

Hải Mỹ bảo hiểm: 0902 171 236

<http://haimybaohiem.com>



BẢO HIỂM CHĂM SÓC SỨC KHỎE (HCI)

HCI 201609 (VN)

Hải Mỹ bảo hiểm: 0902 171 236

haimybaohiem.com

XIN VUI LÒNG ĐỌC KỸ BẢN QUY TẮC NÀY

NỘI DUNG CHÍNH

GIỚI THIỆU

PHẦN 1

Định nghĩa

PHẦN 2

Quyền lợi chính

PHẦN 3

Các quyền lợi bổ sung

PHẦN 4

Các loại trừ chung

PHẦN 5

Các điều kiện chung

PHẦN 6

Quy định về bồi thường

PHỤ LỤC 1

Các điều khoản bổ sung

PHỤ LỤC 2

Bảng tỷ lệ thương tật

PHỤ LỤC 3

Hướng dẫn về hỗ trợ y tế và cứu trợ khẩn cấp

BẢO HIỂM SỨC KHỎE

Ban hành kèm theo Quyết Định 077/2012/QĐ-UIC ngày 10/8/2012 của Tổng Giám đốc Công ty Bảo hiểm Liên Hiệp.

GIỚI THIỆU

Người đứng tên trên đơn bảo hiểm yêu cầu Công ty Bảo hiểm Liên hiệp (sau đây gọi là UIC), thông qua việc cung cấp Giấy Yêu Cầu bảo hiểm và/hoặc khai báo và/hoặc các thông tin khác đã được ký, bảo hiểm Chăm sóc sức khỏe và đồng ý trả phí bảo hiểm cho dịch vụ bảo hiểm này.

Bất cứ lúc nào trong thời hạn bảo hiểm, người được bảo hiểm phát sinh các chi phí nằm viện và/hoặc phẫu thuật và/hoặc các chi phí khác như được nêu trong Đơn bảo hiểm do bởi thương tật ốm đau bệnh tật, UIC đồng ý chi trả cho Người mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm các quyền lợi trong bản quyền lợi bảo hiểm theo các chương trình bảo hiểm đã lựa chọn, miễn là tuân theo các loại trừ và các điều kiện, các điều khoản, các định nghĩa, các sửa đổi bổ sung trong đơn bảo hiểm này.

Giấy Yêu Cầu bảo hiểm và/hoặc khai báo và/hoặc các thông tin khác do Người mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm cung cấp sẽ là cơ sở của hợp đồng bảo hiểm này và được xem là một phần không tách rời của đơn bảo hiểm này.

PHẦN I - ĐỊNH NGHĨA

1. Tai nạn: có nghĩa là bất kỳ một sự kiện bất ngờ hay không lường trước, gây ra bởi một lực từ bên ngoài, mạnh và có thể nhìn thấy được diễn ra trong thời hạn bảo hiểm dẫn đến thương tật thân thể cho Người được bảo hiểm và xảy ra ngoài sự kiểm soát của Người được bảo hiểm.

2. Cấp tính: có nghĩa là tình trạng mà theo ý kiến của bác sỹ là bệnh khởi phát và tiến triển nhanh, cần phải chăm sóc và điều trị khẩn cấp.

3. Tình trạng bẩm sinh: có nghĩa là bất cứ sự bất thường về mặt y học hoặc thân thể tồn tại lúc sinh ra, cũng như các bất thường lúc mới sinh phát triển trong vòng 6 tháng sau sinh. Tình trạng này bao gồm cả các loại thoát vị và động kinh ngoại trừ gây ra bởi một chấn thương xảy ra sau ngày Người được bảo hiểm tiếp tục bảo hiểm theo đơn này.

4. Mãn tính

Là tình trạng mà theo ý kiến của bác sỹ là có một hay các đặc điểm sau đây:

- Bệnh kéo dài (trên 03 tháng)
- Có thể để lại di chứng
- Đòi hỏi phải chăm sóc, điều trị lâu dài để giảm các triệu chứng
- Bệnh nhân cần được giải thích để thích nghi.

5. Đồng bảo hiểm: Có nghĩa là phần chi phí điều trị mà Người mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm phải tự chịu trách nhiệm chi trả.

6. Đơn bảo hiểm công ty: có nghĩa là đơn bảo hiểm cấp cho Công ty/tổ chức do Công ty/ tổ chức đó đứng tên là Người mua bảo hiểm.

7. Bác sĩ/Phẫu thuật viên: có nghĩa là những người hành nghề y đủ tiêu chuẩn và được cấp phép hoạt động hợp pháp của quốc gia mà tại đó người được bảo hiểm đang điều trị và, khi đang thực hiện việc điều trị, hoạt động trong phạm vi giấy phép hành nghề và được đào tạo nhưng loại trừ bác sĩ mà chính bản thân họ là người được bảo hiểm.

8. Ngày hiệu lực: có nghĩa là ngày bắt đầu của Đơn bảo hiểm hoặc là ngày người được bảo hiểm được kết nạp vào đơn bảo hiểm tùy ngày nào muộn hơn.

9. Bộ phận giả: có nghĩa là các vật được làm giả để thay thế cho các bộ phận của cơ thể nhưng không giới hạn ở răng giả, chân tay giả, thủy tinh thể giả

10. Người phụ thuộc: có nghĩa là vợ/ chồng (loại trừ trường hợp ly dị) hoặc hôn phu (người cùng chung sống mà chưa có hôn thú) và/hoặc con, con ngoài giá thú, con riêng, con nuôi hợp pháp sống phụ thuộc vào Người được bảo hiểm từ hai (02) tháng tuổi đến 18 tuổi (hoặc 24 tuổi nếu đang theo học các khoá dài hạn và chưa kết hôn).

Tất cả những người phụ thuộc phải có tên trong Hợp đồng bảo hiểm như người được bảo hiểm

11. Bộ phận thiết bị y tế điều trị/hỗ trợ điều trị: Là các bộ phận hay các thiết bị được đặt/cấy/trồng vào bất cứ một bộ phận nào của cơ thể để hỗ trợ cho chức năng của bộ phận đó, hay các dụng cụ y tế dùng để hỗ trợ cho việc điều trị hoặc phẫu thuật, bao gồm nhưng không giới hạn ở đĩa đệm, nẹp, vis trong phẫu thuật kết xương, máy hỗ trợ tim, dao cắt trĩ theo phương pháp mô Longo, stent trong phẫu thuật nong động mạch, các dụng cụ hỗ trợ chức năng vận động như nạng, xe đẩy, thiết bị trợ thính, kính thuốc và các dụng cụ chỉnh hình mang tính chất thẩm mỹ khác.

12. Điều trị trong ngày: có nghĩa là việc người được bảo hiểm phải nhập viện để điều trị y tế có phát sinh chi phí giường bệnh nhưng không phải ở lại bệnh viện qua đêm.

13. Tình trạng cấp cứu: có nghĩa là một tình trạng hay bệnh tật xảy ra một cách nghiêm trọng, đột ngột, bất ngờ, không lường trước, đòi hỏi phải được điều trị y tế ngay lập tức để tránh tử vong hoặc tổn hại trầm trọng đến sức khỏe hay thể chất của Người được bảo hiểm. Mức độ trầm trọng sẽ được đánh giá theo hoàn cảnh của từng địa phương, bản chất của điều trị cấp cứu và sự có sẵn các phương tiện cấp cứu của từng địa phương.

