BẢO HIỂM HÙNG VƯƠNG
Vì cuộc sống hưng vượng

BẢO HIỂM TAI NẠN – SỨC KHỎE
MEDICAL CARE 2023

ĐỐI TƯỢNG BẢO HIỂM

- Người Việt Nam hoặc Người nước ngoài đang sinh sống, làm việc và cư trú hợp pháp tại Việt Nam.
- Độ tuổi để tham gia bảo hiểm là từ 12 tháng tuổi tới 65 tuổi (theo năm dương lịch)
- Không bị bệnh ung thư, tâm thần, thương tật vĩnh viễn từ 80% trở lên.

THỜI HẠN BẢO HIỂM

1 năm

ĐIỀU KIỆN TÁI TỤC

- Khách hàng tham gia bảo hiểm liên tục đủ 12 tháng, mặc nhiên được tái tục thêm 12 tháng (phí bảo hiểm năm tái tục bằng phí năm thứ 1). Sau 24 tháng, BHV sẽ đánh giá lại và có thể không nhận tái tục/tái tục tùy theo tỷ lệ bồi thường.

PHẠM VI LÃNH THỔ

Trong lãnh thổ: Việt nam

QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

QUYỀN LỢI BẢO HIỂM CHÍNH

Phần 1: Bảo hiểm tai nạn

Bảo hiểm cho các rủi ro tử vong/thương tật vĩnh viễn, chi phí y tế do nguyên nhân tai nạn xảy ra trong vòng 24/24h và hậu quả của tai nạn trong vòng 52 tuần kể từ ngày xảy ra tai nạn (chỉ áp dụng cho Hợp đồng tái tục bảo hiểm liên tục).

Quyền lợi bảo hiểm	Số tiền bảo hiểm (VND/người/năm)		
	Hạng vàng	Hạng BK	Hạng KC
Chết/ Thương tật toàn bộ vĩnh viễn: 100% Số tiền bảo hiểm	**50.000.000**	**80.000.000**	**100.000.000**
Thương tật vĩnh viễn bộ phận: Bồi thường phần trăm Số tiền bảo hiểm theo bảng tỷ lệ thương tật			
Chi phí y tế: Bồi thường chi phí y tế thực tế (theo các hóa đơn chứng từ hợp lệ của hồ sơ đòi bồi thường), tối đa không vượt quá Số tiền bảo hiểm	**25.000.000** - Trường hợp điều trị nội trú **2.500.000đ**/ngày, chi phí phẫu thuật chi trả đầy đủ đến giới hạn tối đa) - Trường hợp điều trị ngoại trú **1.000.000**/lần khám	**45.000.000** - Trường hợp điều trị nội trú **3.000.000đ**/ngày, chi phí phẫu thuật chi trả đầy đủ đến giới hạn tối đa) - Trường hợp điều trị ngoại trú **1.500.000**/lần khám	**65.000.000** - Trường hợp điều trị nội trú **3.500.000đ**/ngày, chi phí phẫu thuật chi trả đầy đủ đến giới hạn tối đa) - Trường hợp điều trị ngoại trú **2.000.000**/lần khám

Phần 2: Bảo hiểm sức khỏe

Bảo hiểm cho tử vong/thương tật vĩnh viễn, những chi phí y tế do các nguyên nhân ốm đau, bệnh tật phát sinh trong thời hạn bảo hiểm mà không bị loại trừ trong đơn (không bảo hiểm cho thai sản, sinh đẻ).

