

CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM HỖ TRỢ VIỆN PHÍ

(Là bộ phận đính kèm và không tách rời giấy chứng nhận bảo hiểm số «BSO_GCN_DT»

Trên cơ sở yêu cầu bảo hiểm của Bên mua bảo hiểm, Tổng Công ty CP bảo hiểm ngân hàng TMCP công thương Việt Nam (VBI) đồng ý nhận bảo hiểm cho Người được bảo hiểm theo các điều khoản quy định trong chương bảo hiểm này.

I. Nguyên tắc chung

Điều 1: Đối tượng bảo hiểm

1. Đối tượng được bảo hiểm là mọi công dân Việt Nam từ 3 đến 65 tuổi và người nước ngoài đang công tác học tập và làm việc tại Việt Nam. Trẻ em từ 03 đến 06 tuổi bắt buộc tham gia cùng bố/mẹ.
2. VBI không nhận bảo hiểm và không chịu trách nhiệm đối với các đối tượng sau:
 - a. Những người bị bệnh thần kinh, tâm thần, phong, bệnh phong, bệnh ung thư.
 - b. Những người bị tàn phế hoặc thương tật vĩnh viễn từ 50% trở lên.
 - c. Những người đang trong thời gian điều trị bệnh tật, thương tật.

Điều 2: Giải nghĩa

Trong chương trình bảo hiểm này, các từ ngữ dưới đây được hiểu như sau:

1. Người được bảo hiểm: là người được VBI chấp nhận bảo hiểm bằng Giấy chứng nhận bảo hiểm và được hưởng quyền lợi khi rủi ro được bảo hiểm xảy ra cho người đó.
2. Bên mua bảo hiểm: là tổ chức, cá nhân giao kết hợp đồng bảo hiểm với doanh nghiệp bảo hiểm và đóng phí bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm có thể đồng thời là Người được bảo hiểm hoặc người thụ hưởng.
3. Người thụ hưởng: là tổ chức, cá nhân được bên mua bảo hiểm chỉ định để nhận tiền bảo hiểm theo hợp đồng bảo hiểm con người.
4. Người ký hợp đồng: là người có đủ năng lực hành vi dân sự hoặc có thẩm quyền có tên trong Giấy yêu cầu bảo hiểm cho bản thân mình và/ hoặc các thành viên trong tập thể và người phụ thuộc (nếu có yêu cầu) và được VBI chấp nhận bảo hiểm.
5. Giấy yêu cầu bảo hiểm: có nghĩa là bất kỳ hình thức Giấy yêu cầu nào được xác nhận cùng với lời khai và bất kỳ thông tin sửa đổi hoặc bổ sung nào do Người được bảo hiểm hoặc Người đại diện của Người được bảo hiểm cung cấp.
6. Tai nạn: Là sự kiện/chuỗi sự kiện bất ngờ, không lường trước được, nằm ngoài ý muốn của Người được bảo hiểm, gây ra bởi một lực bên ngoài có thể nhìn thấy được xảy ra trong thời hạn bảo hiểm ghi trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm; là nguyên nhân trực tiếp và duy nhất tác động lên cơ thể của Người được bảo hiểm làm cho Người được bảo hiểm bị tử vong hoặc thương tật thân thể. Sự kiện/ chuỗi sự kiện này không phải có nguyên nhân từ và/hoặc bị trầm trọng thêm bởi bệnh; suy giảm sức khoẻ hoặc thần kinh hoặc thoái hoá theo thời gian, tuổi tác.
7. Bệnh tật: Là tình trạng cơ thể có dấu hiệu của bệnh lý khác với tình trạng sức khỏe hoặc chức năng sinh lý bình thường (bệnh tật không bao gồm nguyên nhân do thai sản hoặc các bất thường thai sản) xuất hiện trong thời hạn bảo hiểm và cần phải điều trị y tế.
8. Bệnh cấp tính: Là tình trạng ốm đau, bệnh tật hoặc thương tổn cần thiết phải điều trị ngay để hồi phục tình trạng sức khỏe cho người được bảo hiểm như ngay trước khi bị bệnh, đau ốm hoặc thương tổn hoặc có thể điều trị phục hồi hoàn toàn.

