

PHẦN I – BẢO HIỂM TAI NẠN

1. PHẠM VI BẢO HIỂM

Bảo hiểm này chi trả bồi thường cho các trường hợp tử vong, thương tật tạm thời hoặc thương tật vĩnh viễn, chi phí y tế phát sinh do nguyên nhân tai nạn xảy ra trong vòng 24 tiếng trong một ngày.

2. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM / SỐ TIỀN BẢO HIỂM

(Số tiền được bảo hiểm là giới hạn bồi thường dành cho mỗi người được bảo hiểm đối với mọi tai nạn xảy ra trong thời gian hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực)

Đơn vị tính: VND

<u>Quyền lợi</u>	<u>Cơ sở bồi thường</u>	<u>Số tiền bảo hiểm</u>
I – Tử vong/ Thương tật vĩnh viễn		
<i>Tử vong/ Thương tật toàn bộ vĩnh viễn tai nạn</i>	100% số tiền bảo hiểm	50.000.000
Thương tật bộ phận vĩnh viễn		Theo bảng tỷ lệ thương tật
II – Chi phí y tế		
Chi trả chi phí cần thiết và hợp lý điều trị tai nạn, tối đa tới Số tiền bảo hiểm (STBH), bao gồm nhưng không giới hạn trong điều trị nội trú, trong ngày, ngoại trú, phẫu thuật, thủ thuật, tiểu phẫu, nha khoa (loại trừ chi phí trồng/ thay răng giả), vận chuyển cấp cứu, phục hồi chức năng, vật lý trị liệu (bao gồm Đông y, nắn khớp xương...)... (không bị áp dụng hạn mức phụ)	Chi trả theo chi phí y tế thực tế thuộc phạm vi bảo hiểm	30.000.000

PHẦN II – BẢO HIỂM SỨC KHỎE

1. PHẠM VI BẢO HIỂM

Đơn bảo hiểm này chi trả cho những chi phí y tế thực tế, bồi thường cho trường hợp Người được bảo hiểm bị ốm đau, bệnh tật hoặc thai sản

2. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM / SỐ TIỀN BẢO HIỂM

Đơn vị tính: VNĐ

A – ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ DO ỐM ĐAU, BỆNH TẬT, THAI SẢN

Giới hạn/người/năm và theo các giới hạn phụ như sau:	70.000.000
1. Chi phí Viện phí Chi trả các chi phí hợp lý và cần thiết phát sinh trong quá trình nằm viện và/ hoặc điều trị trong ngày, bao gồm nhưng không giới hạn trong: a. Tiền phòng chung hoặc riêng (giới hạn ở phòng đơn tiêu chuẩn có giá thấp nhất) b. Các chi phí khác như: ☐ máu, huyết tương ☐ Thuốc và tá dược, dược phẩm ☐ Quần áo, chi phí nẹp và bó bột, bông, gạc, vật tư tiêu hao ☐ Vật lý trị liệu, phục hồi chức năng ☐ Tiêm/ truyền tĩnh mạch ☐ Chụp X-quang, MRI, CT và PET, các xét nghiệm hoặc chẩn đoán khác theo chỉ định của bác sỹ ☐ Chi phí điều trị cấp cứu (điều trị cấp cứu trong ngày) ☐ Chi phí đỡ đẻ ☐ Các chi phí liên quan khác	Không quá 1.600.000 / ngày. Tối đa 60 ngày/ năm
2 Chi phí phẫu thuật (bao gồm điều trị nội trú, trong ngày, ngoại trú) bao gồm nhưng không giới hạn trong: ☐ Chi phí phẫu thuật, thủ thuật ☐ Những bộ phận thiết yếu cần được cấy ghép vào cơ thể để duy trì sự sống (theo hạn mức phụ quy định trong hợp đồng) ☐ Vật tư phẫu thuật cần thiết ☐ Phòng mổ ☐ Chi phí gây mê ☐ Chi phí cấy ghép nội tạng (không bao gồm chi phí để có nội tạng cấy ghép và chi phí phát sinh cho người hiến nội tạng) ☐ Chi phí phẫu thuật ☐ Chi phí hồi sức sau phẫu thuật ☐ Sinh mổ (theo giới hạn quyền lợi thai sản -tối đa 10tr/năm. Trong quá trình sau và trong sinh mổ nếu bị	Tối đa đến 70.000.000

	nhiễm khuẩn vết mổ, hoặc phát sinh các bệnh lý khác liên quan...cần nhất thiết phải phẫu thuật sẽ được thanh toán vào quyền lợi Ốm đau-Bệnh tật với chi phí phẫu thuật tối đa 70tr/năm) ☐ Các chi phí liên quan khác	
3	Chi phí điều trị cấp cứu và phòng chăm sóc đặc biệt (ICU)	Tối đa 70.000.000 Giới hạn 3.300.000/ngày
4	Chi phí vận chuyển cấp cứu bằng xe cứu thương (loại trừ đường hàng không) Trong trường hợp không có dịch vụ cứu thương của địa phương, Người được bảo hiểm có thể dùng taxi với giới hạn trách nhiệm tới 200.000 đồng/vụ. Hóa đơn taxi phải được cung cấp với thông tin liên quan	Tối đa đến 70.000.000
5	Chi phí điều trị trước khi nhập viện (trong vòng 30 ngày). Không áp dụng cho thai sản	2.300.000/năm
6	Chi phí điều trị sau khi xuất viện (trong vòng 30 ngày). Không áp dụng cho thai sản	2.300.000/năm
7	Chi phí y tá chăm sóc tại nhà ngay sau khi ra viện theo chỉ định của bác sĩ (tối đa 15 ngày/năm)	2.300.000/năm
8	Trợ cấp ngày nằm viện/ ngày (Tối đa 60 ngày/ năm)	70.000/ngày
9	Thai sản: Quyền lợi Thai sản (không bao gồm chi phí khám thai định kỳ).	Tối đa 10.000.000/năm
	a. Biến chứng thai sản	Theo giới hạn phụ 1 (Chi phí viện phí) – Phần II
	b. Sinh thường (các chi phí thuốc men, chi phí sinh đẻ thông thường, nằm viện)	
	c. Sinh mổ	Theo giới hạn phụ 1 và 2 (Chi phí viện phí + Chi phí phẫu thuật) – Phần II
	d. Trợ cấp sinh nếu sử dụng thẻ BHYT chi trả từ 50% trở lên - Sinh Thường: 1.000.000 - Sinh mổ kỳ: 1.500.000	

- Thời hạn bảo hiểm: 00h00 ngày 01/11/2024 đến 23h59 ngày 31/10/2025.
- Phí bảo hiểm: **3.920.400 VNĐ/người/năm** (tăng 50% phí năm ngoài)
- Áp dụng đồng bảo hiểm 30/70 tại tất cả CSYT (bao gồm hệ thống công lập, tư nhân & quốc tế)