

**TỔNG CÔNG TY CỔ PHẦN
BẢO HIỂM HÀNG KHÔNG**

**CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

Số: 558/QĐ-BHHK

Hà Nội, ngày 22 tháng 12 năm 2021

QUYẾT ĐỊNH
Về việc ban hành Chương trình bảo hiểm An Tâm Sống Khỏe

- Căn cứ Luật kinh doanh bảo hiểm số 61/2010/QH12 ngày 24/11/2010 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật kinh doanh bảo hiểm; Luật số 42/2019/QH14 ngày 14/06/2019 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật kinh doanh bảo hiểm, Luật sở hữu trí tuệ; các văn bản hướng dẫn thi hành;

- Căn cứ Giấy phép thành lập và hoạt động số 49/GP/KDBH ngày 23/4/2008 của Bộ trưởng Bộ tài chính về việc thành lập Công ty Cổ phần bảo hiểm Hàng không và Giấy phép điều chỉnh số 49/GPĐC15/KDBH ngày 01/7/2016 của Bộ trưởng Bộ Tài chính về việc thay đổi tên thành Tổng Công ty cổ phần Bảo hiểm Hàng không;

- Căn cứ Điều lệ VNI ngày 25/06/2021;

- Căn cứ Quy tắc bảo hiểm Con người mức trách nhiệm cao VNI Care ban hành kèm theo Quyết định số 06/2012/QĐ-BHHK ngày 09/01/2012 của Tổng Giám đốc VNI;

QUYẾT ĐỊNH

Điều 1: Ban hành kèm theo Quyết định này là “Chương trình Bảo hiểm An Tâm Sống Khỏe” áp dụng cho khách hàng tham gia bảo hiểm sức khỏe tại VNI.

Điều 2: Quy tắc bảo hiểm áp dụng là Quy tắc bảo hiểm Con người mức trách nhiệm cao VNI Care ban hành kèm theo Quyết định số 06/2012/QĐ-BHHK.

Điều 3: Quyết định này có hiệu lực từ ngày 22/12/2021.

Điều 4: Giám đốc các Ban thuộc Trụ sở chính và Giám đốc các Công ty thành viên chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này.

Nơi nhận:

- Như điều 4;
- Lưu VT, XCG-CN.



Trần Trọng Dũng



CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM AN TÂM SỐNG KHỎE

(Ban hành kèm theo Quyết định số 558/QĐ-BHHK ngày 22/12/2021 của Tổng Giám đốc
Tổng Công ty cổ phần Bảo hiểm Hàng không)

MỤC LỤC

CHƯƠNG I – QUY ĐỊNH CHUNG	2
Điều 1. Phạm vi địa lý	2
Điều 2. Đối tượng nhận bảo hiểm	2
Điều 3. Các định nghĩa	2
Điều 4. Số tiền (mức trách nhiệm) bảo hiểm và Phí bảo hiểm	8
Điều 5. Các điều kiện chung khác	9
CHƯƠNG II – QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	11
Điều 6. Quyền lợi bảo hiểm chính	11
Điều 7. Quyền lợi bảo hiểm bổ sung	12
CHƯƠNG III – CÁC ĐIỂM LOẠI TRỪ BẢO HIỂM	15
Điều 8. Các điểm loại trừ chung	15
Điều 9. Các điểm loại trừ riêng đối với bảo hiểm tai nạn	16
Điều 10. Các điểm loại trừ riêng đối với ốm bệnh, thai sản	17
CHƯƠNG IV – QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CÁC BÊN	19
Điều 11. Nghĩa vụ cung cấp thông tin, ngăn ngừa hạn chế tổn thất	19
Điều 12. Quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm	19
Điều 13. Quyền và nghĩa vụ của VNI	19
CHƯƠNG V – QUY ĐỊNH VỀ YÊU CẦU TRẢ TIỀN BẢO HIỂM	21
Điều 14. Hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm	21
Điều 15. Thời hạn giải quyết, khiếu nại và khởi kiện	22
CHƯƠNG VI – GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP	23
Điều 16. Luật áp dụng	23
Điều 17. Giải quyết tranh chấp	23
Điều 18. Thời hạn khởi kiện	23

16

CHƯƠNG I – QUY ĐỊNH CHUNG

Điều 1. Phạm vi địa lý

Phạm vi địa lý được bảo hiểm của chương trình này trong lãnh thổ nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam.

Điều 2. Đối tượng nhận bảo hiểm

Là công dân Việt Nam hoặc người nước ngoài cư trú tại Việt Nam từ mười lăm (15) ngày tuổi đến sáu mươi tuổi (60) tuổi tại thời điểm bắt đầu thời hạn bảo hiểm của hợp đồng bảo hiểm và thỏa mãn các điều kiện sau đây:

- a. Người được bảo hiểm không bị bệnh tâm thần, thần kinh, bệnh phong, ung thư.
- b. Người được bảo hiểm không bị thương tật vĩnh viễn quá 50%.
- c. Người được bảo hiểm đang không trong thời gian điều trị bệnh tật, thương tật.

Người được bảo hiểm được tham gia đến sáu mươi lăm (65) tuổi với điều kiện đã tham gia liên tục trước đó từ năm sáu mươi (60) tuổi.

Trường hợp trẻ em dưới sáu (6) tuổi chỉ được nhận bảo hiểm với điều kiện phải tham gia bảo hiểm cùng bố và/hoặc mẹ. Chương trình bảo hiểm của người phụ thuộc chỉ được áp dụng mức tương đương hoặc thấp hơn chương trình của bố và/hoặc mẹ.

Đối tượng trẻ em từ mười lăm (15) ngày tuổi đến ba (3) tuổi, quyền lợi điều trị nội trú và ngoại trú áp dụng theo tỷ lệ đồng chi trả được quy định trong hợp đồng bảo hiểm.

Đối tượng trẻ em từ mười lăm (15) ngày tuổi đến một (1) tuổi chỉ được tham gia với điều kiện: Cung cấp Giấy Yêu cầu bảo hiểm trong tình trạng sức khỏe tốt và khi trẻ đã xuất viện, tham gia cùng bố/mẹ như đã đề cập ở trên, chỉ được tham gia chương trình Bạch Kim/ Kim Cương/VIP.

Điều 3. Các định nghĩa

3.1. Doanh nghiệp bảo hiểm

Là Tổng Công ty cổ phần Bảo hiểm Hàng không, các Công ty Bảo hiểm thành viên (viết tắt là VNI).

3.2. Người được bảo hiểm

Là tổ chức, cá nhân có tính mạng hoặc tình trạng sức khỏe được bảo hiểm theo hợp đồng bảo hiểm.

3.3. Bên mua bảo hiểm

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

3.4. Người thụ hưởng

Là tổ chức, cá nhân được chỉ định nhận tiền bảo hiểm theo hợp đồng bảo hiểm hoặc là người thừa kế theo pháp luật trong trường hợp không có chỉ định.

3.5. Tuổi được bảo hiểm

Là tuổi của Người được bảo hiểm tính theo năm sinh dương lịch.

3.6. Hợp đồng bảo hiểm

Là sự thỏa thuận giữa Bên mua bảo hiểm và VNI theo đó Bên mua bảo hiểm phải đóng phí bảo hiểm, VNI phải trả tiền bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm.

Hợp đồng bảo hiểm phải được lập thành văn bản. Bằng chứng giao kết hợp đồng bảo hiểm là Hợp đồng bảo hiểm/ Giấy chứng nhận bảo hiểm/ Đơn bảo hiểm hoặc các hình thức khác do pháp luật quy định.

Giấy yêu cầu bảo hiểm, chương trình bảo hiểm và các tài liệu khác (nếu có) do VNI và Bên mua bảo hiểm thỏa thuận, xác lập bằng văn bản là một bộ phận của hợp đồng bảo hiểm.

3.7. Thời hạn bảo hiểm

Thời hạn bảo hiểm được quy định cụ thể trong hợp đồng bảo hiểm. Thời hạn bảo hiểm là một (01) năm, các trường hợp có thời hạn bảo hiểm khác một (01) năm sẽ do VNI và Bên mua bảo hiểm thỏa thuận, xác lập bằng văn bản.

3.8. Thời gian chờ

Là thời gian mà các quyền lợi bảo hiểm có liên quan không được chi trả bảo hiểm bao gồm cả những trường hợp thời điểm phát sinh rủi ro nằm trong thời gian chờ nhưng chi phí phát sinh hoặc hậu quả của đợt điều trị rủi ro này lại kéo dài quá thời gian chờ quy định.

3.9. Tai nạn

Là một sự kiện bất ngờ, không lường trước được, ngoài ý muốn của Người được bảo hiểm, gây ra một lực từ bên ngoài, nhìn thấy được tác động lên thân thể của Người được bảo hiểm và là nguyên nhân trực tiếp và duy nhất làm cho Người được bảo hiểm bị thương tật thân thể hoặc tử vong.

3.10. Thương tật bộ phận vĩnh viễn

Thương tật bộ phận vĩnh viễn là các thương tật thân thể do tai nạn được liệt kê trong bảng tỷ lệ thương tật do VNI ban hành, làm cho Người được bảo hiểm bị mất, cắt bỏ một phần cơ thể hoặc mất khả năng sử dụng hoặc liệt một phần cơ thể mà với điều kiện y học hiện tại không có khả năng khắc phục và kéo dài liên tục trong năm hai (52) tuần.

3.11. Thương tật toàn bộ vĩnh viễn

Thương tật toàn bộ vĩnh viễn là các thương tật thân thể do tai nạn được liệt kê trong bảng tỷ lệ thương tật do VNI ban hành, làm cho Người được bảo hiểm bị mất, cắt bỏ các bộ phận cơ thể hoặc mất khả năng sử dụng hoặc liệt hoàn toàn chức năng của toàn bộ cơ thể mà với điều kiện y học hiện tại không có khả năng khắc phục và kéo dài liên tục trong một lễ tư (104) tuần.

3.12. Thương tật có sẵn

Là thương tật có từ trước và/hoặc là hậu quả của tai nạn từ trước ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm theo hợp đồng bảo hiểm. Triệu chứng thương tật đã xuất hiện hoặc đã xảy ra từ trước ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm mà Người được đã biết hoặc ý thức được hoặc không ý thức được cho dù Người được bảo hiểm có thực sự khám, điều trị hay không.

3.13. Bệnh có sẵn

Là bệnh có từ trước ngày bắt đầu được nhận bảo hiểm theo hợp đồng bảo hiểm và là bệnh mà Người được bảo hiểm:

- Đã phải điều trị trong vòng ba (03) năm gần đây.

- Là bất cứ tình trạng sức khỏe đã được chẩn đoán; triệu chứng bệnh/ thương tật đã xảy ra, xuất hiện trước ngày ký hợp đồng mà Người được bảo hiểm đã biết hoặc ý thức được cho dù Người được bảo hiểm có thực sự khám, điều trị hay không.

3.14. Bệnh đặc biệt

Là các bệnh được quy định theo Phụ lục 01 trong chương trình bảo hiểm này.

3.15. Bệnh mãn tính/ Bệnh mạn tính

Là những bệnh xảy ra từ từ, kéo dài, tiến triển chậm, hay tái phát, thời gian điều trị lâu dài, khó hoặc không có khả năng chữa khỏi bệnh hoàn toàn.

3.16. Bệnh nghề nghiệp

Là bệnh phát sinh do điều kiện lao động có hại của nghề nghiệp tác động đối với người lao động. Danh mục bệnh nghề nghiệp do cơ quan quản lý nhà nước có thẩm quyền ban hành tại thời điểm ký kết hợp đồng bảo hiểm.

3.17. Bệnh/ dị tật bẩm sinh (hay bất thường bẩm sinh)

Là những bất thường về cấu trúc và/hoặc chức năng xảy ra trong quá trình hình thành và phát triển của bào thai. Bệnh có thể biểu hiện ngay sau khi sinh hoặc biểu hiện sau khi cơ thể hoàn thiện chức năng và/hoặc tiếp xúc với các yếu tố bên ngoài.

3.18. Bệnh di truyền

Là bất kỳ bệnh nào xuất hiện ở những người có cùng huyết thống hay sự chuyển những bệnh lý của bố, mẹ cho con cái thông qua gen của bố, mẹ và/hoặc được truyền từ đời này sang đời khác, từ thế hệ này sang thế hệ khác trong những người có cùng huyết thống.

3.19. Bác sĩ

Là người được cấp giấy phép hành nghề hợp pháp, được luật pháp nước sở tại công nhận và bác sĩ đó đang điều trị, hành nghề trong phạm vi giấy phép được cấp và trong phạm vi chuyên ngành đào tạo của mình.

Bác sĩ không được đồng thời là:

- Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng; hoặc
- Vợ, chồng, cha ruột, mẹ ruột, cha nuôi, mẹ nuôi, cha dượng, mẹ kế, con ruột, con nuôi, anh ruột, chị ruột, em ruột, ông nội, bà nội, ông ngoại, bà ngoại của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng; con riêng của vợ hoặc chồng của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng; hoặc
- Đại lý bảo hiểm, người sử dụng lao động, người lao động của Bên mua bảo hiểm.

3.20. Cơ sở y tế

Là một cơ sở khám, chữa trị y tế hợp pháp được nhà nước công nhận và đảm bảo được các yếu tố sau:

- Có khả năng và phương tiện chẩn đoán bệnh, điều trị và/hoặc phẫu thuật.
- Có điều kiện thuận lợi cho việc điều trị nội trú, theo dõi sức khỏe hàng ngày cho bệnh nhân và/hoặc điều trị ngoại trú.

Cơ sở y tế không bao gồm:

- Phòng khám không có Giấy phép hoạt động.

