

BẢO HIỂM SỨC KHỎE GIA ĐÌNH – UIC FAMILY SHIELD



I/ TÓM TẮT CHƯƠNG TRÌNH

- ◆ Thai sản tích hợp với mức cao chỉ đồng 15% tại viện tư nhân quốc tế
- ◆ Thành viên sử dụng nhiều có thể tận dụng quyền lợi từ thành viên ít sử dụng
- ◆ Chương trình tích hợp tất cả các quyền lợi gồm nằm viện, phẫu thuật do ốm bệnh, khám ngoại trú, thai sản...
- ◆ Chương trình bảo hiểm cho toàn bộ cho gia đình trong một gói bảo hiểm duy nhất tại Việt Nam.

II/ ĐIỀU KIỆN THAM GIA

- ◆ Từ 60 ngày tuổi đến 65 tuổi (tái tục đến 70 tuổi với điều kiện là tái tục từ 60 tuổi với UIC)
- ◆ Không bị các bệnh lý về tâm thần, bệnh phong, ung thư, hội chứng DOWN
- ◆ Không bị thương tật vĩnh viễn từ 50% trở lên
- ◆ Không trong thời gian điều trị bệnh/ thương tật/ trong thời gian nằm viện
- ◆ Gia đình gồm Bố/Mẹ không quá 65 tuổi

III/ THỜI GIAN CHỜ

Hạng mục	Ngày
<input type="checkbox"/> Bệnh có sẵn (chi phí y tế & tử vong)	365
<input type="checkbox"/> Bệnh đặc biệt (chi phí y tế & tử vong)	365
<input type="checkbox"/> Tử vong do bệnh thông thường	180
<input type="checkbox"/> Bệnh thông thường (chi phí y tế)	30
<input type="checkbox"/> Thai sản	270 ngày

Trường hợp gia đình tham gia bảo hiểm tại thời điểm em bé chưa đủ 60 ngày tuổi

Thời gian chờ với chi phí y tế sẽ áp dụng trên đơn vị rủi ro là gia đình trong khi đó thời gian chờ với tử vong áp dụng trên từng người. Gia đình tham gia bảo hiểm và có một thành viên trong gia đình dưới 60 ngày tuổi hoặc gia đình tham gia bảo hiểm được 01 năm và phát sinh sự kiện sinh con thì khi em bé đạt 60 ngày tuổi, UIC đồng ý:

- ◆ Không áp dụng thời gian chờ đối với chi phí y tế phát sinh nằm thuộc phạm vi bảo hiểm
- ◆ Áp dụng thời gian chờ với người được bảo hiểm liên quan đến sự kiện tử vong/ thương tật toàn bộ vĩnh viễn như sau:
 - Bệnh đặc biệt /bệnh có sẵn: 365 ngày
 - Bệnh thông thường: 180 ngày

Một số định nghĩa quan trọng

ĐỊNH NGHĨA BỆNH ĐẶC BIỆT

Là polip, bướu, u và ung thư các loại; bệnh tim và mạch máu, huyết áp, viêm hoặc loét dạ dày, đại tràng, tá tràng, loét ruột; viêm gan các loại; xơ gan, trĩ, sỏi trong các hệ thống tiết niệu và đường mật; đục thủy tinh thể ở người dưới 50 tuổi; Parkinson; lupus ban đỏ; bệnh tiểu đường; suy thận, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD), các bệnh liên quan đến hệ thống tái tạo máu (bao gồm thay máu, lọc máu, chạy thận nhân tạo, bệnh suy tủy, bạch cầu cấp, bạch cầu mãn tính), các bệnh tự miễn và rối loạn chuyển hóa.

