

CHƯƠNG TRÌNH PHÚC LỢI
BẢO HIỂM CHĂM SÓC SỨC KHỎE TOÀN DIỆN
DÀNH CHO NGƯỜI THÂN CỦA VIÊN CHỨC – NGƯỜI LAO ĐỘNG

(kèm theo Công văn số /ĐHQ-TCCB ngày tháng 3 năm 2024 của Hiệu trưởng Trường Đại học Quốc tế)

PHẦN A – THÔNG TIN CHUNG

Chủ hợp đồng bảo hiểm (CHĐBH) : TRƯỜNG ĐẠI HỌC QUỐC TẾ

Địa chỉ : Khu phố 6, Phường Linh Trung, Thành phố Thủ Đức, Thành phố Hồ Chí Minh.

Thời hạn Bảo hiểm : 12 tháng.

Tổng số NĐBH (dự kiến) : 226 người, trong đó 21 người thuộc nhóm trên 65 tuổi đến đủ 70 tuổi.

NĐBH (NĐBH) :

- Người thân (NT) của viên chức – người lao động (VC-NLĐ) bao gồm vợ/chồng, con hợp pháp, ba mẹ ruột và ba mẹ vợ/chồng đã đang tham gia HĐBH (HĐBH) hiện tại.
- Người lớn: từ 18 tuổi đến đủ 65 tuổi tại ngày hiệu lực HĐBH, hoặc trên 65 đến đủ 70 tuổi cho các trường hợp tái tục (tăng phí 50%).
- Trẻ em: từ 15 ngày tuổi đến đủ 18 tuổi tại ngày hiệu lực bảo hiểm, và mở rộng đến đủ 23 tuổi nếu đang đi học toàn thời gian và chưa kết hôn.
- Không đang mắc bệnh tâm thần, bệnh phong.
- Không đang bị thương tật vĩnh viễn từ 50% trở lên.
- Trường hợp người tham gia bảo hiểm đã mắc bệnh ung thư trước khi tham gia bảo hiểm với CTBH (CTBH), CTBH vẫn nhận bảo hiểm nhưng loại trừ những rủi ro do nguyên nhân và hậu quả từ bệnh ung thư.

Thời gian chờ :

1. Thời gian chờ cho NT đã tham gia trước ngày hiệu lực bảo hiểm của HĐBH liền trước (03/02/2024) và đã qua thỏa thời gian chờ: Không áp dụng
2. Thời gian chờ cho NT chưa thỏa hết thời gian chờ; người mới tham gia từ và sau ngày hiệu lực bảo hiểm của HĐBH mới.
 - Tai nạn: không áp dụng.
 - Điều trị bệnh thông thường và nha khoa: không áp dụng.
 - Điều trị thai sản theo chỉ định của bác sĩ, sảy thai, phá thai vì lý do y tế: 60 ngày.
 - Sinh con: 270 ngày.
 - Điều trị bệnh đặc biệt, bệnh/ thương tật có sẵn: 365 ngày.

Phạm vi pháp lý : Việt Nam

Phạm vi địa lý : Việt Nam

Phạm vi bảo hiểm : Bảo hiểm trong các trường hợp điều trị, tử vong, thương tật vĩnh viễn hay bộ phận của NĐBH do tai nạn hay bệnh tật, thai sản gây ra bởi các rủi ro không bị loại trừ tại các điều khoản của đơn bảo hiểm và các điều khoản sửa đổi bổ sung theo đơn:

Quyền lợi A - Tử vong hay thương tật vĩnh viễn do tai nạn:

Bồi thường trong trường hợp tử vong/ thương tật vĩnh viễn và hậu quả trong vòng 104 tuần kể từ ngày xảy ra tai nạn. Trợ cấp lương trong thời gian nghỉ điều trị thương tật thực tế theo chỉ định của bác sĩ và chi phí y tế phát sinh do tai nạn trong thời hạn bảo hiểm.

Trong trường hợp tử vong hay thương tật toàn bộ vĩnh viễn: chi trả 100% số tiền bảo hiểm theo bảng quyền lợi.

Trong trường hợp thương tật bộ phận vĩnh viễn: chi trả theo bảng tỷ lệ thương tật.

Quyền lợi B - Chi phí y tế do tai nạn (điều trị nội trú, trong ngày & ngoại trú):

Chi phí xe cứu thương, chi phí điều trị cấp cứu, chi phí phẫu thuật và nằm viện, chi phí thuốc men, chi phí điều trị thai sản và tai nạn khẩn cấp trong vòng 24 giờ sau khi xảy ra

tai nạn, và các chi phí phát sinh cần thiết liên quan đến tai nạn: chi trả theo hạn mức của bảng quyền lợi bảo hiểm.

