

PHỤ LỤC 01 – BẢNG TÓM TẮT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM VÀ BIỂU PHÍ

A- BẢNG TÓM TẮT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Đơn vị tính: Đồng

Phạm vi lãnh thổ được bảo hiểm		Việt Nam	Việt Nam	Việt Nam	Việt Nam	Việt Nam	Việt Nam (Mở rộng phạm vi bảo hiểm Tai nạn toàn cầu)
A	QUYỀN LỢI BẢO HIỂM CHÍNH	ĐỒNG	BẠC	TITAN	VÀNG	BẠCH KIM	KIM CƯƠNG
I	BẢO HIỂM TỬ VONG, THƯƠNG TẬT TOÀN BỘ VĨNH VIỄN DO TAI NẠN	50,000,000	100,000,000	200,000,000	500,000,000	1,000,000,000	2,000,000,000
II	BẢO HIỂM TỬ VONG, THƯƠNG TẬT TOÀN BỘ VĨNH VIỄN DO BỆNH	25,000,000	50,000,000	100,000,000	250,000,000	500,000,000	1,000,000,000
III	CHI PHÍ Y TẾ DO TAI NẠN	5,000,000	10,000,000	20,000,000	50,000,000	100,000,000	200,000,000
IV	BẢO HIỂM ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ, PHẪU THUẬT DO BỆNH	12,500,000	25,000,000	50,000,000	125,000,000	250,000,000	400,000,000
I	<i>Chi phí nằm viện/ngày (tối đa 60 ngày/năm)</i>	625,000	1,250,000	2,500,000	6,250,000	12,500,000	20,000,000

A	QUYỀN LỢI BẢO HIỂM CHÍNH	ĐỒNG	BẠC	TITAN	VÀNG	BẠCH KIM	KIM CƯƠNG
	Quyền lợi bảo hiểm: - Tiền giường, tiền ăn theo tiêu chuẩn tại bệnh viện - Chi phí hành chính, chi phí máu, huyết tương - Thuốc và các dược phẩm sử dụng trong khi nằm viện - Băng, nẹp thông thường và bột - Chi phí xét nghiệm hoặc chẩn đoán - Các chi phí y tế khác trong thời gian nằm viện (Bao gồm cả điều trị trong ngày và điều trị cấp cứu có phát sinh chi phí giường được áp dụng như điều trị trong ngày)	Chi phí thực tế, tối đa 625,000đ/ngày	Chi phí thực tế, tối đa 1,250,000đ/ngày	Chi phí thực tế, tối đa 2,500,000đ/ngày	Chi phí thực tế, tối đa 6,250,000đ/ngày	Chi phí thực tế, tối đa 12,500,000đ/ngày	Chi phí thực tế, tối đa 20,000,000đ/ngày
2	Chi phí phẫu thuật	12,500,000	25,000,000	50,000,000	125,000,000	250,000,000	400,000,000
	Quyền lợi bảo hiểm: - Phẫu thuật nội trú, phẫu thuật trong ngày, phẫu thuật ngoại trú do bệnh - Phẫu thuật liên quan đến cấy ghép nội tạng (không bao gồm chi phí mua bộ phận)	Theo thực tế, tối đa không quá hạn mức tại mục IV					
3	Các quyền lợi khác						
3.1.	Chi phí điều trị trước khi nhập viện/năm (tối đa 30 ngày trước	625,000	1,250,000	2,500,000	6,250,000	12,500,000	20,000,000

	khi nhập viện/năm)						
3.2.	Chi phí điều trị sau khi xuất viện/năm (tối đa 30 ngày kể từ ngày xuất viện/năm)	625,000	1,250,000	2,500,000	6,250,000	12,500,000	20,000,000
3.3.	Chi phí y tá chăm sóc tại nhà ngay sau khi xuất viện/năm (tối đa 15 ngày/năm).	625,000	1,250,000	2,500,000	6,250,000	12,500,000	20,000,000
3.4.	Trợ cấp nằm viện/ngày (tối đa 60 ngày/năm)	12,500	25,000	50,000	125,000	250,000	400,000
3.5.	Dịch vụ xe cứu thương trong lãnh thổ Việt nam, loại trừ bằng đường hàng không	Theo thực tế, tối đa không quá số tiền bảo hiểm					
3.6.	Trợ cấp mai táng phí trong trường hợp tử vong tại bệnh viện	625,000	1,250,000	2,000,000	2,000,000	2,000,000	2,000,000
B	QUYỀN LỢI BẢO HIỂM PHỤ	ĐỒNG	BẠC	TITAN	VÀNG	BẠCH KIM	KIM CƯƠNG
I	THAI SẢN (KHÔNG BAO GỒM CHI PHÍ KHÁM THAI ĐỊNH KÌ)		5,000,000	10,000,000	20,000,000	40,000,000	64,000,000
1	Sinh thường	Không bảo hiểm	Theo thực tế, tối đa không quá số tiền bảo hiểm quyền lợi thai sản				
2	Sinh mổ						
3	Tai biến sản khoa						
4	Bất thường trong quá trình mang thai và các bệnh lý phát sinh nguyên nhân do thai kỳ						