- Trạm/trung tâm y tế xã, phường, y tế cơ quan, phòng khám gia đình, bệnh xá, trung tâm y tế dự phòng.
- Cơ sở được dùng để nghỉ ngơi hoặc điều dưỡng.
- Cơ sở đặc biệt dành riêng cho người già.
- Cơ sở cai nghiện rượu, ma túy, chất kích thích khác.
- Cơ sở dùng để điều trị các căn bệnh rối loạn tâm thần, bệnh phong.

3.21. Điều trị y tế

Là việc sử dụng phương pháp chuyên môn kỹ thuật đã được công nhận và thuốc đã được cấp phép lưu hành để cấp cứu, điều trị, chăm sóc cho người bệnh.

3.22. Chi phí y tế

Là những chi phí hợp lý và cần thiết về mặt y tế, theo chỉ định của bác sĩ điều trị liên quan đến rủi ro cần điều trị, phát sinh khi Người được bảo hiểm phải điều trị bệnh/ tai nạn hoặc điều trị thai sản mà việc điều trị này được bảo hiểm.

Các chi phí này không vượt quá mức chi phí chung của các nhà cung cấp dịch vụ y tế có cùng mức độ trong phạm vi địa lý của hợp đồng nơi phát sinh những chi phí đó, khi cung cấp các dịch vụ điều trị tương đương hoặc mức độ điều trị, dịch vụ, hay việc cung cấp dịch vụ đối với bệnh tật tương tự.

3.23. Điều trị ngoại trú

Là việc điều trị y tế tại một cơ sở y tế nhưng không nhập viện điều trị nội trú.

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

3.24. Điều trị nội trú/ Nằm viện

Là điều trị y tế khi Người được bảo hiểm được bác sĩ khám và chỉ định, đã làm thủ tục nhập viện và có phát sinh chi phí giường/ phòng bệnh. Thời gian nằm viện từ hai tư (24) giờ trở lên. Giấy ra/ xuất viện là chứng từ cần thiết để yêu cầu bồi thường cho quyền lợi này. Quyền lợi nằm viện chỉ áp dụng tại các bệnh viện, không phải phòng khám hay cơ sở điều trị ngoại trú.

3.25. Điều trị trong ngày

Là việc Người được bảo hiểm được nhập viện để điều trị có phát sinh chi phí giường/ phòng bệnh nhưng không lưu lại bệnh viện đủ hai tư (24) giờ/ngày. Giấy ra/ xuất viện là chứng từ cần thiết để yêu cầu bồi thường cho quyền lợi này.

3.26. Giường/ phòng

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

Đối với khoa quốc tế, khoa dịch vụ, khoa theo yêu cầu của bệnh viện công lập, bệnh viện tư nhân, bệnh viện quốc tế, tiền giường bệnh được giới hạn loại giường có giá thấp nhất tại khoa điều trị của cơ sở y tế.

3.27. Phẫu thuật

Là một phương pháp khoa học để điều trị thương tật hoặc bệnh tật được thực hiện bởi những bác sĩ có bằng cấp thông qua những ca mổ bằng tay với các dụng cụ y tế hoặc bằng thiết bị y tế trong bệnh viện.

Danh mục phẫu thuật theo quy định hiện hành của Bộ Y tế Việt Nam. Các thủ thuật đặc biệt theo danh mục phân loại thủ thuật của Bộ Y tế được chi trả tương đương với phẫu thuật.

3.28. Cấy ghép nội tạng

Là việc phẫu thuật để cấy ghép các cơ quan tim, phổi, gan, tuyến tụy, thận, bao gồm cả tủy xương cho Người được bảo hiểm được tiến hành tại một bệnh viện bởi bác sĩ có bằng cấp được phép thực hiện loại phẫu thuật này.

Các chi phí mua, bảo quản cơ quan cấy ghép và toàn bộ các chi phí phát sinh cho người hiến bộ phận cơ thể không được bảo hiểm theo chương trình bảo hiểm này.

3.29. Điều trị cấp cứu

Là dịch vụ cấp cứu được thực hiện tại phòng cấp cứu của một cơ sở y tế cho một tình trạng nguy kịch mà theo ý kiến bác sĩ cần phải điều trị khẩn cấp để tránh tử vong.

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

3.30. Tình trạng nguy kịch

Là tình trạng bệnh nhân có bệnh lý, tổn thương, rối loạn đe dọa tính mạng, nguy cơ tử vong nhanh chóng nếu không được can thiệp cấp cứu ngay.

3.31. Dịch vụ vận chuyển cấp cứu

Là việc sử dụng xe cứu thương hoặc phương tiện vận chuyển khác bằng đường bộ (không bao gồm dịch vụ SOS/ IPA) trong trường hợp Người được bảo hiểm trong tình trạng nguy kịch ảnh hưởng đến tính mạng buộc phải đưa người bệnh đến cơ sở y tế gần nhất hoặc từ cơ sở y tế này đến cơ sở y tế khác.

3.32. Chi phí khám trước khi nhập viện

Là chi phí khám, siêu âm, chụp chiếu, xét nghiệm liên quan trực tiếp đến ốm bệnh, tai nạn của Người được bảo hiểm cho lần khám cuối cùng cần điều trị nội trú ngay sau đó theo chỉ định của bác sĩ điều trị và những chẩn đoán này là cơ sở trực tiếp để bác sĩ điều trị kết luận việc nằm viện là cần thiết.

3.33. Chi phí điều trị sau khi xuất viện

Là chi phí điều trị ngay sau khi xuất viện theo chỉ định của bác sĩ điều trị cho ốm bệnh, tai nạn của Người được bảo hiểm, bao gồm: chi phí tái khám, chi phí xét nghiệm, tiền thuốc ngay sau khi xuất viện. Chi phí tái khám lần đầu tiên kể từ ngày xuất viện được tính vào quyền lợi này.

3.34. Dịch vụ y tá chăm sóc tại nhà

Là dịch vụ chăm sóc y tế của một y tá được cấp giấy phép hành nghề hợp pháp được thực hiện tại nhà của Người được bảo hiểm và ngay sau khi ra viện (thời gian nằm viện tối thiểu là bảy (07) ngày). Dịch vụ này phải được thực hiện theo chỉ định của bác sĩ điều trị.

Quyền lợi này không áp dụng cho trường hợp xuất viện sau khi sinh và biến chứng thai sản.

3.35. Trợ cấp bệnh viện công

Là khoản tiền trợ cấp trong trường hợp Người được bảo hiểm nằm viện điều trị nội trú do ốm bệnh tại các bệnh viện công lập (trừ khoa quốc tế/ khoa dịch vụ/ khoa điều trị tự nguyện).

3.36. Phục hồi chức năng

Là phương pháp điều trị nhằm mục đích khôi phục lại tình trạng bình thường và/hoặc chức năng sau tổn thương cấp tính hoặc do bệnh kể từ khi người bệnh được bác sĩ chỉ định chuyển sang điều trị tại chuyên khoa phục hồi chức năng.

3.37. Vật tư tiêu hao

Là vật tư được sử dụng một lần hoặc nhiều lần nhằm mục đích hỗ trợ cho điều trị và khám chữa bệnh, không lắp đặt vĩnh viễn trong cơ thể, ngoại trừ các trường hợp các vật tư này tự tiêu trong cơ thể hoặc lẽ ra có thể lấy ra khỏi cơ thể mà không ảnh hưởng đến chức năng hoạt động của cơ thể nhưng do cơ thể không đào thải nên không cần thiết phải lấy ra.

3.38. Vật tư thay thế

Là vật tư sử dụng trong y tế nhằm thay thế hoặc hỗ trợ chức năng hoạt động của bất kỳ phần nào đó trong cơ thể sống khi cấy ghép hoặc đặt vào cơ thể.

3.39. Các bộ phận/ thiết bị y tế hỗ trợ điều trị

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

- Được đặt/ cấy/ trồng vào bất cứ một bộ phận nào của cơ thể để hỗ trợ cho chức năng hoạt động của bộ phận đó như: stent các loại, van tim, bóng nong, đĩa đệm, nẹp, vis, chốt treo, máy tạo nhịp tim và phá rung, coil (vòng xoắn kim loại), cầu nối AV, ống thông AV, màng não nhân tạo, mạch máu nhân tạo, tấm nâng trực tràng, bộ tim phổi nhân tạo, gân sinh học, gân đồng loại, hạt nhựa PVA, chốt trụ implant, màng xương (màng sinh học, màng tái tạo mô), lưới tantalum, quả lọc/ dây dẫn trong kỹ thuật hấp thụ phân tử liên tục điều trị suy gan nặng, tấm màng nâng (trong thoát vị bẹn), miếng ghép cột sống và/hoặc các danh mục khác được liệt kê trong hợp đồng bảo hiểm.
- Có tính chất đặc thù, chỉ sử dụng riêng cho từng loại hình điều trị hoặc phẫu thuật, sử dụng một lần và không khấu hao như dao cắt sụn, lưới bào, dao cắt gan siêu âm, dao cắt trĩ theo phương pháp Longo, rọ tán sỏi trong phẫu thuật lấy sỏi, ống thông, bộ dụng cụ lấy huyết khối, dụng cụ chuyên dụng, bong kéo, lưới lọc, mũi kim mang sóng radio, môi trường nuôi cấy tế bào sụn, bộ dụng cụ điều trị nhịp tim bằng RF, Cement hóa học sử dụng trong phẫu thuật tạo hình thân đốt sống qua da, bóng bơm, dao bào khớp, guidewire dẫn đường, catheter chuyên dụng tùy theo từng bộ phận cần chụp (Sidewinder, Yashiro, Mani, Cobra, Veterbral, Pigtail,...) và/hoặc các danh mục được liệt kê trong hợp đồng bảo hiểm.
- Bên ngoài cơ thể có tác dụng hỗ trợ chức năng vận động hoặc các chức năng khác của cơ thể như nạng, nẹp, xe lăn, thiết bị trợ thính/ thị lực, kính thuốc; các dụng cụ phục vụ để chẩn đoán hoặc hỗ trợ điều trị y tế như máy khí dung, máy tạo nhịp tim, holter,... và các dụng cụ khác và/hoặc các danh mục được liệt kê trong hợp đồng bảo hiểm.
- Các dụng cụ chỉnh hình mang tính chất thẩm mỹ khác.

3.40. Bộ phận giả

Là các bộ phận/ thiết bị/ chất liệu được làm giả để thay thế cho các bộ phận của cơ thể, bao gồm khớp nhân tạo, răng giả, đĩa đệm nhân tạo, thủy tinh thể nhân tạo, đốt sống nhân tạo...

3.41. Lần khám/ điều trị

Là một lần người bệnh được bác sĩ thăm khám lâm sàng, thực hiện các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh hay các thủ thuật thăm dò khác và/hoặc sử dụng thuốc điều trị theo chỉ định của bác sĩ tại cùng một cơ sở y tế hợp pháp nhằm mục đích chẩn đoán bệnh/ tai nạn và điều trị.

- Trường hợp nhiều bác sĩ chuyên khoa cùng hội chẩn cho một người bệnh theo quy chế bệnh viện thì chỉ được tính là một lần khám/ điều trị.
- Trường hợp người bệnh khám một chuyên khoa nhiều lần trong ngày thì chỉ tính là một lần khám/ điều trị.
- Trường hợp người bệnh phải khám nhiều chuyên khoa khác dù có chỉ định của bác sĩ trong cùng một cơ sở y tế, trong một ngày thì chỉ tính là một lần khám/ điều trị.
- Trường hợp trong cùng 1 ngày khách hàng khám chữa tại nhiều cơ sở y tế với cùng một triệu chứng thì tính là một lần khám/ điều trị.

Trường hợp trong cùng một ngày khách hàng đi khám tại nhiều cơ sở y tế cho cùng một triệu chứng bệnh được tính là một lần khám/điều trị.

3.42. Vật lý trị liệu

Là phương pháp chữa trị sử dụng các biện pháp vật lý để giảm đau, phục hồi chức năng của cơ bắp hay các hoạt động bình thường hàng ngày của người bệnh do bác sĩ chỉ định.

Quyền lợi này không áp dụng cho trường hợp các chi phí nhằm mục đích thư giãn, xông hơi, massage, xoa bóp, bấm huyệt, spa, sửa dáng đi.

3.43. Thuốc kê theo Đơn của Bác sĩ

Thuốc là chế phẩm có chứa dược chất nhằm mục đích chữa bệnh, điều trị bệnh, được bán và sử dụng theo đơn của bác sĩ, được Bộ Y tế cấp phép lưu hành và không bao gồm thực phẩm chức năng, dược mỹ phẩm, mỹ phẩm, khoáng chất, thuốc bổ, vitamin, chế phẩm không phải thuốc, chế phẩm đăng ký dưới dạng vật tư y tế.

VNI sẽ xem xét bồi thường vitamin, thuốc bổ tối đa 20% chi phí thuốc điều trị chính với điều kiện các loại thuốc bổ và vitamin này do bác sĩ điều trị chỉ định, hỗ trợ cho việc điều trị bệnh/ tai nạn và trong toa thuốc phải có thuốc điều trị đi kèm.

3.44. Đồng bảo hiểm (đồng chi trả)

Đồng bảo hiểm là số tiền theo tỷ lệ mà Người được bảo hiểm cùng chi trả với VNI khi phát sinh chi phí thuộc phạm vi bảo hiểm. Đồng bảo hiểm được tính theo tỷ lệ phần trăm (%) trên tổng chi phí thuộc phạm vi bảo hiểm hoặc trên các mức giới hạn phụ của từng quyền lợi liên quan tùy theo mức nào thấp hơn. Tỷ lệ đồng bảo hiểm, giới hạn chi phí được bảo hiểm được quy định tại hợp đồng bảo hiểm.