ĐỊNH NGHĨA BỆNH CÓ SẴN

Là bệnh hoặc thương tật hoặc bất kỳ tình trạng y tế có trước ngày hợp đồng bảo hiểm bắt đầu có hiệu lực, hoặc ngày cập nhật chương trình bảo hiểm, tùy theo ngày nào muộn hơn và:

- a. Người được bảo hiểm đã được chẩn đoán hoặc đã phải điều trị trong 3 năm gần đây hoặc vì bệnh này người được bảo hiểm đã có đơn thuốc, điều trị, hội chẩn, hoặc
- b. Chủ hợp đồng và/hoặc người được bảo hiểm đã biết về nó theo ý kiến của bác sĩ độc lập, hoặc
- c. Người bảo hiểm đã xuất hiện những triệu chứng trước ngày hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực bất kể đã có tư vấn của bác sĩ hay không, bất kể Người được bảo hiểm đã biết hoặc ý thức được hay không, và bất kể người được bảo hiểm có thực sự khám hoặc điều trị hay không.
- d. Những bệnh/ thương tật dưới đây khi phát sinh trong năm hiệu lực bảo hiểm đầu tiên đều được coi là bệnh/ thương tật có sẵn trong mọi trường hợp và do bất kể nguyên nhân nào: viêm xoang, hen suyễn; Amidan cần phải cắt, viêm VA cần phải nạo, vẹo vách ngăn cần phẫu thuật; rối loạn tiền đình; viêm tai giữa cần phẫu thuật, thoái hóa các loại, viêm đa khớp các loại; các tình trạng sỏi, sạn, vôi hóa, các bệnh lý về khớp, đĩa đệm, cột sống, đốt sống (thoát vị, hẹp, lồi, trượt, mất vững, vẹo, lệch, thoái hóa...)
- e. Thương tật có sẵn thể hiện qua các dấu hiệu, triệu chứng, chẩn đoán của bác sĩ, hay bằng chứng của cơ sở y tế hoặc cơ quan y tế có thẩm quyền

IV/ NHỮNG ĐIỂM CẦN LƯU Ý

- ◆ Không chi trả điều trị Đông Y, Y học cổ truyền, lao các loại, viêm gan các loại
- ◆ Không chi trả chết ko rõ nguyên nhân.
- ◆ Không chi trả chi phí phẫu thuật dây chằng năm đầu do mọi nguyên nhân, bất kể tai nạn hay phẫu thuật
- ◆ Hút thai gây mê và các loại nội soi trong ngày thanh toán theo quyền lợi ngoại trú
- ◆ Không chi trả mọi xét nghiệm cúm, sốt có kết quả bình thường
- ◆ Không chi trả các chi phí liên quan đến tai nạn xảy ra trước ngày hiệu lực của hợp đồng
- ◆ Phẫu thuật không bao gồm thủ thuật, và tiểu phẫu, không chi trả các dụng cụ phẫu thuật/điều trị trong danh sách đính kèm