5	Chi phí khám trước khi sinh (lần khám cuối cùng trong vòng 30 ngày trước khi đẻ)						
6	Chi phí điều trị ngay sau khi xuất viện và /hoặc 1 lần tái khám (trong vòng 14 ngày sau khi sinh)						
7	Chi phí Chăm sóc trẻ sau sinh/năm (trong vòng 07 ngày sau sinh)		50,000	100,000	200,000	400,000	640,000
II	BẢO HIỂM ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ		2,500,000	5,000,000	10,000,000	20,000,000	32,000,000
<i>1</i>	<i>Chi phí điều trị ngoại trú</i>		2,500,000	5,000,000	10,000,000	20,000,000	32,000,000
1.1	Chi phí khám bệnh, tiền thuốc theo kê đơn của bác sĩ, tiền chụp Xquang và làm các xét nghiệm theo chỉ định của bác sĩ. Trị liệu bức xạ, liệu pháp ánh sáng, vật lý trị liệu và các phương pháp điều trị tương tự (bao gồm cả điều trị cấp cứu ngoại trú)		Chi phí thực tế, không quá 500,000đ /1 lần khám, tối đa 5 lần/năm	Chi phí thực tế, không quá 1,000,000đ /1 lần khám, tối đa 10 lần/năm	Chi phí thực tế, không quá 1,200,000đ /1 lần khám, tối đa 10 lần/năm	Chi phí thực tế, không quá 2,000,000đ /1 lần khám, tối đa 10 lần/năm	Chi phí thực tế, không quá 6,400,000đ /1 lần khám, tối đa 10 lần/năm

III	NHA KHOA	ĐỒNG	BẠC	TITAN	VÀNG	BẠCH KIM	KIM CƯƠNG
<i>1</i>	<i>Chi phí chăm sóc răng ngoại trú</i>		500,000	1,000,000	2,000,000	4,000,000	10,000,000

	<ul style="list-style-type: none"> + Khám và chẩn đoán + Viêm lợi (nướu)/ viêm nha chu + Chụp X-Quang và cận lâm sàng + Trám răng bằng chất liệu thông thường (amalgam, composite, fuji...) + Điều trị tủy + Nhổ răng bệnh lý (bao gồm tiểu phẫu), phẫu thuật cắt chóp răng, lấy u vôi răng + Lấy cao răng (Cạo vôi răng), tối đa 200,000đ/năm 		Chi phí thực tế, tối đa 5 lần/năm	Chi phí thực tế, không quá 500000đ/1 lần khám, tối đa 5 lần/năm	Chi phí thực tế, không quá 1000000đ/1 lần khám, tối đa 5 lần/năm	Chi phí thực tế, không quá 2000000đ/1 lần khám, tối đa 5 lần/năm	Chi phí thực tế, không quá 4000000đ/1 lần khám, tối đa 5 lần/năm
IV	TRỢ CẤP NĂM VIỆN DO TAI NẠN (tối đa 60 ngày/năm)	1,500,000	3,000,000	6,000,000	12,000,000	18,000,000	60,000,000
1	Giới hạn trợ cấp năm viện do tai nạn (đ/ngày)	25,000	50,000	100,000	200,000	300,000	1,000,000
V	DỊCH VỤ BẢO LÃNH VIỆN PHÍ	Không bảo lãnh	Nội trú	Nội trú	Nội trú	Nội trú, ngoại trú và nha khoa	Nội trú, ngoại trú và nha khoa

B- BIỂU PHÍ BẢO HIỂM SỨC KHỎE BÁN LẺ

Đơn vị tính: Đồng

Gói bảo hiểm	Đồng	Bạc	TiTan	Vàng	Bạch Kim	Kim Cương
Quyền lợi chính (bắt buộc tham gia)						
60 ngày tuổi - dưới 1 tuổi	1,065,000	2,130,000	4,260,000	8,681,250	17,152,500	54,480,000
1-3 tuổi	710,000	1,420,000	2,840,000	5,787,500	11,435,000	36,320,000
4-6 tuổi	425,200	850,400	1,700,800	3,495,750	6,851,500	21,368,000
7-9 tuổi	390,000	780,000	1,560,000	3,212,500	6,285,000	19,520,000
10-18 tuổi	374,000	748,000	1,496,000	3,083,750	6,027,500	18,680,000
19-30 tuổi	358,000	716,000	1,432,000	2,955,000	5,770,000	17,840,000
31-40 tuổi	390,000	780,000	1,560,000	3,212,500	6,285,000	19,520,000
41-50 tuổi	406,000	812,000	1,624,000	3,341,250	6,542,500	20,360,000
51-60 tuổi	422,000	844,000	1,688,000	3,470,000	6,800,000	21,200,000
61-65 tuổi	550,000	1,100,000	2,200,000	4,500,000	8,860,000	27,920,000