Điều 4. Số tiền (mức trách nhiệm) bảo hiểm và Phí bảo hiểm

4.1. Số tiền bảo hiểm

Là số tiền thỏa thuận giữa Bên mua bảo hiểm và VNI được quy định trong hợp đồng bảo hiểm. Số tiền bảo hiểm là giới hạn trách nhiệm tối đa của VNI khi xảy ra sự kiện bảo hiểm.

4.2. Phí bảo hiểm

Là khoản tiền mà Bên mua bảo hiểm phải đóng cho VNI theo thời hạn và phương thức quy định trong hợp đồng bảo hiểm.

Điều 5. Các điều kiện chung khác

5.1. Thay đổi quyền lợi bảo hiểm

Quyền lợi bảo hiểm và giới hạn trách nhiệm của các quyền lợi không được thay đổi trong suốt thời hạn bảo hiểm trừ khi có thỏa thuận khác.

Trường hợp tái tục với số tiền bảo hiểm cao hơn hoặc tham gia thêm quyền lợi bổ sung so với năm trước phải được sự chấp thuận của VNI và phần chênh lệch về số tiền bảo hiểm cũng như quyền lợi tham gia thêm mới sẽ không được coi là tái tục liên tục và được áp dụng thời gian chờ theo quy định.

Trường hợp Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt hợp đồng bảo hiểm đang còn hiệu lực để mua một hợp đồng bảo hiểm mới, hợp đồng bảo hiểm mới không được coi là tái tục và vẫn phải áp dụng đúng các quy định về thời gian chờ.

Phí bảo hiểm tại thời điểm tái tục có thể thay đổi tùy thuộc vào quyền lợi bảo hiểm áp dụng và tỷ lệ bồi thường.

5.2. Kiểm tra

VNI có quyền thông qua cơ sở y tế để giám định, xác minh hồ sơ bồi thường hoặc tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm vào bất kỳ lúc nào khi cần thiết trong suốt thời hạn bảo hiểm hoặc trong thời gian khiếu nại. Ngoài ra, VNI có quyền yêu cầu khám nghiệm tử thi trong trường hợp chết nếu việc khám nghiệm này không trái với pháp luật.

5.3. Tái tục Hợp đồng bảo hiểm

Hợp đồng bảo hiểm có thời hạn là một (1) năm và được tái tục khi hết thời hạn hợp đồng. VNI đảm bảo việc tái tục hợp đồng bảo hiểm với điều kiện Bên mua bảo hiểm đóng đầy đủ phí bảo hiểm và chấp nhận các điều chỉnh về quyền lợi và chương trình bảo hiểm khi tái tục hợp đồng bảo hiểm theo yêu cầu của VNI.

5.4. Chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm

Ngoài các trường hợp chấm dứt hợp đồng bảo hiểm theo quy định của pháp luật, trường hợp một trong hai bên đề nghị chấm dứt hợp đồng bảo hiểm, bên yêu cầu phải thông báo bằng văn bản cho bên kia biết trước ba mươi (30) ngày kể từ ngày có ý định chấm dứt. Việc chấm dứt hợp đồng phải phù hợp với quy định của Luật kinh doanh Bảo hiểm và Bộ luật dân sự, và tuân thủ theo quy định sau:

- Trường hợp chấm dứt hợp đồng bảo hiểm theo yêu cầu của Bên mua bảo hiểm, VNI sẽ hoàn trả 80% phí bảo hiểm của thời hạn bảo hiểm còn lại với điều kiện trong thời gian hiệu lực bảo hiểm chưa phát sinh khiếu nại trả tiền bảo hiểm.
- Trường hợp chấm dứt hợp đồng bảo hiểm theo yêu cầu của VNI, VNI sẽ hoàn trả 100% phí bảo hiểm của thời hạn bảo hiểm còn lại.

5.5. Điều khoản bảo hiểm trùng

Tại thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm, người được bảo hiểm tham gia đồng thời nhiều hợp đồng bảo hiểm theo chương trình bảo hiểm này, VNI sẽ chỉ trả quyền lợi bảo hiểm trên cơ sở hợp đồng bảo hiểm có quyền lợi cao nhất và hoàn lại số phí bảo hiểm cho các hợp đồng còn lại (nếu trùng).

5.6. Các điều khoản bổ sung khác

Ngoài các nội dung được đề cập tại chương trình bảo hiểm này, các yêu cầu bảo hiểm khác của Bên mua bảo hiểm có thể được thỏa thuận bằng văn bản trên cơ sở đồng ý và được sự chấp thuận của VNI.

NG
QTY
BÁ
KH
S

CHƯƠNG II – QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Điều 6. Quyền lợi bảo hiểm chính

6.1. Điều trị nội trú do ốm bệnh, tai nạn

a. Phạm vi bảo hiểm

Bảo hiểm cho trường hợp Người được bảo hiểm bị ốm bệnh, tai nạn phải nằm viện điều trị nội trú hoặc phẫu thuật nội trú, thuộc phạm vi bảo hiểm xảy ra trong thời hạn bảo hiểm, trừ những trường hợp bị loại trừ theo quy định.

b. Hiệu lực bảo hiểm

Bảo hiểm có hiệu lực sau thời gian chờ dưới đây kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm quy định trên hợp đồng bảo hiểm:

- Ba mươi (30) ngày đối với ốm bệnh thông thường.
- Ba trăm sáu mươi lăm (365) ngày với bệnh đặc biệt, bệnh có sẵn, bệnh mãn tính.
- Một trăm tám mươi (180) ngày với các bệnh hô hấp, bệnh viêm phế quản, tiểu phế quản, viêm phổi các loại áp dụng với trẻ dưới sáu (06) tuổi.

c. Quyền lợi bảo hiểm

c.1. Trường hợp nằm viện

Trường hợp Người được bảo hiểm phải nằm viện thuộc phạm vi bảo hiểm, VNI sẽ thanh toán các chi phí y tế điều trị thực tế được cung cấp bởi bệnh viện, tối đa không quá giới hạn phụ cho mỗi ngày điều trị quy định trong hợp đồng bảo hiểm. Tổng số ngày điều trị được xét trả tiền bảo hiểm không quá sáu mươi (60) ngày/năm và tổng số tiền không vượt quá số tiền bảo hiểm quy định của quyền lợi điều trị nội trú.

Chi phí nằm viện bao gồm:

- Chi phí tiền giường/phòng.
- Tiền ăn theo tiêu chuẩn của bệnh viện.
- Chi phí xét nghiệm, hoặc các phương pháp chẩn đoán hình ảnh như X-quang, MRI, CT, PET, siêu âm, nội soi (các chi phí này phải do bác sĩ chỉ định là biện pháp cần thiết để chẩn đoán và điều trị bệnh và phải là một phần của chi phí điều trị nằm viện).
- Chi phí tiêm, truyền tĩnh mạch, thay băng, cắt chỉ.
- Thuốc điều trị, truyền máu, ôxy, huyết thanh, quần áo bệnh viện.
- Vật lý trị liệu (nếu những chi phí này là cần thiết theo chỉ định của bác sĩ điều trị và được thực hiện tại bệnh viện).
- Các chi phí y tế liên quan khác.

Cách tính ngày nằm viện:

- Trường hợp giấy xuất viện có đầy đủ giờ ra/vào: đủ 24 giờ tính thành 01 ngày nằm viện. Đối với thời gian không tròn ngày được thanh toán theo tỷ lệ số giờ/24.
- Trường hợp không đủ giờ ra/vào: Số ngày nằm viện = Ngày ra – Ngày vào.

c.2. Trường hợp phẫu thuật

Trường hợp Người được bảo hiểm phải phẫu thuật nội trú thuộc phạm vi bảo hiểm, VNI sẽ thanh toán các chi phí hội chẩn, gây mê, hồi sức, chi phí phẫu thuật, thuốc phẫu thuật, bộ dụng

cụ phẫu thuật, vật tư tiêu hao cần thiết cho phẫu thuật; chi phí phòng mổ, phẫu thuật viên bao gồm cả phẫu thuật cấy ghép nội tạng (không bảo hiểm cho chi phí mua, chi phí bảo quản các bộ phận nội tạng và chi phí cho người hiến nội tạng).

Giới hạn số tiền chi trả cho trường hợp phẫu thuật không vượt mức giới hạn tối đa được quy định trong hợp đồng bảo hiểm.

c.3. Các quyền lợi bảo hiểm khác

- Chi phí điều trị trước khi nhập viện phát sinh trong vòng ba mươi (30) ngày trước khi nhập viện.
- Chi phí điều trị sau khi xuất viện trong vòng ba mươi (30) ngày sau khi xuất viện.
- Chi phí y tá chăm sóc tại nhà sau khi xuất viện, tối đa mười lăm (15) ngày/năm.
- Dịch vụ xe cứu thương, xe cấp cứu bằng đường bộ trong tình trạng nguy kịch.
- Trợ cấp nằm viện công.
- Trợ cấp mai táng trong trường hợp tử vong tại bệnh viện.

6.2. Tử vong/ thương tật vĩnh viễn do tai nạn

a. Phạm vi

Bảo hiểm cho trường hợp Người được bảo hiểm chết, thương tật toàn bộ vĩnh viễn hoặc thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm xảy ra trong thời hạn bảo hiểm, trừ những trường hợp bị loại trừ theo quy định.

b. Hiệu lực bảo hiểm

Bảo hiểm có hiệu lực ngay khi bắt đầu thời hạn bảo hiểm quy định trong hợp đồng bảo hiểm.

c. Quyền lợi bảo hiểm

Trường hợp Người được bảo hiểm chết hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, VNI trả toàn bộ số tiền bảo hiểm ghi trên hợp đồng bảo hiểm.

Trường hợp Người được bảo hiểm bị thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, VNI trả tiền bảo hiểm theo Phụ lục 02 - Bảng tỷ lệ trả tiền thương tật tại chương trình bảo hiểm này.

Trường hợp Người được bảo hiểm bị tai nạn dẫn đến thương tật bộ phận vĩnh viễn đã được trả tiền bảo hiểm, trong vòng một (01) năm kể từ ngày xảy ra tai nạn Người được bảo hiểm bị chết do hậu quả của chính tai nạn đó, VNI sẽ trả phần chênh lệch giữa số tiền bảo hiểm ghi trong hợp đồng bảo hiểm với số tiền đã trả trước đó.

Tổng số tiền chi trả trong mọi trường hợp không vượt quá số tiền bảo hiểm ghi trong hợp đồng bảo hiểm.

Điều 7. Quyền lợi bảo hiểm bổ sung

7.1. Điều trị ngoại trú do ốm bệnh

a. Phạm vi bảo hiểm

Bảo hiểm cho trường hợp Người được bảo hiểm bị ốm bệnh, tai nạn phải điều trị ngoại trú, thuộc phạm vi bảo hiểm xảy ra trong thời hạn bảo hiểm, trừ những trường hợp bị loại trừ theo quy định.

b. Hiệu lực bảo hiểm

Bảo hiểm có hiệu lực sau thời gian chờ dưới đây kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm quy định trên hợp đồng bảo hiểm:

- Ba mươi (30) ngày đối với ốm bệnh thông thường.
- Ba trăm sáu lăm (365) ngày với bệnh đặc biệt, bệnh có sẵn, bệnh mãn tính.
- Một trăm tám mươi (180) ngày với các bệnh hô hấp, bệnh viêm phế quản, tiểu phế quản, viêm phổi các loại áp dụng với trẻ dưới sáu (06) tuổi.

c. Quyền lợi bảo hiểm

Trường hợp Người được bảo hiểm phải điều trị ngoại trú do ốm bệnh, tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, VNI sẽ thanh toán các chi phí y tế sau:

- Chi phí khám, các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thủ thuật thăm dò, vật tư y tế tiêu hao thông thường theo chỉ định của bác sĩ.
- Chi phí thuốc theo kê đơn của bác sĩ.
- Chi phí phẫu thuật/thủ thuật ngoại trú, nội soi chẩn đoán.
- Vật lý trị liệu, trị liệu học bức xạ, liệu pháp ánh sáng do bác sĩ chỉ định.
- Giới hạn số tiền chi trả không vượt mức giới hạn tối đa được quy định trong hợp đồng bảo hiểm.

7.2. Tử vong do ốm bệnh

a. Phạm vi và quyền lợi bảo hiểm

Phạm vi bảo hiểm: Bảo hiểm cho trường hợp Người được bảo hiểm bị tử vong do ốm bệnh, biến chứng thai sản thuộc phạm vi bảo hiểm xảy ra trong thời hạn bảo hiểm, trừ những trường hợp bị loại trừ theo quy định.

b. Hiệu lực bảo hiểm

Bảo hiểm có hiệu lực sau thời gian chờ dưới đây kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm quy định trên hợp đồng bảo hiểm:

- Chín mươi (90) ngày đối với tử vong do ốm bệnh thông thường.
- Ba trăm sáu lăm (365) ngày đối với tử vong do bệnh đặc biệt, bệnh có sẵn, bệnh mãn tính, biến chứng thai sản.

c. Quyền lợi bảo hiểm

Trường hợp Người được bảo hiểm tử vong thuộc phạm vi bảo hiểm, VNI trả toàn bộ số tiền bảo hiểm ghi trên hợp đồng bảo hiểm.