14. Giới hạn lãnh thổ: Có nghĩa là phạm vi lãnh thổ như qui định trong Bảng Quyền lợi bảo hiểm, bao gồm nơi Người được bảo hiểm có thể được vận chuyển tới khi cần cấp cứu khẩn cấp khi những điều trị cần thiết không thể có được tại nơi tình trạng khẩn cấp đó xảy ra và là nơi những chi phí y tế hợp lý và cần thiết do Người được bảo hiểm phát sinh có thể được xét bồi thường theo Đơn bảo hiểm này.

15. Bệnh viện: có nghĩa là nơi chuẩn đoán hoặc điều trị các thương tật ốm đau bệnh tật được Nhà nước công nhận hợp pháp và:

-Có đủ khả năng và các trang thiết bị để chuẩn đoán, điều trị và thực hiện phẫu thuật

-Có điều kiện thuận lợi cho việc điều trị tại chỗ hoặc có hệ thống theo dõi sức khỏe hàng ngày cho bệnh nhân.

-Không phải là nơi để phục hồi sức khỏe hoặc nghỉ dưỡng hoặc nơi đặc biệt dành cho người già hoặc trợ giúp cai nghiện rượu, ma túy, sử dụng chất kích thích hoặc để điều trị các rối loạn tâm thần, bệnh phong.

a. Bệnh viện tư: có nghĩa là bệnh viện sở hữu bởi cá nhân, doanh nghiệp hoặc tổ chức không phải là tổ chức Nhà nước.

b. Bệnh viện công: có nghĩa là bệnh viện do nhà nước sở hữu hoặc sở hữu bởi/hoạt động dựa trên liên kết giữa Nhà nước với cá nhân, doanh nghiệp hoặc tổ chức không phải là tổ chức Nhà nước.

16. Nằm viện: Trong phạm vi đơn bảo hiểm này, điều trị trong ngày và điều trị nội trú quá 24 giờ đều được hiểu là nằm viện. Giấy nhập viện hoặc Giấy xuất viện là chứng từ cần thiết để yêu cầu bồi thường cho quyền lợi này. Trong trường hợp bệnh viện không cấp được Giấy nhập viện hoặc xuất viện, hồ sơ y tế thể hiện rõ thời gian điều trị trong bệnh viện có thể được sử dụng như chứng từ thay thế.

17. Ốm đau bệnh tật: có nghĩa là bệnh lý bất ngờ, ngoài mong đợi so với tình trạng sức khỏe bình thường, biểu hiện bởi sự gián đoạn, ngừng hoặc rối loạn các chức năng, hệ thống hoặc bộ phận được xác nhận bởi bác sĩ được cấp giấy phép hành nghề hợp pháp.

18. Thương tật: có nghĩa là thương tật thân thể gây ra bởi một tai nạn.

19. Đơn bảo hiểm cá nhân: nghĩa là đơn bảo hiểm cấp cho cá nhân hoặc gia đình của họ.

20. Điều trị nội trú: có nghĩa là việc điều trị y tế khi Người được bảo hiểm cần thiết phải nhập viện phải điều trị trên giường bệnh ít nhất 24 giờ liên tục tại bệnh viện.

21. Người được bảo hiểm: có nghĩa là mỗi người được nói đến trong đơn bảo hiểm có độ tuổi từ hai (02) tháng đến sáu mươi năm (65) tuổi và không bị thương tật vĩnh viễn trên 50% hoặc bị khiếm khuyết về tâm thần hoặc bệnh tâm thần trừ khi có thỏa thuận khác.

Người được bảo hiểm là người đã hoàn thành mẫu Giấy yêu cầu bảo hiểm, bao gồm cả khai báo sức khỏe và thời hạn bảo hiểm đã được phê duyệt; hoặc là người đã được cấp Giấy chứng nhận bảo hiểm. Người được bảo hiểm không được rời khỏi nơi cư trú nhiều hơn 180 ngày liên tục trong suốt một thời hạn bảo hiểm trừ khi có thỏa thuận khác.

22. Các chi phí y tế: có nghĩa là các chi phí thông thường thực tế phát sinh trong thời hạn bảo hiểm do bởi các thương tật ốm đau bệnh tật mà theo đó các chi phí này phải hợp lý và theo mức thông thường tại nơi mà việc điều trị diễn ra.

23. Cần thiết về mặt y tế: có nghĩa là dịch vụ y tế:

- a. Phù hợp với chuẩn đoán và điều trị y tế thông thường cho thương tật ốm đau bệnh tật và
- b. Phù hợp với các tiêu chuẩn y tế, tiêu chuẩn hiện tại của các chăm sóc y tế chuyên nghiệp, và của các quyền lợi y tế đã được xác thực, và
- c. Không phải là các tiện nghi của Người được bảo hiểm hoặc bác sĩ và không được đưa ra một cách hợp lý bởi bệnh viện (nếu điều trị nội trú), và
- d. Không phải cho mục đích thí nghiệm, điều tra, nghiên cứu, ngăn ngừa bệnh tật và
- e. Chi phí đó phải hợp lý, theo như thông lệ áp dụng đối với thương tật ốm đau bệnh tật đó.

24. Điều trị ngoại trú: có nghĩa là việc điều trị y tế khi Người được bảo hiểm cần thiết phải điều trị thương tật ốm đau bệnh tật tại một cơ sở y tế hợp pháp mà không phải nằm viện.

Điều trị ngoại trú bao gồm cả thuốc điều trị do bác sĩ kê đơn.

Điều trị ngoại trú bao gồm các trường hợp điều trị tại phòng cấp cứu chỉ vì lý do ngoài giờ phục vụ của phòng khám /bệnh viện.

25. Đại dịch: Có nghĩa là bệnh dịch lây truyền có thể gây chết người cho rất nhiều người ở một nước hoặc trên toàn thế giới.

26. Người mua bảo hiểm: có nghĩa là bất cứ bên nào thay mặt người được bảo hiểm, quyết định và ký kết đơn bảo hiểm với UIC và được ghi tên vào mục Người mua bảo hiểm trong đơn bảo hiểm.

27. Tình trạng y tế có sẵn: có nghĩa là thương tật ốm đau bệnh tật tồn tại hoặc phát triển các triệu chứng hoặc biểu hiện của bệnh tật trước ngày hiệu lực của bảo hiểm mà người được bảo hiểm đã nhận thức được hoặc đáng lẽ phải nhận thức được, dựa trên sự phát triển bệnh lý của bệnh tật được thừa nhận một cách thông thường.

Theo đơn bảo hiểm này, những thương tật/ bệnh tật sau đây luôn được coi là tình trạng y tế có sẵn bất kể phát sinh khi nào: viêm VA cần phải nạo, viên Amidan cần phải cắt, vẹo vách ngăn cần phẫu thuật, rối loạn tiền đình, hen/suyễn, viêm tai giữa phải phẫu thuật, phẫu thuật dây chằng.

28. Nơi cư trú: Bất kỳ thành phố hay tỉnh nào ở Việt Nam nơi mà Người được bảo hiểm khai trong Giấy yêu cầu bảo hiểm hoặc được chấp thuận và ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hay Hợp đồng bảo hiểm.

29. Ngày tái tục: có nghĩa là ngày ngay sau ngày cuối cùng của thời hạn bảo hiểm.

30. Chi phí thông thường và hợp lý: có nghĩa là các chi phí do chăm sóc y tế mà Cần thiết về mặt y tế sẽ được xem là hợp lý và thông thường tới chừng mực không vượt quá mức chi phí chung của các nhà cung cấp dịch vụ y tế có cùng mức độ trong khu vực, nơi phát sinh chi phí đó, khi cung cấp các dịch vụ điều trị tương đương cho cá nhân cùng giới tính, cùng độ tuổi cho cùng thương tật ốm đau bệnh tật phù hợp với các tiêu chuẩn và thông lệ y tế đã được thừa nhận mà nếu bỏ qua có thể có ảnh hưởng bất lợi cho điều kiện sức khỏe của người được bảo hiểm.