Quyền lợi bổ sung (tham gia kèm cùng quyền lợi chính)	Đồng	Bạc	TiTan	Vàng	Bạch Kim	Kim Cương
Thai sản (19-50 tuổi)	-	1,150,000	2,000,000	4,000,000	7,800,000	12,480,000
Ngoại trú	Đồng	Bạc	TiTan	Vàng	Bạch Kim	Kim Cương
60 ngày tuổi - dưới 1 tuổi	-	1,771,875	3,543,750	6,300,000	12,600,000	20,160,000
1-3 tuổi	-	1,181,250	2,362,500	4,200,000	8,400,000	13,440,000
4-6 tuổi	-	680,625	1,361,250	2,420,000	4,840,000	7,744,000
7-9 tuổi	-	618,750	1,237,500	2,200,000	4,400,000	7,040,000
10-18 tuổi	-	590,625	1,181,250	2,100,000	4,200,000	6,720,000
19-30 tuổi	-	562,500	1,125,000	2,000,000	4,000,000	6,400,000
31-40 tuổi	-	618,750	1,237,500	2,200,000	4,400,000	7,040,000
41-50 tuổi	-	646,875	1,293,750	2,300,000	4,600,000	7,360,000
51-60 tuổi	-	675,000	1,350,000	2,400,000	4,800,000	7,680,000
61-65 tuổi	-	900,000	1,800,000	3,200,000	6,400,000	10,240,000
Nha Khoa	Đồng	Bạc	TiTan	Vàng	Bạch Kim	Kim Cương
60 ngày tuổi - dưới 1 tuổi	-	425,250	850,500	1,701,000	3,402,000	8,505,000
1-3 tuổi	-	283,500	567,000	1,134,000	2,268,000	5,670,000
4-6 tuổi	-	163,350	326,700	653,400	1,306,800	3,267,000
7-9 tuổi	-	148,500	297,000	594,000	1,188,000	2,970,000

Nha Khoa	Đồng	Bạc	TiTan	Vàng	Bạch Kim	Kim Cương
10-18 tuổi	-	141,750	283,500	567,000	1,134,000	2,835,000
19-30 tuổi	-	135,000	270,000	540,000	1,080,000	2,700,000
31-40 tuổi	-	148,500	297,000	594,000	1,188,000	2,970,000
41-50 tuổi	-	155,250	310,500	621,000	1,242,000	3,105,000
51-60 tuổi	-	162,000	324,000	648,000	1,296,000	3,240,000
61-65 tuổi	-	216,000	432,000	864,000	1,728,000	4,320,000
Trợ cấp nằm viện do tai nạn	Đồng	Bạc	TiTan	Vàng	Bạch Kim	Kim Cương
Từ 60 ngày tuổi – dưới 1 tuổi	22,500	45,000	90,000	180,000	270,000	1,500,000
Từ 1 tuổi - 65 tuổi	15,000	30,000	60,000	120,000	180,000	1,000,000

Lưu ý:

- Phí bảo hiểm Trẻ em từ đủ 60 ngày tuổi đến 6 tuổi nếu tham gia độc lập không kèm bố/mẹ sẽ tăng 30% so với biểu phí chuẩn nêu trên.
- Phí bảo hiểm = Phí bảo hiểm quyền lợi chính + Phí bảo hiểm quyền lợi bổ sung của gói tương ứng (nếu có).

PHỤ LỤC 02 – QUY ĐỊNH QUYỀN LỢI CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM

1. Quy định về Người được bảo hiểm

Người được bảo hiểm đủ điều kiện tham gia chương trình bảo hiểm là:

- a. Công dân Việt Nam hoặc người nước ngoài sinh sống và làm việc tại Việt Nam, không rời Việt Nam quá 180 ngày liên tục; và
- b. Có độ tuổi tại ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm từ đủ 60 ngày tuổi đến 65 tuổi; và
- c. Không thuộc một trong các đối tượng sau (không áp dụng với người được bảo hiểm tái tục liên tục tại VBI):

- Người đã, đang mắc phải một trong các bệnh hoặc tình trạng: Parkinson, Alzheimer, Bệnh tế bào thần kinh vận động, Xơ cứng rải rác, Đa xơ cứng, Loạn dưỡng cơ, Nhược cơ, Động kinh, Não úng thủy, Bại não, Hội chứng liệt, Tâm thần phân liệt, Rối loạn loại phân liệt, Rối loạn hoang tưởng, Rối loạn tâm thần, Sa sút trí tuệ, Thiếu năng trí tuệ, Hội chứng Down, Bệnh Phong.

- Người đã, đang mắc phải một trong các bệnh lý nghiêm trọng sau:

- Ung thư;
- Phẫu thuật não;
- Đột quy, Xuất huyết não, Xơ cứng động mạch;
- Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD), Phẫu thuật cắt bỏ một bên phổi, Tâm phế mạn;
- Nhồi máu cơ tim, Phẫu thuật động mạch chủ, Phẫu thuật van tim, Ghép tim;
- Xơ gan mất bù, Suy gan, Suy thận phải điều trị chạy thận/lọc máu nhân tạo, Nang ở tủy thận;
- Ghép tủy xương, Suy tủy xương;
- Đang trong tình trạng hôn mê hoặc sống thực vật.

