi 12 tháng tiếp theo.

- **Nhóm:** được thành lập bởi một doanh nghiệp có số giấy phép đăng ký kinh doanh hợp pháp hoạt động thường xuyên tối thiểu sáu (6) tháng trên năm và đảm bảo việc sử dụng lao động tuân thủ theo đúng quy định của pháp luật. Một nhóm không thể được thành lập với mục đích duy nhất là tham gia bảo hiểm sức khỏe. Hợp đồng bảo hiểm nhóm cần có tối thiểu ba (3) Người lao động tham gia.

- **Chủ hợp đồng bảo hiểm:** Là tổ chức đại diện cho Người được bảo hiểm (bao gồm người lao động và người phụ thuộc của người lao động (nếu có)) đứng ra yêu cầu, ký kết Hợp đồng bảo hiểm với VBI và đóng phí bảo hiểm.

Chương VI. Quy định về trả tiền bảo hiểm

Điều 14. Quy định Người được bảo hiểm phải thực hiện trước khi tiến hành điều trị

1. Quy định trước khi Điều trị nội trú hoặc Điều trị trong ngày

Trước khi sử dụng bất kỳ dịch vụ Điều trị nội trú hoặc Điều trị trong ngày theo kế hoạch được khuyến nghị bởi Bác sĩ điều trị của Người được bảo hiểm, Chủ hợp đồng bảo hiểm/Người được bảo hiểm hoặc bệnh viện điều trị cần liên hệ với số điện thoại đường dây nóng của bộ phận Bồi thường và Bảo lãnh của VBI để có được sự chấp thuận của VBI đối với các điều trị được đề xuất cho Người được bảo hiểm đó.

VBI sẽ xác nhận bằng văn bản cho Chủ hợp đồng bảo hiểm/Người được bảo hiểm và/hoặc bệnh viện về phạm vi bảo hiểm đối với điều trị được đề xuất và số tiền bảo hiểm VBI có thể sẽ thanh toán cho điều trị đó. Trong trường hợp có bất kỳ chênh lệch nào giữa phạm vi bảo hiểm đã được VBI xác nhận và chi phí quy định của bệnh viện khi Người được bảo hiểm xuất viện, Chủ hợp đồng bảo hiểm/Người được bảo hiểm phải thanh toán khoản tiền chênh lệch này khi rời khỏi bệnh viện.

2. Chấp thuận trước

Lý do VBI cần chấp thuận trước đối với các điều trị theo kế hoạch là để bảo vệ Chủ hợp đồng bảo hiểm/Người được bảo hiểm khỏi những chi phí phát sinh ngoài dự kiến. Khi Xác nhận bằng văn bản, VBI sẽ xác nhận những nội dung sau:

- Các điều trị theo kế hoạch thuộc phạm vi của hợp đồng bảo hiểm
- Các điều trị theo kế hoạch là cần thiết về mặt y tế
- Các điều trị theo kế hoạch có chi phí Thông thường và hợp lý
- Chi phí điều trị theo kế hoạch nằm trong phạm vi hạn mức quyền lợi bảo hiểm còn lại của chương trình bảo hiểm của Người được bảo hiểm.

Chủ hợp đồng bảo hiểm cần thông báo để có được sự chấp thuận trước bằng văn bản của VBI đối với các điều trị và các dịch vụ sau:

✓Điều trị nội trú và Điều trị trong ngày:

- Tất cả những lần nhập viện Điều trị nội trú và Điều trị trong ngày
- Tất cả các xét nghiệm, chẩn đoán, điều trị, phẫu thuật và các dịch vụ y tế khác, có tính chất không khẩn cấp
- Tất cả các dịch vụ sản khoa nội trú
- Tất cả các dịch vụ nha khoa nội trú
- Dịch vụ vận chuyển cấp cứu đường bộ
- Dịch vụ chăm sóc y tá đặc biệt trong bệnh viện và / hoặc bất kỳ y tá tại nhà sau khi xuất viện
- Phẫu thuật tái tạo
- Chăm sóc giảm nhẹ và Chăm sóc cuối đời

✓Điều trị ngoại trú:

- Chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ, chụp cắt lớp phát xạ, X-quang, quét dáng đi và chẩn đoán các bộ phận bên trong ví dụ như: nội soi, nội soi đại tràng, nội soi dạ dày và các loại chụp quét tương tự khác, không mang tính chất khẩn cấp
- Đơn thuốc cho vật tư tiêu hao từ ba mươi (30) ngày trở lên
- Ý kiến thứ hai đối với cùng một tình trạng y tế
- Bất kỳ dịch vụ bảo lãnh ngoại trú nào

Nếu không có sự chấp thuận trước có thể gây khó khăn cho VBI trong việc giải quyết toàn bộ hoặc một phần yêu cầu bồi thường. Trong trường hợp VBI phải thanh toán cho bất kỳ mục nào không được bảo hiểm theo xác nhận của VBI thì VBI sẽ thu hồi lại số tiền đó từ Chủ hợp đồng bảo hiểm/Người được bảo hiểm. Trong mọi trường hợp bất kỳ chi phí nào phát sinh không liên quan trực tiếp đến việc điều trị sẽ do Chủ hợp đồng bảo hiểm/Người được bảo hiểm thanh toán.

Đối với những phần bắt buộc phải có sự chấp thuận trước của VBI quy định tại chương II – Quyền lợi bảo hiểm, VBI và nhà cung cấp dịch vụ do VBI chỉ định có xác nhận chấp thuận trước trong

vòng 24h kể từ thời điểm nhận được yêu cầu với điều kiện VBI nhận được đầy đủ các thông tin. Đối với các trường hợp VBI hoặc nhà cung cấp dịch vụ do VBI chỉ định không thể xác nhận chấp thuận trước do không đầy đủ thông tin, Người được bảo hiểm vẫn có thể vẫn có thể nộp yêu cầu trả tiền bảo hiểm VBI để được xem xét. Yêu cầu bồi thường này sẽ được đánh giá dựa trên điều kiện điều khoản của quy tắc bảo hiểm này và áp dụng theo hạn mức quyền lợi của chương trình bảo hiểm của Người được bảo hiểm.

3. Điều trị nội trú hoặc Bảo lãnh viện phí

Các điều trị nội trú không khẩn cấp cần được xác nhận trước khi nhập viện từ VBI hoặc đơn vị cung cấp dịch vụ do VBI chỉ định. Người được bảo hiểm có thể sử dụng dịch vụ bảo lãnh viện phí đối với các Điều trị nội trú thuộc Phạm vi bảo hiểm trong hệ thống danh sách bệnh viện bảo lãnh của VBI. Người được bảo hiểm cần xác nhận với bệnh viện rằng bệnh viện đã nhận được chấp thuận bằng văn bản của VBI trước khi tiến hành điều trị. Nếu bệnh viện chưa nhận được chấp thuận, Người được bảo hiểm phải liên hệ ngay với VBI.

Trường hợp Người được bảo hiểm tiến hành điều trị tình trạng y tế không được bảo hiểm theo phạm vi, điều kiện điều khoản của quy tắc bảo hiểm này, thì Người được bảo hiểm đó phải chịu trách nhiệm đối với các chi phí điều trị đó. Các chi phí này phải được thanh toán đầy đủ theo yêu cầu. Việc không thanh toán có thể dẫn tới việc chấm dứt hợp đồng bảo hiểm và nếu không có khoản yêu cầu bồi thường nào được thanh toán trong năm hợp đồng, phí bảo hiểm sẽ được hoàn lại theo tỷ lệ.

Trong trường hợp VBI phải thanh toán cho bất kỳ hạng mục nào không được bảo hiểm theo xác nhận của VBI, VBI sẽ thu đòi số tiền đó từ Chủ hợp đồng bảo hiểm/ Người được bảo hiểm. Trong mọi trường hợp, bất cứ chi phí nào không liên quan trực tiếp đến dịch vụ điều trị sẽ do Chủ hợp đồng hợp đồng/Người được bảo hiểm chi trả.