9. Bệnh mãn tính/bệnh mạn tính: Là tình trạng bệnh xảy ra từ từ, kéo dài, tiến triển chậm, thời gian điều trị lâu nhưng khó hoặc không có khả năng khỏi bệnh và được xác định theo kết luận cuối cùng của bác sỹ tại hồ sơ bệnh án/chứng từ y tế hoặc theo ý kiến của cơ quan chuyên môn liên quan.

10. Hiệu lực bảo hiểm: là thời điểm Người được bảo hiểm bắt đầu được chi trả bảo hiểm sau thời gian chờ.

11. Thời gian chờ: Là khoảng thời gian mà các quyền lợi bảo hiểm có liên quan không được chi trả bảo hiểm bao gồm những trường hợp thời điểm phát sinh rủi ro nằm trong thời gian chờ nhưng chi phí điều trị rủi ro phát sinh trong thời hạn bảo hiểm có hiệu lực hoặc hậu quả của đợt điều trị rủi ro này còn kéo dài trong thời hạn bảo hiểm có hiệu lực. Chương trình bảo hiểm này áp dụng thời gian chờ như sau:

- 05 ngày đối với tai nạn.
- 30 ngày đối với trường hợp mắc bệnh.
- 01 năm đối với bệnh đặc biệt.

12. Bệnh đặc biệt: Là những bệnh ung thư các loại; u các loại (bướu; polyp; nang/cyst; hạt; các tình trạng phình/giãn các loại; mắt cá; mụn, nốt ruồi các loại; mộng thịt); huyết áp; tim; mạch; viêm/loét dạ dày, tá tràng; viêm đa khớp mãn tính; viêm gan các loại; trĩ; sỏi các loại; đục thủy tinh thể; viêm xoang; các tình trạng thoái hóa; các tình trạng thoát vị; Parkinson, bệnh đái tháo đường; các bệnh hô hấp (Viêm mũi dị ứng mãn tính/mạn tính; vẹo vách ngăn do bệnh; bệnh viêm/quá phát VA/ Amydan cần phải phẫu thuật hoặc có biến chứng viêm tai giữa; viêm xoang mãn tính; viêm/giãn phế quản, phổi; tràn khí phổi).

13. Bệnh có sẵn: Là tình trạng bệnh tật hoặc tổn thương hoặc các tình trạng liên quan của Người được bảo hiểm đã hoặc không có dấu hiệu hoặc triệu chứng và/hoặc được/không được bác sỹ chẩn đoán và/hoặc được tư vấn hoặc điều trị/không điều trị trong vòng 3 năm trước Ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm. Các tài liệu y khoa là tài liệu chứng minh tiến trình bệnh có sẵn; Hồ sơ y tế, tình trạng tiền sử bệnh được lưu giữ tại Bệnh viện hoặc các thông tin do bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm tự kê khai được xem là bằng chứng đầy đủ và hợp pháp về bệnh có sẵn.

14. Thương tật có sẵn: Là tình trạng mà Người được bảo hiểm bị thương tật thân thể do nguyên nhân tai nạn xảy ra từ trước ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm mà Người được bảo hiểm đã biết hoặc ý thức được cho dù Người được bảo hiểm có thật sự khám và điều trị hoặc nhận biết được hay không.

- Thương tật có sẵn có thể được thể hiện ở chẩn đoán của bác sỹ tại hồ sơ bệnh án/chứng từ y tế hoặc di chứng/tổn thương tồn tại trên cơ thể theo ý kiến của cơ quan chuyên môn có liên quan.

15. Bệnh viện: Là cơ sở y tế được luật pháp nước sở tại công nhận, có giấy phép điều trị nội trú, ngoại trú. Bệnh viện không phải là nơi dùng để nghỉ ngơi hoặc điều dưỡng, thẩm mỹ, spa, massage, xông hơi hay một cơ sở đặc biệt dành riêng cho người già, hoặc để điều trị, cai nghiện các chất kích thích/rượu/ma túy. Bệnh viện được hưởng quyền lợi trợ cấp nằm viện không bao gồm các cơ sở khám chữa bệnh theo phương pháp Đông Y hoặc các khoa Khám chữa bệnh theo phương pháp Đông Y, Trung tâm Y tế, Trạm y tế, Phòng khám gia đình, Nhà điều dưỡng.