Quyền lợi bảo hiểm	Số tiền bảo hiểm (VND/người/năm)		
	Hạng vàng	Hạng BK	Hạng KC
ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ	**300.000.000**	**400.000.000**	**500.000.000**
1. Viện phí **(**chi phí cho việc chăm sóc, các dịch vụ y tế và thuốc men cần thiết trong thời gian nằm viện), bao gồm nhưng không giới hạn: a. Tiền giường, tiền phòng, tiền ăn theo tiêu chuẩn tại bệnh viện. Đối với bệnh viện quốc tế và bệnh viện tư nhân, tiền phòng được giới hạn ở phòng tiêu chuẩn (không phải phòng đặc biệt); b. Chi phí phòng chăm sóc đặc biệt (phòng điều trị tích cực) c. Chi phí hành chánh, chi phí máu, huyết tương; d. Thuốc và dược phẩm sử dụng trong khi nằm viện; e. Băng, nẹp thông thường và bột; f. Vật lý trị liệu (nếu những chi phí này là cần thiết trong quá trình điều trị nằm viện theo chỉ định của bác sĩ); g. Tiêm truyền tĩnh mạch; h. Xét nghiệm hoặc chẩn đoán bằng hình ảnh như X-quang, MRI, CT, PET (các chi phí xét nghiệm này phải do bác sĩ chỉ định là biện pháp cần thiết để đánh giá tình trạng bệnh và phải là một phần cuả chi phí điều trị nằm viện (điều trị nội trú và điều trị trong ngày);	**2.500.000**/ngày (tối đa **50.000.000**/năm)	**3.000.000**/ngày (tối đa **80.000.000**/năm)	**3.500.000**/ngày (tối đa **100.000.000**/năm)

Quyền lợi bảo hiểm	Số tiền bảo hiểm (VND/người/năm)		
	Hạng vàng	Hạng BK	Hạng KC
2. Chi phí phẫu thuật các chi phí y tế liên quan đến một ca phẫu thuật nội trú, ph ẫu thuật trong ngày hoặc phẫu thuật ngoại trú, bao gồm chi phí cho các thủ thuật phẫu thuật các dụng cụ thiết bị cần thiết phải được cấy ghép vào bên trong cơ thể để duy trì sự sống, hoặc các thiết bị cần thiết cho phẫu thuật; chi phí phòng mổ, phẫu thuật viên, các chi phí gây mê và các chi phí thông thường cho các chẩn đoán trước khi mổ và hồi sức sau khi mổ, chi phí cấy ghép nội tạng, chi phí tái mổ. Chi phí phẫu thuật không bao gồm các thủ thuật chẩn đoán bệnh.	**35.000.000**/ca phẫu thuật	**56.000.000**/ca phẫu thuật	**70.000.000**/ca phẫu thuật
3. Điều trị cấp cứu là dịch vụ cấp cứu được thực hiện tại phòng cấp cứu của một bệnh viện hoặc phòng khám cho một tình trạng nguy kịch.	tối đa **50.000.000**/năm	tối đa **80.000.000**/năm	tối đa **100.000.000**/năm
4. Vận chuyển khẩn cấp chi phí cho việc vận chuyển khẩn cấp và sơ cấp cứu để đưa Người được bảo hiểm trong tình trạng nguy kịch đến điều trị tại phòng cấp cứu của bệnh viện hoặc phòng khám gần nhất với điều kiện chăm sóc y tế thích hợp (không bao gồm vận chuyển bằng đường hàng không)	tối đa **50.000.000**/năm	tối đa **80.000.000**/năm	tối đa **100.000.000**/năm
5. Trợ cấp nằm viện chi trả số tiền ghi trên bản quyền lợi bảo hiểm cho mỗi ngày nằm viện điều trị nội trú qua đêm hoặc điều trị trong ngày (Tối đa: 60 ngày). Trường hợp điều trị tại Bệnh viện công lập (Bệnh viện nhà nước)	**50.000**/ngày **100.000**/ngày	**80.000**/ngày **160.000**/ngày	**100.000**/ngày **200.000**/ngày
6. Điều trị trước khi nhập viện chi trả các dịch vụ thăm khám, chẩn đoán, các chi phí y tế liên quan và các xét nghiệm cần thiết (theo chỉ định của bác sĩ) và liên quan trực tiếp đến ốm đau, bệnh tật của Người được bảo hiểm cần được thực hiện điều trị nằm viện ngay sau đó, và những chẩn đoán này là cơ sở trực tiếp để bác sĩ điều trị kết luận việc điều trị nằm viện là cần thiết. Chi phí này được chi trả tối đa 15 ngày trước khi nhập viện.	**2.500.000**	**3.000.000**	**3.500.000**
7. Điều trị sau khi xuất viện chi trả cho các chi phí điều trị ngay sau khi xuất viện theo chỉ định của bác sĩ điều trị cho ốm đau, bệnh tật của Người được bảo hiểm đã phải điều trị nằm viện, bao gồm: chi phí tái khám, chi phí xét nghiệm, tiền thuốc ngay sau khi xuất viện. Chi phí này được chi trả tối đa 30 ngày sau khi xuất viện.	**2.500.000**	**3.000.000**	**3.500.000**
8. Y tá chăm sóc tại nhà chi trả chi phí cho người được bảo hiểm các dịch vụ chăm sóc y tế của một y tá được cấp giấy phép hành nghề hợp pháp, được hưởng ngay sau khi rời bệnh viện, tại nơi ở của Người được bảo hiểm, thực hiện theo chỉ định của bác sĩ điều trị trong vòng 30 ngày sau khi xuất viện. Áp dụng cho trường hợp nằm viện liên tục trên 10 ngày/đợt điều trị.	**2.500.000**	**3.000.000**	**3.500.000**
9. Trợ cấp mai tang Trường hợp người được bảo hiểm tử vong thuộc phạm vi trách nhiệm bảo hiểm, không kể nằm viện hay ngoại trú, BHV trả tiền trợ cấp mai táng phí ghi trên Hợp đồng bảo hiểm.	**2.000.000**	**2.000.000**	**2.000.000**