4. Quyết định về việc điều trị

VBI không quyết định Người được bảo hiểm Điều trị nội trú, Điều trị trong ngày hay là Điều trị ngoài trú. Hình thức điều trị được quyết định bởi Bác sĩ điều trị. VBI sẽ không có ý kiến về vấn đề này trừ khi theo nhận định của Cố vấn y tế của VBI, việc điều trị theo hình thức khác sẽ phù hợp hơn. Nếu có sự khác biệt giữa ý kiến của Bác sĩ điều trị và đội ngũ Cố vấn y tế của VBI thì ý kiến của Bác sĩ độc lập sẽ được ưu tiên áp dụng.

5. Ý kiến thứ hai

VBI có thể tham vấn ý kiến của Bác sĩ độc lập để tư vấn cho VBI về các thông tin y tế liên quan đến yêu cầu bồi thường hoặc để kiểm tra về mặt y tế của Người được bảo hiểm có liên quan đến yêu cầu bồi thường bảo hiểm và cung cấp báo cáo cho VBI. Người được bảo hiểm phải hợp tác với Bác sĩ độc lập. VBI chỉ sử dụng quyền này khi có sự không chắc chắn về bản chất hoặc mức độ của tình trạng y tế và/hoặc trách nhiệm của VBI theo quy tắc bảo hiểm này. Trong trường hợp có sự khác biệt giữa đội ngũ y tế của VBI và Bác sĩ điều trị thì ý kiến của Bác sĩ độc lập sẽ được ưu tiên áp dụng.

6. Điều trị khẩn cấp

Nếu việc điều trị cần phải nhập viện khẩn cấp; Người được bảo hiểm có thể không liên hệ với VBI trước. Tuy nhiên, Người được bảo hiểm/ Chủ hợp đồng bảo hiểm cần nhờ người khác liên hệ với VBI càng sớm càng tốt và chắc chắn rằng, khi Người được bảo hiểm được đưa vào bệnh viện, bệnh viện tiếp nhận thông tin về việc tham gia bảo hiểm của Người được bảo hiểm và chứng minh nhân dân để họ có thể liên hệ với VBI ngay lập tức.

Điều 15. Quy định về trả tiền bảo hiểm

Trước khi đi khám, Người được bảo hiểm lựa chọn cơ sở y tế hợp pháp để điều trị theo nhu cầu:

- Nếu cơ sở y tế Người được bảo hiểm lựa chọn thuộc danh sách phòng khám/bệnh viện có liên kết bảo lãnh của VBI, quy định về giải quyết bồi thường được tuân theo Mục 1– Bảo lãnh viện phí.

Danh sách cơ sở y tế bảo lãnh viện phí được VBI cập nhật liên tục tại website <http://myvbi.vn>

- Nếu cơ sở y tế mà Người được bảo hiểm lựa chọn không thuộc danh sách trên hoặc hồ sơ bảo hiểm của Người được bảo hiểm thuộc trường hợp không bảo lãnh viện phí, quy định về giải quyết bồi thường được tuân theo Mục 2 – Thanh toán trước, chi trả sau.

Lưu ý: Khi Người được bảo hiểm thực hiện điều trị tại các cơ sở y tế bảo lãnh, cần phải cung cấp thông tin theo quy định của VBI để xác minh bản thân là người được bảo hiểm theo chương trình của VBI. Điều này để đảm bảo rằng việc điều trị của Chủ hợp đồng/ Người được bảo hiểm là hợp lệ; được hưởng các quyền lợi theo chương trình bảo hiểm này và giúp họ tránh phải tự chi trả những chi phí phát sinh không cần thiết. VBI có thể thu hồi từ chủ hợp đồng hoặc người được bảo hiểm mọi chi phí không hợp lệ phát sinh.

1. Bảo lãnh viện phí

Mạng lưới bảo lãnh viện phí là mạng lưới bệnh viện có thỏa thuận hợp tác bảo lãnh viện phí với VBI. Nếu Chủ hợp đồng bảo hiểm chọn bất kỳ bệnh viện nào trong danh mục bệnh viện bảo lãnh, các hóa đơn cho việc Điều trị nội trú thuộc phạm vi bảo hiểm của Người được bảo hiểm sẽ được VBI thanh toán trực tiếp với bệnh viện, miễn là Chủ hợp đồng bảo hiểm đã thông báo trước cho VBI về việc điều trị.