16. Bác sỹ: Là người có bằng cấp chuyên môn y khoa được Cơ quan có thẩm quyền tại Việt Nam cấp hoặc thừa nhận, đã đăng ký và được phép thực hành nghề y hoặc phẫu thuật hợp pháp theo đúng quy định của giấy phép đăng ký hành nghề. Bác sỹ không được đồng thời là Người được bảo hiểm hoặc Bên mua bảo hiểm (bao gồm bố, mẹ, vợ, chồng, con, anh, chị, em ruột). Bác sỹ trong định nghĩa này không bao gồm bác sỹ đông y, y học cổ truyền/dân tộc, vật lý trị liệu, chẩn đoán hình ảnh/cận lâm sàng, châm cứu, điều dưỡng.

17. Nằm viện: là việc Người được bảo hiểm cần nhập viện tại bệnh viện để điều trị nội trú bệnh, tổn thương do những yêu cầu hợp lý và cần thiết về mặt y khoa theo chỉ định của Bác sĩ.

- Khi nhập viện: có làm thủ tục nhập viện và có bệnh án ghi chép toàn bộ quá trình điều trị;
- Khi ra viện: có làm thủ tục ra viện và có Giấy ra viện, bảng kê chi tiết viện phí, biên lai (hóa đơn) thu tiền viện phí với đầy đủ chữ ký và con dấu hợp pháp của Bệnh viện theo quy định của pháp luật.

18. Ngày nằm viện: là một ngày mà Người được bảo hiểm nằm điều trị nội trú đủ 24 giờ liên tục tại bệnh viện và phải nộp viện phí, tiền phòng cho một ngày theo quy định của bệnh viện.

Trường hợp bệnh nhân nằm điều trị trong ngày, nằm viện qua đêm hoặc nằm viện nhiều ngày nhưng ngày ra/xuất viện không đủ 24h thì VBI sẽ chi trả như sau:

$$\text{Số tiền trợ cấp theo ngày} = \text{số giờ nằm viện thực tế} \times \frac{\text{số tiền trợ cấp/ngày}}{24\text{h}}$$

19. Phòng/Khoa Hồi sức tích cực (ICU)

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

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

20. Lãnh thổ địa lý

Tất cả quyền lợi của chương trình bảo hiểm này chỉ áp dụng cho các bệnh viện trong phạm vi lãnh thổ tại Việt Nam.

21. Tái tục liên tục

Tái tục liên tục là Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm được ký liên tục kể từ ngày hết hạn của Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm trước đó mà Người được bảo hiểm đã tham gia tại VBI

22. Chuyển nhượng: Bảo hiểm được cấp theo Hợp đồng bảo hiểm này sẽ không được chuyển nhượng.

23. Ưu tiên áp dụng: Trong trường hợp có sự khác biệt giữa Quy tắc, Điều khoản bảo hiểm này và Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm về cùng một nội dung thì những quy định trong Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm sẽ được ưu tiên áp dụng.

24. Bệnh/Dị tật bẩm sinh (bao gồm các thuật ngữ về dị dạng, khuyết tật): Là các bất thường bộ lộ sớm hay tiềm ẩn, có thể xuất hiện muộn về di truyền, về gen, về hình dạng, về cấu trúc, về chức năng, về chuyển hóa hoặc vị trí của các bộ phận cơ thể trong giai đoạn phát triển bào thai hay xuất hiện muộn trong các giai đoạn phát triển cơ thể, kể cả trường hợp phát triển bất thường, sai lệch chức năng, vị trí của tế bào mầm.

Bệnh/Dị tật bẩm sinh được xác định theo kết luận cuối cùng của bác sĩ tại hồ sơ bệnh án/chứng từ y tế hoặc ý kiến của cơ quan chuyên môn.