Quyền lợi bảo hiểm bổ sung theo lựa chọn:
Lưu ý: số tiền bảo hiểm của các quyền lợi lựa chọn dưới đây phải theo các chương trình của bảo hiểm chính. Ví dụ: Nếu lựa chọn quyền lợi bảo hiểm là Hạng đồng thì các quyền lợi bổ sung chỉ được chọn là Hạng đồng

1. Quyền lợi thai sản và sinh đẻ
Trên cơ sở Người được bảo hiểm đã đóng phụ phí bảo hiểm, BHV đồng ý bảo hiểm cho các trường hợp thai sản và sinh đẻ với mức bảo hiểm được ghi rõ trong Hợp đồng bảo hiểm

Quyền lợi bảo hiểm	Số tiền bảo hiểm (VND/người/năm)		
	Hạng vàng	Hạng BK	Hạng KC
a. Biến chứng thai sản, sinh khó 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: - Sẩy thai hoặc thai nhi chết trong tử cung; - Thai trứng; Thai ngoài tử cung; - Băng huyết sau khi sinh; Phá thai do điều trị; - Sót nhau thai trong tử cung sau khi sinh; - Biến chứng của các nguyên nhân trên. ***b. Sinh thường :*** 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, chăm sóc mẹ trước và sau khi sinh.	**10.000.000** (tối đa **2.500.000**/ngày)	**13.000.000** (tối đa **3.000.000**/ngày)	**15.000.000** (tối đa **3.500.000**/ngày)
Chăm sóc em bé chi trả các chi phí dưỡng nhi thực tế phát sinh nhưng không vượt quá giới hạn ghi trên Hợp đồng bảo hiểm (trong vòng 07 ngày tại bệnh viện cùng mẹ)	**200.000**	**250.000**	**300.000**

2. Quyền lợi điều trị ngoại trú (bao gồm chăm sóc răng cơ bản)
Trên cơ sở Người được bảo hiểm đã đóng phụ phí bảo hiểm, BHV đồng ý bảo hiểm cho các trường hợp điều trị ngoại trú như sau với mức bảo hiểm được ghi rõ trong Hợp đồng bảo hiểm