Quyền lợi C - Phẫu thuật và nằm viện do bệnh tật, thai sản

Chi trả theo hạn mức của bảng quyền lợi bảo hiểm.

Quyền lợi D - Điều trị ngoại trú do bệnh, thai sản (bao gồm răng)

Chi trả theo hạn mức của bảng quyền lợi bảo hiểm.

Quyền lợi E - Tử vong hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn do bệnh, thai sản

Không bảo hiểm.

PHẦN B – QUYỀN LỢI BẢO HIỂM CHI TIẾT

QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	SỐ TIỀN BẢO HIỂM
A. Tử vong hoặc Thương tật toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn	105,000,000đ
Tử vong hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn	Chi trả 100% số tiền bảo hiểm
Thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn	Bồi thường theo bảng tỷ lệ thương tật
B. Chi phí y tế do tai nạn/ năm:	25,000,000đ
Chi phí xe cứu thương địa phương (loại trừ đường hàng không và dịch vụ SOS/IPA), chi phí điều trị cấp cứu, chi phí phẫu thuật và nằm viện, chi phí thuốc men, và các chi phí phát sinh cần thiết liên quan đến tai nạn, ...	
C. Phẫu thuật và nằm viện do bệnh tật, thai sản/ năm	42,000,000đ
Không áp dụng đồng bảo hiểm	
1. Chi phí viện phí/ ngày, tối đa 60 ngày/ năm: - Tiền phòng, bao gồm bữa ăn được phục vụ theo phòng. Trong trường hợp điều trị tại bệnh viện quốc tế; bệnh viện tư; khoa quốc tế, khoa tự nguyện, theo yêu cầu tại bệnh viện công thì tiền giường là chi phí tiền giường của phòng đơn tiêu chuẩn (loại trừ phòng VIP và/ hoặc phòng hạng sang). Phòng đơn tiêu chuẩn là phòng 01 giường có giá thấp nhất tại Bệnh viện/khoa/khu điều trị. - Thuốc/ dược phẩm sử dụng trong khi nằm viện. - Vật lý trị liệu do bác sĩ chỉ định. - Băng nẹp thông thường và bột. - Truyền máu & huyết thanh. - Xét nghiệm & chẩn đoán hình ảnh. - Các chi phí y tế hợp lý khác. - Chi phí đỡ sinh. - Phục hồi chức năng.	2,500,000đ
2. Phòng chăm sóc đặc biệt (ICU), tối đa 60 ngày/năm.	Chi trả toàn bộ
3. Điều trị tại phòng cấp cứu.	Chi trả toàn bộ
4. Chi phí phẫu thuật/ năm (nội/ ngoại trú & trong ngày): bao gồm chi phí cấy ghép nội tạng & thủ thuật phẫu thuật (thủ thuật phẫu thuật = 100% mức trách nhiệm nội trú).	Chi trả toàn bộ
5. Chi phí điều trị trong vòng 30 ngày trước khi nhập viện/ năm. Đối với sinh con & biến chứng thai sản: là lần khám/ xét nghiệm/ chẩn đoán cuối cùng ngay trước khi nhập viện (áp dụng cho thai sản tại bệnh viện công, tư hợp pháp).	2,100,000đ
6. Chi phí y tế trong vòng 30 ngày sau khi xuất viện/ năm. Đối với sinh con & biến chứng thai sản: là lần tái khám/ xét nghiệm sau khi xuất viện (áp dụng cho thai sản tại bệnh viện công, tư hợp pháp).	2,100,000đ
7. Chi phí y tá chăm sóc tại nhà trong vòng 30 ngày sau xuất viện/ năm	2,100,000đ
8. Trợ cấp trong thời gian nằm viện/ ngày (không áp dụng cho thai sản). Áp dụng cho trường hợp điều trị trong ngày nếu có phát sinh tiền phòng/ giường.	Theo giới hạn bên dưới
- Nếu điều trị tại bệnh viện công.	100,000đ/ ngày
- Nếu điều trị tại bệnh viện công và có kết hợp sử dụng bảo hiểm y tế của bảo hiểm xã hội.	150,000đ/ ngày
- Trường hợp khác.	50,000đ/ ngày