25. Thương tật thân thể: Là những tổn thương đối với bất kỳ bộ phận, chức năng nào của cơ thể do nguyên nhân trực tiếp và duy nhất là tai nạn, được xác nhận và chứng nhận bởi Bác sĩ Y khoa.

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

27. Điều trị thử nghiệm/Điều trị chưa được khoa học công nhận: Là việc điều trị bao gồm cả liệu pháp thử nghiệm thuốc không dựa trên thực hành y tế đã được xác minh ở Việt Nam và thế giới, là điều trị thử nghiệm và chưa được khoa học công nhận.

28. Mất tích: là tình trạng cơ thể của Người được bảo hiểm đã không được tìm thấy trong vòng 24 tháng kể từ ngày mất tích và được Toà án tuyên bố đủ điều kiện để được gọi là mất tích theo quy định của Bộ Luật dân sự hiện hành.

29. Hoạt động thể thao chuyên nghiệp: Là các hoạt động thể thao mang lại nguồn thu nhập sống chính và thường xuyên cho Người được bảo hiểm.

30. Thay đổi quyền lợi bảo hiểm: Tất cả các giới hạn trách nhiệm bảo hiểm của quyền lợi bảo hiểm chính, quyền lợi bảo hiểm bổ sung không thể thay đổi trong suốt thời hạn Hợp đồng bảo hiểm. Những quyền lợi này chỉ có thể được thay đổi vào ngày tái tục của Hợp đồng bảo hiểm. Nếu giới hạn trách nhiệm Hợp đồng bảo hiểm tái tục cao hơn Hợp đồng trước thì hợp đồng tái tục đó được coi là Hợp đồng bảo hiểm tham gia năm đầu tiên.

31. Nguyên tắc tham gia bảo hiểm: Tại mọi thời điểm, Người được bảo hiểm chỉ được tham gia một (01) Giấy chứng nhận bảo hiểm tại VBI đối với một (01) chương trình bảo hiểm. 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.

II. Phạm vi bảo hiểm

1. Quyền lợi Trợ cấp viện phí.

Trong thời hạn bảo hiểm, VBI trả cho Người thụ hưởng Trợ cấp viện phí bằng Số tiền bảo hiểm cho mỗi Ngày nằm viện nếu Người được bảo hiểm phải nằm viện do các nguyên nhân tai nạn, bệnh thuộc phạm vi bảo hiểm.

- Số ngày nằm viện được hưởng quyền lợi được chi trả từ đêm thứ 2 trở đi.

- Hạn mức quyền lợi trợ cấp viện phí/lần điều trị được tính là Số tiền trợ cấp/ngày x Số ngày nằm viện được chi trả.

- Điều kiện chi trả: So sánh

- ✓ A- Hạn mức quyền lợi trợ cấp viện phí/1 lần điều trị;
- ✓ B- Giới hạn chi trả trợ cấp trên 01 đợt điều trị bằng 30% số tiền bảo hiểm; hoặc
- ✓ C- Gấp 2 lần chi phí điều trị thuộc phạm vi bảo hiểm thể hiện tại Bảng kê chi tiết viện phí (bao gồm cả chi phí BHYT) có xác nhận của cơ sở y tế;

Điều kiện nào thấp nhất sẽ được áp dụng thanh toán.

Quy định về Số ngày nằm viện và Số tiền bảo hiểm của quyền lợi Trợ cấp viện phí được thể hiện trên Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

2. Quyền lợi Tử vong.

Trong thời hạn bảo hiểm, trường hợp Người được bảo hiểm tử vong trong khi nằm viện và lần nằm viện đó được VBI đồng ý thanh toán quyền lợi bảo hiểm Trợ cấp viện phí thì VBI chi trả Số tiền bảo hiểm của quyền lợi này cho Người thụ hưởng bảo hiểm.