Quyền lợi bảo hiểm	Số tiền bảo hiểm (VND/người/năm)		
	Hạng vàng	Hạng BK	Hạng KC
Giới hạn tối đa/người/năm	**5.000.000**	**8.000.000**	**10.000.000**
Thanh toán các chi phí điều trị ngoại trú phát sinh tại các cơ sở y tế, bao gồm: - Chi phí khám bệnh - Chi phí thuốc men theo kê toa của Bác sĩ - Chi phí chụp X – Quang, xét nghiệm, trị liệu học bức xạ, các liệu pháp ánh sáng do bác sỹ chỉ định và cần thiết cho việc chẩn đoán và điều trị bệnh	**1.000.000** / lần khám	**1.500.000** / lần khám	**2.000.000** / lần khám
- Chi phí Vật lý trị liệu do bác sĩ chỉ định, hợp lý và cần thiết (tối đa 60 ngày/năm)	**85.000** /ngày	**136.000** /ngày	**170.000** /ngày
- Khám thai (chi trả toàn bộ tiền khám, xét nghiệm, siêu âm, thuốc bổ thai theo chỉ định bác sỹ)- Áp dụng cho Khách hàng tham gia Quyền lợi thai sản.	**300.000đ**/năm	**500.000đ**/năm	**600.000đ**/năm

Quyền lợi bảo hiểm	Số tiền bảo hiểm (VND/người/năm)		
	Hạng vàng	Hạng BK	Hạng KC
- Chăm sóc răng cơ bản: thanh toán các chi phí Điều trị răng cơ bản sau đây phát sinh tại các cơ sở y tế, bao gồm: . Khám và chẩn đoán bệnh . Chụp X-quang . Điều trị viêm nướu (thối nướu răng) . Trám răng (amalgam hoặc composite) . Điều trị tủy răng . Nhổ răng bệnh lý (bao gồm phẫu thuật) . Lấy vôi răng (giới hạn 300.000VNĐ/năm)	1.000.000	1.500.000	2.000.000

3. Quyền lợi bảo hiểm tử vong/thương tật vĩnh viễn do bệnh tật, thai sản

Trên cơ sở Người được bảo hiểm đã đóng phụ phí bảo hiểm, BHV đồng ý bảo hiểm cho trong trường hợp Người được bảo hiểm tử vong hoặc bị thương tật vĩnh viễn do các nguyên nhân về thể trạng (bao gồm nhưng không giới hạn: ốm đau, bệnh tật, thai sản, ngộ độc thức ăn/uống, hít phải khí độc, khói độc) với mức bảo hiểm được ghi rõ trong Hợp đồng bảo hiểm

Quyền lợi bảo hiểm	Số tiền bảo hiểm (VND/người/năm)		
	Hạng vàng	Hạng BK	Hạng KC
- Tử vong/ thương tật toàn bộ vĩnh viễn	50.000.000	80.000.000	100.000.000

4. Bảo hiểm Vaccine

Bảo hiểm tử vong do biến chứng từ việc tiêm chủng vaccine. Điều trị nội trú tại bệnh viện để điều trị các biến chứng từ việc tiêm chủng vaccine

1/ Tử vong do tiêm vaccine: **100,000,000 VNĐ**

2/ Điều trị nội trú tại bệnh viện : **8,000,000 VNĐ / năm**

2.1/ Viện phí: BHV sẽ thanh toán những chi phí về dịch vụ y tế hay dược phẩm cung cấp bởi BV: **200,000 / ngày**

2.2/ Trợ cấp nằm viện: BHV sẽ chi trả cho mỗi ngày nằm viện: **200,000 / ngày**

Quyền lợi	Số tiền bảo hiểm			Phí bảo hiểm		
	Vàng	Bạch Kim	Kim Cương	Vàng	Bạch Kim	Kim Cương
Tai nạn - Tử vong	50,000,000	80,000,000	100,000,000	75,000	120,000	150,000
Tai nạn - CP y tế	25,000,000	45,000,000	65,000,000	250,000	450,000	650,000
Sức khỏe	50,000,000	80,000,000	100,000,000	1,300,000	2,080,000	2,600,000
Vaccine	100,000,000	100,000,000	100,000,000	40,000	40,000	40,000
Tổng phí quyền lợi chính				1,665,000	2,690,000	3,440,000
Thai sản	10,000,000	13,000,000	15,000,000	1,200,000	1,560,000	1,800,000
Ngoại trú	5,000,000	8,000,000	10,000,000	1,000,000	1,600,000	2,000,000
Tử vong do bệnh	50,000,000	80,000,000	100,000,000	100,000	160,000	200,000
Tổng phí chính + Bổ sung				3,965,000	6,010,000	7,440,000
Tổng phí chính + Bổ sung (không thai sản)				2,765,000	4,450,000	5,640,000