V / BẢNG QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Chương trình	Family Bronze	Family Silver	Family Gold	Family Gold PLUS
Điều kiện A – Chết/thương tật toàn bộ vĩnh viễn do bệnh	100,000,000 người - tối đa 400,000,000	200,000,000/người, tối đa 800,000,000	400,000,000/người, tối đa 1,000,000,000	500,000,000/người, tối đa 1,000,000,000
Điều kiện B – Chết/thương tật vĩnh viễn do tai nạn	100,000,000 người - tối đa 400,000,000	200,000,000/người, tối đa 800,000,000	400,000,000/người, tối đa 1,000,000,000	500,000,000/người, tối đa 1,000,000,000
Điều kiện C – Chi phí y tế do tai nạn	40,000,000/năm	80,000,000/năm	120,000,000/năm	150,000,000/năm
Điều kiện D – Nằm viện phẫu thuật do ốm bệnh	100,000,000/năm	200,000,000/năm	300,000,000/năm	400,000,000/năm
1. Nội trú	50,000,000/năm	100,000,000/năm	150,000,000/năm	200,000,000/năm
+ Tiền phòng (chúng/riêng) + Phòng chăm sóc đặc biệt + Phòng cấp cứu + Các chi phí y tế khác trong thời gian nằm viện. (Áp dụng cho cả chi phí điều trị trong ngày).	Trả chi phí thực tế tối đa 1,000,000/ngày /người	Trả chi phí thực tế tối đa 2,000,000/ngày /người	Trả chi phí thực tế tối đa 3,000,000/ngày /người	Trả chi phí thực tế tối đa 4,000,000/ngày /người
2. Phẫu thuật	50,000,000/năm	100,000,000/năm	150,000,000/năm	200,000,000/năm
+ Phẫu thuật do ốm bệnh. + Phẫu thuật liên quan đến cấy ghép nội tạng. (Không trả chi phí mua bộ phận ghép).	Trả chi phí thực tế, tối đa không quá số tiền bảo hiểm.	Trả chi phí thực tế, tối đa không quá số tiền bảo hiểm.	Trả chi phí thực tế, tối đa không quá số tiền bảo hiểm.	Trả chi phí thực tế, tối đa không quá số tiền bảo hiểm.
3. Các quyền lợi khác (bao gồm trong phần 1)				
a. Chi phí trước khi nhập viện (30 ngày trước khi nhập viện).	2,500,000/năm	5,000,000/năm	7.500,000/năm	10,000,000/năm
b. Chi phí điều trị sau khi xuất viện (30 ngày kể từ ngày xuất viện).	2,500,000/năm	5,000,000/năm	7.500,000/năm	10,000,000/năm
c. Chi phí y tá chăm sóc tại nhà ngay sau khi xuất viện (tối đa 15 ngày/năm).	2,500,000/năm	5,000,000/năm	7.500,000//năm	10,000,000/năm

d. Trợ cấp nằm viện (tối đa 60 ngày/ năm).	25,000/người/ngày	40,000 /người/ngày	50,000 /người/ngày	75,000 /người/ngày
e. Phục hồi chức năng	5,000,000/năm	10,000,000/năm	15,000,000//năm	20,000,000//năm
f. Dịch vụ xe cứu thương	Tối đa đến STBH (Chi phí Taxi 200,000/người/năm)	Tối đa đến STBH (Chi phí Taxi 200,000/người/năm)	Tối đa đến STBH (Chi phí Taxi 200,000/người/năm)	Tối đa đến STBH (Chi phí Taxi 200,000/người/năm)
g. Chi phí mai táng	4,000,000/năm	4,000,000/năm	4,000,000/năm	4,000,000/năm
Điều kiện E - Điều trị ngoại trú do ốm bệnh				
Giới hạn/năm và theo các giới hạn phụ như sau	7,500,000/năm	15,000,000/năm	20,000,000/năm	20,000,000/năm
1. Chi phí khám bệnh, tiền thuốc theo kê đơn của bác sĩ, chi phí cho các xét nghiệm, chụp X-quang, siêu âm, chuẩn đoán hình ảnh trong việc điều trị bệnh thuộc phạm vi bảo hiểm.	750,000/lần khám/người - tối đa 10 lần/gia đình/ năm	1,500,000/lần khám/người - tối đa 10 lần/gia đình/ năm	2,000,000/lần khám/người - tối đa 10 lần/gia đình/ năm	2,000,000/lần khám/người - tối đa 10 lần/gia đình/ năm
2. Điều trị răng bao gồm: ♦ Khám, chụp X.Q; ♦ Viêm nướu (lợi), nha chu; ♦ Trám răng bằng chất liệu thông thường như ♦ Amalgam, composite, fuji ♦ Điều trị tuỷ răng; ♦ Cạo vôi răng (lấy cao răng); ♦ Nhổ răng bệnh lí (bao gồm tiểu phẫu).	Không bảo hiểm	3,000,000/năm 1,000,000/người (Cạo vôi răng VND400,000/năm - 2 lần)	5,000,000/năm 1,500,000/người/năm (Cạo vôi răng VND400,000/năm - 2 lần)	5,000,000/năm 1,500,000/người/năm (Cạo vôi răng VND400,000/năm - 2 lần)
3. Điều trị bằng các phương pháp vật lí trị liệu (không phải là phương pháp mát-xa hay cải thiện dáng đi)	75,000/ngày/người, tối đa 60 ngày /năm	150,000/ngày/người, tối đa 60 ngày /năm	200,000/ngày/người, tối đa 60 ngày /năm	200,000/ngày/người, tối đa 60 ngày /năm
Điều kiện F - Thai sản (Không bảo hiểm cho chi phí khám thai	Đồng chi trả 15% viện tư nhân và quốc tế	Đồng chi trả 15% viện tư nhân và quốc tế	Đồng chi trả 15% viện tư nhân và quốc tế	Đồng chi trả 15% viện tư nhân và quốc tế