- Người đã, đang trong tình trạng thương tật vĩnh viễn trên 50%. Tỷ lệ thương tật xác định theo Thông tư số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH và các văn bản sửa đổi thay thế/ bổ sung (nếu có).

- Người đang trong thời gian điều trị nội trú do bệnh hoặc tai nạn.

Trường hợp tại thời điểm đăng ký tham gia bảo hiểm, Người được bảo hiểm không thỏa mãn các điều kiện quy định trên, VBI có quyền chấm dứt Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm và không chịu trách nhiệm đối với quyền lợi bảo hiểm đã được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/ Giấy chứng nhận bảo hiểm.

***Lưu ý:** Trẻ em từ 60 ngày tuổi đến 6 tuổi có thể tham gia bảo hiểm cùng bố/mẹ hoặc tham gia độc lập nhưng phí bảo hiểm sẽ tăng 30%. Gói bảo hiểm của bố/mẹ phải là chương trình bán lẻ và có quyền lợi tương đương hoặc cao hơn gói bảo hiểm của con. Con được định nghĩa trong chương trình bảo hiểm này là con đẻ/ruột, con nuôi hợp pháp.*

2. Quy định về Đồng chi trả

2.1. Đồng chi trả được tính theo tỷ lệ phần trăm (%) trên tổng chi phí phát sinh hoặc trên giới hạn phụ của quyền lợi bảo hiểm có liên quan, áp dụng theo mức nào thấp hơn. Số tiền chi trả bảo hiểm sau khi áp dụng đồng chi trả tối đa bằng giới hạn của quyền lợi bảo hiểm tương ứng trong Giấy chứng nhận bảo hiểm.

2.2. **Đối với trẻ em từ đủ 60 ngày tuổi đến 3 tuổi:**

Áp dụng đồng chi trả 70:30 (VBI chi trả 70%) đối với chi phí y tế thuộc phạm vi bảo hiểm do nguyên nhân Tai nạn và/hoặc Bệnh. Quy định này chỉ áp dụng tại cơ sở y tế tư nhân/quốc tế, khoa quốc tế của cơ sở y tế công lập.

2.3. Đối với Quyền lợi bổ sung Chăm sóc thai sản:

- Nếu khách hàng sinh con/ tai biến sản khoa trong khoảng thời gian từ 270 ngày- đủ 365 ngày kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm: Áp dụng đồng chi trả 50:50 (VBI chi trả 50%) chi phí y tế thuộc phạm vi tại tất cả các cơ sở y tế.
- Nếu khách hàng sinh con/ tai biến sản khoa sau 365 ngày kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm: Chỉ áp dụng đồng chi trả 70:30 (VBI chi trả 70%) chi phí y tế thuộc phạm vi nếu khách hàng điều trị tại cơ sở y tế tư nhân/quốc tế; chi trả 100% số tiền bảo hiểm thuộc phạm vi bảo hiểm nếu khách hàng điều trị tại cơ sở y tế công lập (không phân biệt khoa tự nguyện hay thông thường).

2.4. Đối với Quyền lợi bổ sung Nha khoa

- Nếu khách hàng điều trị nha khoa tại cơ sở y tế tư nhân/quốc tế: đồng chi trả 70:30 chi phí y tế thuộc phạm vi bảo hiểm.
- Nếu khách hàng điều trị nha khoa tại cơ sở y tế công lập (không phân biệt khoa tự nguyện hay thông thường): chi trả 100% chi phí y tế thuộc phạm vi bảo hiểm.

2.5. Đối với các bệnh lý hoặc tình trạng sau: Viêm xoang mãn tính/Viêm họng mãn tính/Viêm phế quản mãn tính, Hen, Phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD), Suy thận/Sỏi thận, Đái tháo đường, Bệnh lý về huyết áp, Bệnh về khớp, Ung thư, U/Bướu/Nang/Polyp các loại, Viêm dạ dày/dạ tràng/trực tràng, Viêm gan virus, Rối loạn tiền đình, Rối loạn tuyến giáp, Bệnh tim, Bệnh/tình trạng có sẵn khác:

- Quyền lợi điều trị nội trú hoặc ngoại trú: Áp dụng đồng chi trả 50:50 (VBI chi trả 50%) đối với chi phí thuộc phạm vi bảo hiểm của các lần khám hoặc đợt điều trị từ lần thứ 3 trở đi (các lần khám hoặc đợt điều trị này sẽ được tính trên tất cả các GCNBH mà NĐBH đã tham gia chương trình bảo hiểm sức khỏe VBicare tại VBI);
- Quyền lợi Tử vong, tàn tật toàn bộ vĩnh viễn do bệnh: Áp dụng đồng chi trả 50:50 (VBI chi trả 50%) số tiền bảo hiểm.
- Quy định đồng chi trả trên đây sẽ được áp dụng khi các sự kiện bảo hiểm đáp ứng đủ điều kiện về thời gian chờ theo quy định của chương trình.