Chủ hợp đồng bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm vẫn chịu các khoản đồng chi trả, và các khoản này sẽ được thanh toán trực tiếp với bệnh viện trong quá trình điều trị. Lưu ý rằng có thể phát sinh một số chi phí như: điện thoại, báo chí, Chủ hợp đồng bảo hiểm vẫn có thể phải tự thanh toán cho bệnh viện ở thời điểm xuất viện.

Lưu ý:

Khi Người được bảo hiểm điều trị cho một tình trạng y tế không được bảo hiểm theo các điều kiện điều khoản của hợp đồng bảo hiểm này, Người được bảo hiểm sẽ phải tự chi trả toàn bộ các chi phí được yêu cầu cho việc điều trị đó. Việc không tuân thủ quy định có thể sẽ làm hợp đồng bảo hiểm của Người được bảo hiểm bị đình chỉ hoặc bị hủy bỏ.

Người được bảo hiểm nên sử dụng bệnh viện trong danh mục bệnh viện toàn cầu này trừ trường hợp khẩn cấp không thể sử dụng được.

Người được bảo hiểm có thể liên hệ với số điện thoại Bảo lãnh viện phí và Tư vấn bồi thường trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc tra cứu trên trang web <http://myvbi.vn/> để cập nhật thông tin mới nhất về danh mục cơ sở y tế bảo lãnh.

Quy định về bảo lãnh viện phí sẽ thay đổi tùy theo chính sách của nhà cung cấp dịch vụ, các bệnh viện hoặc các quy định pháp luật có liên quan.

2. Thanh toán trước – Chi trả sau

2.1. 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 ủy 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:

a. Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm (bản gốc)

b. 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 rằng, phương pháp điều trị rằng

- 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.

c. 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.

d. 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 xác nhận và chữ ký của 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.

• Lưu ý quan trọng:

Thông tin và nguyên tắc 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;

- Chủ hợp đồng bảo hiểm/ Người được bảo hiểm phải sử dụng mẫu yêu cầu trả tiền bảo hiểm của VBI được lấy tại website của VBI hoặc liên hệ bộ phận Bồi Thường của VBI.

- Các hồ sơ chứng từ yêu cầu trả tiền bảo hiểm phải được điền và ký đầy đủ bởi Người được bảo hiểm/ Chủ hợp đồng bảo hiểm và Bác sĩ điều trị và phải được gửi cho VBI sớm nhất có thể theo nội dung VBI yêu cầu.

Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm được điền đầy đủ thông tin sẽ là cơ sở để việc yêu cầu trả tiền bảo hiểm được thực hiện nhanh chóng. Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm không đầy đủ thông tin hoặc không có chữ ký có thể khiến cho việc giải quyết bồi thường bị chậm trễ và trong một số trường hợp sẽ được trả lại cho Chủ hợp đồng bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm để hoàn thiện.

- Trong trường hợp cần thiết, VBI có thể cần thêm các thông tin y tế bổ sung từ Bác sĩ điều trị, trong các trường hợp đó, VBI sẽ cung cấp mẫu thông tin y tế cần được Bác sĩ điều trị của Người được bảo hiểm cung cấp đầy đủ. Nếu Bác sĩ điều trị không cung cấp các thông tin được yêu cầu nhanh chóng, yêu cầu chi trả tiền bảo hiểm có thể bị trì hoãn hoặc từ chối.

- VBI sẽ không chi trả cho báo cáo y tế.

- Đối với điều trị mà Người được bảo hiểm phải có sự chấp thuận trước của VBI bằng văn bản trước khi bắt đầu điều trị. Người được bảo hiểm sẽ nhận được số hồ sơ bồi thường và VBI sẽ sử dụng số hồ sơ bồi thường này để giải quyết cho yêu cầu trả tiền bảo hiểm liên quan sau đó.