7.3. Điều trị nha khoa

a. Phạm vi bảo hiểm

Bảo hiểm cho trường hợp Người được bảo hiểm điều trị răng bệnh lý thuộc phạm vi bảo hiểm xảy ra trong thời hạn bảo hiểm, trừ những trường hợp bị loại trừ theo quy định.

b. Hiệu lực bảo hiểm

Bảo hiểm có hiệu lực sau chín mươi (90) ngày kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm quy định trong hợp đồng bảo hiểm.

c. Quyền lợi bảo hiểm

VNI sẽ thanh toán cho Người được bảo hiểm chi phí y tế điều trị răng bệnh lý gồm:

- Khám và chẩn đoán bệnh.
- Lấy cao răng.
- Trám răng bằng các chất liệu thông thường.
- Nhổ răng bệnh lý.
- Lấy u vôi răng (lấy vôi răng sâu dưới nướu).
- Phẫu thuật cắt chóp răng.
- Chữa tủy răng.
- Điều trị viêm nướu, viêm nha chu.

7.4. Bảo hiểm thai sản

a. Phạm vi bảo hiểm

Bảo hiểm cho trường hợp Người được bảo hiểm sinh đẻ hoặc các biến chứng thai sản thuộc phạm vi bảo hiểm xảy ra trong thời hạn bảo hiểm, trừ những trường hợp bị loại trừ theo quy định

b. Quyền lợi bảo hiểm

b.1. Sinh con

- Chi phí giường/phòng bệnh trên ngày.
- Chi phí khám bệnh bao gồm: công khám bác sĩ, chăm sóc điều dưỡng/ nữ hộ sinh, các cận lâm sàng, vật tư y tế tiêu hao thông thường theo chỉ định của bác sĩ.
- Thuốc theo kê đơn của bác sĩ.
- Vật tư y tế tiêu hao thông thường theo chỉ định của bác sĩ.
- Chi phí đỡ đẻ thường, đẻ thường, cắt khâu tầng sinh môn.
- Các chi phí liên quan đến các phương pháp chuyên môn kỹ thuật trong đẻ khó hoặc phẫu thuật lấy thai được Bộ y tế công nhận.

Với điều kiện tất cả các chi phí trên là chi phí liên quan trực tiếp đến kết luận/ chẩn đoán bệnh cuối cùng của bác sĩ.

Thủ thuật sinh mổ chỉ được bảo hiểm nếu do bác sĩ chỉ định là cần thiết cho ca sinh đó, không bao gồm việc sinh mổ theo yêu cầu của Người được bảo hiểm (hoặc phải mổ lại do việc yêu cầu mổ trước đó).

Loại trừ các trường hợp: may/ khâu thẩm mỹ, chiếu tia Plasma, giảm đau sau đẻ, chăm sóc mẹ trước và sau khi sinh, các chi phí theo yêu cầu.

b.2. Biến chứng thai sản

VNI sẽ chi trả các chi phí y tế phát sinh do các biến chứng trong quá trình mang thai hoặc trong quá trình sinh con cần đến phẫu thuật/ thủ thuật, chi phí chăm sóc mẹ trước và sau khi sinh tại cơ sở khám chữa bệnh. Biến chứng thai sản bao gồm các trường hợp sau:

- Sảy thai hoặc thai nhi chết trong tử cung.
- Chửa trứng.
- Thai ngoài tử cung.
- Băng huyết sau khi sinh.
- Sốt nhau thai trong tử cung sau khi sinh.

- Phá thai do điều trị bao gồm các trường hợp phá thai do các bệnh lý di truyền/ dị tật bẩm sinh của thai nhi hoặc phải phá thai để bảo vệ tính mạng của người mẹ.
- Dọa sinh non đối với thai từ tuần thứ hai mươi hai (22) đến tuần thứ ba mươi lăm (35) của thai kỳ.
- Chứa vết mổ, rau tiền đạo, rau bong non nhiễm độc thai nghén.
- Nhiễm trùng hậu sản các loại, sản giật, vỡ tử cung, chảy máu sau đẻ, phù phổi cấp, thuyên tắc ối.
- Biến chứng của các nguyên nhân trên.

b.3. Chăm sóc em bé sau sinh

VNI chi trả các chi phí chăm sóc cho trẻ sơ sinh tại bệnh viện trong vòng bảy (07) ngày sau khi sinh, với điều kiện người mẹ vẫn nằm viện (không bao gồm các chi phí vật dụng cá nhân, chi phí thức ăn cho em bé; chi phí điều trị cho em bé; tiêm phòng các loại; khám, thuốc dự phòng và xét nghiệm kiểm tra tầm soát; điều trị các bệnh bẩm sinh/ di truyền).

c. Hiệu lực bảo hiểm

Bảo hiểm có hiệu lực sau thời gian chờ dưới đây kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm quy định trên hợp đồng bảo hiểm:

- Chín mươi (90) ngày với biến chứng thai sản.
- Ba trăm sáu lăm (365) ngày đối với quyền lợi sinh đẻ, chăm sóc em bé sau sinh.

CHƯƠNG III – CÁC ĐIỂM LOẠI TRỪ BẢO HIỂM

Điều 8. Các điểm loại trừ chung

VNI không chịu trách nhiệm chi trả quyền lợi bảo hiểm trong các trường hợp sau:

- 8.1. Hành động cố ý của Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng hoặc Người thừa kế hợp pháp.
- 8.2. Chiến tranh hoặc hành động liên quan đến chiến tranh (kể cả có tuyên chiến hay không), nội chiến, khủng bố, bạo động, đình công.
- 8.3. Những rủi ro mang tính chất thảm họa như động đất, núi lửa, sóng thần, nhiễm phóng xạ; dịch bệnh theo công bố bởi Bộ Y tế hoặc cơ quan có thẩm quyền của nước sở tại hoặc Tổ chức y tế thế giới.
- 8.4. Khám, điều trị tại cơ sở y tế không đúng theo định nghĩa (bao gồm cả việc chỉ định bác sĩ phòng khám này đối với mua thuốc hay xét nghiệm, điều trị tại phòng khám, bệnh viện, nhà thuốc hợp pháp); Khám và điều trị không theo quy trình của cơ sở y tế.
- 8.5. Khám và/hoặc xét nghiệm không có kết luận chẩn đoán bệnh hoặc kết luận không có bệnh cần điều trị của bác sĩ.
- 8.6. Điều trị y tế hoặc sử dụng thuốc không có đơn thuốc và sự chỉ dẫn của bác sĩ; các loại thuốc không rõ nguồn gốc; các phòng khám/chẩn trị đông y tư nhân.
- 8.7. Điều trị thử nghiệm, điều trị không được khoa học công nhận và các dịch vụ điều trị miễn phí tại bất kỳ cơ sở y tế nào.

- 8.8. Điều trị tại nhà; điều trị tại các cơ sở y tế bằng phương pháp thủy lực hay các phương pháp thiên nhiên, spa, điều dưỡng, an dưỡng.
- 8.9. Điều trị ngoại trú (Không áp dụng nếu Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi điều trị ngoại trú).
- 8.10. Người được bảo hiểm bị ảnh hưởng bởi chất kích thích, chất gây nghiện, thuốc cai nghiện, thuốc không được bác sĩ chuyên môn kê đơn thuốc; rượu, bia hoặc các chất có cồn, chất cấm khác theo quy định của pháp luật.
- 8.11. Những chỉ định phẫu thuật có từ trước ngày bắt đầu bảo hiểm; điều trị và phẫu thuật theo yêu cầu của Người được bảo hiểm mà không liên quan tới chỉ định phẫu thuật cần thiết theo quy định chuyên môn. Các điều trị liên quan đến tái tạo dây chằng và sụn chêm chỉ được bảo hiểm từ năm thứ hai liên tục với điều trị đồng bảo hiểm 70/30 (Người được bảo hiểm chịu 30% chi phí theo định nghĩa đồng bảo hiểm).
- 8.12. Tử vong do sai sót y khoa trong quá trình điều trị bệnh, tai nạn, thai sản và điều trị khắc phục hậu quả của chúng. Tử vong không rõ nguyên nhân, cảm đột ngột, trúng gió, đột quỵ.
- 8.13. Các chi phí điều trị bất hợp lý, không tuân theo quy trình điều trị và/hoặc các chỉ định của bác sĩ, chi phí không cần thiết về mặt y tế.
- 8.14. Các chi phí và điều trị cho đối tượng không đủ điều kiện tham gia bảo hiểm.
- 8.15. Thực phẩm chức năng, thực phẩm bổ sung vi chất dinh dưỡng, thực phẩm bổ sung, thực phẩm bảo vệ sức khỏe, sản phẩm dinh dưỡng y học, các loại vitamin thuốc bổ, khoáng chất và các chất hữu cơ, thực phẩm chức năng, thuốc tăng cường miễn dịch cơ thể, các loại chế phẩm/ sinh phẩm y tế và/hoặc các danh mục khác tương tự như vậy.
- 8.16. Các chi phí liên quan đến phẫu thuật, điều trị bệnh/thương tật bằng phương pháp cấy tế bào gốc bao gồm những danh mục liệt kê dưới đây và/hoặc các danh mục khác được liệt kê trong hợp đồng bảo hiểm như chi phí chiết xuất, xử lý, cấy tế bào gốc, điều trị duy trì sau khi cấy tế bào và hậu quả của phương pháp điều trị này.
- 8.17. Chi phí để cung cấp, bảo dưỡng, sửa chữa hay thay thế các bộ phận/ thiết bị y tế hỗ trợ điều trị, bộ phận giả; Chi phí phục hồi chức năng.
- 8.18. Các chi phí điều trị liên quan đến răng bao gồm cả điều trị nội trú và ngoại trú (trừ trường hợp có tham gia quyền lợi bảo hiểm nha khoa).
- 8.19. Sinh đẻ, điều trị thai sản và biến chứng thai sản (trừ trường hợp tham gia quyền lợi Bảo hiểm thai sản).
- 8.20. Các hình thức thẩm mỹ, phẫu thuật thẩm mỹ, chỉnh hình; điều trị tăng sắc tố, nám da, nốt ruồi, mụn trứng cá, rụng tóc.
- 8.21. Bệnh ung thư và các hậu quả liên quan.
- 8.22. Hậu quả của các trường hợp trên.

Điều 9. Các điểm loại trừ riêng đối với bảo hiểm tai nạn

VNI không chịu trách nhiệm chi trả quyền lợi bảo hiểm trong các trường hợp sau:

- 9.1. Mất tích.

- 9.2. Người được bảo hiểm vi phạm pháp luật phải thụ án hình sự và/ hoặc vi phạm Luật giao thông; vi phạm nội quy của cơ quan theo Luật lao động, nội quy của chính quyền địa phương hoặc các tổ chức xã hội.
- 9.3. Người điều khiển phương tiện trong tình trạng có nồng độ cồn trong máu hoặc khí thở; sử dụng ma túy và các chất bị cấm theo quy định của pháp luật; điều khiển phương tiện nhưng không có giấy phép điều khiển phương tiện hợp lệ, còn hiệu lực.
- 9.4. Tham gia tập luyện hoặc tham gia thi đấu các môn thể thao chuyên nghiệp hoặc các hoạt động thể thao nguy hiểm, bất kỳ hoạt động đua nào.
- 9.5. Tham gia vào các hoạt động hàng không (trừ khi với tư cách là hành khách), tham gia các cuộc diễn tập huấn luyện quân sự, tham gia chiến đấu của lực lượng vũ trang.
- 9.6. Các hành động đánh nhau của Người được bảo hiểm, trừ khi chứng minh được hành động đánh nhau đó chỉ với mục đích cứu người, bảo vệ tài sản hoặc tự vệ chính đáng.
- 9.7. Tai nạn là hậu quả phát sinh từ việc ăn, uống, hít phải hơi độc, khí độc, chất độc.
- 9.8. Tai nạn là hậu quả của các bệnh/ thương tật có sẵn, bệnh tâm thần, động kinh, rối loạn tâm lý, suy nhược thần kinh/ suy nhược cơ thể không có nguyên nhân bệnh lý, mất ngủ bao gồm rối loạn giấc ngủ, mệt mỏi, mồi mắt điều tiết, căng thẳng thần kinh, chứng quên hay suy giảm trí nhớ theo kết luận của bác sĩ.

Điều 10. Các điểm loại trừ riêng đối với ốm bệnh, thai sản

- 10.1. Khám sức khỏe định kỳ/thông lệ, bao gồm kiểm tra sức khỏe tổng quát, xét nghiệm định kỳ, khám thai định kỳ, tiêm chủng, uống vắc xin phòng ngừa (trừ trường hợp tiêm vắc-xin sau khi bị tai nạn hay súc vật, côn trùng cắn); khám và điều trị bệnh phụ khoa/nam khoa; kiểm tra thị lực và thính lực thông thường, điều trị cận thị, viễn thị, lão thị, loạn thị, nhược thị, điều trị sửa chữa những khiếm khuyết về suy thoái thị lực và thính lực tự nhiên, khám và điều trị đục thủy tinh thể. Bệnh khô mắt, mồi mắt điều tiết được bảo hiểm với giới hạn 5% số tiền bảo hiểm điều khoản ngoại trú/lần khám và không vượt quá số tiền bảo hiểm điều khoản điều trị ngoại trú.
- 10.2. Kế hoạch hóa gia đình; phá thai không có chỉ định của bác sĩ; thay đổi giới tính; điều trị bất lực tình dục; rối loạn chức năng sinh dục; liệu pháp hormone thay thế thời kỳ tiền mãn kinh, mãn kinh, tiền mãn dục, mãn dục và bất cứ hậu quả hoặc biến chứng nào của điều trị trên.
- 10.3. Các phương pháp điều trị vô sinh, hỗ trợ sinh sản, giảm thai sau hỗ trợ sinh sản, các chi phí phát sinh trong quá trình mang thai và sinh đẻ cho người có thai bằng hỗ trợ sinh sản.
- 10.4. Các bệnh lây lan qua đường tình dục không phân biệt nguồn lây; HIV/AIDS và các hội chứng suy giảm miễn dịch. Bệnh lao các loại, bệnh sốt rét, bệnh nghề nghiệp, bệnh phong. Bệnh suy tủy, bạch cầu, điều trị lọc máu, chạy thận nhân tạo và hậu quả hay biến chứng của các bệnh này.
- 10.5. Kiểm soát trọng lượng cơ thể (tăng hoặc giảm cân); suy dinh dưỡng, còi xương, béo phì.
- 10.6. Bệnh rối loạn tâm thần và hành vi, bệnh tâm thần/loạn thần kinh hoặc bệnh chậm phát triển, bệnh rối loạn thiếu tập trung, bệnh tự kỉ. Điều trị rối loạn giấc ngủ, mất ngủ, ngủ ngáy không rõ nguyên nhân, suy nhược và hội chứng căng thẳng (stress) hoặc các bệnh có liên quan từ hội chứng đó.