31. Phẫu thuật: có nghĩa là các phương pháp kỹ thuật để điều trị một thương tật ốm đau bệnh tật được thực hiện bởi bác sĩ phẫu thuật bằng tay với các dụng cụ y tế hoặc bởi thiết bị y tế tại bệnh viện.

32. Giới hạn chi tiết (phụ): có nghĩa là giới hạn bồi thường tối đa cho mỗi hạng mục được qui định chi tiết trong Bảng Quyền lợi bảo hiểm. Tuy nhiên tổng các giới hạn chi tiết không vượt quá số tiền bảo hiểm tối đa của mỗi chương trình.

33. Bệnh đặc biệt: Có nghĩa là là những bệnh ung thư và các loại u ác tính, cao hay hạ huyết áp, bệnh tim mạch, viêm loét dạ dày, viêm loét ruột, hen phế quản, viêm đa khớp mãn tính, viêm gan, viêm nội mạc tử cung, bệnh trĩ, lao, sỏi các loại trong hệ thống bài tiết và mật, đục nhân mắt, viêm xoang, đái tháo đường, bệnh liên quan đến hệ thống tạo máu, chạy thận nhân tạo, bệnh thoái hóa các loại, thoát vị/lệch/hep/lồi đĩa đệm cột sống, hỏng các bộ phận nội tạng, khiếm khuyết về hóc môn tăng trưởng, bệnh Parkinson, bệnh Alzheimer.

34. Số tiền bảo hiểm tối đa: có nghĩa là tổng số tiền bồi thường tối đa mà UIC sẽ chi trả cho người được bảo hiểm theo chương trình bảo hiểm đã chọn trong Bản quyền lợi trong toàn bộ thời hạn hiệu lực của đơn bảo hiểm.

35. Vận chuyển y tế cấp cứu: Trong trường hợp phát sinh tình trạng cấp cứu, khi không thể điều trị tại địa điểm xảy ra sự việc thì điều khoản này đề cập về những phí tổn do di chuyển Người được bảo hiểm từ nơi xảy ra sự việc đến quốc gia gần nhất có các phương tiện chữa trị thích hợp, theo quyết định chung của UIC và Công ty cứu trợ được UIC chỉ định

36. Vật lý trị liệu: có nghĩa là việc điều trị bằng các biện pháp vật lý để làm giảm cơn đau của bệnh nhân hoặc khôi phục lại chức năng cơ bắp hoặc các hoạt động bình thường hàng ngày theo chỉ định của các bác sĩ điều trị, bao gồm nhưng không giới hạn đối với xạ trị, nhiệt trị liệu hoặc quang trị liệu.

37. Tuổi: là số tuổi theo ngày sinh nhật kể trước gần nhất ngày có hiệu lực. Số tuổi được tính như sau:

- Nếu thời điểm tham gia bảo hiểm trước sinh nhật, Số tuổi = Năm hiện tại – Năm sinh – 1
- Nếu thời điểm tham gia bảo hiểm sau sinh nhật, Số tuổi = Năm hiện tại – Năm sinh

PHẦN 2. QUYỀN LỢI CHÍNH

I - CÁC QUYỀN LỢI CHI PHÍ Y TẾ

Quyền lợi bảo hiểm được đề cập trong hợp đồng bảo hiểm chi trả cho người được bảo hiểm trong trường hợp phát sinh các chi phí y tế như quy định trong đơn bảo hiểm này.

Khi nhận được bằng chứng khiếu nại, UIC sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm thuộc phạm vi đơn bảo hiểm này căn cứ theo phần giới hạn phụ của đơn bảo hiểm với số tiền bảo hiểm tối đa được ghi trong giấy chứng

nhận bảo hiểm hoặc đơn bảo hiểm. Các khoản chi phí trên được giới hạn theo chi phí thực tế, thông lệ, cần thiết và hợp lý.

UIC có thể chỉ định một đại diện thay mặt giải quyết bồi thường cho người được bảo hiểm.

Sau đây là chi tiết của những quyền lợi bảo hiểm cơ bản của đơn bảo hiểm này. Chi tiết quyền lợi bảo hiểm và giới hạn về số tiền bảo hiểm được quy định trong Bảng quyền lợi bảo hiểm.

1. Tiền phòng

Chi trả chi phí tiền phòng và ăn hợp lý và ở mức thông thường.

Chi phí này sẽ là chi phí thực tế mà bệnh viện tính giá trong suốt thời gian mà người được bảo hiểm ở tại bệnh viện tuy nhiên sẽ không vượt quá hạn mức quy định trong chương trình bảo hiểm đã chọn. Người được bảo hiểm chỉ được hưởng quyền lợi này trong khi ở tại bệnh viện để điều trị nội trú và điều trị trong ngày.

2. Chi phí phẫu thuật

UIC sẽ chi trả cho chi phí phẫu thuật thực tế (loại trừ cấy ghép nội tạng) do bác sĩ phẫu thuật, gây mê hoặc sử dụng phòng mổ phát sinh khi phẫu thuật tại bệnh viện hoặc phòng khám bệnh bởi bác sĩ phẫu thuật đảm bảo tiêu chuẩn.

3. Cấy ghép bộ phận cơ thể

UIC sẽ chi trả các chi phí phẫu thuật hợp lý để cấy ghép tim, phổi, gan, tuyến tụy, thận hoặc tuỷ xương cho Người được bảo hiểm được tiến hành tại một bệnh viện bởi một bác sĩ có trình độ bao gồm cả chi phí cho người gây mê và sử dụng phòng mổ.

4. Y tá chăm sóc tại nhà

UIC sẽ chi trả chi phí hợp lý cho các dịch vụ chăm sóc y tế của một y tá được cấp giấy phép hành nghề hợp pháp sau khi Người được bảo hiểm đã điều trị nội trú tại bệnh viện, thực hiện theo chỉ định của bác sĩ điều trị vì những lý do đặc thù của ngành y. Thời hạn điều trị được giới hạn tối đa không quá 90 ngày và hạn mức trách nhiệm quy định trong Chương trình bảo hiểm đã chọn.

5. Chăm sóc đặc biệt

UIC sẽ chi trả cho các chi phí liên quan đến việc chăm sóc bệnh nhân tại các loại phòng chăm sóc đặc biệt ICU (Intensive Care Unit), HDU (High Dependency Unit), CCU (Coronary Care Unit) trong quá trình điều trị nội trú và điều trị trong ngày.

6. Điều trị Ngoại trú do tai nạn:

UIC sẽ chi trả cho Người được bảo hiểm các chi phí điều trị ngoại trú phát sinh do tai nạn, bao gồm:

- Chi phí khám bệnh.
- Tiền thuốc theo kê đơn của bác sĩ. Tuy nhiên chúng tôi chỉ chi trả chi phí tiền thuốc trong trường hợp hóa đơn chứng từ cho chi phí này xuất trình cho UIC trong vòng 45 ngày kể từ ngày đi khám bệnh. Chúng tôi không chi trả các chi phí như thực phẩm chức năng, dược mỹ phẩm và các loại vitamin trừ trường hợp các loại vitamin được chỉ định chung với thuốc điều trị và chi phí cho các loại vitamin này không lớn hơn chi phí thuốc điều trị.
- Chi phí xét nghiệm, chẩn đoán và điều trị bệnh do bác sĩ chỉ định.
- Dụng cụ y tế cần thiết cho việc điều trị như băng, nẹp thông thường do bác sĩ chỉ định.
- Điều trị bằng các phương pháp vật lý trị liệu, trị liệu học bức xạ, nhiệt, liệu pháp ánh sáng do bác sĩ chỉ định.