9. Chi phí vận chuyển cấp cứu địa phương/ năm (loại trừ đường hàng không và dịch vụ SOS). Bao gồm các chi phí vận chuyển từ cơ sở y tế này đến cơ sở y tế khác để tiếp tục điều trị.	Chi trả toàn bộ (không bao gồm chi phí taxi)
10. Trợ cấp mai táng trong trường hợp điều trị thuộc phạm vi bảo hiểm và tử vong tại bệnh viện.	2,100,000đ
11. Chăm sóc thai sản. - Biến chứng thai sản. - Sinh thường. - Sinh mổ.	Chi trả theo các giới hạn phụ tương ứng từ 1-10 và không vượt quá giới hạn tối đa của nội trú. Không vượt quá số tiền 21,000,000đ/ năm
12. Chi phí dưỡng nhi/ năm (loại trừ bệnh bẩm sinh): bao gồm nhưng không giới hạn chi phí thuốc dưỡng nhi, xét nghiệm dưỡng nhi, chích ngừa, vệ sinh bé tại bệnh viện ngay sau khi sinh và mẹ vẫn chưa xuất viện	800,000đ
D. Điều trị ngoại trú do bệnh & thai sản/ năm	6,300,000đ Không áp dụng đồng bảo hiểm
1. Chi phí khám bệnh/ tư vấn bác sĩ. - Chi phí chẩn đoán bệnh. - Chi phí thuốc & các thiết bị hỗ trợ điều trị. - Thủ thuật ngoại trú. - Biến chứng thai sản ngoại trú. - Chi phí khám Vật lý trị liệu lần đầu tiên đối với mỗi đợt (lộ trình) điều trị. - Điều trị bằng phương pháp cây chi.	1,300,000đ/ lần khám
2. Trị liệu học bức xạ, các liệu pháp ánh sáng do bác sĩ chỉ định và cần thiết cho việc chẩn đoán & điều trị thực hiện tại bệnh viện và phòng khám hợp pháp.	
3. Chữa trị theo phương pháp đông y, nắn xương, châm cứu thực hiện tại bệnh viện và phòng khám hợp pháp.	150,000đ/ lần, tối đa 60 lần/ năm
4. Điều trị vật lý trị liệu & trị liệu thần kinh cột sống theo chỉ định thực hiện tại các bệnh viện và phòng khám hợp pháp	
5. Điều trị nha khoa cơ bản/ năm (mức trách nhiệm bao gồm trong giới hạn tối đa của ngoại trú). Khám và chụp x-quang; điều trị viêm lợi (nướu); điều trị nha chu; hàn (trám) răng bệnh lý bằng amalgam, composite, fujii, gic hoặc các chất trám tương tự khác; điều trị tuỷ răng; nhổ/tiểu phẫu/phẫu thuật răng bệnh lý; lấy cao răng (cao vôi răng) tối đa 02 lần/năm.	1,300,000đ
6. Khám thai định kỳ/ năm. - Khám thai. - Siêu âm 2D, 3D, 4D. - Xét nghiệm nước tiểu liên quan đến thai kỳ. - Xét nghiệm công thức máu.	1,000,000đ
E. Tử vong hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn do bệnh, thai sản	Không bảo hiểm

Lưu ý

- Nơi điều trị: tại tất cả các bệnh viện, phòng khám, nha khoa có đăng ký kinh doanh hợp pháp, xuất được hóa đơn VAT và điều trị đúng chuyên ngành đăng ký. Nhưng loại trừ các cơ sở y tế nằm trong danh sách các cơ sở y tế loại trừ của CTBH.
- Định nghĩa: Thương tật bộ phận vĩnh viễn: là các tổn thương thân thể, biến đổi hoàn toàn về thể chất làm cho NĐBH mất một phần hoặc toàn bộ khả năng thực hiện các công việc thường nhật của người đó hay khả năng lao động trong bất kì loại lao động nào và kéo dài 52 tuần liên tục và không có hy vọng vào sự tiến triển của thương tật đó theo kết luận của bác sỹ và hội đồng giám định y khoa. CTBH sẽ chi trả các thương tật vĩnh viễn và tỷ lệ phần trăm được liệt kê cụ thể trong bảng tỷ lệ thương tật đính kèm theo quy tắc bảo hiểm.

PHẦN C – PHÍ BẢO HIỂM: do CTBH cung cấp khi tham gia đấu thầu.