định kỳ).				
Hạn mức	10,000,000/năm	20,000,000/năm	30,000,000/năm	30,000,000/năm
a) Biến chứng thai sản	Trả chi phí thực tế tối đa đến STBH thai sản	Trả chi phí thực tế tối đa đến STBH thai sản	Trả chi phí thực tế tối đa đến STBH thai sản	Trả chi phí thực tế tối đa đến STBH thai sản
b) Sinh mổ	**Chi trả chi phí tiền khám, các xét nghiệm lần cuối cùng trước sinh, chi phí nội trú và các chi phí liên quan	**Chi trả chi phí tiền khám, các xét nghiệm lần cuối cùng trước sinh, chi phí nội trú và các chi phí liên quan	**Chi trả chi phí tiền khám, các xét nghiệm lần cuối cùng trước sinh, chi phí nội trú và các chi phí liên quan	**Chi trả chi phí tiền khám, các xét nghiệm lần cuối cùng trước sinh, chi phí nội trú và các chi phí liên quan
c) Sinh thường				
Điều kiện G: Hỗ trợ học vắn trong trường hợp Cha/mẹ tử vong (1lần/thời hạn Bảo hiểm)	2,500,000/lần/suốt thời hạn bảo hiểm	5,000,000 /lần/suốt thời hạn bảo hiểm	10,000,000/lần/suốt thời hạn bảo hiểm	10,000,000/lần/suốt thời hạn bảo hiểm

VI / PHÍ BẢO HIỂM

Chương trình	Family Bronze	Family Silver	Family Gold	Family Gold PLUS
PHÍ BẢO HIỂM/gia đình	8,000,000	10,500,000	15,000,000	20,000,000

VII / QUY TRÌNH THAM GIA BẢO HIỂM

Bước	Chi tiết
1	Bên mua bảo hiểm điền giấy yêu cầu bảo hiểm sau đó scan/ chụp thật rõ nét cùng với các giấy tờ cá nhân như (CMND cho bố/mẹ + Giấy khai sinh cho con). Sau đó gửi cho đại lý/UIC
2	Sau khi nhận thông tin của Bên mua Bảo hiểm, UIC sẽ thu xếp giấy chứng nhận bảo hiểm scan để xác nhận hiệu lực bảo hiểm.
3	<p>Quý khách chuyển phí bảo hiểm vào tài khoản của UIC</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Số tài khoản : 001 100 002 8058 ◆ Người thụ hưởng: Cong ty Bao hiem lien hiệp ◆ Địa chỉ: Ngân hàng TMCP Ngoại thương Việt Nam (VCB) - 31 - 33 Ngõ Quyền, Quận Hoàn Kiếm <p><u>Cú pháp chuyển tiền</u> THANH TOAN PHI BHSK - HOP DONG SO – TEN BEN MUA Đồng thời copy lại Lệnh chuyển tiền để UIC tiện kiểm tra</p>
4	UIC sẽ đặt thẻ cho gia đình, hoàn tất trong khoảng từ 07 đến 10 ngày làm việc