7. Khám trước khi nhập viện

UIC sẽ chi trả cho các chi phí phát sinh từ việc kiểm tra sử dụng các dụng cụ và các xét nghiệm ở phòng xét nghiệm chỉ định bởi bác sĩ trong vòng 30 ngày trước khi nhập viện và là kết quả phát sinh trực tiếp từ tình trạng mà theo đó nhập viện sẽ được yêu cầu .

8. Điều trị sau khi xuất viện

UIC sẽ chi trả cho các chi phí điều trị cần thiết hợp lý ngay sau khi xuất viện theo chỉ định của bác sĩ phát sinh từ tình trạng đã yêu cầu nhập viện. Điều trị này bao gồm: tái khám, các xét nghiệm, tiền thuốc và được sử dụng hoặc thực hiện trong vòng 90 ngày kể từ ngày xuất viện.

9. Điều trị cấp cứu

UIC sẽ chi trả các chi phí cho dịch vụ y tế cấp cứu cần thiết cho điều trị cấp cứu để cứu sống hoặc tránh làm trầm trọng thêm cho người được bảo hiểm.

10. Điều trị răng cấp cứu do tai nạn

Nếu điều trị y tế là cần thiết hợp lý do bởi tai nạn xảy ra đối với răng tự nhiên chắc khỏe, UIC sẽ chi trả các chi phí thực tế phát sinh do điều trị không vượt quá hạn mức quy định trong Chương trình bảo hiểm đã chọn. Quyền lợi này được chi trả miễn là điều trị sẽ được tiến hành trong vòng 24 tiếng kể từ lúc xảy ra tai nạn. Các điều trị sau đó sẽ phải được thực hiện trong vòng 30 ngày kể từ ngày xảy ra tai nạn.

Điều trị tai nạn về răng không bao gồm việc trồng răng hoặc thay răng giả.

11. Điều trị thai sản cấp cứu do tai nạn

Nếu Người được bảo hiểm bị tai nạn dẫn đến thương tổn đối với bà mẹ hoặc thai nhi cần phải điều trị cấp cứu thì UIC sẽ chi trả những chi phí thực tế phát sinh, hợp lý và cần thiết cho những điều trị đó nhưng tối đa không vượt quá mức giới hạn phụ quy định trong Chương trình bảo hiểm đã chọn. Tuy nhiên, quyền lợi này loại trừ mọi chi phí liên quan đến việc sinh nở và hậu quả của tai nạn (như dưỡng thai v.v...)

12. Các chi phí bệnh viện khác

Các chi phí thực tế hợp lý phát sinh bao gồm nhưng không hạn chế các chi phí sau trong khi nằm viện

- a. Thuốc và dược phẩm sử dụng trong khi nằm viện;
- b. Băng, nẹp thông thường và bột;
- c. Xét nghiệm;
- d. Điện tâm đồ
- e. Xét nghiệm chuyển hóa cơ bản
- f. Vật lý trị liệu;
- g. Liệu pháp X-quang, liệu pháp radi; radi và đồng vị;
- h. X-quang;
- i. Tiêm truyền tĩnh mạch;
- j. Chi phí hành chính, máu và huyết tương.

Đối với các xét nghiệm chuẩn đoán bao gồm nhưng không hạn chế như chụp xạ hình (PET); chụp cắt lớp vi tính (CT), (CAT); Chụp cộng hưởng từ (MRI): Chúng tôi chỉ chi trả các chi phí hợp lý cho các xét nghiệm chuẩn đoán có liên quan đến thương tật ốm đau bệnh tật mà bác sĩ điều trị chỉ định. Các xét nghiệm mang tính chất nghiên cứu và điều trị ngăn ngừa không có liên quan đến điều trị cho thương tật ốm đau bệnh tật được bảo hiểm sẽ không thuộc phạm vi bảo hiểm.

13. Rối loạn tâm thần cấp tính

UIC sẽ chi trả các chi phí y tế cần thiết hợp lý liên quan đến việc điều trị nội trú tại một bệnh viện có chức năng điều trị tâm thần đối với những tình huống Người được bảo hiểm bị rối loạn tâm thần cấp tính. Tất cả việc điều trị phải được sự giám sát của bác sĩ chuyên khoa tâm thần.

14. Trợ cấp nằm viện

UIC sẽ chi trả số tiền ghi trên Chương trình bảo hiểm đã chọn cho mỗi đêm điều trị nội trú qua đêm, tối đa 20 đêm /thời hạn bảo hiểm.

15. Chi phí y tế vật lý trị liệu:

UIC sẽ chi trả các chi phí cho điều trị bằng vật lý trị liệu do bác sỹ được cấp phép hoạt động chỉ định sau khi phẫu thuật hoặc điều trị nằm viện trong vòng 60 ngày kể từ ngày xuất viện hoặc phẫu thuật xong nhưng không vượt quá hạn mức quy định trong Chương trình bảo hiểm đã chọn.

II - VẬN CHUYỂN Y TẾ CẤP CỨU

1. Chi phí hồi hương thi hài

UIC sẽ chi trả chi phí hồi hương thi hài trong trường hợp Người được bảo hiểm chết ở nước ngoài về nước do thương tật ốm đau bệnh tật và tai nạn nhưng không vượt quá hạn mức quy định trong Chương trình bảo hiểm đã chọn.

2. Chi phí xe cứu thương và vận chuyển cấp cứu bằng taxi

UIC sẽ chi trả các chi phí xe cấp cứu và vận chuyển cấp cứu bằng taxi từ nơi xảy ra sự cố bảo hiểm đến bệnh viện cấp cứu đầu tiên nhưng không vượt quá hạn mức quy định trong Chương trình bảo hiểm đã chọn. Tuy nhiên chúng tôi chỉ chi trả cho phí này khi người được bảo hiểm ở tình trạng cấp cứu và được xác nhận bởi bác sĩ của cơ sở khám chữa bệnh được cấp phép.

3. Chi phí mai táng

UIC sẽ hỗ trợ chi phí mai táng cho gia đình hoặc đại diện theo pháp luật của người được bảo hiểm trong trường hợp người được bảo hiểm chết do thương tật ốm đau bệnh tật tai nạn nhưng không vượt quá hạn mức quy định trong Chương trình bảo hiểm đã chọn.

4. Chi phí vận chuyển cấp cứu quốc tế (chỉ áp dụng cho Chương trình E-F-G)

UIC sẽ chi trả các chi phí liên quan đến vận chuyển cấp cứu quốc tế thực hiện bởi Công ty Cứu trợ do UIC chỉ định theo chi tiết tại Phụ lục 1.

Quyền lợi bảo hiểm này có hiệu lực sau 30 ngày kể từ ngày đóng phí bảo hiểm, trừ khi có thỏa thuận khác, và chỉ áp dụng cho các sự kiện bảo hiểm xảy ra trong chuyến đi dài ít hơn 90 ngày.

PHẦN 3. CÁC QUYỀN LỢI BỔ SUNG

Các quyền lợi bổ sung sẽ phải trả phí bảo hiểm bổ sung nếu người được bảo hiểm yêu cầu bảo hiểm.