PHẦN D – ĐIỀU KIỆN ĐIỀU KHOẢN

Quy tắc Bảo hiểm : Áp dụng Quy tắc Bảo hiểm Sức khỏe của CTBH, cùng các điều khoản bổ sung sau:

1. Điều khoản tự động tăng giảm NT của VC-NLD (khai báo hàng tháng): khai báo những thay đổi trong tháng trong vòng 15 ngày của tháng tiếp theo nhưng không muộn hơn ngày kết thúc hiệu lực HĐBH.
2. Điều khoản về ngộ độc thực phẩm, thức uống: theo điều khoản này, CTBH đồng ý coi sự kiện ngộ độc như sự kiện tai nạn và sẽ được bảo hiểm dưới quyền lợi bảo hiểm tai nạn tuân theo quy định của HĐBH. Tổng mức trách nhiệm tích tụ không vượt quá 2,100,000,000đ/ vụ.
3. Bảo hiểm rủi ro do cúm lợn, cúm gia cầm, cúm A H1N1, H5N1, Covid-19: bồi thường tích tụ tối đa 2,100,000,000đ/ hợp đồng.
4. Điều khoản mở rộng về rủi ro & mất tích: khi một người biệt tích hai năm liền (24 tháng) trở lên, mặc dù đã áp dụng đầy đủ các biện pháp thông báo, tìm kiếm theo quy định của pháp luật tố tụng dân sự nhưng vẫn không có tin tức xác thực về việc người đó còn sống hay đã chết thì theo yêu cầu của người có quyền, lợi ích liên quan, Toà án có thể tuyên bố người đó mất tích. Thời hạn hai năm được tính từ ngày biết được tin tức cuối cùng về người đó; nếu không xác định được ngày có tin tức cuối cùng thì thời hạn này được tính từ ngày đầu tiên của tháng tiếp theo tháng có tin tức cuối cùng; nếu không xác định được ngày, tháng có tin tức cuối cùng thì thời hạn này được tính từ ngày đầu tiên của năm tiếp theo năm có tin tức cuối cùng. Các bên cũng đồng ý và thỏa thuận rằng nếu một NĐBH mất tích do nguyên nhân tai nạn thì CTBH cho là người đó đã tử vong và sẽ có trách nhiệm thanh toán tiền bảo hiểm trong trường hợp tử vong quy định trong HĐBH. Tuy nhiên nếu sau đó người mất tích được biết là vẫn còn sống, thì người được hưởng lợi số tiền bảo hiểm trên trả lại ngay cho CTBH số tiền CTBH đã bồi thường cho họ.
5. Điều khoản mở rộng về không tặc: các bên thống nhất và đồng ý rằng HĐBH sẽ mở rộng bảo hiểm cho trường hợp tử vong, thương tật hoặc các chi phí y tế phát sinh do hậu quả của việc cướp hoặc chiếm giữ trái pháp luật hoặc hành vi phạm pháp của hành khách trên chuyến bay mà NĐBH là một hành khách có vé trên đó, miễn rằng trường hợp tử vong, thương tật hoặc các chi phí y tế không phải là kết quả của việc NĐBH tham gia vào hoặc khiêu khích những hành động nêu trên.
6. Điều khoản mở rộng về huấn luyện quốc phòng.
7. Điều khoản mở rộng cho việc di chuyển bằng xe máy.
8. Điều khoản hủy hợp đồng trong vòng 30 ngày khai báo.
9. Điều khoản mở rộng bệnh nghề nghiệp (bảo hiểm dưới quyền lợi tai nạn): theo điều khoản này, CTBH đồng ý coi bệnh nghề nghiệp như sự kiện tai nạn và mở rộng bảo hiểm các chi phí y tế điều trị bệnh nghề nghiệp được qui định bởi Bộ Luật Lao động dưới quyền lợi chi phí y tế do tai nạn.
10. Điều khoản thanh toán phí trong vòng 30 ngày: trong thời hạn này nếu như phí bảo hiểm chưa được thanh toán thì tất cả những hồ sơ bồi thường sẽ chưa được trả tiền bảo hiểm và yêu cầu bảo lãnh viện phí sẽ chưa được giải quyết cho đến khi phí bảo hiểm được thanh toán đầy đủ theo như điều khoản thanh toán trên đây. Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm không đóng đủ phí bảo hiểm hoặc không đóng phí bảo hiểm theo thời hạn thỏa thuận trong HĐBH, HĐBH sẽ tự động chấm dứt hiệu lực bảo hiểm vào ngày kế tiếp ngày Bên mua bảo hiểm phải đóng phí bảo hiểm theo thỏa thuận trong HĐBH (Theo thông tư 50 của Bộ Tài Chính).
11. Điều khoản mở rộng về đình công, gây rối và bạo loạn dân sự: các bên thống nhất và đồng ý rằng dù có bất kể điều gì trái ngược được viết trong HĐBH thì HĐBH này vẫn mở rộng bảo hiểm cho trường hợp tử vong, thương tật hoặc các chi phí y tế xảy ra do hậu quả của đình công, nổi loạn và bạo động dân sự mà theo điều khoản này thương tật là nguyên nhân trực tiếp của:
 - Hành động của bất kỳ người nào cùng tham gia với các người khác làm náo động sự yên bình của cộng đồng (dù có liên quan tới cuộc đình công hoặc nổi loạn dẫn đến gây áp lực đóng cửa nhà máy hay không).
 - Hành động của người có thẩm quyền pháp lý trong việc đàn áp hoặc cố gắng ngăn chặn bất cứ sự nổi loạn hoặc giảm thiểu hậu quả của sự nổi loạn đó.
 - Hành động cố ý của người tham gia đình công hoặc công nhân nổi loạn để kích động đình công hoặc chống lại việc đóng cửa nhà máy.
 - Hành động của người có thẩm quyền trong việc ngăn chặn hoặc cố gắng ngăn chặn hành động hoặc giảm thiểu hậu quả của những hành động đó.