- Người được bảo hiểm 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 giấy tờ, chứng từ thanh toán phát sinh ở nước ngoài, ghi bằng tiếng nước ngoài phải được dịch ra ngôn ngữ được chấp thuận (Tiếng Anh và Tiếng Việt), bản dịch phải đính kèm bản gốc bằng tiếng nước ngoài. Người dịch phải ký, ghi rõ họ

tên và chịu trách nhiệm về nội dung dịch so với bản gốc. Chi phí dịch do Chủ hợp đồng bảo hiểm/Người được bảo hiểm chi trả trừ trường hợp có quy định khác được VBI chấp thuận tại hợp đồng bảo hiểm/ Giấy chứng nhận bảo hiểm.

2.2. Thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm, thời hạn trả tiền bảo hiểm

a. Thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm

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.

Trong vòng 30 ngày kể từ thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm, Chủ hợp đồng bảo hiểm/Người được bảo hiểm phải thông báo cho VBI về việc có sự kiện bảo hiểm đã xảy ra;

Nếu Chủ hợp đồng bảo hiểm/Người được bảo hiểm không thông báo cho VBI trong vòng 30 ngày thì Chủ hợp đồng bảo hiểm/Người được bảo hiểm phải tự chịu chi phí thuộc phạm vi bảo hiểm theo tỷ lệ % như bảng sau:

Số ngày kể từ ngày điều trị đến ngày Chủ hợp đồng bảo hiểm/Người được bảo hiểm thông báo cho VBI/nhà cung cấp dịch vụ được VBI chỉ định	Phần trăm chi phí y tế thuộc phạm vi bảo hiểm do Chủ hợp đồng bảo hiểm/ Người được bảo hiểm tự chi trả:
Trong vòng 30 ngày kể từ ngày điều trị	Không
Từ ngày thứ 31 đến ngày thứ 60 kể từ ngày điều trị	10%
Từ ngày thứ 61 đến ngày thứ 90 kể từ ngày điều trị	20%
Từ ngày thứ 91 đến ngày thứ 365 kể từ ngày điều trị	30%

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 Chủ hợp đồng bảo hiểm chứng minh được rằng Chủ hợp đồng 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 Chủ hợp đồng bảo hiểm biết việc xảy ra sự kiện bảo hiểm đó.

b. 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 làm việc 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.

c. 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.

Chương VII. Quyền và nghĩa vụ của các bên

Người được bảo hiểm phải tham khảo tất cả điều kiện điều khoản của quy tắc bảo hiểm này để nắm được đầy đủ quyền và nghĩa vụ theo Hợp đồng bảo hiểm. Các quy định dưới đây phải được xem xét tổng thể trên toàn bộ quy tắc bảo hiểm.

Điều 16. Quyền và nghĩa vụ của Chủ hợp đồng bảo hiểm/Người được bảo hiểm.

1. Quyền của Chủ hợp đồng bảo hiểm/Người được bảo hiểm

- a.** Yêu cầu VBI giải thích các điều kiện, điều khoản bảo hiểm, quyền và nghĩa vụ của Chủ hợp đồng bảo hiểm; cấp Hợp đồng bảo hiểm/giấy chứng nhận bảo hiểm.
- b.** Đơn phương chấm dứt hợp đồng theo quy định của hợp đồng bảo hiểm này.
- c.** Yêu cầu VBI trả tiền bồi thường bảo hiểm cho Người được bảo hiểm hoặc người thụ hưởng theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm của Người được bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm.
- d.** Được hỗ trợ bảo lãnh viện phí đối với điều trị thuộc phạm vi bảo hiểm nội trú tại các bệnh viện có tên trong danh sách bệnh viện bảo lãnh viện phí.
- e.** Yêu cầu VBI hoàn trả phần phí bảo hiểm chênh lệch nếu tuổi của Người được bảo hiểm bị kê khai sai tại ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm và phí bảo hiểm thực tế đã trả lớn hơn phí phải trả tương ứng với tuổi chính xác. (cụ thể tại khoản 5 Điều 13 Chương IV. Các quy định chung khác)
- f.** Các quyền khác theo quy định của pháp luật.