1. CHI PHÍ CHĂM SÓC RĂNG

UIC sẽ chi trả 80% của các chi phí dưới đây cho việc chăm sóc và điều trị răng trên cơ sở người mua bảo hiểm và/hoặc người được bảo hiểm đã đóng thêm phí và chi phí sẽ không vượt quá hạn mức quy định trong Chương trình bảo hiểm đã chọn.

- Chi phí bác sỹ tư vấn và kiểm tra
- Chi phí chụp X quang
- Lấy cao răng (2 lần cho mỗi đơn bảo hiểm)
- Hàn răng thông thường
- Nhổ răng
- Cắt chòm răng
- Điều trị tủy răng
- Điều trị viêm lợi

- Làm răng giả, bọc sứ răng. Đối với quyền lợi này UIC sẽ chỉ chi trả 50% chi phí làm răng giả và không vượt quá hạn mức trách nhiệm quy định trong Chương trình bảo hiểm đã chọn.

Quyền lợi răng giả chỉ có hiệu lực sau 9 tháng kể từ ngày hiệu lực hợp đồng, trừ khi có thỏa thuận khác.

2. THAI SẢN VÀ SINH ĐẼ

(Quyền lợi này chỉ áp dụng đối với Người được bảo hiểm nữ thuộc độ tuổi từ 19 đến 45).

Áp dụng tỷ lệ đồng bảo hiểm với Người được bảo hiểm theo tỷ lệ 70% - 30% nếu sinh tại bệnh viện tư. UIC sẽ chi trả khoản trợ cấp VND 2.000.000 cho người được bảo hiểm trong trường hợp sinh tại bệnh viện công.

UIC sẽ chi trả quyền lợi thai sản theo giới hạn của giường phòng và chi phí nằm viện tổng hợp theo quy định tại phần Quyền lợi cơ bản cơ bản mà khách đã chọn và/hoặc tại Giấy chứng nhận bảo hiểm. Ngoài ra, UIC còn được chi trả một lần chi phí trước nhập viện theo giới hạn chi phí trước nhập viện quy định tại Phần Quyền lợi cơ bản.

- Quyền lợi sinh đẻ sẽ được chi trả sau 270 ngày kể từ ngày quyền lợi bảo hiểm này bắt đầu được áp dụng
- Riêng đối với trường hợp biến chứng thai sản hoặc sảy thai cần thiết phải nạo thai theo chỉ định của bác sĩ điều trị thai sản, thời gian chờ áp dụng là 90 ngày

Biến chứng thai sản và sinh khó

UIC sẽ chi trả các chi phí y tế phát sinh do các biến chứng trong quá trình mang thai, hoặc trong quá trình sinh nở cần đến các thủ thuật sản khoa. 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 (hoặc phải mổ lại do việc yêu cầu mổ trước đó). Biến chứng thai sản và sinh khó bao gồm và không giới hạn trong các trường hợp sau:

- Sảy thai hoặc thai nhi chết trong tử cung
- Mang thai trứng nước
- Thai ngoài tử cung
- Băng huyết sau khi sinh
- Sốt nhau thai trong tử cung sau khi sinh
- Phá thai do điều trị
- Sinh non trước 32 tuần
- Biến chứng của các nguyên nhân trên

Sinh thường

UIC sẽ chi trả các chi phí y tế phát sinh cho việc sinh thường bao gồm và không giới hạn trong các chi phí: đỡ đẻ, viện phí tổng hợp, bác sĩ chuyên khoa, chi phí may thâm mỹ đường rạch.

3. CHẾT, TÀN TẬT VĨNH VIỄN DO ÓM ĐAU, BỆNH TẬT

Phạm vi bảo hiểm:

Bảo hiểm trường hợp chết hoặc tàn tật toàn bộ vĩnh viễn do ốm đau bệnh tật xảy ra trong thời hạn bảo hiểm trừ những điểm loại trừ Đơn bảo hiểm này.

Hiệu lực bảo hiểm:

Bảo hiểm có hiệu lực sau **90** ngày kể từ ngày đóng phí bảo hiểm trừ khi có thỏa thuận khác. Đối với hợp đồng bảo hiểm tái tục liên tục mặc nhiên có hiệu lực ngay sau khi người tham gia bảo hiểm đóng phí cho kỳ tiếp theo.

Đối với những trường hợp chết do bệnh đặc biệt và bệnh có sẵn, bảo hiểm chỉ có hiệu lực đối với Người được bảo hiểm tham gia theo hợp đồng liên tục từ năm bảo hiểm thứ hai trở đi.

Quyền lợi này không áp dụng đối với Người được bảo hiểm từ 65 tuổi trở lên.

Quyền lợi bảo hiểm:

Trường hợp Người được bảo hiểm bị chết hoặc tàn tật toàn bộ vĩnh viễn thuộc phạm vi bảo hiểm, UIC trả toàn bộ số tiền bảo hiểm ghi trên giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc Hợp đồng bảo hiểm.

4. CHẾT THƯƠNG TẬT VĨNH VIỄN DO TAI NẠN

Chúng tôi sẽ chi trả cho người mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm khi bị chết hoặc thương tật (hậu quả) như mô tả dưới đây nếu Người được bảo hiểm bị thương do tai nạn trong thời hạn bảo hiểm và trong vòng 2 năm là nguyên nhân duy nhất gây ra chết hoặc thương tật cho Người được bảo hiểm.

1. Chết: Chúng tôi bồi thường toàn bộ số tiền bảo hiểm như quy định trong chương trình bảo hiểm đã chọn.
2. Thương tật vĩnh viễn: Chúng tôi bồi thường theo tỷ lệ phần trăm của Số tiền bảo theo như Bảng tỷ lệ thương tật trong Phụ lục 2, nhưng không vượt quá 100% cho mỗi người được bảo hiểm

Các loại trừ

Đơn bảo hiểm này sẽ không chi trả cho bất cứ quyền lợi bảo hiểm nào liên quan đến các sự kiện gây ra bởi:

1. Thương tật bị gây ra bởi người được bảo hiểm đang tham gia vào:
 - du lịch bằng máy bay trừ phi với tư cách là một hành khách trong một máy bay chở khách có giấy phép đầy đủ.
 - bất kỳ nhân viên phi hành đoàn, thương mại hoặc kỹ thuật viên liên quan tới một máy bay.
2. Gây ra bởi người được bảo hiểm đang tiến hành hoặc đang thực hành:
 - nhảy dù
 - lướt xuống dốc
 - bất kỳ cuộc đua nào (ngoài điền kinh) hoặc thử tốc độ hoặc sức bền chịu đựng
 - leo núi hay leo vách đá cần thiết đến việc sử dụng các hướng dẫn hay dây thừng
 - các hoạt động dưới nước cần thiết đến việc sử dụng bình hơi hay khí nén
 - bất kỳ hoạt động thể thao chuyên nghiệp nào.
3. Tai nạn do hậu quả của động đất, núi lửa, sóng thần, lốc xoáy.
4. Thương tật bị gây ra bởi hành động của người được bảo hiểm như việc lái xe không có bằng lái hợp lệ (trong trường hợp sử dụng xe bắt buộc phải có bằng lái xe theo quy định của pháp luật)

5. ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ DO ỐM ĐAU BỆNH TẬT

UIC sẽ chi trả cho Người được bảo hiểm các chi phí điều trị ngoại trú cần thiết hợp lý phát sinh do ốm đau bệnh tật bao gồm:

- Chi phí khám bệnh.
- Tiền thuốc theo kê đơn của bác sĩ.