VIII/ CHECKLIST CÁC CHỨNG TỪ BỒI THƯỜNG

1. Khám ngoại trú: <input type="checkbox"/> Giấy yêu cầu bồi thường <input type="checkbox"/> Đơn thuốc: Xin dấu của cơ sở y tế và ghi rõ tên bệnh nhân <input type="checkbox"/> Sổ khám bệnh: Ghi rõ chuẩn đoán bệnh và tên bệnh nhân <input type="checkbox"/> Hóa đơn hợp lệ có liệt kê chi phí y tế và chi tiết số lượng & đơn giá thuốc <input type="checkbox"/> Kết quả xét nghiệm chụp chiếu	2. Nằm viện/phẫu thuật <input type="checkbox"/> Giấy yêu cầu bồi thường <input type="checkbox"/> Giấy ra viện <input type="checkbox"/> Phiếu mổ: Trường hợp phẫu thuật <input type="checkbox"/> Các hồ sơ & hóa đơn ở mục khám ngoại trú	3. Tai nạn <input type="checkbox"/> Giấy yêu cầu bồi thường <input type="checkbox"/> Chỉ định nghỉ ốm của bác sĩ <input type="checkbox"/> Bản chấm công/Hoặc xác nhận của công ty <input type="checkbox"/> Biên bản sự việc <input type="checkbox"/> Giấy phép lái xe <input type="checkbox"/> Chứng từ khác
---	---	---

IX / ĐỊA CHỈ GỬI HỒ SƠ BỒI THƯỜNG

Công ty TNHH Insmart Việt Nam

<u>Văn phòng Hà Nội</u> Tầng 9, tòa nhà HEID, K3B - Ngõ 6A, Phố Thành Công (hoặc Ngõ 12, Đường Láng Hạ, Q. Ba Đình, TP. Hà Nội)	<u>Văn phòng Hồ Chí Minh</u> 3A Floor, NIKKO Building, 374-374B Vo Van Tan Street, Ward 5, District 3, Ho Chi Minh City.
---	--

X / QUY TRÌNH BẢO LÃNH

1. Điều kiện được bảo lãnh viện phí

- * Khám chữa bệnh ở những cơ sở y tế thuộc hệ thống của INSMART
- * Người được bảo hiểm mang thẻ UIC Care và CMND (giấy khai sinh nếu là trẻ em) với họ tên đã được khai báo trong danh sách tham gia bảo hiểm.
- * Thẻ tín dụng hoặc tiền đặt cọc sẽ được yêu cầu tùy theo quy định của cơ sở y tế.
- * Bệnh cần điều trị thuộc phạm vi bảo hiểm
- * Cơ sở y tế và bảo hiểm có đủ cơ sở đánh giá bồi thường

2. Quy trình bảo lãnh viện phí

- * Xuất trình thẻ bảo hiểm cùng CMND/ thẻ nhân viên hoặc giấy khai sinh nếu NĐBH là trẻ em.
- * Bệnh viện cung cấp những thông tin cơ bản cho Bảo Hiểm. Bảo Hiểm sẽ nhanh chóng đánh giá khả năng bồi thường và gửi Thông báo đồng ý/ Từ chối bảo lãnh viện phí cho bệnh viện.
- * Ký Giấy đề nghị bồi thường (claim form) khi xuất viện (nếu được bảo lãnh). Giữ lại giấy ra viện để làm thủ tục bồi thường cho phần trợ cấp/ lương trong thời gian nằm viện.

3. Hệ thống bệnh viện (danh sách như bên dưới)

Lưu ý: Bảo lãnh viện phí không áp dụng cho:

- * Ngoài giờ làm việc, ngày lễ tết
- * Điều trị tai nạn hay hậu quả của tai nạn trước đó
- * Điều trị cấp cứu
- * Gói thai sản không có chi tiết kèm theo
- * Các chi phí khám, xét nghiệm ... trước khi nhập viện, chi phí tái khám sau xuất viện, chi phí dưỡng nhi, và các khoản trợ cấp

Việc từ chối bảo lãnh viện phí do chưa đủ thông tin không có nghĩa bạn không được bảo hiểm, mà chỉ là bạn phải thanh toán tiền trước và yêu cầu bồi thường sau.