ĐIỀU KIỆN, ĐIỀU KHOẢN

MỘT SỐ ĐỊNH NGHĨA

- **Bệnh đặc biệt:** là các bệnh ung thư, u bướu các loại, huyết áp, tim mạch, viêm dạ dày, viêm khớp, viêm gan (A, B, C), sỏi các loại trong hệ bài tiết, viêm xoang mãn tính, đái tháo đường, hen phế quản, viêm thận (không bao gồm những ca cấp tính cần điều trị y tế khẩn cấp).

- **Bệnh có sẵn:** là bất kỳ một tình trạng sức khỏe nào của Người được bảo hiểm đã được chẩn đoán; hoặc đã xuất hiện triệu chứng khiến cho một người bình thường phải đi khám, điều trị; hoặc do có tình trạng đó mà chuyên gia y tế đã khuyên người được bảo hiểm cần phải điều trị bất kể là Người được bảo hiểm đã thực sự được điều trị hay chưa.
  Theo Hợp đồng này ngoài các bệnh có sẵn theo định nghĩa trên, một số bệnh sau được hiểu là Bệnh có sẵn: viêm Amiđan cần phải cắt, viêm VA cần phải nạo, vẹo vách ngăn cần phẫu thuật, thoái hóa khớp / đốt sống / cột sống, viêm tai giữa cần phẫu thuật, thoát vị đĩa đệm, đục thủy tinh thể cần phẫu thuật.

- **Thời gian chờ:** Là thời gian mà các quyền lợi bảo hiểm liên quan không được chi trả bảo hiểm bao gồm cả những trường hợp thời điểm phát sinh rủi ro nằm trong thời gian chờ nhưng chi phí phát sinh hoặc hậu quả của đợt điều trị rủi ro này lại kéo dài quá thời gian chờ quy định

- **Một lần khám:** Là một lần người bệnh được Bác sĩ khám, chỉ định thực hiện xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh và thuốc điều trị nhằm mục đích chẩn đoán bệnh và điều trị. Ngoài ra:
  - Trường hợp nhiều Bác sĩ chuyên khoa cùng hội chẩn trước một người bệnh theo quy chế bệnh viện chỉ được tính là một lần khám/ điều trị;
  - Trường hợp người bệnh khám một chuyên khoa nhiều lần trong ngày thì chỉ tính là một lần khám bệnh;
  - Trường hợp người bệnh khám nhiều chuyên khoa trong cùng một cơ sở y tế, nếu có chỉ định và chẩn đoán bệnh của Bác sĩ thì mỗi chuyên khoa được tính là một lần khám/ điều trị.

- **Đồng chi trả:** Đồng chi trả là số tiền theo tỷ lệ mà Bảo hiểm Hùng Vương và Người được bảo hiểm cùng chi trả khi phát sinh chi phí thuộc phạm vi bảo hiểm. Đồng chi trả được tính theo tỷ lệ phần trăm (%) trên tổng số tiền chi phí phát sinh thuộc phạm vi bảo hiểm hoặc trên các mức giới hạn phụ của quyền lợi tùy theo mức nào thấp hơn thì được áp dụng. Giới hạn bảo hiểm sau khi đồng chi trả tối đa bằng Số tiền bảo hiểm của quyền lợi theo quy định trong Bảng quyền lợi bảo hiểm.

QUY TẮC BẢO HIỂM

Theo Quy tắc bảo hiểm Protector Series - Tai nạn ban hành theo Quyết định số 0114B/2012/QĐ-BHV/NV ngày 12 tháng 09 năm 2012 của Tổng Giám đốc Tổng công ty Cổ phần Bảo hiểm Hùng Vương đính kèm.

Theo Quy tắc bảo hiểm Protector Series - Sức khỏe ban hành theo Quyết định số 0114B/2012/QĐ-BHV/NV ngày 12 tháng 09 năm 2012 của Tổng Giám đốc Tổng công ty Cổ phần Bảo hiểm Hùng Vương đính kèm.