3. Quy định về số lượng Giấy chứng nhận tham gia bảo hiểm

Tại mọi thời điểm, Người được bảo hiểm chỉ được tham gia duy nhất một (01) Giấy chứng nhận bảo hiểm tại VBI đối với chương trình bảo hiểm này. Trường hợp Người được bảo hiểm tham gia nhiều Giấy chứng nhận bảo hiểm khác nhau của cùng chương trình bảo hiểm, VBI sẽ chi trả các quyền lợi theo Giấy chứng nhận bảo hiểm có hạn mức cao nhất tương ứng với từng quyền lợi bảo hiểm cụ thể.

4. Quy định về bảo hiểm trùng

Trường hợp Người được bảo hiểm tham gia tại VBI từ 02 (hai) sản phẩm bảo hiểm sức khỏe khác nhau, VBI sẽ chi trả theo chi phí thực tế phát sinh thuộc phạm vi bảo hiểm và không quá

tổng hạn mức trách nhiệm của tất cả các quyền lợi bảo hiểm có liên quan. Quy định này không áp dụng đối với Quyền lợi bảo hiểm Tử vong, thương tật toàn bộ vĩnh viễn.

5. Quy định về Tái tục liên tục

Với cùng một chương trình bảo hiểm, tái tục liên tục là Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm được ký liên tục kể từ **thời điểm** kết thúc thời hạn bảo hiểm của Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm liền trước mà Người được bảo hiểm đã tham gia tại VBI.

6. Quy định về Thay đổi số tiền bảo hiểm/quyền lợi bảo hiểm

Trường hợp tái tục bảo hiểm với Số tiền bảo hiểm cao hơn hoặc tham gia thêm quyền lợi bổ sung so với Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm năm trước, 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 (trừ trường hợp có thỏa thuận khác của VBI).

7. Quy định về kết thúc Quyền lợi bảo hiểm

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

- a) Ngày kết thúc thời hạn bảo hiểm quy định trên Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm;
- b) Ngày hủy bỏ Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm theo yêu cầu của VBI hoặc Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm;
- c) Người được bảo hiểm tử vong hoặc thương tật toàn bộ;
- d) Bên mua bảo hiểm không thanh toán phí bảo hiểm đầy đủ và/hoặc đúng hạn theo quy định của hợp đồng bảo hiểm/giấy chứng nhận bảo hiểm;
- e) Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm cố ý cung cấp thông tin sai sự thật nhằm giao kết hợp đồng bảo hiểm để được trả tiền bảo hiểm;

Trường hợp tái tục liên tục, VBI bảo hiểm cho các rủi ro phát sinh trong thời hạn bảo hiểm liên quan đến và/hoặc là hậu quả của tai nạn, bệnh, thai sản đã xảy ra trong thời hạn bảo hiểm của Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm liền trước với điều kiện các sự kiện bảo hiểm này thuộc phạm vi bảo hiểm và không bị loại trừ trong hợp đồng bảo hiểm tái tục.

8. Quy định về phạm vi địa lý được bảo hiểm:

VBI sẽ chi trả cho các sự kiện bảo hiểm xảy ra trong phạm vi lãnh thổ Việt Nam và/hoặc các quốc gia khác được quy định trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm. Phạm vi địa lý được áp dụng đối với cả rủi ro phát sinh và quá trình điều trị.

9. Quy định về chi phí tiền phòng và giường điều trị tại cơ sở y tế tư nhân/quốc tế, khoa điều trị theo yêu cầu/khoa dịch vụ/khoa quốc tế của cơ sở y tế công lập

- a) Trường hợp NĐBH nằm điều trị tại phòng từ hai giường trở lên (bao gồm phòng bao): VBI chi trả chi phí một giường cho NĐBH nằm điều trị;
- b) Trường hợp NĐBH nằm điều trị tại phòng chỉ có một giường: VBI chi trả tiền giường theo đơn giá phòng một giường thấp nhất tại Cơ sở y tế đó.

10. Quy định về chi phí y tế hợp lý

Trường hợp Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm không có chứng từ để chứng minh các chi phí y tế hợp lý đã sử dụng/thanh toán thì VBI sẽ căn cứ vào bảng giá niêm yết của bệnh viện/nhà thuốc đồng hạng tại Việt Nam để chi trả.

11. Quy định về Bảng kê chi phí khám chữa bệnh điều trị nội trú/ ngoại trú:

- Trường hợp NĐBH có sử dụng thẻ BHYT và không cung cấp được bảng kê chi tiết viện phí, VBI chi trả các chi phí thuộc phạm vi bảo hiểm như sau:

+ Nếu chi phí NĐBH đồng chi trả BHYT nhỏ hơn hoặc bằng 02 (hai) triệu đồng: VBI chi trả 100% chi phí.

+ Nếu chi phí NĐBH đồng chi trả BHYT lớn hơn 02 (hai) triệu đồng: VBI chi trả 80% chi phí.

- Trường hợp NĐBH không sử dụng thẻ BHYT và không cung cấp được bảng kê chi tiết viện phí: VBI giảm trừ toàn bộ chi phí.

- Đối với quyền lợi thai sản, phẫu thuật nếu NĐBH khám và điều trị trọn gói tại các bệnh viện công lập quy định không có bảng kê chi tiết viện phí: VBI chi trả 80% chi phí thuộc phạm vi bảo hiểm.