Handwritten signature or mark.

- 10.7. Bệnh bẩm sinh, bệnh di truyền/dị tật/khuyết tật bẩm sinh, bệnh dị dạng về gen và mọi biến chứng, hậu quả liên quan đến những bệnh này như bệnh tim bẩm sinh, bệnh Down, hở môi, hở hàm ếch, tích nước trong não, hẹp hậu môn, hẹp bao quy đầu, vẹo vách ngăn bẩm sinh và/hoặc các danh mục được liệt kê trong hợp đồng bảo hiểm.
- 10.8. Hậu quả sau khi sinh như bệnh sốt, nhiễm khuẩn, hậu sản, rong huyết, căng sữa, tắt sữa, áp xe vú, đau đầu, chân tay tê mỏi, đau nhức lưng, rối loạn đường tiết niệu (trừ trường hợp có tham gia quyền lợi bảo hiểm thai sản).

CHƯƠNG IV – QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CÁC BÊN

Điều 11. Nghĩa vụ cung cấp thông tin, ngăn ngừa hạn chế tổn thất

- 11.1. Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm có nghĩa vụ cung cấp đầy đủ và trung thực tất cả những thông tin có liên quan đến việc giao kết và thực hiện hợp đồng bảo hiểm theo yêu cầu của VNI đồng thời chịu hoàn toàn trách nhiệm về những thông tin đã cung cấp.
- 11.2. Khi xảy ra rủi ro, Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm, Người thụ hưởng phải áp dụng mọi biện pháp cần thiết có thể để ngăn ngừa hạn chế tổn thất; chấp hành chỉ định chẩn đoán, điều trị của người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh.
- 11.3. Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm có nghĩa vụ thu thập và cung cấp cho VNI các giấy tờ cần thiết và các thông tin có liên quan theo yêu cầu của VNI một cách trung thực, chính xác, kịp thời và đầy đủ. Đồng thời tạo điều kiện thuận lợi cho VNI tiến hành xác minh nguyên nhân, hậu quả rủi ro.

Điều 12. Quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm

12.1. Quyền của Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm

- a. Yêu cầu VNI giải thích các điều kiện, điều khoản bảo hiểm; cấp hợp đồng bảo hiểm.
- b. Yêu cầu VNI trả tiền bảo hiểm theo thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm.
- c. Đơn phương đình chỉ, chấm dứt hợp đồng bảo hiểm trong trường hợp VNI cố ý cung cấp thông tin sai sự thật nhằm giao kết hợp đồng bảo hiểm.
- d. Các quyền khác theo quy định của pháp luật.

12.2. Nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm

- a. Đọc, hiểu kỹ chương trình bảo hiểm, hợp đồng bảo hiểm; trường hợp chưa hiểu rõ phải yêu cầu nhân viên hoặc đại lý của VNI giải thích và được coi là đã hiểu rõ các quy định khi đã nhận hợp đồng bảo hiểm.
- b. kê khai đầy đủ, trung thực mọi chi tiết có liên quan đến hợp đồng bảo hiểm.
- c. Đóng phí bảo hiểm đầy đủ, theo thời hạn và phương thức đã thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm.
- d. Thông báo ngay những trường hợp có thể làm tăng rủi ro hoặc làm phát sinh thêm trách nhiệm của VNI trong quá trình thực hiện hợp đồng bảo hiểm.
- e. Thông báo ngay cho VNI về việc xảy ra sự kiện bảo hiểm.
- f. Áp dụng các biện pháp đề phòng, hạn chế tổn thất theo quy định của hợp đồng bảo hiểm và quy định của pháp luật.
- g. Các nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật.

Điều 13. Quyền và nghĩa vụ của VNI

13.1. Quyền của VNI

- a. Yêu cầu Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm cung cấp đầy đủ, trung thực thông tin liên quan đến việc giao kết và thực hiện hợp đồng bảo hiểm.

- b. Thu phí bảo hiểm theo thoả thuận trong hợp đồng bảo hiểm.
- c. Đơn phương đình chỉ, chấm dứt hợp đồng bảo hiểm khi Bên mua bảo hiểm cố ý cung cấp thông tin sai sự thật nhằm giao kết hợp đồng bảo hiểm.
- d. Yêu cầu Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm áp dụng các biện pháp đề phòng, hạn chế tổn thất theo quy định của pháp luật.
- e. Các quyền khác theo quy định của pháp luật.

13.2. Nghĩa vụ của VNI

- a. Giải thích cho Bên mua bảo hiểm về các điều kiện, điều khoản bảo hiểm; quyền lợi và nghĩa vụ khi tham gia bảo hiểm.
- b. Cấp cho Bên mua bảo hiểm hợp đồng bảo hiểm.
- c. Chi trả tiền bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm theo thoả thuận trong hợp đồng bảo hiểm.
- d. Trường hợp từ chối chi trả tiền bảo hiểm, phải giải thích bằng văn bản lý do từ chối trả tiền bảo hiểm.
- e. Các nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật.

CHƯƠNG V – QUY ĐỊNH VỀ YÊU CẦU TRẢ TIỀN BẢO HIỂM

Điều 14. Hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm

Khi yêu cầu trả tiền bảo hiểm, Người được bảo hiểm và/ hoặc Người thụ hưởng phải gửi các chứng từ, tài liệu cho VNI (kể cả các chứng từ, tài liệu liên quan hoặc đang lưu trữ tại cơ sở y tế hoặc từ các công ty bảo hiểm khác).

- Trường hợp chứng từ, tài liệu nộp cho VNI là bản sao y công chứng/ bản photo, VNI có quyền yêu cầu xuất trình bản chính để kiểm tra, đối chiếu.
- Người được bảo hiểm và/ hoặc Người thụ hưởng phải chịu các chi phí phát sinh liên quan đến việc thu thập các giấy tờ bồi thường.
- Trường hợp chứng từ, tài liệu bằng tiếng nước ngoài phải nộp kèm một bản dịch sang tiếng Việt có công chứng. Chi phí dịch thuật, công chứng do Người được bảo hiểm và/ hoặc Người thừa kế hợp pháp chi trả.

Các chứng từ tài liệu gửi cho VNI bao gồm:

1. Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm (bản gốc theo mẫu của Bảo hiểm VNI).
2. Hồ sơ tai nạn (bản gốc/ bản sao y công chứng):
 - Bản tường trình tai nạn/ Biên bản vụ tai nạn/ Biên bản tai nạn lao động/ Biên bản giải quyết tai nạn giao thông/ Kết luận điều tra có xác nhận của cơ quan/ chính quyền địa phương/ cơ quan công an nơi xảy ra vụ tai nạn.
 - Đăng ký phương tiện, Giấy phép điều khiển phương tiện, đăng kiểm phương tiện (trong trường hợp Người được bảo hiểm bị tai nạn trong khi điều khiển phương tiện).
 - Biên bản giám định thương tật/ Giấy chứng thương (trong trường hợp Người được bảo hiểm bị thương tật vĩnh viễn).
3. Chứng từ y tế điều trị (bản gốc/ bản sao y công chứng/ bản sao có đối chiếu của VNI)
 - Phiếu khám, Sổ khám bệnh, Sổ y bạ.
 - Giấy ra viện.
 - Giấy chứng nhận phẫu thuật/Phiếu mổ.
 - Phiếu điều trị, phiếu chỉ định xét nghiệm, kết quả xét nghiệm hoặc phiếu chụp liên quan, chỉ định và kết quả cận lâm sàng.
 - Lịch trình, quy trình điều trị tùy răng, phương pháp điều trị răng.
 - Lịch trình điều trị vật lý trị liệu hoặc các phương pháp tương tự khác.
 - Đơn thuốc, toa thuốc.
4. Chứng từ thanh toán chi phí y tế (bản gốc)
 - Hóa đơn tài chính, hóa đơn bán lẻ, biên lai thu tiền, phiếu thu tiền theo quy định (VNI không chấp nhận các Biên lai/ phiếu thu bán lẻ cộng gộp cho mỗi hồ sơ yêu cầu bồi thường).
 - Bảng kê chi tiết kèm theo.
5. Chứng từ liên quan đến tử vong (bản gốc/ bản sao y công chứng)
 - Hồ sơ y tế liên quan đến quá trình điều trị bệnh, tai nạn trước khi tử vong.

- Giấy chứng từ/ Trích lục khai tử.
- 6. Các giấy tờ cần thiết khác có liên quan đến việc giải quyết quyền lợi bảo hiểm phù hợp với quy định của pháp luật và chương trình bảo hiểm này.

Điều 15. Thời hạn giải quyết, khiếu nại và khởi kiện

15.1. Thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm

Trong vòng sáu mươi (60) ngày kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm, Người được bảo hiểm/ Người thụ hưởng phải thông báo cho VNI bằng văn bản về việc có sự kiện bảo hiểm đã xảy ra. Thời hạn gửi yêu cầu trả tiền bảo hiểm hoặc bồi thường theo hợp đồng bảo hiểm là 01 (một) năm kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm. Quá thời hạn trên, mọi yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm không có giá trị. Thời gian xảy ra sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan khác không tính vào thời hạn yêu cầu trả tiền bảo.

15.2. Thời hạn giải quyết hồ sơ bảo hiểm

Khi xảy ra sự kiện bảo hiểm, VNI có trách nhiệm giải quyết bảo hiểm trong thời hạn mười lăm (15) ngày kể từ ngày nhận được hồ sơ yêu cầu bồi thường đầy đủ, hợp lệ.

15.3. Thời hạn khiếu nại

Thời hạn khiếu nại về việc giải quyết trả tiền bảo hiểm là chín mươi (90) ngày kể từ ngày nhận được thông báo kết quả giải quyết của VNI. Quá thời hạn trên, mọi khiếu nại đều không có giá trị và không được giải quyết.

CHƯƠNG VI – GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP

Điều 16. Luật áp dụng

Luật áp dụng cho việc giải quyết các tranh chấp này là pháp luật Việt Nam.

Điều 17. Giải quyết tranh chấp

Mọi tranh chấp liên quan đến hợp đồng bảo hiểm, 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 tại Việt Nam để giải quyết tranh chấp theo quy định của pháp luật.

Điều 18. Thời hạn khởi kiện

Thời hiệu khởi kiện về hợp đồng bảo hiểm là ba (03) năm, kể từ thời điểm phát sinh tranh chấp.

NG
IG
BẢ
KH

PHỤ LỤC 01: DANH MỤC BỆNH ĐẶC BIỆT

1. Bệnh hệ tuần hoàn

Bệnh tim, tăng/cao huyết áp, tăng áp lực động mạch vô căn, các bệnh mạch máu não /đột quy và các hậu quả/ di chứng của bệnh này; Viêm tĩnh mạch và viêm tắc/ nghẽn tĩnh mạch, giãn tĩnh mạch chi dưới, hội chứng ống cổ tay.

2. Bệnh hệ hô hấp

Giãn phế quản; hen/ suyễn; suy phổi; tràn khí phổi; bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD).

3. Bệnh hệ tai – mũi – họng

Viêm mũi dị ứng; bệnh viêm/ quá phát VA/ Amydan cần phải nạo/ phẫu thuật hoặc có biến chứng viêm tai giữa; viêm xoang; viêm tai giữa cần phải phẫu thuật; sùi vòm họng; cắt bỏ xương xoăn.

4. Bệnh hệ tiêu hóa

Viêm gan các loại; xơ gan; suy gan; bệnh túi mật, sỏi túi mật, sỏi đường mật trong và ngoài gan, bệnh tuyến tụy; viêm/ loét hệ tiêu hóa (dạ dày, tá tràng, ruột, đại tràng, trực tràng); trĩ/ nứt kẽ hậu môn.

5. Bệnh hệ thần kinh

Các bệnh viêm hệ thần kinh trung ương (não); teo hệ thống ảnh hưởng lên hệ thần kinh trung ương (bệnh Huntington, mất điều vận động di truyền, teo cơ cột sống và hội chứng liên quan); rối loạn vận động ngoài tháp (Parkison, rối loạn trương lực cơ, rối loạn vận động và ngoại tháp khác); Alzheimer; hội chứng Apalic/ mất trí nhớ; động kinh; hôn mê; các bệnh bại não và hội chứng liệt khác; migraine; rối loạn tiền đình; thiếu năng tuần hoàn não; zona.

6. Bệnh hệ tiết niệu

Bệnh của cầu thận, ống thận, đài bể thận, suy thận, sỏi trong hệ tiết niệu.

7. Bệnh hệ nội tiết

Rối loạn tuyến giáp, đái tháo đường và nội tiết tuyến tụy, tuyến thượng thận, hôn mê, rối loạn các tuyến nội tiết khác.