THỜI GIAN CHỜ

Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực sau thời gian chờ dưới đây tính từ Ngày gia nhập bảo hiểm.

- Điều trị bệnh tật: 30 ngày;
- Điều trị bệnh đặc biệt, bệnh có sẵn: 12 tháng kể từ ngày gia nhập bảo hiểm: Áp dụng cho nội trú.
- Điều trị bệnh đặc biệt, bệnh có sẵn: 6 tháng (180 ngày) kể từ ngày gia nhập bảo hiểm: Áp dụng cho ngoại trú.
- Thai sản:
  - ✔ 60 ngày đối với trường hợp sẩy thai, cần thiết phải nạo thai theo chỉ định của bác sĩ điều trị thai sản;
  - ✔ 270 ngày đối với trường hợp sinh đẻ.
- Tử vong do bệnh đặc biệt, bệnh có sẵn: 18 tháng kể từ ngày gia nhập bảo hiểm;
- Tử vong do thai sản: 10 tháng kể từ ngày gia nhập bảo hiểm.

ĐIỀU KHOẢN BỔ SUNG

- Chi phi phẫu thuật theo yêu cầu tại Bệnh viện công: Chọn giờ, mổ sớm, chọn Bác sỹ.
- Không yêu cầu Bảng kê chi tiết tại Bệnh viện công và có sử dụng BHYT : Đối với nội trú 2.000.000đ, ngoại trú <= 500.000đ
- Bảo hiểm cho các dụng cụ/thiết bị y tế dùng để hỗ trợ cho việc điều trị hoặc dùng trong phẫu thuật, bao gồm nhưng không giới hạn:

+ Bảo hiểm cho dụng cụ phẫu thuật trĩ longo, dao gamma hoặc các phương pháp tương tự. Đồng chi trả 50%
+ Bảo hiểm cho stent động mạch vành, van tim, cathenter trong phẫu thuật tim. Đồng chi trả 50%
+ Bảo hiểm cho lưới trong phẫu thuật thoát vị bẹn, rọ tán sỏi, vớ tĩnh mạch. Đồng chi trả 50%

- Không Bảo lãnh viện phí và đồng chi trả 20% (BHV trả 80%, khách hàng chi trả 20%) tại các bệnh viện sau: Áp dụng cho nội trú.

1. Bệnh viện Quốc Tế City – Bình Tân- Tp HCM
2. Bệnh viện Quốc Tế Mỹ – Quận 2- Tp HCM
3. Bệnh viện Việt Pháp FV – Quận 7- Tp HCM
4. Hệ thống Bệnh viện Quốc Tế Columbia
5. Hệ thống Bệnh viện Đa Khoa Quốc tế Vinmec Central
6. Bệnh viện Đa Khoa Tâm Anh – Tân Bình- Tp HCM
7. BV Việt Pháp Hà Nội
8. BV QT Hạnh Phúc Bình Dương

LOẠI TRỪ BẢO HIỂM

Đối với phần tai nạn:

1. Các chi phí điều trị bất hợp lý, không cần thiết về mặt y tế, không theo thông lệ hợp lý và không theo chỉ định của bác sĩ.
2. Hành động cố ý gây thiệt hại của Người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp của Người được bảo hiểm.
3. Người được bảo hiểm cố ý vi phạm pháp luật, nội quy, quy định của chính quyền địa phương hoặc các tổ chức xã hội.
4. Hậu quả của tình trạng thai sản, sanh đẻ, hoặc các ốm đau, bệnh tật, bệnh nghề nghiệp.
5. Người được bảo hiểm tham gia các hoạt động thể thao chuyên nghiệp hoặc các hoạt động thể thao nguy hiểm, các hoạt động của lực lượng vũ trang
6. 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 chuyến hoạt động.
7. Chiến tranh, nội chiến, đình công, khủng bố.
8. 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 toa, rượu, bia hoặc các chất có cồn và việc ảnh hưởng này là nguyên nhân gây ra tai nạn.
9. Người được bảo hiểm điều khiển phương tiện giao thông trong tình trạng có nồng độ cồn vượt quá quy định của Luật giao thông
10. Các chấn thương do các tác nhân hạt nhân gây ra hoặc do bị nhiễm chất phóng xạ.
11. Bất kỳ hành động cố ý phạm pháp hoặc ẩu đả của Người được bảo hiểm, trừ khi là hành động cứu người, bảo vệ tài sản hoặc tự vệ.
12. Hậu quả phát sinh từ việc ăn, uống hoặc hít phải hơi độc, khí độc, chất độc.
13. Các chi phí và điều trị từ trước ngày có hiệu lực của hợp đồng.
14. Các chi phí và điều trị cho các đối tượng không đủ điều kiện tham gia bảo hiểm.
15. Hậu quả của tai nạn xảy ra trước ngày tham gia bảo hiểm