12. Điều khoản mở rộng về ngạt thở và hít khí độc: bao gồm trong điều khoản ngộ độc trên.
13. Điều khoản mở rộng về các chuyến bay không có trong lịch trình.
14. Điều khoản mở rộng về tấn công và giết người vô cớ.
15. Thiết bị y tế hỗ trợ (đồng bảo hiểm 50/50): HDBH đồng ý chi trả cho chi phí mua thiết bị y tế hỗ trợ điều trị bao gồm máy hỗ trợ tim, dao cắt trĩ theo phương pháp mô Longo, stent trong phẫu thuật động mạch, rọ tán sỏi, lưới trong điều trị thoát vị bẹn.
16. Dụng cụ phẫu thuật/ dụng cụ y tế sử dụng một lần (đồng bảo hiểm 50/50): HDBH đồng ý chi trả cho các dụng cụ phẫu thuật và/hoặc các dụng cụ y tế sử dụng một lần (bao gồm dao bào xương, đầu đốt cao tần, ốc vít tự tiêu hoặc cố định, nẹp cố định xương khớp trong quá trình thủ thuật phẫu thuật).
17. Thay gân/ tái tạo dây chằng: HDBH đồng ý chi trả cho chi phí thay gân & tái tạo dây chằng (loại trừ chi phí mua dây chằng thay thế).
18. Chi phí xét nghiệm, chiếu chụp theo chỉ định của bác sĩ (chi trả theo mức giới hạn/ lần khám ngoại trú/ năm và tối đa 2 lần/ năm): HDBH đồng ý chi trả cho các chi phí xét nghiệm, chiếu chụp theo chỉ định của bác sĩ nhưng có kết quả bình thường, mang mục đích tầm soát & loại trừ để đưa ra chẩn đoán bệnh, hướng điều trị cuối cùng với điều kiện các xét nghiệm, chiếu chụp này có liên quan đến triệu chứng bất thường/ bệnh lý của NĐBH được bác sĩ ghi rõ trên chứng từ y tế (bao gồm nhưng không giới hạn số khám, phiếu khám, báo cáo y tế, đơn thuốc)
19. Các trường hợp tái khám: trong trường hợp NĐBH tái khám và điều trị cho bệnh/ ốm đau/ tai nạn, những lần khám tiếp theo cho cùng nguyên nhân ban đầu sẽ được chi trả cho dù kết quả bình thường và không cần có thêm các điều trị tiếp theo.
20. Các bất thường về sinh hóa, chuyên hóa của cơ thể: HDBH đồng ý chi trả cho việc điều trị các bất thường về sinh hóa, chuyên hóa của cơ thể, bao gồm nhưng không giới hạn việc điều trị tăng lipid trong máu cao, men gan cao, hạ canci máu hay các tình trạng tương tự.
21. Dược phẩm/ thực phẩm chức năng điều trị da liễu/ bệnh về da (500,000đ/ người/ đơn thuốc/ năm): HDBH đồng ý chi trả các dược phẩm/ thực phẩm chức năng trong điều trị da liễu, điều trị các bệnh về da.
22. Chế phẩm y tế hỗ trợ điều trị (500,000đ/ người/ năm): HDBH đồng ý chi trả cho các chế phẩm y tế hỗ trợ điều trị tai mũi họng (dung dịch xịt mũi/ tai) theo chỉ định của bác sĩ như Sterimar, Xisat, Hummer, Nacl.
23. Vitamin, thực phẩm chức năng: HDBH đồng ý chi trả cho vitamin, thực phẩm chức năng, thuốc bổ, men tiêu hóa. Với điều kiện phải đi kèm thuốc điều trị và tổng chi phí không vượt quá chi phí thuốc điều trị.
24. Điều trị tại bệnh viện công:
 - Không yêu cầu bảng kê chi tiết viện phí với chi phí dưới 1,000,000đ khi điều trị nội trú và 500,000đ khi điều trị ngoại trú.
 - Không yêu cầu dấu trên toa thuốc (in trên giấy in) trong trường hợp có mã số bệnh viện, mã số bệnh nhân đã thể hiện ở những chứng từ y tế khác có dấu của bệnh viện.
 - Không yêu cầu bảng kê chi tiết viện phí cho hóa đơn, biên lai thu phí lệ phí của gói sinh/gói thai sản trong trường hợp sinh trọn gói tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội và Phụ sản Trung Ương.
25. Đối với bảo hiểm y tế của bảo hiểm xã hội: để khuyến khích việc sử dụng bảo hiểm y tế của bảo hiểm xã hội, HDBH đồng ý chi trả thêm 30% chi phí mà bảo hiểm y tế của bảo hiểm xã hội đã chi trả, với điều kiện NĐBH phải cung cấp bảng kê chi tiết.
26. Trường hợp có chẩn đoán/kết luận bệnh nhưng không có thuốc: HDBH đồng ý chi trả cho các trường hợp có chẩn đoán/kết luận bệnh nhưng không có thuốc điều trị, CTBH sẽ chỉ xem xét chi trả cho trường hợp:
 - Không có chỉ định dùng thuốc do đang trong quá trình mang thai.
 - Không có thuốc điều trị tuy nhiên có hẹn tái khám (có thời gian cụ thể) hoặc có chỉ định phương pháp điều trị như tập thể dục, ăn kiêng, điều chỉnh chế độ ăn uống, tái khám, theo dõi triệu chứng.