8. Bệnh của máu

Thiếu máu mạn tính; thiếu máu bất sản; rối loạn đông máu; rối loạn chức năng của bạch cầu đa trung tính; bệnh liên quan mô lưới bạch huyết và hệ thống lưới mô bào; xuất huyết do giảm số lượng/ chức năng tiểu cầu, rối loạn sinh tủy, xơ tủy, suy tủy, ghép tủy; tan máu tự miễn, hội chứng Evans.

9. Bệnh của da và mô liên kết

Bệnh Lupus ban đỏ; xơ cứng bì toàn thân; xơ cứng rải rác; xơ cứng biểu bì tiến triển; loạn dưỡng cơ và biến chứng của các bệnh này; Penphygus; vẩy nến; mê đay mạn tính; hội chứng raynaud; dị ứng cơ địa.

10. Bệnh xương khớp

Viêm khớp/ đa khớp; thấp khớp; khô khớp; viêm xương; giảm/ loãng xương; thoái hoá xương/ khớp; thoái hoá cột sống; thoát vị đĩa đệm; bệnh gout; các điều trị liên quan đến tái tạo dây chằng, rách sụn chêm.

11. Bệnh hệ sinh sản

Lộ tuyến cổ tử cung; viêm/ tắc tử cung/ vòi trứng; thay đổi sợi bọc tuyến vú; tràn dịch tinh hoàn; giãn thừng tinh.

12. Bệnh ung thư và khối u

Bệnh ung thư; u; bướu; polyp; nang/ kyst; hạt; các tình trạng phình/ giãn các loại: mắt cá; mụn, nốt ruồi các loại; mộng thịt.

13. Khác

Tình trạng gai, sỏi, sạn, vôi hóa, xơ hóa các cơ quan/bộ phận cơ thể; thoái hoá tự nhiên.

PHỤ LỤC 02: BẢNG TỶ LỆ TRẢ TIỀN THƯƠNG TẬT
(ÁP DỤNG CHO QUYỀN LỢI BẢO HIỂM TAI NẠN CÁ NHÂN)
(Ban hành theo Quyết định số 558/QĐ-BHHK ngày 22/12/2021 của Tổng Giám đốc Tổng Công ty Cổ phần Bảo hiểm Hàng không)

	THƯƠNG TẬT TOÀN BỘ VĨNH VIỄN	Tỷ lệ % STBH
1	Mất hoặc mù hoàn toàn 2 mắt	100%
2	Rối loạn tâm thần hoàn toàn không thể chữa được	100%
3	Hỏng toàn bộ chức năng nhai và nói	100%
4	Mất hoặc liệt hoàn toàn 2 tay (từ vai hoặc khuỷu xuống) hoặc 2 chân (từ hông hoặc đầu gối xuống)	100%
5	Mất cả hai bàn tay hoặc hai bàn chân hoặc mất một cánh tay và một bàn chân hoặc mất một cánh tay và một cẳng chân hoặc một bàn tay và một bàn chân	100%
6	Mất hoàn toàn khả năng lao động mà không thể làm bất cứ việc gì (toàn bộ bị tê liệt, bị thương dẫn đến tình trạng nằm liệt giường hoặc dẫn đến tàn tật toàn bộ vĩnh viễn)	100%
7	Cắt toàn bộ một bên phổi và một phần phổi bên kia	100%
	THƯƠNG TẬT BỘ PHẬN VĨNH VIỄN	Tỷ lệ % STBH
CHI TRÊN		
8	Mất một cánh tay từ vai xuống (tháo khớp vai)	75%
9	Cắt cụt cánh tay từ dưới vai xuống	70%
10	Cắt cụt một cánh tay từ khuỷu xuống (tháo khớp khuỷu)	65%
11	Mất trọn một bàn tay hoặc toàn bộ cả 5 ngón tay	60%
12	Mất đồng thời cả bốn ngón tay của một bàn tay	40%
13	Mất đồng thời cả ngón cái và ngón trỏ	35%
14	Mất 3 ngón: 3 - 4 - 5	30%
15	Mất ngón cái và 2 ngón khác	35%
16	Mất ngón cái và một ngón khác	30%
17	Mất ngón trỏ và hai ngón khác	35%
18	Mất ngón trỏ và một ngón giữa	30%
19	Mất trọn ngón cái và đốt bàn	25%
	Mất trọn ngón cái	20%
	Mất cả đốt ngoài	10%
	Mất nửa đốt ngoài	7%
20	Mất ngón trỏ và đốt bàn	20%
	Mất ngón trỏ	18%
	Mất hai đốt 2 và 3	10%

	Mất đốt 2	8%
21	Mất trọn ngón giữa hoặc ngón nhẫn (bao gồm cả đốt bàn)	18%
	Mất trọn ngón giữa hoặc ngón nhẫn	15%
	Mất hai đốt 2 và 3	8%
	Mất đốt 2	4%
22	Mất cả ngón út và đốt bàn	15%
	Mất cả ngón út	10%
	Mất hai đốt 2 và 3	8%
	Mất đốt 2	4%
23	Cứng khớp bả vai	30%
24	Cứng khớp khuỷu tay	25%
25	Cứng khớp cổ tay	20%
26	Gãy tay can lệch hoặc mất xương làm chi ngắn trên 3cm và chức năng quay sấp ngửa hạn chế hoặc tạo thành khớp giả	25%
CHI DƯỚI		
27	Mất một chân từ háng xuống (tháo khớp không một đùi)	75%
28	Cắt cụt một đùi	
	1/3 trên	70%
	1/3 giữa hoặc dưới	55%
29	Cắt cụt một chân từ gối xuống (tháo khớp gối)	60%
30	Tháo khớp cổ chân hoặc mất một bàn chân	55%
31	Mất xương sên	35%
32	Mất xương gót	35%
33	Mất đoạn xương chày, mác gây khớp giả cẳng chân	35%
34	Mất đoạn xương mác	20%
35	Mất mắt cá chân: Mất cá ngoài	10%
	Mất cá trong	15%
36	Mất cả 5 ngón chân	45%
37	Mất 4 ngón chân bao gồm cả ngón cái	38%
38	Mất bốn ngón trừ ngón cái	35%
39	Mất ba ngón 3 – 4 – 5	25%
40	Mất ba ngón 1 – 2 – 3	30%
41	Mất một ngón cái và ngón 2	20%
42	Mất một ngón cái	15%
43	Mất một ngón ngoài ngón cái	10%
44	Mất một đốt ngón cái	8%

45	Cứng khớp hông	45%
46	Cứng khớp gối	30%
47	Mất phần lớn xương bánh chè và giới hạn nhiều khả năng duỗi cẳng chân trên đùi	45%
48	Gãy chân can lệch hoặc mất xương làm ngắn chi	
	Ít nhất 5 cm	40%
	Từ 3 đến 5 cm	35%
49	Liệt hoàn toàn dây thần kinh hông khoeo ngoài	35%
50	Liệt hoàn toàn dây thần kinh hông khoeo trong	25%
CỘT SỐNG		
51	Cắt bỏ cung sau của một đốt sống	35%
	Cắt bỏ cung sau của 2 – 3 đốt sống trở lên	45%
SỌ NÃO		
52	Khuyết xương sọ (chưa có biểu hiện thần kinh, tâm thần) gây ra đau đầu kéo dài	35%
LÒNG NGỰC		
53	Cắt bỏ 1 -2 xương sườn	15%
54	Cắt bỏ từ 3 xương sườn trở lên	25%
55	Cắt bỏ đoạn mỗi xương sườn	8%
56	Cắt toàn bộ một bên phổi	70%
57	Cắt nhiều thùy phổi ở 2 bên, DTS giảm trên 50%	65%
58	Cắt nhiều thùy phổi ở 2 bên	50%
59	Cắt một thùy phổi	35%
BỤNG		
60	Cắt toàn bộ dạ dày	75%
61	Cắt đoạn dạ dày	50%
62	Cắt gần hết ruột non (còn lại dưới 1 m)	75%
63	Cắt đoạn ruột non	40%
64	Cắt toàn bộ đại tràng	75%
65	Cắt đoạn đại tràng	50%
66	Cắt bỏ gan phải quy tắc thuận	70%
67	Cắt bỏ gan trái quy tắc thuận	60%
68	Cắt phần thùy gan, tùy vị trí, số lượng và kết quả phẫu thuật	40%
69	Cắt bỏ túi mật	45%
70	Cắt bỏ lá lách	40%
71	Cắt bỏ đuôi tụy, lách	60%

CƠ QUAN TIẾT NIỆU, SINH DỤC		
72	Cắt bỏ một thận, thận còn lại bình thường	50%
73	Cắt bỏ một thận, thận còn lại bị thương hoặc bệnh lý	70%
74	Cắt một phần thận trái hoặc phải	30%
75	Cắt một phần bàng quang	27%
76	Mất dương vật và 2 tinh hoàn ở người:	
	Dưới 55 tuổi chưa có con	70%
	Dưới 55 tuổi đã có con	55%
	Trên 55 tuổi	35%
77	Cắt bỏ dạ con và buồng trứng ở người:	
	Dưới 45 tuổi chưa có con	60%
	Dưới 45 tuổi đã có con	30%
	Trên 45 tuổi	25%
78	Cắt vú ở nữ:	
	Dưới 45 tuổi: một bên	20%
	Dưới 45 tuổi: hai bên	45%
	Trên 45 tuổi: một bên	15%
	Trên 45 tuổi: hai bên	30%
MẮT		
79	Mất hoặc mù hoàn toàn một mắt	
	Không lắp được mắt giả	55%
	Lắp được mắt giả	50%
80	Mất hoặc mù hoàn toàn một mắt nhưng trước khi xảy ra tai nạn này đã mất hoặc mù một mắt rồi	80%
TAI – MŨI – HỌNG		
81	Điếc 2 tai, hoàn toàn không phục hồi được	75%
	Nặng (nói to hoặc thét vào tai người nghe)	60%
	Vừa (nói to 1-2m vẫn có khả năng nghe)	35%
	Nhẹ (nói to 2-4m vẫn có khả năng nghe)	15%
82	Điếc một tai, hoàn toàn không phục hồi được	30%
	Vừa	15%
	Nhẹ	8%
83	Mất vành tai hai bên	20%
84	Mất vành tai một bên	10%
85	Mất mũi, biến dạng mũi	18%
MẶT		

86	Mất toàn bộ xương hàm trên và một phần xương hàm dưới từ cạnh cao trở xuống	
	Khác bên	80%
	Cùng bên	70%
87	Mất toàn bộ xương hàm trên hoặc dưới	70%
88	Mất một phần xương hàm trên hoặc một phần xương hàm dưới từ 1/3 đến 1/2 bị mất từ cạnh cao trở xuống	35%
89	Mất răng: trên 6 cái không lắp được răng giả	30%
	Từ 5 – 7 răng	15%
90	Mất 3/4 lưỡi, còn gốc lưỡi	75%
91	Mất 2/3 lưỡi từ đầu lưỡi	50%
92	Mất 1/3 lưỡi ảnh hưởng đến phát âm	15%
93	Mất một phần nhỏ lưỡi (dưới 1/3) ảnh hưởng đến phát âm	10%

Nguyên tắc xét trả tiền bảo hiểm

Việc xét giải quyết trả tiền theo Bảng này sẽ căn cứ trên các chứng từ điều trị của Bên mua bảo hiểm và/ hoặc Người được bảo hiểm cung cấp và tuân thủ các nguyên tắc dưới đây:

- 1) Mất hẳn chức năng của từng bộ phận hoặc hỏng vĩnh viễn chỉ được coi như mất từng bộ phận đó hoặc mất chi.
- 2) Trường hợp đa vết thương được trả tiền bảo hiểm cho từng vết thương nhưng tổng số tiền trả cho Người được bảo hiểm không vượt quá số tiền bảo hiểm. Trường hợp đa vết thương ở cùng một chi, tổng số tiền trả cho các vết thương không được vượt quá tỷ lệ mất chi đó.
- 3) Những trường hợp phải mổ lại, đập can xương làm lại được trả thêm 50% thang tỷ lệ trả cho trường hợp đó nhưng tổng số tiền chi trả không vượt quá số tiền bảo hiểm

C
PH
HAI
1963

GIẤY YÊU CẦU BẢO HIỂM AN TÂM SỐNG KHỎE

(Giấy yêu cầu bảo hiểm là một phần không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm)

Trách nhiệm của Người tham gia bảo hiểm:

- Đọc kỹ ghi chú dưới đây trước khi điền vào Giấy Yêu cầu Bảo hiểm (YCBH).
- Phải khai báo cho Công ty bảo hiểm toàn bộ những thông tin bạn biết liên quan đến quyết định chấp nhận hay không chấp nhận bảo hiểm của Công ty bảo hiểm. Thông tin trên Giấy YCBH phải do Người yêu cầu bảo hiểm/NĐBH kê khai và ký xác nhận.
- Khai báo các thông tin trên trước khi mở rộng, thay đổi hay tái lập một Hợp đồng bảo hiểm.
- Trường hợp không thực hiện đầy đủ trách nhiệm khai báo mọi thông tin, Công ty bảo hiểm có toàn quyền giảm trách nhiệm một phần hoặc toàn bộ đối với khiếu nại Hợp đồng này. Nếu việc không khai báo nhằm mục đích trục lợi bảo hiểm, Công ty bảo hiểm có quyền hủy/vô hiệu hóa hợp đồng bảo hiểm ngay từ ngày bắt đầu có hiệu lực.