Tuy nhiên chúng tôi chỉ chi trả chi phí tiền thuốc trong trường hợp hóa đơn chứng từ cho chi phí này xuất trình cho UIC trong vòng 45 ngày kể từ ngày đi khám bệnh. Chúng tôi không chi trả các

chi phí như thực phẩm chức năng, dược mỹ phẩm và các loại vitamin trừ trường hợp các loại vitamin được chỉ định chung với thuốc điều trị và chi phí cho các loại vitamin này không lớn hơn chi phí thuốc điều trị.

- Chi phí xét nghiệm, chẩn đoán và điều trị bệnh do bác sĩ chỉ định.
- Dụng cụ y tế cần thiết cho việc điều trị như băng, nẹp thông thường do bác sĩ chỉ định.
- Điều trị bằng các phương pháp vật lý trị liệu, trị liệu học bức xạ, nhiệt, liệu pháp ánh sáng do bác sĩ chỉ định.

Bảo hiểm có hiệu lực sau 30 ngày kể từ ngày đóng phí bảo hiểm trừ khi có thỏa thuận khác.

6. TRỢ CẤP THU NHẬP TRONG THỜI GIAN NGHỈ ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ (TỐI ĐA 90 NGÀY)

Trong thời gian điều trị theo chỉ định của bác sĩ tại các cơ sở khám chữa bệnh hợp pháp, UIC sẽ hỗ trợ Người được bảo hiểm phần thu nhập bị mất với hạn mức trách nhiệm như trong chương trình bảo hiểm đã chọn. Người được bảo hiểm phải cung cấp các giấy tờ cần thiết cho UIC để chứng minh rằng họ phải nghỉ làm việc để đảm bảo quá trình điều trị đã chỉ định. Quyền lợi này sẽ chấm dứt nếu hết thời hạn được hưởng theo như Chương trình bảo hiểm đã chọn hoặc người được bảo hiểm được cho là phục hồi sức khỏe tùy trường hợp nào xảy ra trước.

PHẦN 4. CÁC LOẠI TRỪ CHUNG

Áp dụng cho toàn bộ Đơn bảo hiểm và các Quyền lợi bổ sung nếu có.

Đơn bảo hiểm sẽ không chi trả cho bất cứ quyền lợi liên quan đến những sự kiện gây ra bởi:

1. Phóng xạ ion hoá hay nhiễm bản từ bất kỳ nguyên liệu hay chất thải hạt nhân nào hoặc từ sự đốt cháy các nhiên liệu hạt nhân.
2. Các chất nhiễm xạ, độc hại, chất nổ hay các chất nguy hiểm khác từ các thành phần hạt nhân, gây nổ.
3. Chiến tranh, xâm lược, hành động thù địch của nước ngoài, hành động chiến tranh (dù chiến tranh có hay không tuyên bố) nội chiến.
4. Nổi loạn, bạo động dân sự có tính chất hoặc mang ý nghĩa của những cuộc nổi dậy quần chúng, binh biến, khởi nghĩa, dấy loạn, cách mạng, lực lượng quân sự tiếm quyền, thiết quân luật hay bao vây nhà nước hay bất kì sự kiện hay nguyên nhân nào quyết định việc tuyên bố hay duy trì tình trạng thiết quân luật hay bao vây nhà nước.
5. Tự tử hoặc tự làm thương tật cố ý (ngoại trừ trường hợp cố gắng để cứu sinh mạng con người).
6. Thương tật ốm đau bệnh tật là do bởi hành động phạm tội của người mua bảo hiểm hoặc người được bảo hiểm, vi phạm hoặc cố tình vi phạm luật hoặc chống lại lệnh bắt giữ hoặc phạt tù.
7. Người được bảo hiểm đánh nhau (trừ phi chứng minh được đó là hành động tự vệ), tham gia thi đấu hay tập luyện các môn thể thao chuyên nghiệp hay bất kỳ các hoạt động đua chuyên nghiệp nào.
8. Người được bảo hiểm tham gia các hoạt động hàng không trừ khi là hành khách trên máy bay có giấy phép chở khách, tham gia các cuộc diễn tập huấn luyện quân sự, tham gia chiến đấu trong các lực lượng vũ trang.
9. Sử dụng hoặc điều trị bằng thuốc không được cấp phép bởi cơ quan có thẩm quyền tại nước mà thuốc đó được kê/dùng. Điều trị chưa được khoa học công nhận hoặc điều trị thử nghiệm.

10. Người được bảo hiểm đang điều trị cho chứng nghiện rượu, ma túy hoặc sử dụng, lạm dụng hay nghiện bất cứ chất nào và các thương tật, ốm đau phát sinh trực tiếp hay gián tiếp từ việc sử dụng, lạm dụng hay sự nghiện đó.
11. Bệnh có sẵn nhưng loại trừ sẽ chỉ có hiệu lực trong năm bảo hiểm đầu tiên. Đối với bất kỳ Người được bảo hiểm tham gia bảo hiểm sau ngày bắt đầu bảo hiểm, loại trừ này sẽ có hiệu lực trong vòng 1 năm. Tuy nhiên, loại trừ này sẽ không áp dụng trong các trường hợp sau:
 - Bệnh có sẵn đã được khai báo và được UIC chấp nhận bằng văn bản.
 - Đơn bảo hiểm công ty từ 50 người trở lên.
12. Điều trị liên quan đến khiếm khuyết hoặc bệnh bẩm sinh. Khiếm khuyết khi sinh được coi như bao gồm cả những bệnh di truyền.
13. Bệnh đặc biệt nhưng loại trừ này chỉ có hiệu lực trong năm bảo hiểm đầu tiên trừ khi có thỏa thuận khác. Đối với bất kỳ Người được bảo hiểm tham gia bảo hiểm sau ngày bắt đầu bảo hiểm, loại trừ này sẽ có hiệu lực trong vòng 1 năm. Tuy nhiên loại trừ này không áp dụng cho đơn bảo hiểm công ty từ 50 người trở lên.
14. Dịch vụ khám và điều trị tại nhà (trừ chi phí Y tá tại nhà quy định trong chương trình bảo hiểm theo hợp đồng bảo hiểm). Các chi phí cho dịch vụ tại các cơ sở chữa bệnh bằng nước, liệu pháp tự nhiên hoặc tương tự hoặc chi phí y tá tại nhà kèm theo các dịch vụ trên.
15. Kiểm tra sức khỏe định kỳ hoặc các xét nghiệm khác không liên quan đến điều trị hoặc chuẩn đoán thương tật, ốm đau bệnh tật, điều trị mang tính chất ngăn ngừa.
16. Các điều trị liên quan đến chứng khó thở trong khi ngủ (bao gồm ngủ ngáy), suy nhược cơ thể, stress.
17. Điều trị suy tĩnh mạch tinh hoàn, bệnh liệt dương hoặc các hậu quả tương tự
18. Phẫu thuật bao quy đầu trừ khi cần thiết về mặt y tế.
19. Điều trị suy thận mãn tính, bao gồm các phương pháp thẩm tách (lọc máu nhân tạo). Tuy nhiên, UIC sẽ trả các chi phí thẩm tách phát sinh ngay trước và sau phẫu thuật liên quan tới việc tổn thương thận cấp tính thứ phát khi Người được bảo hiểm phải điều trị tại phòng chăm sóc đặc biệt.
20. Khám thai và các điều trị phát sinh từ việc mang thai, sảy thai (trừ khi sảy thai do bởi Người được bảo hiểm bị ngã với các vết thương bên ngoài hoặc bị tai nạn giao thông) hoặc sinh con (bao gồm các xét nghiệm chuẩn đoán cho việc sinh con), các xét nghiệm và điều trị bệnh hiếm muộn, các chi phí cho phá thai, triệt sản hoặc biện pháp tránh thai bao gồm cả các biến chứng đi kèm trừ khi có thỏa thuận khác.
21. Các hình thức điều trị thẩm mỹ, giải phẫu thẩm mỹ hoặc phẫu thuật tạo hình và các hậu quả liên quan trừ khi việc giải phẫu này nhằm tái tạo lại cơ quan bị thương tật do tai nạn trong thời hạn bảo hiểm ghi trong Hợp đồng bảo hiểm. Điều trị bệnh béo phì, giảm cân, tăng cân.
22. Các chi phí cung cấp, bảo dưỡng hay lắp ráp sửa chữa các thiết bị hoặc bộ phận giả, dụng cụ chỉnh hình, răng giả, thủy tinh thể, các thiết bị trợ thính hoặc thị lực, nạng hay xe đẩy hoặc các dụng cụ khác trừ khi có quy định khác.
23. Khám, kiểm tra mắt, thính giác thông thường, các tật khúc xạ tự nhiên của mắt và bất kỳ phẫu thuật hiệu chỉnh nào đối với các khuyết tật thoái hóa thính giác và thị giác trừ khi có thỏa thuận khác. Phẫu thuật đục thủy tinh thể trên người 55 tuổi
24. Phẫu thuật chỉnh hình, điều trị phục hồi chức năng, chi phí để cung cấp, bảo dưỡng, sửa chữa hay thay thế thiết bị y tế hỗ trợ điều trị hay bộ phận giả như định nghĩa. Tuy nhiên phần sử dụng đĩa đệm, nẹp vis cố định vào cơ thể được áp dụng giới hạn 10% số tiền bảo hiểm của chi phí nằm viện /phẫu thuật đối với các trường hợp tai nạn.
25. Khám và xin giấy khám sức khỏe trước khi đi du lịch hoặc đi làm.