Trong mọi trường hợp, VBI chi trả không vượt quá số tiền bảo hiểm của quyền lợi tương ứng.

12. Quy định về Bệnh có sẵn/Tình trạng có sẵn

VBI có thể căn cứ vào một trong các nội dung dưới đây để xác định bệnh có sẵn/tình trạng có sẵn:

- Căn cứ vào kết luận hoặc chẩn đoán của Bác sỹ; hoặc

- Hồ sơ, bệnh án lưu trữ tại cơ sở y tế; hoặc

- Các tài liệu y khoa mô tả về diễn biến, dịch tễ bệnh; hoặc

- Trung cầu ý kiến chuyên môn của Trung tâm pháp y, Hội đồng giám định y khoa; hoặc

- Thông tin do Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm tự kê khai khi yêu cầu bảo hiểm.

13. Quy định về Khoản 8 Mục I Điểm loại trừ chung tại Quy tắc bảo hiểm được sửa đổi bổ sung theo nội dung sau

Loại trừ trường hợp “Điều trị y tế không có chỉ định sử dụng thuốc của bác sỹ trên “đơn thuốc” hay “sổ khám bệnh/chữa bệnh”; thuốc không được Bộ Y tế Việt Nam cho phép lưu hành, điều trị không được khoa học công nhận, điều trị thử nghiệm; tất cả các chi phí tiêm chủng, vắc xin (trừ trường hợp điều trị do tai nạn, các biến chứng sau khi tiêm vắc xin); thuốc có tính chất ngăn ngừa, dự phòng, tăng cường sức đề kháng, tăng hệ miễn dịch, thuốc kê đơn theo yêu cầu của người bệnh”.

Các biến chứng sau khi tiêm vắc xin VBI chi trả theo các quy định và giới hạn số tiền bảo hiểm của quyền lợi bảo hiểm điều trị và/hoặc tử vong, tàn tật toàn bộ vĩnh viễn do bệnh thông thường.

14. Quy định về Khoản 13 Mục I Điểm loại trừ chung tại Quy tắc bảo hiểm được sửa đổi bổ sung theo nội dung sau

Loại trừ trường hợp “Tử vong, thương tật hoặc các chi phí y tế điều trị phát sinh trực tiếp hoặc gián tiếp từ việc ăn và/hoặc uống chất độc; hít phải khí gas, hơi độc, khí độc”.

15. Quy định về Khoản 2 Mục II Điểm loại trừ đối với bảo hiểm tai nạn tại Quy tắc bảo hiểm được sửa đổi bổ sung theo nội dung sau

Loại trừ trường hợp “Người được bảo hiểm đang thi hành án hình sự theo phán quyết của Tòa án trong thời gian xảy ra sự kiện bảo hiểm; Người được bảo hiểm điều khiển xe cơ giới và vi phạm một trong các hành vi sau đây:

- + Không có giấy phép lái xe theo quy định;
- + Đua xe trái phép, Đi vào khu vực cấm;
- + Không tuân thủ các quy định tại biển báo cấm theo Thông tư số 54/2019/TT-BGTVT ngày 31/12/2019 của Bộ Giao thông vận tải hoặc các văn bản hướng dẫn, sửa đổi, bổ sung, thay thế tại từng thời điểm (nếu có).”

16. Quy định về Khoản 3 Mục II Điểm loại trừ đối với bảo hiểm tai nạn tại Quy tắc bảo hiểm được sửa đổi bổ sung theo nội dung sau

Loại trừ trường hợp “Người điều khiển phương tiện giao thông trong tình trạng có nồng độ cồn trong máu vượt quá 5 miligam/ 100 mililit máu (tương đương 1,085mmol/ 1 lít máu) hoặc nồng độ cồn trong khí thở vượt quá 0,025 miligam/ 1 lít khí thở; Khi xảy ra sự kiện bảo hiểm, Người được bảo hiểm sử dụng và/hoặc trong cơ thể có ma túy, các chất kích thích khác mà pháp luật cấm sử dụng”.

17. Quy định về Khoản 12 Mục III Điểm loại trừ đối với bảo hiểm sức khỏe tại Quy tắc bảo hiểm được sửa đổi bổ sung theo nội dung sau

Loại trừ trường hợp “Điều trị phục hồi chức năng (không bao gồm vật lý trị liệu); thẩm mỹ, chỉnh hình; kiểm soát trọng lượng/chiều cao cơ thể và các hậu quả liên quan (trừ trẻ em dưới 6 tuổi).”

18. Quy định về Phụ lục 01 – Danh mục các bệnh đặc biệt tại Quy tắc bảo hiểm được sửa đổi bổ sung theo nội dung sau

Danh mục bệnh đặc biệt không bao gồm “Thoái hóa tự nhiên”.