1. THÔNG TIN VỀ BÊN MUA BẢO HIỂM

Họ và tên: Ngày tháng năm sinh:/...../.....
Số CMND/CCCD/Hộ chiếu: Điện thoại:
Địa chỉ: Email:

2. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

Họ và tên: Ngày tháng năm sinh:/...../.....
Số CMND/CCCD/Hộ chiếu/Số Giấy Khai sinh: Quan hệ với Bên mua bảo hiểm:
Nghề nghiệp: Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ
Địa chỉ:

3. LỰA CHỌN ĐIỀU KIỆN BẢO HIỂM (TÍCH VÀO QUYỀN LỢI LỰA CHỌN)

1. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM CHÍNH: ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ DO ỐM BỆNH, TAI NẠN & TỬ VONG/ THƯƠNG TẬT VĨNH VIỄN DO TAI NẠN (Lựa chọn 1 chương trình)

☐ Cơ bản ☐ Đồng ☐ Titan ☐ Bạc ☐ Vàng ☐ Bạch Kim ☐ Kim Cương ☐ VIP

2. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM BỔ SUNG:

(Lựa chọn 1 hoặc nhiều Quyền lợi bảo hiểm bổ sung cùng chương trình với điều khoản chính)

☐ Điều trị ngoại trú do ốm bệnh, tai nạn ☐ Bảo hiểm tử vong do ốm bệnh ☐ Bảo hiểm Nha Khoa ☐ Bảo hiểm Thai sản

Số tiền bảo hiểm: VNĐ

Thời hạn bảo hiểm: Từ/...../..... đến/...../.....

4. THÔNG TIN VỀ TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE

- a) Người được bảo hiểm kê khai trên đã từng phải điều trị, nằm viện hay phẫu thuật trong một bệnh viện, viện điều dưỡng, phòng khám hoặc các tổ chức y tế khác trong vòng 3 năm gần đây không? Có ☐ Không ☐
- b) Người được bảo hiểm có đang được theo dõi hoặc điều trị thương tật, bệnh hoặc có triệu chứng sức khỏe không ổn định hoặc cần phải điều trị bệnh viện trong vòng 12 tháng tới không? Có ☐ Không ☐



TỔNG CÔNG TY CỔ PHẦN BẢO HIỂM HÀNG KHÔNG

Địa chỉ: Tầng 15, tòa nhà Geleximco, số 36 Hoàng Cầu, Đống Đa, Hà Nội
Điện thoại: (024) 6276 5555 | Fax: (024) 6276 555 | www.bhhk.com.vn

c) Trong 3 năm qua, Người được bảo hiểm có mắc hay điều trị một hay nhiều triệu chứng các bệnh sau: ung thư, u các loại, huyết áp, tim mạch, loét dạ dày, viêm đa khớp mãn tính, loét ruột, viêm gan, viêm màng trong dạ con, trĩ, sỏi trong các hệ thống tiết niệu và đường mật, lao, đục nhân mắt, viêm xoang, tiểu đường, thoát vị đĩa đệm hay các bệnh khác không?

Có ☐ Không ☐

Nếu trả lời là "Có" cho bất kì câu hỏi nào từ (a) tới (c), xin cung cấp thêm chi tiết:

Ngày điều trị	Chẩn đoán	Chi tiết điều trị	Kết quả	Tên, địa chỉ bác sĩ/bệnh viện
...../...../.....				
...../...../.....				
...../...../.....				
...../...../.....				

d) Người được bảo hiểm hiện có đang tham gia hợp đồng bảo hiểm sức khỏe trong vòng 5 năm gần đây không?

Có ☐ Không ☐

Nếu Có, vui lòng cung cấp thông tin hợp đồng có hiệu lực gần nhất trong bảng sau:

Số Hợp đồng hoặc GCNBH	Công ty bảo hiểm	Ngày bắt đầu	Ngày hết hạn	Số tiền bảo hiểm
.....		/...../.....	/...../.....	

e) Người được bảo hiểm đã từng yêu cầu bồi thường bảo hiểm y tế, tại nạn con người tại VNI chưa?

Có ☐ Không ☐

Nếu Có, vui lòng cung cấp thông tin trong bảng sau:

Ngày yêu cầu bồi thường	Công ty bảo hiểm	Mô tả ngắn gọn lý do yêu cầu bồi thường	Số tiền yêu cầu bồi thường
...../...../.....			
...../...../.....			

f) Người được bảo hiểm đã từng bị khước từ nhận bảo hiểm sức khỏe hoặc được chấp nhận nhưng với điều kiện áp dụng các điều khoản bổ sung đặc biệt khác chưa?

Có ☐ Không ☐

Nếu Có, vui lòng cung cấp thông tin trong bảng sau:

Công ty bảo hiểm	Bị khước từ nhận bảo hiểm	Chấp nhận bảo hiểm với điều khoản đặc biệt được áp dụng	Lý do điều chỉnh
.....			
.....			

Cam kết của Người yêu cầu bảo hiểm:

- Tôi và Người được bảo hiểm cam đoan rằng hiện tại chúng tôi hoàn toàn khỏe mạnh cả về thể chất và tinh thần.
- Tôi cam đoan rằng tất cả những lời khai trên là đúng, nếu không Bảo hiểm VNI có quyền từ chối một phần hoặc toàn bộ trách nhiệm bồi thường theo Hợp đồng bảo hiểm này. Tôi đồng ý sẽ thông báo cho Bảo hiểm VNI về bất kỳ sự thay đổi và đồng ý rằng Giấy yêu cầu bảo hiểm sẽ là cơ sở của Hợp đồng giữa tôi và Bảo hiểm VNI. Tôi chấp nhận tất cả các điều khoản mà Bảo hiểm VNI quy định trong Giấy chứng nhận bảo hiểm và sẽ nộp phí bảo hiểm đúng quy định.

Phần dành riêng cho Đại lý bảo hiểm/Cán bộ khai thác

Chấp nhận bảo hiểm ☐ Từ chối nhận bảo hiểm ☐

....., ngàythángnăm

Lý do:

Bên mua bảo hiểm
(Ký và ghi rõ họ tên)

Người được bảo hiểm
(Ký và ghi rõ họ tên)

Đại lý/Cán bộ khai thác
(Ký ghi rõ họ tên)

GIẤY CHỨNG NHẬN BẢO HIỂM

Chương trình bảo hiểm An Tâm Sống Khỏe

Số: ...

Trên cơ sở yêu cầu của Bên mua bảo hiểm, Bảo hiểm VNI đồng ý bảo hiểm cho Người được bảo hiểm theo các nội dung như sau:

I. THÔNG TIN BÊN MUA BẢO HIỂM

Họ và tên:
 Ngày, tháng, năm sinh: Số CMND/CCCD/Hộ chiếu:
 Địa chỉ:
 Email: Số điện thoại:

II. THÔNG TIN NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

Họ và tên: Giới tính:
 Ngày tháng năm sinh: Số CCCD/Hộ chiếu:
 Địa chỉ:
 Email: Số điện thoại:
 Quan hệ với Bên mua bảo hiểm: Số HDBH cũ:

III. THỜI HẠN BẢO HIỂM

Từ giờ ngày / / Đến giờ ngày / /

IV. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	SỐ TIỀN BẢO HIỂM
Phạm vi lãnh thổ	Việt Nam
A. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM CHÍNH	
I. Điều trị nội trú do ốm bệnh, tai nạn	
1. Chi phí nằm viện (60 ngày/năm)	
• Chi phí giường phòng	
• Chi phí viện phí tổng hợp khác	
2. Chi phí điều trị tại Phòng cấp cứu/ chăm sóc đặc biệt (ICU) (30 ngày/năm)	
3. Chi phí phẫu thuật nội trú	
4. Chi phí cấy ghép nội tạng	
5. Chi phí phục hồi chức năng	
6. Chi phí khám trước khi nhập viện - (trong vòng 30 ngày trước khi nhập viện)	
7. Chi phí điều trị sau khi xuất viện - (trong vòng 30 ngày sau khi xuất viện)	
8. Chi phí điều trị tại nhà - (trong vòng 30 ngày sau khi xuất viện)	
9. Chi phí vận chuyển cấp cứu	
10. Trợ cấp mai táng trong trường hợp tử vong tại bệnh viện	
11. Trợ cấp trong thời gian nằm viện (60 ngày/năm)	
12. Trợ cấp sử dụng thẻ BHYT	
• Trường hợp BHYT chi trả trên 50% tổng chi phí: trợ cấp tối đa 30% số tiền BHYT chi trả	
• Trường hợp BHYT chi trả từ 30-50% tổng chi phí: trợ cấp tối đa 10% số tiền BHYT chi trả	
• Trường hợp BHYT chi trả dưới 30% tổng chi phí: không áp dụng trợ cấp	
II. Tử vong/ thương tật vĩnh viễn do tai nạn	
1. Tử vong/ thương tật toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn	
2. Thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn	Chi trả theo tỷ lệ % quy định trong Bảng TLTT
B. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM BỔ SUNG	



TỔNG CÔNG TY CỔ PHẦN BẢO HIỂM HÀNG KHÔNG

Địa chỉ: Tầng 15, tòa nhà Geleximco, số 36 Hoàng Cầu, Đống Đa, Hà Nội

Điện thoại: (024) 6276 5555 | Fax: (024) 6276 555 | www.bhhk.com.vn

I. Điều trị ngoại trú do ốm bệnh, tai nạn	
1. Giới hạn 1 lần khám (Không giới hạn số lần khám trong năm)	
2. Điều trị vật lý trị liệu (Tối đa 60 ngày/năm)	
II. Tử vong do ốm bệnh	
III. Điều trị nha khoa	
Giới hạn 1 lần khám răng	
IV. Bảo hiểm thai sản	

* Áp dụng riêng đối với trẻ em từ 15 ngày tuổi đến 3 tuổi:

- Tỷ lệ áp dụng đồng chi trả: 70/30 (VNI chi trả 70%, người được bảo hiểm tự chi trả 30%).
- Quy định này không áp dụng trong trường hợp Người được bảo hiểm khám và điều trị tại các cơ sở y tế/bệnh viện công lập (trừ các khoa điều trị tự nguyện/điều trị theo yêu cầu của Bệnh viện công lập).

V. HIỆU LỰC BẢO HIỂM

Bảo hiểm có hiệu lực sau thời gian chờ dưới đây kể từ ngày bắt đầu của thời hạn bảo hiểm theo quy định:

- 30 ngày với điều trị ốm đau, bệnh thông thường
- 180 ngày với các bệnh hô hấp, bệnh viêm phế quản, tiểu phế quản, viêm phổi các loại (áp dụng với trẻ dưới 6 tuổi).
- 365 ngày với tử vong/điều trị bệnh đặc biệt, bệnh/thương tật có sẵn, bệnh mãn tính và tử vong do biến chứng thai sản.
- 90 ngày với tử vong do ốm đau, bệnh thông thường
- 90 ngày với điều trị nha khoa
- 365 ngày với sinh đẻ, chăm sóc em bé sau sinh
- 90 ngày với điều trị biến chứng thai sản

Đối với hợp đồng bảo hiểm tái tục liên tục, hiệu lực bảo hiểm của các quyền lợi được tính từ ngày bắt đầu của thời hạn bảo hiểm.

VI. PHÍ BẢO HIỂM

Phí bảo hiểm: VNĐ

(Bằng chữ: đồng)

VII. CÁC QUY ĐỊNH KHÁC

- Giấy chứng nhận bảo hiểm này và/hoặc sửa đổi bổ sung là bằng chứng giao kết hợp đồng bảo hiểm giữa Bên mua bảo hiểm và VNI.
- Giấy chứng nhận bảo hiểm chỉ có hiệu lực và trách nhiệm bảo hiểm chỉ phát sinh khi Bên mua bảo hiểm đã thanh toán đủ phí bảo hiểm cho VNI tại thời điểm cấp Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc theo đúng thỏa thuận bằng văn bản giữa VNI và Bên mua bảo hiểm.
- Với việc nhận Giấy chứng nhận bảo hiểm này, Bên mua bảo hiểm xác nhận đã đọc, hiểu, được giải thích các nội dung, của chương trình bảo hiểm sức khỏe VNI – An Tâm Sống Khỏe ban hành theo Quyết định số 558/QĐ-BHHK ngày 22/12/2021 của Tổng Giám đốc Tổng Công ty cổ phần Bảo hiểm Hàng không.
- Các thông tin, điều kiện điều khoản bảo hiểm được áp dụng và điều chỉnh theo Giấy chứng nhận bảo hiểm này và chương trình bảo hiểm sức khỏe VNI – An Tâm Sống Khỏe ban hành theo Quyết định số 558/QĐ-BHHK ngày 22/12/2021 của Tổng Giám đốc Tổng Công ty cổ phần Bảo hiểm Hàng không. Trong trường hợp có bất cứ điều kiện, điều khoản nào mâu thuẫn giữa Giấy chứng nhận bảo hiểm và chương trình bảo hiểm, sẽ ưu tiên áp dụng các nội dung trong Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Cấp hồi ngày tháng năm
Công ty Bảo hiểm Hàng không.....