26. Các dịch vụ không mang tính chất y tế do bệnh viện cung cấp như Tivi, điện thoại, báo, đài, bữa ăn cho khách hoặc các cơ sở vật chất tương tự và các xa xỉ phẩm cá nhân.
27. Chi phí mua các bộ phận cơ thể để cấy ghép hoặc tất cả các chi phí phát sinh do hiến tạng.
28. Điều trị để giảm nhẹ các bệnh mãn tính hoặc bệnh giai đoạn cuối trừ khi có quy định khác.
29. Điều trị hoặc phẫu thuật các bất thường, dị tật bẩm sinh bao gồm cả bệnh/tình trạng di truyền.
30. Điều trị cải thiện chậm phát triển và/hoặc không đủ khả năng tiếp thu kiến thức ở trẻ em.
31. Liệu pháp y học khác bao gồm cả nắn xương, phép chữa vi lượng đồng cân và tương tự trừ khi có quy định khác.
32. Bất cứ xét nghiệm nghiên cứu hoặc điều trị trực tiếp hoặc gián tiếp là do bởi hoặc liên quan đến:
 - a. Nhiễm, bao gồm cả dương tính với HIV hoặc AIDS hoặc các hội chứng tình trạng tương tự hoặc liên quan hoặc
 - b. Bất cứ tình trạng hoặc ốm đau bệnh tật trực tiếp hoặc gián tiếp phát sinh từ tình trạng nhiễm bệnh hoặc hội chứng nói trên.
 - c. Các bệnh lây qua đường tình dục
33. Điều trị liên quan đến chuyển đổi giới tính.
34. Điều trị tâm thần hoặc điều trị rối loạn tâm thần trừ việc điều trị rối loạn tâm thần cấp tính.
35. Người được bảo hiểm vắng mặt ở Việt Nam 180 ngày liên tục trong suốt thời hạn bảo hiểm trừ khi có UIC đồng ý bảo hiểm cho sự vắng mặt đó và phí bổ sung sẽ được áp dụng.
36. Điều trị răng và phẫu thuật khoang miệng (không bao gồm điều trị răng cấp cứu do tai nạn) trừ khi có thỏa thuận khác.
37. Các chi phí điều trị ngoại trú (không bao gồm chi phí điều trị ngoại trú cấp cứu do tai nạn) trừ khi có thỏa thuận khác.
38. Các chi phí điều trị triệu chứng liên quan đến sự tăng trưởng và phát triển của trẻ em ít hơn 16 tuổi nhưng loại trừ này không áp dụng cho trường hợp phải nhập viện để điều trị.
39. Điều trị các bất thường về sinh hóa, chuyển hóa cơ thể như tăng lipid máu, men gan cao, nồng độ calci thấp hay các tình trạng tương tự. Chi phí xét nghiệm được thực hiện theo ý muốn của Người được bảo hiểm.
40. Bệnh nghề nghiệp.
41. Những chi phí phát sinh và/hoặc tử vong do những thảm họa thiên nhiên, thiên tai hay đại dịch gây ra.
42. Điều trị ở những nước không thuộc phạm vi lãnh thổ của chương trình.
43. Chết không rõ nguyên nhân.
44. Người được bảo hiểm vắng mặt ở Việt Nam 180 ngày liên tục trong suốt thời hạn bảo hiểm trừ khi có UIC đồng ý bảo hiểm cho sự vắng mặt đó và phí bổ sung sẽ được áp dụng.

PHẦN 5. CÁC ĐIỀU KIỆN CHUNG

Các điều kiện có trong Đơn bảo hiểm hoặc bất cứ Sửa đổi bổ sung là một phần của Hợp đồng bảo hiểm và phải được tuân thủ. Đây là các điều kiện tiên quyết để đòi bồi thường từ chúng tôi

1. Đơn bảo hiểm sẽ mất hiệu lực trong trường hợp trình bày sai, mô tả sai hoặc không nói rõ các sự thật liên quan.
2. Người mua bảo hiểm phải thông báo bằng văn bản cho chúng tôi ngay lập tức những thay đổi mà Người mua bảo hiểm nhận thức được về công việc, việc làm, nhiệm vụ hoặc nghề nghiệp của Người được bảo hiểm, hoặc bất cứ sự thay đổi nào có thể làm tăng khả năng xảy ra khiếu nại bồi thường theo đơn bảo hiểm

này. Người mua bảo hiểm có thể yêu cầu trả thêm phí do bởi những thay đổi này. Trước khi tái tục bảo hiểm, người mua bảo hiểm phải thông báo bằng văn bản bất kỳ thương tật ốm đau bệnh tật của Người được bảo hiểm mà họ biết.

3. UIC sẽ không công nhận hoặc bị ảnh hưởng bởi thông báo ủy thác, thế chấp hoặc chuyển nhượng liên quan đến Đơn bảo hiểm này.

4. Trong trường hợp chấp nhận chi trả cho các quyền lợi theo đơn bảo hiểm này, UIC sẽ được thế quyền đòi khiếu nại bồi thường hoặc truy đòi đối với bên thứ 3.

5. Đơn bảo hiểm này được tái tục hàng năm dựa trên sự đồng ý của UIC và người mua bảo hiểm.

6. Các điều kiện, điều khoản, loại trừ của Đơn bảo hiểm và các sửa đổi cần thiết sẽ được áp dụng đối với đại diện theo pháp luật của Người được bảo hiểm.