2. Nghĩa vụ của Chủ hợp đồng 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/Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- b.** Kê khai đầy đủ, trung thực mọi chi tiết có liên quan đến hợp đồng bảo hiểm theo yêu cầu của VBI (bao gồm cả các tình trạng có sẵn và các tình trạng bẩm sinh).
- c.** Thông báo cho VBI trước khi tiến hành điều trị đối với bất kỳ việc điều trị nào cần có sự chấp thuận trước của VBI.
- d.** Thông báo những trường hợp có thể làm tăng rủi ro hoặc làm phát sinh thêm trách nhiệm của VBI trong quá trình thực hiện hợp đồng bảo hiểm. Trường hợp có sự thay đổi về quốc gia cư trú, Chủ hợp đồng bảo hiểm/Người được bảo hiểm thông báo cho VBI bằng văn bản. Chủ hợp đồng bảo hiểm có thể đại diện cho Người được bảo hiểm nhận được thông tin liên quan đến hợp đồng bảo hiểm.
- e.** Thông báo cho VBI về bất kỳ yêu cầu bồi thường nào theo quy định của điều kiện điều khoản được thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm. Trong trường hợp phát sinh các chi phí vượt quá giới hạn quyền lợi bảo hiểm hoặc cao hơn mức chi phí Thông thường và hợp lý thì Chủ hợp đồng bảo hiểm/Người được bảo hiểm sẽ tự chi trả phần chênh lệch đó.
- f.** Cung cấp đầy đủ các thông tin được yêu cầu quy định tại Chương VI của quy tắc bảo hiểm này để VBI xem xét giải quyết bồi thường.
- g.** Chủ hợp đồng bảo hiểm/Người được bảo hiểm hoặc đại diện hợp pháp của họ có nghĩa vụ hợp tác với VBI và Bác sĩ độc lập.
Chủ hợp đồng bảo hiểm/Người được bảo hiểm hoặc đại diện hợp pháp của họ phải khai báo đầy đủ, trung thực về tất cả các thông tin và vấn đề liên quan đến hợp đồng bảo hiểm. Khi được VBI yêu cầu, Chủ hợp đồng bảo hiểm/Người được bảo hiểm hoặc đại diện hợp pháp của họ bằng chi phí của mình thực hiện ủy quyền cho VBI để thu thập và xác minh các thông tin liên quan từ Bác sĩ, bệnh viện, phòng khám hoặc các nguồn khác.
- h.** Hoàn trả cho VBI số tiền bồi thường mà VBI đã chi trả nếu khoản bồi thường đó đã được chi trả liên quan đến đối tượng không đủ điều kiện để được bảo hiểm theo hợp đồng bảo hiểm và VBI có quyền thu bất kỳ khoản phí bảo hiểm nào mà Người được bảo hiểm đã thanh toán.
- i.** Các nghĩa vụ của Chủ hợp đồng bảo hiểm/Người được bảo hiểm liên quan đến việc thực hiện các điều kiện điều khoản của quy tắc bảo hiểm này sẽ không bị hủy bỏ cho dù VBI đồng ý thanh

toán bất kỳ yêu cầu bồi thường nào.

j. Chủ hợp đồng bảo hiểm/Người được bảo hiểm phải thông báo cho VBI nếu thấy rằng các khoản chi phí theo hợp đồng bảo hiểm này có thể được bồi thường từ một cá nhân nào đó hoặc theo hợp đồng bảo hiểm khác.

k. Các nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật Việt Nam.

Điều 17. Quyền và nghĩa vụ của doanh nghiệp bảo hiểm

1. Quyền của doanh nghiệp bảo hiểm

a. Nếu Chủ hợp đồng bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm vi phạm các điều kiện điều khoản của hợp đồng hoặc thực hiện hoặc cố tình thực hiện yêu cầu bồi thường không trung thực, VBI có thể từ chối hoàn lại phí bảo hiểm hoặc từ chối chi trả bồi thường hoặc từ chối tái tục hợp đồng hoặc áp dụng các điều khoản đặc biệt cho hợp đồng bảo hiểm đối với các phạm vi bảo hiểm được cung cấp hoặc chấm dứt hợp đồng bảo hiểm và tất cả các quyền lợi bảo hiểm ngay lập tức.