A. LOẠI TRỪ BẢO HIỂM**Các điểm loại trừ chung:**

VNI không chịu trách nhiệm chi trả quyền lợi bảo hiểm trong các trường hợp sau:

1. Hành động cố ý của Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng hoặc Người thừa kế hợp pháp.
2. Chiến tranh hoặc hành động liên quan đến chiến tranh (kể cả có tuyên chiến hay không), nội chiến, khủng bố, bạo động, đình công.
3. Những rủi ro mang tính chất thảm họa như động đất, núi lửa, sóng thần, nhiễm phóng xạ; dịch bệnh theo công bố bởi Bộ Y tế hoặc cơ quan có thẩm quyền của nước sở tại hoặc Tổ chức y tế thế giới.
4. Khám, điều trị tại cơ sở y tế không đúng theo định nghĩa (bao gồm cả việc chỉ định bác sĩ phòng khám này đối với mua thuốc hay xét nghiệm, điều trị tại phòng khám, bệnh viện, nhà thuốc hợp pháp); Khám và điều trị không theo quy trình của cơ sở y tế.
5. Khám và/hoặc xét nghiệm không có kết luận chẩn đoán bệnh hoặc kết luận không có bệnh cần điều trị của bác sĩ.
6. Điều trị y tế hoặc sử dụng thuốc không có đơn thuốc và sự chỉ dẫn của bác sĩ; các loại thuốc không rõ nguồn gốc; các phòng khám/chẩn trị đông y tư nhân.
7. Điều trị thử nghiệm, điều trị không được khoa học công nhận và các dịch vụ điều trị miễn phí tại bất kỳ cơ sở y tế nào.
8. Điều trị tại nhà; điều trị tại các cơ sở y tế bằng phương pháp thủy lực hay các phương pháp thiên nhiên, spa, điều dưỡng, an dưỡng.
9. Điều trị ngoại trú (Không áp dụng nếu Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi điều trị ngoại trú).
10. Người được bảo hiểm bị ảnh hưởng bởi chất kích thích, chất gây nghiện, thuốc cai nghiện, thuốc không được bác sĩ chuyên môn kê đơn thuốc; rượu, bia hoặc các chất có cồn, chất cấm khác theo quy định của pháp luật.
11. Những chỉ định phẫu thuật có từ trước ngày bắt đầu bảo hiểm; điều trị và phẫu thuật theo yêu cầu của Người được bảo hiểm mà không liên quan tới chỉ định phẫu thuật cần thiết theo quy định chuyên môn. Các điều trị liên quan đến tái tạo dây chằng và sụn chêm chỉ được bảo hiểm từ năm thứ hai liên tục với điều trị đồng bảo hiểm 70/30 (Người được bảo hiểm chịu 30% chi phí theo định nghĩa đồng bảo hiểm).
12. Tử vong do sai sót y khoa trong quá trình điều trị bệnh, tai nạn, thai sản và điều trị khắc phục hậu quả của chúng. Tử vong không rõ nguyên nhân, cảm đột ngột, trúng gió, đột quỵ.
13. Các chi phí điều trị bất hợp lý, không tuân theo quy trình điều trị và/hoặc các chỉ định của bác sĩ, chi phí không cần thiết về mặt y tế.
14. Các chi phí và điều trị cho đối tượng không đủ điều kiện tham gia bảo hiểm.
15. Thực phẩm chức năng, thực phẩm bổ sung vi chất dinh dưỡng, thực phẩm bổ sung, thực phẩm bảo vệ sức khỏe, sản phẩm dinh dưỡng y học, các loại vitamin thuốc bổ, khoáng chất và các chất hữu cơ, thực phẩm chức năng, thuốc tăng cường miễn dịch cơ thể, các loại chế phẩm/ sinh phẩm y tế và/hoặc các danh mục khác tương tự như vậy.
16. Các chi phí liên quan đến phẫu thuật, điều trị bệnh/thương tật bằng phương pháp cấy tế bào gốc bao gồm những danh mục liệt kê dưới đây và/hoặc các danh mục khác được liệt kê trong Sửa đổi bổ sung như là một bộ phận đính kèm của Hợp đồng bảo hiểm như chi phí chiết xuất, xử lý, cấy tế bào gốc, điều trị duy trì sau khi cấy tế bào và hậu quả của phương pháp điều trị này.
17. Chi phí để cung cấp, bảo dưỡng, sửa chữa hay thay thế các bộ phận/ thiết bị y tế hỗ trợ điều trị, bộ phận giả; Chi phí phục hồi chức năng.
18. Các chi phí điều trị liên quan đến răng bao gồm cả điều trị nội trú và ngoại trú (trừ trường hợp có tham gia quyền lợi bảo hiểm nha khoa).
19. Sinh đẻ, điều trị thai sản và biến chứng thai sản (trừ trường hợp tham gia quyền lợi Bảo hiểm thai sản).
20. Các hình thức thẩm mỹ, phẫu thuật thẩm mỹ, chỉnh hình; điều trị tăng sắc tố, nám da, nốt ruồi, mụn trứng cá, rụng tóc.
21. Bệnh ung thư và các hậu quả liên quan.
22. Hậu quả của các trường hợp trên.

Các điểm loại trừ riêng đối với bảo hiểm tai nạn:

VNI không chịu trách nhiệm chi trả quyền lợi bảo hiểm trong các trường hợp sau:

1. Mất tích.
2. Người được bảo hiểm vi phạm pháp luật phải thụ án hình sự và/ hoặc vi phạm Luật giao thông; vi phạm nội quy của cơ quan theo Luật lao động, nội quy của chính quyền địa phương hoặc các tổ chức xã hội.
3. Người điều khiển phương tiện trong tình trạng có nồng độ cồn trong máu hoặc khí thở; sử dụng ma túy và các chất bị cấm theo quy định của pháp luật; điều khiển phương tiện nhưng không có giấy phép điều khiển phương tiện hợp lệ, còn hiệu lực.
4. Tham gia tập luyện hoặc tham gia thi đấu các môn thể thao chuyên nghiệp hoặc các hoạt động thể thao nguy hiểm, bất kỳ hoạt động đua nào.
5. Tham gia vào các hoạt động hàng không (trừ khi với tư cách là hành khách), tham gia các cuộc diễn tập huấn luyện quân sự, tham gia chiến đấu của lực lượng vũ trang.
6. Các hành động đánh nhau của Người được bảo hiểm, trừ khi chứng minh được hành động đánh nhau đó chỉ với mục đích cứu người, bảo vệ tài sản hoặc tự vệ chính đáng.
7. Tai nạn là hậu quả phát sinh từ việc ăn, uống, hít phải hơi độc, khí độc, chất độc.

8. Tai nạn là hậu quả của các bệnh/ thương tật có sẵn, bệnh tâm thần, động kinh, rối loạn tâm lý, suy nhược thần kinh/ suy nhược cơ thể không có nguyên nhân bệnh lý, mất ngủ bao gồm rối loạn giấc ngủ, mệt mỏi, môi mắt điều tiết, căng thẳng thần kinh, chứng quên hay suy giảm trí nhớ theo kết luận của bác sĩ.

Các điểm loại trừ đối riêng với ốm bệnh, thai sản:

1. Khám sức khỏe định kỳ/thông lệ, bao gồm kiểm tra sức khỏe tổng quát, xét nghiệm định kỳ, khám thai định kỳ, tiêm chủng, uống vắc xin phòng ngừa (trừ trường hợp tiêm vắc-xin sau khi bị tai nạn hay súc vật, côn trùng cắn); khám và điều trị bệnh phụ khoa/nam khoa; kiểm tra thị lực và thính lực thông thường, điều trị cận thị, viễn thị, lão thị, loạn thị, nhược thị, điều trị sửa chữa những khiếm khuyết về suy thoái thị lực và thính lực tự nhiên, khám và điều trị đục thủy tinh thể. Bệnh khô mắt, môi mắt điều tiết được bảo hiểm với giới hạn 5% số tiền bảo hiểm điều khoản ngoại trú/lần khám và không vượt quá số tiền bảo hiểm điều khoản điều trị ngoại trú.
2. Kế hoạch hóa gia đình; phá thai không có chỉ định của bác sĩ; thay đổi giới tính; điều trị bất lực tình dục; rối loạn chức năng sinh dục; liệu pháp hormone thay thế thời kỳ tiền mãn kinh, mãn kinh, tiền mãn dục, mãn dục và bất cứ hậu quả hoặc biến chứng nào của điều trị trên.
3. Các phương pháp điều trị vô sinh, hỗ trợ sinh sản, giảm thai sau hỗ trợ sinh sản, các chi phí phát sinh trong quá trình mang thai và sinh đẻ cho người có thai bằng hỗ trợ sinh sản.
4. Các bệnh lây lan qua đường tình dục không phân biệt nguồn lây; HIV/AIDS và các hội chứng suy giảm miễn dịch. Bệnh lao các loại, bệnh sốt rét, bệnh nghề nghiệp, bệnh phong. Bệnh suy tủy, bạch cầu, điều trị lọc máu, chạy thận nhân tạo và hậu quả hay biến chứng của các bệnh này.
5. Kiểm soát trọng lượng cơ thể (tăng hoặc giảm cân); suy dinh dưỡng, còi xương, béo phì.
6. Bệnh rối loạn tâm thần và hành vi, bệnh tâm thần/loạn thần kinh hoặc bệnh chậm phát triển, bệnh rối loạn thiếu tập trung, bệnh tự kỉ. Điều trị rối loạn giấc ngủ, mất ngủ, ngủ ngáy không rõ nguyên nhân, suy nhược và hội chứng căng thẳng (stress) hoặc các bệnh có liên quan từ hội chứng đó.
7. Bệnh bẩm sinh, bệnh di truyền/dị tật/khuyết tật bẩm sinh, bệnh dị dạng về gen và mọi biến chứng, hậu quả liên quan đến những bệnh này như bệnh tim bẩm sinh, bệnh Down, hở môi, hở hàm ếch, tích nước trong não, hẹp hậu môn, hẹp bao quy đầu, vẹo vách ngăn bẩm sinh và/hoặc các danh mục được liệt kê trong hợp đồng bảo hiểm.
8. Hậu quả sau khi sinh như bệnh sốt, nhiễm khuẩn, hậu sản, rong huyết, căng sữa, tắt sữa, áp xe vú, đau đầu, chân tay tê mỏi, đau nhức lưng, rối loạn đường tiết niệu (trừ trường hợp có tham gia quyền lợi bảo hiểm thai sản).

B. GIẢI QUYẾT BỒI THƯỜNG**1. Thời hạn thông báo và nộp hồ sơ bồi thường:**

- Thời hạn thông báo tổn thất/ gửi hồ sơ yêu cầu bồi thường cho VNI: 60 ngày kể từ ngày kết thúc một đợt điều trị hoặc từ vong.

2. Thời hạn giải quyết bồi thường:

- Đối với hồ sơ có Số tiền YCBT dưới 10 triệu: 8 - 10 ngày làm việc kể từ ngày nhận đầy đủ hồ sơ hợp lệ
- Đối với hồ sơ có Số tiền YCBT từ trên 10 triệu: 10 - 15 ngày làm việc kể từ ngày nhận đầy đủ hồ sơ hợp lệ

3. Quy trình yêu cầu bồi thường:

- Bước 1: Gửi Hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm về địa chỉ: Công ty Cổ phần tư vấn và hỗ trợ quản lý ATACC – Tầng 8, tòa nhà 22 tầng, số 249A Thụy Khuê, phường Thụy Khuê, quận Tây Hồ, Hà Nội
- Bước 2: Nhận thông báo nhận hồ sơ và thông báo bổ sung chứng từ (nếu thiếu) trong vòng 1 - 3 ngày làm việc qua SMS/Email;
- Bước 3: Gửi bổ sung chứng từ (nếu thiếu) cho ATACC;
- Bước 4: Nhận thông báo bồi thường. Trong trường hợp không có ý kiến khiếu nại, tiền bồi thường sẽ được chuyển trong vòng 3 – 5 ngày làm việc kể từ ngày nhận thông báo bồi thường.

4. Hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm:

Đối với Hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm, NĐBH cung cấp bản chụp các chứng từ sau:

1. Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm (bản gốc theo mẫu của Bảo hiểm VNI).
2. Hồ sơ tai nạn (bản gốc/ bản sao y công chứng):
 - Bản tường trình tai nạn/ Biên bản vụ tai nạn/ Biên bản tai nạn lao động/ Biên bản giải quyết tai nạn giao thông/ Kết luận điều tra có xác nhận của cơ quan/ chính quyền địa phương/ cơ quan công an nơi xảy ra vụ tai nạn.
 - Đăng ký phương tiện, Giấy phép điều khiển phương tiện, đăng kiểm phương tiện (trong trường hợp Người được bảo hiểm bị tai nạn trong khi điều khiển phương tiện).
 - Biên bản giám định thương tật/ Giấy chứng thương (trong trường hợp Người được bảo hiểm bị thương tật vĩnh viễn).
3. Chứng từ y tế điều trị (bản gốc/ bản sao y công chứng/ bản sao có đối chiếu của VNI)
 - Phiếu khám, Sổ khám bệnh, Sổ y bạ.
 - Giấy ra viện.
 - Giấy chứng nhận phẫu thuật/Phiếu mổ.
 - Phiếu điều trị, phiếu chỉ định xét nghiệm, kết quả xét nghiệm hoặc phiếu chụp liên quan, chỉ định và kết quả cận lâm sàng.
 - Lịch trình, quy trình điều trị tùy răng, phương pháp điều trị răng.
 - Lịch trình điều trị vật lý trị liệu hoặc các phương pháp tương tự khác.
 - Đơn thuốc, toa thuốc.

4. Chứng từ thanh toán chi phí y tế (bản gốc)
 - Hóa đơn tài chính, hóa đơn bán lẻ, biên lai thu tiền, phiếu thu tiền theo quy định (VNI không chấp nhận các Biên lai/ phiếu thu bán lẻ cộng gộp cho mỗi hồ sơ yêu cầu bồi thường).
 - Bảng kê chi tiết kèm theo.
5. Chứng từ liên quan đến tử vong (bản gốc/ bản sao y công chứng)
 - Hồ sơ y tế liên quan đến quá trình điều trị bệnh, tai nạn trước khi tử vong.
 - Giấy chứng tử/ Trích lục khai tử.
6. Các giấy tờ cần thiết khác có liên quan đến việc giải quyết quyền lợi bảo hiểm phù hợp với quy định của pháp luật và chương trình bảo hiểm này.