Đối với phần sức khỏe:

1. Các dịch vụ điều trị ngoại trú. Điểm loại trừ này sẽ không áp dụng nếu Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi "Điều trị ngoại trú".
2. Dịch vụ điều trị tại nhà (không bao gồm chi phí y tá chăm sóc tại nhà) hoặc tại viện điều trị bằng thủy lực hay các phương pháp thiên nhiên, spa, viện điều dưỡng, an dưỡng, hoặc tại những nơi không phải là Cơ sở y tế.
3. Kiểm tra và khám sức khỏe bao gồm kiểm tra sức khỏe tổng quát, khám kiểm tra phụ khoa, khám thai định kỳ, việc tiêm chủng, vacxin và thuốc chủng ngừa, kiểm tra mắt thông thường, kiểm tra thính giác thông thường, các khuyết tật thoái hóa tự nhiên của mắt (bao gồm cận, viễn, loạn thị, đục thủy tinh thể,…), bất kỳ phẫu thuật nào để hiệu chỉnh các khuyết tật thoái hóa thính giác và thị giác, và khám sức khỏe trước khi đi du lịch hoặc đi làm.
4. Khuyết tật bẩm sinh,dị tật bẩm sinh, các bệnh hoặc dị dạng thuộc về gen, tình trạng sức khỏe di truyền với các dấu hiệu từ lúc sinh.
5. Các hình thức điều trị ngoại trú về răng và liên quan đến răng (nướu, lợi). Điểm loại trừ này không được áp dụng nếu Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi "Điều trị ngoại trú" hoặc "Điều trị răng toàn diện".