Quy định về Số tiền bảo hiểm của quyền lợi Tử vong được thể hiện trên Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

III. Không thuộc phạm vi bảo hiểm

Điều 5: Những điểm loại trừ chung

VBI sẽ không chi trả bất kỳ Quyền lợi bảo hiểm nào khi sự kiện bảo hiểm được gây ra bởi, phát sinh từ, đóng góp bởi hoặc do bất kỳ nguyên nhân nào dưới đây, dù là trực tiếp hay gián tiếp:

1. Hành động cố ý của Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng hoặc người thừa kế hợp pháp của

Người được bảo hiểm.

2. Người được bảo hiểm thực hiện hoặc tham gia thực hiện hành động trộm cắp, đánh nhau, gây rối trật tự công cộng hoặc chống cự việc bắt giữ người hợp pháp và/hoặc thực hiện các hành vi phạm tội (theo kết luận của cơ quan nhà nước có thẩm quyền)
3. Người được bảo hiểm tham gia các hoạt động thể thao chuyên nghiệp hoặc các hoạt động thể thao nguy hiểm, bất kỳ một hoạt động đua nào, các hoạt động của lực lượng vũ trang.
4. Điều khiển hoặc thi hành công vụ trên máy bay, trừ khi là hành khách mua vé trên máy bay của một hãng hàng không chở khách hoặc thuê chuyên hoạt động.
5. Bất kỳ hành động ẩu đả của Người được bảo hiểm, cố ý gây thương tích hoặc dán thân vào nơi nguy hiểm không cần thiết trừ khi là hành động cứu người, bảo vệ tài sản hoặc tự vệ.
6. Người được bảo hiểm bị tác động 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 và việc ảnh hưởng này là nguyên nhân gây ra tai nạn và các hậu quả liên quan khác.
7. Chiến tranh, đình công, nội chiến, khủng bố, bạo động, dân biến, phiến loạn, các hoạt động dân sự hoặc các hành động thù địch hoặc hành động của bất kỳ người cầm đầu của tổ chức nào nhằm lật đổ, đe dọa chính quyền, kiểm soát bằng vũ lực (kể cả có tuyên chiến hay không).
8. Những rủi ro mang tính chất thảm họa bao gồm động đất, núi lửa, sóng thần, nhiễm phóng xạ, dịch bệnh tại các khu vực địa lý cụ thể được công bố bởi Bộ y tế hoặc cơ quan có thẩm quyền của nước sở tại hoặc của Tổ chức y tế thế giới.
9. Tử vong, thương tật do bị sát hại hoặc tấn công vô cớ.
10. Mất tích.
11. Tử vong, thương tật do bị cướp bóc.
12. Tử vong, thương tật hoặc các chi phí y tế điều trị phát sinh trực tiếp hoặc gián tiếp từ việc ăn, uống, hít phải khí gas, hơi độc, khí độc, chất độc.
13. Hành động tự tử hoặc mưu toan tự tử của Người được bảo hiểm
14. Người được bảo hiểm có nhiễm HIV hoặc mắc bệnh AIDS kèm theo (rủi ro xảy ra trên Người được bảo hiểm có nhiễm HIV/AIDS), trừ trường hợp Người được bảo hiểm là công an, cảnh sát, đội ngũ chăm sóc y tế nhiễm HIV/AIDS khi đang làm nhiệm vụ)
15. Các bệnh có sẵn; thương tật có sẵn; khuyết tật, dị tật, bệnh bẩm sinh.

Điều 6: Điểm loại trừ đối với trường hợp Người được bảo hiểm phải nằm viện và/hoặc phẫu thuật:

VBI sẽ không chi trả bất kỳ quyền lợi bảo hiểm Trợ cấp viện phí, trợ cấp phẫu thuật nào nếu Người được bảo hiểm phải nằm viện/phẫu thuật thuộc các trường hợp sau đây:

16. Điều trị, phẫu thuật, nằm viện do Thai sản: mang thai, sinh đẻ, sảy thai, nạo thai, điều trị trước và/hoặc sau khi sinh đẻ hay bất kỳ bệnh tật, ốm đau hoặc tổn thương nào liên quan đến hoặc do thai sản gây ra; thực hiện các thủ thuật nhằm mục đích triệt sản hoặc điều trị vô sinh, thụ tinh nhân tạo, thụ tinh trong ống nghiệm, thụ tinh trong tử cung (IUI, IVF v.v.);
17. Kế hoạch hóa gia đình; 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.
18. Thực hiện tạo hình/ chỉnh hình/ phẫu thuật thẩm mỹ, phục hồi chức năng, các phương pháp vật lý trị liệu/ liệu pháp ánh sáng hoặc tương đương, nắn chỉnh xương khớp, làm chân tay giả, mắt giả, răng giả; kiểm soát trọng lượng/chiều cao cơ thể và các hậu quả có liên quan;
19. Khám sức khỏe định kỳ; kiểm tra sức khỏe tổng quát; khám kiểm tra/định kỳ các bệnh phụ khoa - nam khoa và các bệnh không hoặc chưa cần điều trị hoặc với mục đích phát hiện và chẩn

đoán bệnh không liên quan đến việc điều trị bệnh, thương tật, tổn thương; khám thai định kỳ.

20. Điều trị, phẫu thuật nha khoa (trừ trường hợp Tai nạn).

21. Người bệnh/ tình trạng bệnh, tình trạng tai nạn có thể điều trị ngoại trú theo tiêu chuẩn y khoa hiện hành.

22. Nhập viện theo yêu cầu của bệnh nhân hoặc người nhà; nằm viện để theo dõi hoặc chờ chẩn đoán.

23. Những chỉ định phẫu thuật có từ trước ngày bắt đầu bảo hiểm, điều trị/phẫu thuật theo yêu cầu của Người được bảo hiểm.

24. Tử vong và điều trị khắc phục hậu quả các sự cố sai sót y khoa trong quá trình điều trị bệnh, tai nạn và can thiệp thai sản, điều trị nha khoa.

25. Hậu quả trực tiếp hoặc gián tiếp từ bệnh tâm thần; 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, ngủ ngáy, ngưng thở khi ngủ, mệt mỏi, môi mắt điều tiết, căng thẳng thần kinh, chứng quên hay suy giảm trí nhớ, Alzheimer;

26. Thoái hóa/thoát vị cột sống, thần kinh tọa, gai đôi cột sống;

27. Cận lâm sàng theo yêu cầu hoặc chỉ định của bác sỹ mang tính chất kiểm tra, loại trừ/ phân biệt, tầm soát, không nhằm mục đích duy nhất để chẩn đoán và điều trị bệnh đó.

28. Khám và điều trị các tật khúc xạ (bao gồm cận, viễn, loạn thị), kiểm tra thị lực, điều trị bệnh lý liên quan đến việc sử dụng kính áp tròng, điều trị lác mắt bằng bất kỳ phương pháp nào, trợ thính hoặc phục hồi thính lực;

29. Các bệnh lý phát sinh trực tiếp hoặc gián tiếp từ quá trình thoái hóa/lão hóa tự nhiên, điều trị các rối loạn liên quan đến tuổi tác.

30. Điều trị bệnh nghề nghiệp.

31. Điều dưỡng, an dưỡng, dưỡng lão.

32. Khuyết tật, bệnh/dị tật bẩm sinh, các bệnh hoặc dị dạng thuộc về gen, tình trạng sức khỏe di truyền với các dấu hiệu bộc lộ từ lúc sinh hay tiềm ẩn hoặc phát hiện muộn ở các giai đoạn phát triển cơ thể.

33. Bệnh mãn tính/mạn tính.

34. Hiếm, cho mô hay bộ phận cơ thể.

35. Liên quan đến vắc xin.

36. Bất kỳ phương pháp điều trị y tế nào chưa được chấp nhận hoặc mang tính thử nghiệm dưới bất kỳ hình thức nào.

IV. Hợp đồng bảo hiểm, phí bảo hiểm và Số tiền bảo hiểm

Điều 7: Hợp đồng bảo hiểm

Hợp đồng bảo hiểm là sự thoả thuận giữa bên mua bảo hiểm và doanh nghiệp bảo hiểm, theo đó bên mua bảo hiểm phải đóng phí bảo hiểm, doanh nghiệp bảo hiểm phải trả tiền bảo hiểm cho người thụ hưởng 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 điện tử, đơn bảo hiểm, điện báo, telex, fax và các hình thức khác do pháp luật quy định.