19. Quy định về Khoản 1 Điều 7 Chấm dứt hợp đồng bảo hiểm tại Quy tắc bảo hiểm được sửa đổi bổ sung theo nội dung sau

GCNBH này có thể được đơn phương chấm dứt bởi Bên mua bảo hiểm hoặc VBI với điều kiện Bên yêu cầu chấm dứt phải thông báo trước bằng văn bản trong vòng 05 (năm) ngày tính đến ngày dự kiến chấm dứt. Phí bảo hiểm sẽ được hoàn lại như sau:

- + Trường hợp Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt: VBI hoàn lại 80% phí bảo hiểm của thời gian còn lại với điều kiện GCNBH chưa phát sinh yêu cầu bồi thường nào được VBI chi trả.
- + Trường hợp VBI yêu cầu chấm dứt: VBI hoàn lại 100% phí bảo hiểm của thời gian còn lại.

20. Quy định về căn cứ xét trả bồi thường

Nếu có bất kỳ nội dung mâu thuẫn nào giữa GCNBH, Quy định quyền lợi bảo hiểm, Hướng dẫn yêu cầu trả tiền bảo hiểm và Quy tắc bảo hiểm, thứ tự ưu tiên của các tài liệu để làm căn cứ xét trả bồi thường được áp dụng như sau:

- Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc Sửa đổi bổ sung mới nhất;
- Quy định quyền lợi bảo hiểm;
- Hướng dẫn yêu cầu trả tiền bảo hiểm;
- Quy tắc bảo hiểm.

PHỤ LỤC 03 – QUY ĐỊNH CHÍNH SÁCH TÁI TỤC

Áp dụng từ tháng 01/2023

1. Khi Người được bảo hiểm tái tục và GCNBH năm liền trước có tỷ lệ bồi thường bằng 0% đồng thời không phát sinh hồ sơ yêu cầu chi trả bảo hiểm đối với các bệnh lý nghiêm trọng theo quy định tại mục 2 dưới đây thì:

a) Áp dụng các mức giảm phí bảo hiểm sau:

- Nếu 01 năm có tỷ lệ bồi thường bằng 0%: giảm phí 10%;
- Nếu 02 năm liên tục trở lên có tỷ lệ bồi thường bằng 0%: giảm phí 15%.

b) Cho phép nâng cấp chương trình bảo hiểm hoặc tham gia thêm quyền lợi bổ sung.

2. Khi Người được bảo hiểm tái tục và GCNBH năm liền trước có phát sinh yêu cầu bồi thường (bất kể được chi trả hay không) đối với một trong các bệnh lý nghiêm trọng và/hoặc tình trạng sau:

- Ung thư;
- Phẫu thuật não;
- Đột quy, Xuất huyết não, Xơ cứng động mạch;
- Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD), Phẫu thuật cắt bỏ một bên phổi, Tâm phế mạn;
- Nhồi máu cơ tim; Phẫu thuật động mạch chủ, Phẫu thuật van tim, Ghép tim;
- Xơ gan mất bù, Suy gan, Suy thận phải điều trị chạy thận/lọc máu nhân tạo, Nang ở tủy thận;
- Ghép tủy xương, Suy tủy xương;
- Đang trong tình trạng hôn mê hoặc sống thực vật.

Trường hợp này áp dụng chính sách tái tục như sau:

- Áp dụng biểu phí chuẩn của chương trình (không giảm phí)
- Không nâng cấp gói, không tham gia thêm quyền lợi bổ sung.
- Điều chỉnh quyền lợi bảo hiểm, phí bảo hiểm theo tỷ lệ bồi thường được quy định tại mục 3.3 và 3.4.

3. Khi Người được bảo hiểm tái tục và GCNBH năm liền trước có phát sinh yêu cầu bồi thường được chi trả thì áp dụng chính sách tái tục như sau:

STT	Nhóm Người được bảo hiểm	Chính sách tái tục
3.1	Tỷ lệ bồi thường dưới 50%	<ul style="list-style-type: none">- Giảm phí 5%- Được mua nâng cấp hoặc thêm Quyền lợi bổ

		sung.
3.2	Tỷ lệ bồi thường từ 50% - dưới 300%	- Áp dụng biểu phí chuẩn của chương trình - Được phép nâng cấp gói hoặc tham gia thêm Quyền lợi bổ sung.
3.3	Tỷ lệ bồi thường từ 300% - dưới 500%	
a	Bồi thường do nguyên nhân tai nạn và/hoặc thai sản	- Áp dụng biểu phí chuẩn của chương trình - Được phép nâng cấp gói hoặc tham gia thêm Quyền lợi bổ sung.
b	Bồi thường do nguyên nhân bệnh lý và các nguyên nhân khác (nếu có).	- Tăng phí 30% - Không được nâng cấp gói, không tham gia thêm Quyền lợi bổ sung.
3.4	Tỷ lệ bồi thường từ 500% trở lên	
a	Bồi thường do nguyên nhân tai nạn và/hoặc thai sản	- Áp dụng biểu phí chuẩn của chương trình - Được phép nâng cấp gói hoặc tham gia thêm Quyền lợi bổ sung.
b	Bồi thường do nguyên nhân bệnh lý và các nguyên nhân khác (nếu có).	- Tăng phí 30%, Đồng chi trả 70:30 (VBI chi trả 70%) tất cả các quyền lợi bảo hiểm (trừ quyền lợi tai nạn). - Không được nâng cấp gói, không tham gia thêm Quyền lợi bổ sung.