27. NĐBH điều trị ngoại trú thuộc phạm vi bảo hiểm nhưng không mua thuốc hoặc không cung cấp hóa đơn mua thuốc: CTBH không yêu cầu NĐBH cung cấp hóa đơn tiền thuốc nếu NĐBH không yêu cầu bồi thường chi phí này.
28. Mở rộng nộp hồ sơ bồi thường trong vòng 365 ngày, thời hạn thông báo bồi thường 180 ngày kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm hay kết thúc việc điều trị.
29. Đối với trường hợp sinh tại bệnh viện công.
 - Ngoài các chi phí y tế thuộc phạm vi bảo hiểm, CTBH đồng ý chi trả thêm chi phí yêu cầu, tối đa 10,000,000đ/ ca sinh (không bao gồm các chi phí đẻ không đau, chiếu tia Plasma), trong đó:
 - + Sinh thường: Thanh toán theo giới hạn viện phí/ngày.
 - + Sinh mổ: Thanh toán 50% theo giới hạn viện phí/ngày và 50% theo giới hạn phẫu thuật.
 - Chi phí điều trị không có bảng kê: CTBH đồng ý chi trả chi phí y tế thực tế không vượt quá các giới hạn phụ tối đa VND xx/ ca sinh (xx theo giới hạn thai sản hoặc 20,000,000đ - tùy theo chi phí nào thấp hơn), trong đó:
 - + Sinh thường: Thanh toán theo giới hạn viện phí/ngày.
 - + Sinh mổ: Thanh toán 50% theo giới hạn viện phí/ngày và 50% theo giới hạn phẫu thuật.
30. Điều khoản chi phí sinh con bằng thụ tinh nhân tạo: HĐBH đồng ý bảo hiểm cho trường hợp NĐBH có thai bằng biện pháp thụ tinh nhân tạo/ thụ tinh ống nghiệm như sau:
 - Chi phí sinh con: bồi thường theo các giới hạn của quyền lợi “thai sản” trong “điều trị nội trú”.
 - Chi phí khám thai định kỳ: bồi thường theo giới hạn của quyền lợi khám thai định kỳ
31. Điều khoản bồi thường liên quan tới triệu chứng:
 - Trường hợp hồ sơ không thể hiện triệu chứng và kết quả khám bình thường: CTBH từ chối bồi thường.
 - Trường hợp hồ sơ có thể hiện triệu chứng: kết quả khám bình thường/ xét nghiệm nhằm mục đích chẩn đoán bệnh có kết quả bình thường và không liên quan đến chẩn đoán bệnh: chi trả tối đa 1,000,000đ/ người/ năm.
 - Trường hợp hồ sơ thể hiện triệu chứng hoặc không thể hiện triệu chứng nhưng có kết luận bệnh/ kết quả khám bất thường:
 - + Bác sĩ không kê toa thuốc hoặc NĐBH không phải dùng thuốc do đang mang thai: CTBH chi trả tiền khám, xét nghiệm/ chẩn đoán hình ảnh.
 - + Bác sĩ có kê toa thuốc, nhưng NĐBH không cung cấp hoá đơn tiền thuốc: CTBH chi trả tiền khám, xét nghiệm/ chẩn đoán hình ảnh, đến giới hạn tối đa của quyền lợi tương ứng.
 - + Bác sĩ có kê toa thuốc và NĐBH cung cấp hoá đơn tiền thuốc: CTBH chi trả khám, xét nghiệm/ chẩn đoán hình ảnh và tiền thuốc đến giới hạn tối đa của quyền lợi tương ứng.
32. Mở rộng chi trả cho các xét nghiệm tầm soát trước phẫu thuật, bao gồm nhưng không giới hạn xét nghiệm HIV, giang mai, viêm gan, ... theo quyền lợi nội trú.
33. CTBH đồng ý rằng danh mục bệnh lây nhiễm qua đường tình dục chỉ bao gồm các bệnh sau:
 - Bệnh hạ cam (Chancroid).
 - U hạt bẹn (Lymphogranuloma inguinale).
 - Bệnh lậu (Gonorrhoea).
 - Giang mai (Syphilis).
 - Herpes sinh dục (Genital Herpes).
 - HIV / AIDS.
 - Bệnh sùi mào gà (Condyloma acuminata).
 - U mềm lây (Molluscum contagiosum).
 - Bệnh rận mu do Rận mu hay còn gọi là chấy cưa gây ra (Phthirus pubis).
34. CTBH đồng ý thanh toán chi phí khám từ xa (khám trực tuyến) thông qua các cơ sở y tế hợp pháp (ngoại trừ hệ thống bệnh viện/phòng khám theo quy định riêng của CTBH) trong trường hợp NĐBH có triệu chứng bệnh và sau khi tư vấn, NĐBH được bác sĩ chẩn đoán bệnh thuộc phạm vi bảo hiểm, CTBH chi trả bồi thường theo