Điều 8: Chấm dứt và Hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm

Chấm dứt hợp đồng:

Hợp đồng bảo hiểm sẽ tự động chấm dứt ngay khi diễn ra một trong các sự kiện như sau:

- Người được bảo hiểm vượt quá giới hạn tuổi được chỉ định trong mục 1 nêu trên;
- Người được bảo hiểm qua đời;
- Phí bảo hiểm không được thanh toán đúng hạn.
- Tất cả các quyền lợi bảo hiểm theo Giấy chứng nhận bảo hiểm này sẽ chấm dứt hiệu lực vào ngày cuối cùng của thời hạn bảo hiểm hoặc vào ngày chấm dứt hiệu lực bảo hiểm do Chủ hợp đồng bảo hiểm yêu cầu tùy theo thời điểm nào đến trước bao gồm cả những rủi ro phát sinh trong thời hạn bảo hiểm nhưng hậu quả xảy ra ngoài thời hạn bảo hiểm.

Hủy bỏ hợp đồng

- Hoặc VBI hoặc Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm có thể không tái tục bảo hiểm hoặc hủy bỏ hợp đồng bảo hiểm với bất kỳ lý do gì tại thời điểm cần tái tục hợp đồng.
- Trường hợp một trong hai Bên muốn hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm, phải thông báo bằng văn bản cho Bên kia biết trước 10 ngày kể từ ngày định hủy bỏ. Nếu người được bảo hiểm yêu cầu hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm, VBI sẽ tính lại phí theo biểu phí ngắn hạn cho thời gian Hợp đồng bảo hiểm đã có hiệu lực bảo hiểm, và hoàn trả 60% phí bảo hiểm còn lại. Nếu VBI yêu cầu hủy bỏ Hợp đồng, VBI sẽ hoàn trả toàn bộ phí bảo hiểm của thời gian còn lại. Trong mọi trường hợp, VBI chỉ hoàn trả phí bảo hiểm với điều kiện trong thời gian hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm chưa có khiếu nại đòi trả tiền bảo hiểm nào xảy ra, trừ khi có thỏa thuận khác bằng văn bản.

V. Trách nhiệm của các Bên

Điều 9: Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm có trách nhiệm

1. Khai trung thực, đầy đủ những nội dung quy định và nộp phí bảo hiểm theo quy định.
2. Trung thực trong việc khai báo và cung cấp các thông tin, tài liệu, chứng từ chính xác về rủi ro được bảo hiểm.
3. Các trách nhiệm khác theo quy định của pháp luật

Điều 10: Công ty bảo hiểm có trách nhiệm

1. Giải thích cho bên mua bảo hiểm, người được bảo hiểm về các điều kiện, điều khoản bảo hiểm; quyền, nghĩa vụ của bên mua bảo hiểm, người được bảo hiểm;
2. Trả tiền bảo hiểm kịp thời cho người thụ hưởng hoặc bồi thường cho người được bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm;
3. Giải thích bằng văn bản lý do từ chối trả tiền bảo hiểm hoặc từ chối bồi thường;
4. Các trách nhiệm khác theo quy định của pháp luật.

VI. Thời hạn khiếu nại và giải quyết tranh chấp

Điều 13: Thời hạn khiếu nại

Thời hạn khiếu nại VBI về việc giải quyết trả tiền bảo hiểm là 03 năm kể từ ngày người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp nhận tiền bảo hiểm hoặc nhận được thông báo kết quả giải quyết của VBI. Quá thời hạn trên mọi khiếu nại đều không có giá trị.

Điều 14: Luật áp dụng

Luật Việt Nam

Điều 15: Giải quyết tranh chấp

Mọi tranh chấp có liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm nếu các bên không giải quyết được bằng thương lượng, một trong hai bên có quyền đưa ra giải quyết tại Tòa án theo pháp luật hiện hành.