4. Không chào phí tái tục

VBI không thực hiện chào tái tục (từ chối tái tục) với các trường hợp sau:

- 4.1.** Người được bảo hiểm đã tử vong;
- 4.2.** Người được bảo hiểm quá độ tuổi tham gia theo quy định chương trình (quá 65 tuổi);
- 4.3.** Người được bảo hiểm bị thương tật vĩnh viễn trên 50% (bao gồm cả trường hợp thương tật toàn bộ vĩnh viễn);
- 4.4.** Người được bảo hiểm có lịch sử yêu cầu bồi thường một trong các bệnh hoặc tình trạng sau: Parkinson, Alzheimer, Bệnh tế bào thần kinh vận động, Xơ cứng rải rác, Đa xơ cứng, Loạn dưỡng cơ, Nhược cơ, Não úng thủy, Bại não, Hội chứng liệt, Tâm thần phân liệt, Rối loạn

loại phân liệt, Rối loạn hoang tưởng, Rối loạn tâm thần, Sa sút trí tuệ, Thiếu năng trí tuệ, Hội chứng Down, Bệnh Phong.

4.5. Người được bảo hiểm thuộc nhóm Black list (có dấu hiệu trục lợi hoặc lạm dụng bảo hiểm):

- a) Người được bảo hiểm/Bên mua bảo hiểm không trung thực trong việc kê khai thông tin khi yêu cầu tham gia bảo hiểm;
- b) Người được bảo hiểm/Người yêu cầu bảo hiểm thay đổi thông tin điều trị, khám chữa bệnh làm sai lệch phạm vi, quyền lợi thanh toán bảo hiểm;
- c) Người được bảo hiểm/Người yêu cầu bảo hiểm khai báo yêu cầu bảo hiểm không trung thực (khai báo sai lệch về sự kiện bảo hiểm, dàn dựng sự kiện bảo hiểm sai sự thật).
- d) Người được bảo hiểm thuộc danh sách Black list theo quy định của VBI từng thời kỳ.

5. Quy định chung liên quan đến chính sách tái tục VBICare bán lẻ

5.1. Thời điểm cấp tái tục

- Chào phí tái tục sớm nhất trước 30 ngày so với ngày kết thúc thời hạn bảo hiểm của Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm năm liền trước.

5.2. Xác định Tỷ lệ bồi thường

- Tỷ lệ bồi thường/Người được bảo hiểm sẽ được phần mềm tự động tính toán theo công thức sau:

$$\text{Tỷ lệ bồi thường} = \frac{\text{STBT đã chi trả} + \text{STBT đã xác nhận bảo lãnh} + \text{ST yêu cầu bồi thường đang giải quyết}}{\text{Phí bảo hiểm của Người được bảo hiểm}} * \frac{365}{\text{Số ngày đã tham gia bảo hiểm}} * 100\%$$

- Số ngày đã tham gia được xác định như sau:

+ Nếu NĐBH tái tục trong khoảng thời gian 30 ngày trước ngày hết hiệu lực của HĐBH/GCNBH năm liền trước, Số ngày đã tham gia = Ngày mua – Ngày bắt đầu hiệu lực của HĐBH/GCNBH năm liền trước.

+ Nếu NĐBH tái tục ngắt quãng sau khi HĐBH/GCNBH liền trước đã kết thúc thời hạn, Số ngày đã tham gia = 365 ngày

- Bản chào tự động sẽ được gửi tới khách hàng trước 30 ngày kết thúc thời hạn bảo hiểm. Tỷ lệ bồi thường được đánh giá vào thời điểm HĐBH/GCNBH đã thực hiện được 11 tháng và sẽ là cơ

sở để áp dụng chính sách tái tục đối với Người được bảo hiểm đó tham gia tái tục bảo hiểm năm tiếp theo.

- “Tỷ lệ bồi thường bằng 0%” được hiểu là:

+ Không phát sinh hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm hoặc;

+ Có phát sinh hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm nhưng bị từ chối chi trả.

5.3. Chính sách này chỉ áp dụng với Người được bảo hiểm tái tục cùng chương trình bảo hiểm VBICare bán lẻ. Các trường hợp tham gia chương trình bảo hiểm khác như Người thân VBI, Chương trình BHSK riêng của Khách hàng doanh nghiệp, Chương trình BHSK không theo cấu trúc VBICare bán lẻ (không chia phí theo tuổi), nếu tham gia nối tiếp sang chương trình VBICare bán lẻ sẽ được coi là tham gia mới và không áp dụng chính sách này.

5.4. Các chính sách tái tục trên sẽ áp dụng tự động trên phần mềm bán hàng hiện hành.

5.5. Các trường hợp không tái tục liên tục (tái tục không đúng với ngày kết thúc của GCNBH liền trước) và áp dụng thời gian chờ theo quy định sẽ được coi là khách hàng mới, phải thực hiện kê khai Giấy yêu cầu tham gia bảo hiểm và không áp dụng chính sách tái tục này.

5.6. Việc tăng/giảm phí sẽ áp dụng trên biểu phí chuẩn của chương trình VBICare bán lẻ tại thời điểm tái tục.