giới hạn một lần khám với điều kiện cung cấp được đầy đủ chứng từ y tế và hóa đơn theo quy định, bao gồm :

- Đơn thuốc/báo cáo y tế có thông tin chẩn đoán bệnh
- Chỉ định thực hiện cận lâm sàng và các kết quả cận lâm sàng (nếu có).
- Hóa đơn tiền khám/tư vấn sức khỏe.
- Hóa đơn tiền xét nghiệm, cận lâm sàng (nếu có).
- Hóa đơn mua thuốc theo chỉ định của Bác sĩ.
- Không giới hạn số lần khám/ năm.
- Điều khoản này không áp dụng trong trường hợp bảo lãnh viện phí.

Mức miễn thường : Không áp dụng

Điều khoản bảo hiểm liên tục : Khi HĐBH mới thay thế cho HĐBH đã hết hạn được thu xếp trước đó bởi CHĐBH (HĐBH cũ đã hết hạn từ ngày 03.02.2024). CTBH đồng ý:

- HĐBH mới sẽ tiếp tục bảo hiểm cho các quyền lợi sức khỏe đã bảo hiểm, bao gồm tất cả các điều trị ốm đau, bệnh tật và thai sản mà nguyên nhân không bị loại trừ, tối đa đến mức giới hạn của số tiền bảo hiểm đã được ghi nhận theo HĐBH, kể từ ngày HĐBH có hiệu lực.
- HĐBH mới cũng sẽ tiếp tục bảo hiểm cho hậu quả do tai nạn và ung thư thuộc phạm vi bảo hiểm của năm HĐBH trước đó của CHĐBH.
- Thời gian chờ của HĐBH mới sẽ được tính kể từ ngày đầu tiên và tham gia bảo hiểm liên tục của NĐBH vào chương trình bảo hiểm, áp dụng cho tất cả các quyền lợi được bảo hiểm.

Thời hạn thanh toán phí : 1. Phí bảo hiểm của HĐBH được thanh toán theo 1 kỳ vào tài khoản của CTBH trước hoặc trong 30 ngày kể từ ngày HĐBH có hiệu lực.

2. Việc thanh toán tiền bồi thường cho các hồ sơ yêu cầu bồi thường và dịch vụ bảo lãnh viện phí chỉ được thực hiện sau khi toàn bộ phí bảo hiểm của HĐBH đã được thanh toán đúng hạn.
3. Trong trường hợp phí bảo hiểm không được thanh toán đúng theo thời hạn quy định trên, hồ sơ yêu cầu bồi thường với ngày điều trị phát sinh trước thời gian phí bảo hiểm được thanh toán sẽ tạm thời bị từ chối giải quyết bồi thường.
4. Phí bảo hiểm của các sửa đổi bổ sung phát sinh trong thời hạn bảo hiểm sẽ được tổng kết hàng tháng và thanh toán 1 lần vào cuối HĐBH.