b. Thu phí bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

c. Yêu cầu Chủ hợp đồng bảo hiểm cung cấp đầy đủ, trung thực và chính xác các thông tin liên quan đến việc giao kết và thực hiện hợp đồng bảo hiểm. Việc không kê khai bất kỳ tình trạng y tế nào mà Chủ hợp đồng bảo hiểm/Người được bảo hiểm có thể nhận thức được một cách hợp lý có thể dẫn đến việc thay đổi điều kiện điều khoản bảo hiểm áp dụng cho Người được bảo hiểm theo hợp đồng này hoặc dẫn tới việc chấm dứt hợp đồng tại thời điểm bắt đầu hợp đồng và không hoàn lại phí bảo hiểm này.

d. Từ chối trả tiền bảo hiểm cho Chủ hợp đồng bảo hiểm/Người được bảo hiểm trong trường hợp không thuộc phạm vi bảo hiểm hoặc thuộc điểm loại trừ hoặc giới hạn của Hợp đồng bảo hiểm hoặc quy tắc bảo hiểm.

e. Từ chối trả tiền bảo hiểm nếu VBI không nhận được hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm trong vòng mười hai (12) tháng kể từ ngày tiến hành điều trị, trừ khi có sự kiện bất khả kháng.

f. VBI sẽ thu hồi lại khoản tiền bồi thường từ Chủ hợp đồng bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm khi VBI phát hiện ra sự thiếu trung thực/khai báo sai.

g. Lưu giữ và sử dụng các thông tin cá nhân liên quan đến Chủ hợp đồng bảo hiểm/Người được bảo hiểm để VBI hoặc cá nhân/tổ chức liên kết với VBI hoặc bất cứ bên thứ ba độc lập nào (trong hoặc ngoài lãnh thổ Việt Nam) có thể:

- Xử lý và đánh giá giấy yêu cầu bảo hiểm hoặc bất kỳ vấn đề nào phát sinh từ hợp đồng bảo hiểm và các yêu cầu khác cho mục đích cung cấp bảo hiểm, và/hoặc
- Cung cấp mọi dịch vụ theo hợp đồng bảo hiểm.

h. Từ chối thanh toán các chi phí điều trị tiếp theo hoặc các điều trị tương tự, ngay cả khi trước đó VBI đã từng chi trả cho điều trị đó hoặc các điều trị tương tự, nếu sau đó VBI xác định được yêu cầu bồi thường đó không thuộc phạm vi bảo hiểm.

i. Từ chối bảo hiểm hoặc từ chối chi trả tiền bảo hiểm nếu việc bảo hiểm hoặc chi trả bảo hiểm khiến VBI hoặc những nhà cung cấp dịch vụ do VBI ủy quyền vi phạm: quy định pháp luật, quy định quốc tế, những hình thức chế tài, cấm vận kinh tế quốc tế...được ban hành bởi Liên Minh Châu Âu, Vương Quốc Anh, Hợp chủng quốc Hoa Kỳ và Liên Hợp Quốc. Nếu VBI phát hiện được bất kỳ vi phạm nào có khả năng xảy ra, VBI sẽ thông báo cho Người được bảo hiểm bằng văn bản sớm nhất có thể.

j. Từ chối chi trả đối với những quyền lợi bảo hiểm đã được nâng lên mức cao hơn cho việc điều trị các tình trạng y tế đã phát sinh hoặc có thể lường trước được một cách hợp lý trước khi việc nâng cấp bảo hiểm có hiệu lực. Khi tình trạng y tế đó đã rõ ràng hoặc trở nên rõ ràng, quyền lợi đối với tình trạng y tế đó sẽ bị giới hạn theo mức quyền lợi bảo hiểm áp dụng cho tình trạng y tế đó trước khi nâng cấp lên mức cao hơn.

k. Người được bảo hiểm/Chủ hợp đồng bảo hiểm phải thông báo cho VBI khi yêu cầu bồi thường trong trường hợp Chủ hợp đồng bảo hiểm/Người được bảo hiểm biết rằng có bất kỳ khoản chi phí nào thuộc phạm vi bảo hiểm có thể được yêu cầu bồi thường từ bên thứ 3 hoặc theo 1 hợp đồng bảo hiểm khác. Thông tin này phải được thể hiện bằng văn bản trên Giấy yêu cầu trả tiền

bảo hiểm.