7. Chấm dứt đơn bảo hiểm:

Bảo hiểm cho mỗi người được bảo hiểm theo đơn bảo hiểm này sẽ tự động chấm dứt vào ngày dưới đây tùy thuộc ngày nào xảy ra trước:

a. Bảo hiểm cho mỗi người được bảo hiểm theo đơn bảo hiểm này sẽ chấm dứt vào ngày tái tục của đơn nếu như đơn bảo hiểm này không được tái tục theo thỏa thuận giữa UIC và người mua bảo hiểm.

UIC sẽ không chi trả bất cứ quyền lợi liên quan đến điều trị cho Người được bảo hiểm người mà bảo hiểm đã bị chấm dứt phát sinh vào hoặc sau ngày chấm dứt đơn bảo hiểm có hiệu lực

b. Người được bảo hiểm chết

c. Tất cả số tiền bảo hiểm tối đa năm đã được chi trả

d. Khi bất cứ người được bảo hiểm nào đạt mốc 65 tuổi vào ngày tái tục của đơn bảo hiểm, bảo hiểm cho người được bảo hiểm đó sẽ chấm dứt và sẽ không được tái tục trừ khi có thỏa thuận khác.

e. Khi người được bảo hiểm tham gia quân đội, hải quân, cảnh sát, không quân theo diện toàn thời gian

f. Vi phạm pháp luật dẫn đến phải ngồi tù.

8. Trong trường hợp bất cứ bên nào muốn hủy bỏ đơn bảo hiểm, bên đó sẽ thông báo cho phía bên kia bằng văn bản trước 30 ngày. Trong trường hợp 2 bên đồng ý hủy đơn bằng văn bản, UIC sẽ hoàn phí dựa trên Biểu phí ngắn hạn, miễn là cho đến lúc đó không có khiếu nại bồi thường được đưa ra trừ khi có thỏa thuận khác.

9. Trong trường hợp Người được bảo hiểm chấm dứt công việc với người mua bảo hiểm, hoàn phí sẽ được tính toán trên cơ sở tỷ lệ giữa số ngày được bảo hiểm và số ngày của đơn bảo hiểm chính.

10. Trong trường hợp thêm người được bảo hiểm trong thời hạn bảo hiểm, phí bổ sung sẽ được tính toán dựa trên cơ sở tỷ lệ giữa số ngày được bảo hiểm và số ngày của đơn bảo hiểm chính.

11. Biểu phí ngắn hạn sẽ được áp dụng như dưới đây:

Thời hạn	Tỷ lệ tính phí bảo hiểm
Không vượt quá 01 tháng	1/4 phí bảo hiểm năm
Không vượt quá 02 tháng	3/8 phí bảo hiểm năm
Không vượt quá 03 tháng	1/2 phí bảo hiểm năm
Không vượt quá 04 tháng	5/8 phí bảo hiểm năm
Không vượt quá 06 tháng	3/4 phí bảo hiểm năm
Không vượt quá 08 tháng	7/8 phí bảo hiểm năm

QUY ĐỊNH VỀ BỒI THƯỜNG

Việc chi trả bồi thường theo đơn bảo hiểm này sẽ tuân theo các điều kiện điều khoản áp dụng với người được bảo hiểm hoặc bất kì người khiếu nại đòi bồi thường nào.

1. Người mua bảo hiểm/người được bảo hiểm phải thông báo bằng văn bản tới UIC hay đại lý của chúng tôi trong thời gian nhanh nhất có thể đầy đủ chi tiết của bất kì thương tật ốm đau bệnh tật có thể dẫn tới khiếu nại đòi bồi thường theo đơn bảo hiểm này. UIC có thể chỉ định bên thứ ba thay mặt mình giải quyết bồi thường, theo đó tất cả các quyền của UIC trong quá trình giải quyết bồi thường sẽ được áp dụng ngang bằng với bên thứ ba đại diện cho UIC đó.
2. Người mua bảo hiểm/người được bảo hiểm phải sử dụng dịch vụ y tế của bác sỹ/người điều trị được cấp phép hoạt động và bất kì sự điều trị cho người được bảo hiểm do bác sỹ/người điều trị đó tiến hành phải là cần thiết về mặt y học.
3. Người mua bảo hiểm/người được bảo hiểm và bất kì ai đại diện cho họ không được có hành động gian dối, sai phạm hay trục lợi bảo hiểm, nếu không chúng tôi không chi trả bất cứ quyền lợi của đơn bảo hiểm này.
4. Người mua bảo hiểm/người được bảo hiểm và/hoặc bất kì người đại diện hợp pháp nào của họ phải hợp tác chặt chẽ với UIC và người tư vấn y tế của UIC và phải khai báo đầy đủ và thành thật tất cả các chi tiết và vấn đề mà người được bảo hiểm biết và cần phải biết.
5. Tất cả các giấy chứng nhận, thông tin và chứng cứ do UIC yêu cầu sẽ được cung cấp với chi phí của người mua bảo hiểm và hoặc người được bảo hiểm và theo mẫu hay hình thức mà UIC mô tả. Người mua bảo hiểm và/hoặc người được bảo hiểm sẽ phải cung cấp thư ủy quyền theo như yêu cầu của UIC, người đại diện và người tư vấn y tế của UIC để có thể kiểm tra các thông tin lưu trữ về việc điều trị liên quan đến sự việc có thể dẫn tới khiếu nại đòi bồi thường.
6. Người được bảo hiểm, trong trường hợp khiếu nại đòi bồi thường, với chi phí của UIC, bất cứ khi nào được yêu cầu phải được kiểm tra lại tình trạng sức khỏe bởi một bác sỹ đã được cấp phép hoạt động và do UIC chỉ định.
7. Khi yêu cầu UIC giải quyết bồi thường, người mua bảo hiểm/người được bảo hiểm hay người đại diện hợp pháp hoặc người được ủy quyền của họ phải cung cấp cho UIC đầy đủ các tài liệu sau trong vòng 90 ngày kể từ ngày xuất viện hoặc chết:
 - Đơn yêu cầu bồi thường
 - Các hóa đơn chứng từ sử dụng dịch vụ y tế: đơn thuốc, hóa đơn điều trị y tế, hóa đơn bệnh viện, hóa đơn phẫu thuật trong trường hợp có phẫu thuật, giấy xuất viện.
 - Giấy chứng tử và giấy xác nhận quyền thừa kế trong trường hợp tử vong. Trong một số trường hợp, có thể cần thiết phải tiến hành khám nghiệm tử thi với chi phí của UIC.
 - Các chứng từ khác theo hướng dẫn của UIC.
8. UIC cần được thông báo bằng văn bản ngay lập tức về các khiếu nại hoặc các quyền đòi với bên thứ ba phát sinh từ một khiếu nại đã được bồi thường theo đơn bảo hiểm này. Người mua bảo hiểm/người được bảo hiểm phải thông báo bằng văn bản cho UIC về các diễn biến và tiến hành các bước hợp lý mà UIC có thể yêu cầu, bao gồm cả các quyền lợi đã được hưởng theo đơn bảo hiểm này trong trường hợp khiếu nại có liên quan đến bên thứ ba để đòi lại số tiền đã bồi thường từ bên thứ ba đó.

CHÚ Ý

Chúng tôi xin lưu ý rằng quý khách phải khai báo đầy đủ và trung thực tất cả các tình tiết mà quý khách biết hoặc cần phải biết, nếu không quý khách có thể không được hưởng quyền lợi từ đơn bảo hiểm này.