Điều khoản về thông báo tăng giảm NĐBH (hàng tháng) : 1. NT chỉ được đăng ký một lần vào đầu HĐBH, ngoại trừ các trường hợp: NT của VC-NLĐ mới, vợ/chồng mới cưới, con mới sinh.

2. Tự động bảo hiểm đối với NT mới vào chương trình bảo hiểm với số tiền không vượt quá số tiền bảo hiểm được áp dụng tương tự đối với cùng loại NT đã được bảo hiểm theo HĐBH mới, và sẽ tự động huỷ bất kỳ NT nếu VC-NLĐ nghỉ việc.

Điều khoản phí cuối kỳ : 1. Đối với trường hợp tăng NĐBH: phí bảo hiểm bổ sung sẽ được tính theo tỷ lệ từ ngày tham gia bảo hiểm cho đến ngày kết thúc hiệu lực HĐBH, với quyền lợi nguyên năm.

2. Đối với trường hợp giảm NĐBH: Phí bảo hiểm sẽ được tính trên cơ sở tỷ lệ từ ngày ngừng bảo hiểm đến ngày kết thúc hiệu lực HĐBH và hoàn lại cho CHĐBH nếu chưa phát sinh bồi thường.

Lưu ý: trường hợp VC-NLĐ nghỉ việc thì NT sẽ giảm theo. Hiệu lực bảo hiểm của NT sẽ được tính từ ngày CHĐBH khai báo.

3. Phí bảo hiểm cho các trường hợp tăng/giảm NĐBH trong năm sẽ quyết toán một lần vào cuối năm HĐBH và thanh toán cho CTBH trong vòng 45 ngày kể từ ngày hết hạn hiệu lực HĐBH. Trong thời hạn này nếu như phí bảo hiểm chưa được thanh toán thì tất cả những hồ sơ bồi thường nếu có phát sinh thì sẽ chưa được giải quyết bồi thường cho đến khi nào CTBH nhận phí bảo hiểm đầy đủ theo như điều khoản thanh toán trên đây.

Các điều khoản khác : 1. HĐBH bao gồm:

- Sửa đổi bổ sung (nếu có) được ký hợp lệ bởi đại diện có thẩm quyền của CHĐBH và CTBH.
- Quy tắc bảo hiểm: tất cả giấy tờ / văn bản cấu thành toàn bộ HĐBH sẽ cùng được xem xét khi giải thích nội dung HĐBH. Nếu có sự khác nhau hay xung đột giữa các điều khoản, việc giải thích các quy định của HĐBH sẽ được thực hiện theo thứ tự ưu tiên từ trên xuống như đã được liệt kê bên trên. Trong trường hợp các

bên không đạt được sự thống nhất trong việc giải thích các điều khoản thì quy định của pháp luật hiện hành sẽ được áp dụng để giải thích điều khoản đó.

Điều khoản bổ sung về bồi thường :

2. Dịch vụ bảo lãnh viện phí: áp dụng bảo lãnh nội trú, ngoại trú và răng trong hệ thống bảo lãnh của CTBH.
1. Không yêu cầu phải có chữ ký và xác nhận của chủ hoặc đại diện của chủ đồng bảo hiểm trên giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm. Tuy nhiên trong trường hợp cần thiết, CTBH có quyền yêu cầu chủ hoặc đại diện của CHĐBH ký trên giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm để xác định đối tượng tham gia bảo hiểm.
2. VC-NLĐ được phép ký thay cho NT trên Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm. Tiền bồi thường có thể được chuyển vào tài khoản của VC-NLĐ.
3. HDBH chấp nhận các chứng từ y tế sau:
 - Chứng từ thanh toán: Hóa đơn, biên lai, phiếu thu phải là bản gốc.
 - Chứng từ y tế: bản gốc hoặc bản photo không cần chứng thực sao y bản gốc.
4. Thỏa thuận đặc biệt về nộp Hồ sơ bồi thường (HSBT):
 - Đối với hồ sơ ngoại trú (do mọi nguyên nhân thuộc phạm vi bảo hiểm) và hồ sơ răng: CTBH đồng ý giải quyết bồi thường trên bản ảnh / bản scan qua email, không yêu cầu nộp HSBT bản gốc. Tuy nhiên, trong một số trường hợp cần thiết để làm rõ CTBH sẽ yêu cầu NĐBH cung cấp bản gốc.
 - Đối với hồ sơ khác: CTBH đồng ý giải quyết bồi thường trên hồ sơ bản ảnh / bản scan trước, sau khi nhận được đầy đủ hồ sơ gốc CTBH sẽ gửi thông báo bồi thường và chuyển tiền bồi thường cho NĐBH.