6. Điều trị và phẫu thuật theo yêu cầu của Người được bảo hiểm (bao gồm sinh mổ theo yêu cầu) mà không liên quan tới điều kiện điều trị và phẫu thuật bình thường do ngành y tế quy định.
7. Tạo hình thẩm mỹ chỉnh hình, điều trị cân nặng và các hậu quả có liên quan.
8. Kế hoạch hóa gia đình, điều trị vô sinh, điều trị bất lực, rối loạn chức năng sinh dục, thay đổi giới tính, hay bất cứ hậu quả hoặc biến chứng nào của điều trị trên.
9. Bệnh đặc biệt trong 2 năm bảo hiểm đầu tiên kể từ ngày bắt đầu bảo hiểm.
10. Bệnh có sẵn trong 2 năm bảo hiểm đầu tiên tính từ ngày bắt đầu bảo hiểm.
11. Các bệnh lý về tâm thần, rối loạn tâm lý, "suy nhược thần kinh", suy nhược cơ thể (không có nguyên nhân bệnh lý), mệt mỏi, mỏi mắt điều tiết, stress, phong, giang mai, lậu, AIDS và các hội chứng liên quan, bệnh hoa liễu và các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục khác, bệnh nghề nghiệp.
12. Các chi phí cung cấp, bảo dưỡng hay lắp ráp sửa chữa các thiết bị hoặc bộ phận giả, dụng cụ chỉnh hình, các thiết bị trợ thính hoặc thị lực, nạng hay xe lăn, implant, contact lens, kính mát; những dịch vụ không liên quan đến chi phí y tế như tivi, tủ lạnh, điện thoại, ghế giường cho người nhà hoặc các dụng cụ khác.
13. Hậu quả của việc sử dụng ma túy, các chất có cồn, thuốc không có chỉ định của bác sĩ chuyên môn hoặc thuốc chỉ định để điều trị các bệnh nghiện.
14. Chiến tranh hoặc các hành động thù địch kể cả có tuyên chiến hay không, khủng bố, tác nhân hạt nhân hoặc do chất phóng xạ.
15. Các chi phí để có cơ quan cấy ghép nội tạng như cho, nhận, mua, vận chuyển, bảo quản nội tạng. Tuy nhiên, hợp đồng bảo hiểm này bảo hiểm cho các chi phí y tế cho việc cấy ghép nội tạng vào cơ thể.
16. Việc điều trị không được khoa học công nhận, điều trị thử nghiệm.
17. Các chi phí và điều trị cho các đối tượng không đủ điều kiện tham gia bảo hiểm
18. Điều trị các bất thường về sinh hóa, chuyển hóa của 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.
19. Khám và xét nghiệm mà không có kết luận bệnh rõ ràng, không có chỉ định điều trị.
20. Thực phẩm chức năng, thực phẩm và sữa cho trẻ em, vitamin, việc bổ sung khoáng, hữu cơ, và các sản phẩm bổ sung cho chế độ dinh dưỡng, ăn kiêng có thể mua được mà không theo kê đơn của bác sĩ (Ngoại trừ cần thực hiện theo chẩn đoán chỉ định hợp lý của các bác sĩ hay các trường hợp thiếu hụt vitamin điển hình). Các sản phẩm làm đẹp, dược mỹ phẩm được dùng để điều trị da liễu, rụng tóc, nám da (bao gồm nhưng không giới hạn: kem đánh răng, nước xúc miệng, thuốc mọc tóc,…)
21. Điều trị ngoại trú tại phòng khám tư.
22. Không bảo hiểm cho dịch bệnh (chỉ áp dụng cho tử vong)

THỦ TỤC BỒI THƯỜNG

Khi yêu cầu BHV bồi thường, người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp hoặc người được ủy quyền phải gửi các chứng từ sau đây trong vòng 180 ngày kể từ ngày chấm dứt việc điều trị, ra viện hoặc tử vong. Quá thời hạn trên, hồ sơ bồi thường sẽ bị từ chối một phần hoặc toàn bộ số tiền bồi thường, trừ trường hợp bất khả kháng:

- Giấy yêu cầu bồi thường được kê khai đầy đủ theo mẫu của BHV.
- Giấy chứng thương (trường hợp thương tật vĩnh viễn), giấy chứng tử (trường hợp tử vong)
- Giấy xác nhận quyền thừa kế hợp pháp (trường hợp tử vong).
- Các chứng từ y tế (đối với hoá đơn, chứng từ thanh toán, BHV chỉ chấp nhận bản chính):
- Giấy ra viện, Giấy chứng nhận phẫu thuật (trường hợp phải phẫu thuật)
- Chỉ định hoặc kết quả xét nghiệm, XQ, CT...
- Toa thuốc, hóa đơn mua thuốc, biên lai thu viện phí, phiếu thu (theo mẫu của Bộ Tài chính)
- Bảng tường trình tai nạn, Biên bản tai nạn
- Giấy phép lái xe hợp lệ, Giấy đăng ký xe (trong trường hợp Người được bảo hiểm bị tai nạn khi điều khiển xe từ 50cc trở lên)
- Dịch vụ y tá chăm sóc tại nhà theo chỉ định của bác sỹ điều trị:
- Nếu y tá do cơ sở y tế cử đến: Người được bảo hiểm cung cấp Hóa đơn, phiếu thu, giấy giới thiệu của cơ sở y tế đó.
- Nếu y tá hành nghề tự do: Người được bảo hiểm cung cấp bản sao bằng cấp của y tá và phiếu thu của y tá.
- Cung cấp các giấy tờ chứng minh nhân thân trong trường hợp người thân yêu cầu bồi thường
- Các giấy tờ khác có liên quan khi có yêu cầu.