Nếu chi phí đó cũng được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm khác, VBI sẽ chỉ thanh toán khoản tiền vượt quá mức được bồi thường từ Hợp đồng bảo hiểm khác đó.

l. Nếu tuổi của Người được bảo hiểm bị khai báo sai dẫn tới việc phí bảo hiểm không được thu đầy đủ tương ứng, đối với bất kỳ yêu cầu bồi thường nào theo quy tắc bảo hiểm này, VBI sẽ chỉ chi trả bồi thường theo tỷ lệ giữa phí bảo hiểm thực tế đã trả và phí bảo hiểm đúng mà Người được bảo hiểm đáng ra phải thanh toán cho Hợp đồng bảo hiểm này kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm.

m. Đơn phương chấm dứt hợp đồng bảo hiểm với điều kiện thông báo trước cho Chủ hợp đồng bảo hiểm 30 ngày trước ngày dự định chấm dứt.

n. Các quyền khác theo quy định của pháp luật.

2. Nghĩa vụ của doanh nghiệp bảo hiểm

a. Giải thích cho Chủ hợp đồng bảo hiểm về các điều kiện, điều khoản bảo hiểm; quyền, nghĩa vụ của Chủ hợp đồng bảo hiểm.

b. Cung cấp cho Chủ hợp đồng bảo hiểm: Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm sau khi giao kết hợp đồng bảo hiểm.

c. Trả tiền bảo hiểm đối với các yêu cầu bồi thường thuộc phạm vi đã có đầy đủ hồ sơ yêu cầu bồi thường trong vòng 15 ngày làm việc.

d. Giải thích bằng văn bản lý do VBI cho rằng yêu cầu bồi thường không phải là điều trị thuộc phạm vi bảo hiểm.

e. Thông báo bằng văn bản cho Chủ hợp đồng bảo hiểm/Người được bảo hiểm bất kỳ thay đổi nào về quyền lợi bảo hiểm, phí bảo hiểm và điều kiện điều khoản của hợp đồng bảo hiểm trước khi thay đổi có hiệu lực.

f. Thông báo bằng văn bản mọi trao đổi liên quan đến phạm vi bảo hiểm, điều kiện điều khoản áp dụng cho hợp đồng bảo hiểm của Người được bảo hiểm. VBI không chịu trách nhiệm với bất kỳ hình thức cam kết ngoài hình thức bằng văn bản.

g. VBI có trách nhiệm giữ bí mật về thông tin do Chủ hợp đồng bảo hiểm/Người được bảo hiểm cung cấp trừ khi theo yêu cầu của cá nhân/tổ chức liên kết với VBI hoặc bên thứ ba độc lập hoặc cơ quan có thẩm quyền yêu cầu VBI cung cấp thông tin đó.

h. VBI không có nghĩa vụ bắt buộc phải thông báo về bất kỳ hình thức ủy thác, quản lý, lưu giữ, chuyển nhượng hoặc các giao dịch khác liên quan đến quy tắc bảo hiểm này. Trong mọi trường hợp việc VBI thanh toán bồi thường hoặc chi trả quyền lợi bảo hiểm theo hợp đồng này cho Chủ hợp đồng bảo hiểm/Người được bảo hiểm, người thụ hưởng hoặc đại diện pháp lý của Người được bảo hiểm sẽ được coi là hoàn thành trách nhiệm theo hợp đồng.

i. Các nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật Việt Nam.

Chương VIII. Giải quyết tranh chấp

Điều 18. Luật áp dụng

Pháp Luật Việt Nam.

Điều 19. Giải quyết tranh chấp

Mọi tranh chấp liên quan đến quy tắc 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 20. Thời hiệu khởi kiện

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

VBI *Premier Care*

Tổng Công ty Cổ phần Bảo hiểm VietinBank

Tầng 10 – 11, Tòa nhà VietinBank

126 Đội Cấn, Quận Ba Đình, TP.Hà Nội

M: (84-24) 3211 5140