

MỤC C: ĐIỀU KHOẢN CHI TIẾT SẢN PHẨM BÁN KÈM

ĐIỀU KHOẢN CHI TIẾT – SẢN PHẨM BẢO HIỂM CHĂM SÓC SỨC KHỎE TOÀN CẦU – CHUBB CARE PLUS

(Được chấp thuận theo Công văn số 18629/BTC-QLBH ngày 01/12/2025 của Bộ Tài chính và ban hành theo Quyết định số CHH0AYEL254043V ngày 08/12/2025 của Phó Tổng Giám đốc Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ Chubb Việt Nam)

Quy tắc, điều kiện, điều khoản của Sản phẩm Bảo hiểm Chăm sóc Sức khỏe Toàn cầu - Chubb Care Plus này là thỏa thuận giữa Chubb Life và Bên mua Bảo hiểm về việc bảo hiểm cho Người được Bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm này (“Điều khoản Chubb Care Plus”) và là một phần của Hợp đồng Bảo hiểm.

Nguyên tắc áp dụng:

- Các thuật ngữ được viết hoa nhưng không được định nghĩa trong Điều khoản Chubb Care Plus sẽ được hiểu theo quy định của Mục A - Điều khoản chung của Hợp đồng Bảo hiểm.
- Các quy định tại Mục A - Điều khoản chung của Hợp đồng Bảo hiểm sẽ được áp dụng cho sản phẩm này, trừ khi Điều khoản Chubb Care Plus có quy định cụ thể khác đi.
- Nếu có mâu thuẫn giữa Điều khoản Chubb Care Plus với Mục A - Điều khoản chung của Hợp đồng Bảo hiểm, quy định của Điều khoản Chubb Care Plus sẽ được ưu tiên áp dụng.

Điều 1. Quyền lợi bảo hiểm và chương trình bảo hiểm

1.1 Lựa chọn quyền lợi bảo hiểm và chương trình bảo hiểm

Trong suốt thời gian tham gia sản phẩm này, Bên mua Bảo hiểm cần lựa chọn: (i) quyền lợi bảo hiểm, và (ii) chương trình bảo hiểm của mỗi quyền lợi bảo hiểm. Trong đó:

- Quyền lợi Điều trị nội trú là quyền lợi mặc định.
- Quyền lợi Điều trị ngoại trú là quyền lợi tùy chọn: Bên mua Bảo hiểm cần chọn chương trình bảo hiểm thấp hơn hoặc bằng với chương trình bảo hiểm của quyền lợi Điều trị nội trú.
- Quyền lợi nha khoa và quyền lợi thai sản là quyền lợi tùy chọn: Các quyền lợi này chỉ được tham gia khi Người được Bảo hiểm có tham gia thêm quyền lợi Điều trị ngoại trú và Bên mua Bảo hiểm cần chọn chương trình bảo hiểm thấp hơn hoặc bằng với quyền lợi Điều trị ngoại trú.
- Thứ tự chương trình bảo hiểm từ thấp đến cao lần lượt là: Cơ bản, Cao cấp, Đặc biệt, Toàn diện, VIP Toàn cầu.

Quyền lợi bảo hiểm và chương trình bảo hiểm được thể hiện trên Giấy Chứng nhận Bảo hiểm hoặc văn bản xác nhận của Chubb Life (nếu có).

Chương trình bảo hiểm		Cơ bản	Cao cấp	Đặc biệt	Toàn diện	VIP Toàn cầu
Mệnh giá Bảo hiểm	Quyền lợi Điều trị nội trú	100 triệu	250 triệu	500 triệu	1 tỷ	5 tỷ
	Quyền lợi Điều trị ngoại trú	Không áp dụng	10 triệu	25 triệu	50 triệu	100 triệu
	Quyền lợi nha khoa	Không áp dụng	Không áp dụng	5 triệu	20 triệu	30 triệu
	Quyền lợi thai sản	Không áp dụng	Không áp dụng	Không áp dụng	80 triệu	200 triệu

1.2 Quy định tỷ lệ đồng chi trả và mức miễn thường

Bên mua Bảo hiểm sẽ có quyền áp dụng một trong hai lựa chọn: (i) tỷ lệ đồng chi trả, hoặc (ii) mức miễn thường. Trong đó:

- (i) Đồng chi trả là trường hợp mà Người được Bảo hiểm và Chubb Life cùng chi trả cho Chi phí y tế thực tế phát sinh. Tỷ lệ đồng chi trả của Người được Bảo hiểm là 20% của Chi phí y tế thực tế trong mức Giới hạn phụ. Theo đó, Chubb Life sẽ khấu trừ mức đồng chi trả trước khi chi trả quyền lợi bảo hiểm. Tỷ lệ đồng chi trả được quy định như sau:

Chương trình bảo hiểm	Cơ bản	Cao cấp	Đặc biệt	Toàn diện	VIP Toàn cầu
Quyền lợi Điều trị nội trú (tùy chọn)	20% hoặc 0%	20% hoặc 0%	20% hoặc 0%	20% hoặc 0%	20% hoặc 0%
Quyền lợi Điều trị ngoại trú	Không áp dụng	20%	20%	20%	0%
Quyền lợi nha khoa	Không áp dụng	Không áp dụng	20%	20%	0%
Quyền lợi thai sản (tùy chọn)	Không áp dụng	Không áp dụng	Không áp dụng	20% hoặc 0%	20% hoặc 0%

- (ii) Mức miễn thường là số tiền mà Người được Bảo hiểm phải tự chi trả khi có Sự kiện Bảo hiểm xảy ra trong Năm hợp đồng. Các Chi phí y tế thực tế nằm trong khoảng mức miễn thường sẽ không được Chubb Life chi trả. Trường hợp các Chi phí y tế thực tế vượt mức miễn thường, Chubb Life sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế sau khi đã trừ đi mức miễn thường. Mức miễn thường chỉ được áp dụng đối với quyền lợi Điều trị nội trú và được quy định như sau:

Chương trình bảo hiểm	Cơ bản	Cao cấp	Đặc biệt	Toàn diện	VIP Toàn cầu
Quyền lợi Điều trị nội trú (tùy chọn)	2 triệu	5 triệu	10 triệu	15 triệu	25 triệu
Hoặc không áp dụng					

1.3 Thay đổi của sản phẩm bảo hiểm

- a) Trong vòng 30 ngày trước Ngày tái tục, Bên mua Bảo hiểm có thể gửi văn bản đến Chubb Life để yêu cầu:
 - (i) Thay đổi chương trình bảo hiểm;
 - (ii) Thay đổi quyền lợi bảo hiểm (tham gia thêm hoặc hủy bỏ quyền lợi bảo hiểm);
 - (iii) Thay đổi lựa chọn áp dụng tỷ lệ đồng chi trả hoặc mức miễn thưởng trong chương trình bảo hiểm đang tham gia.
- b) Trường hợp Bên mua Bảo hiểm yêu cầu:
 - (i) Thay đổi chương trình bảo hiểm với Mệnh giá Bảo hiểm cao hơn;
 - (ii) Tham gia thêm quyền lợi bảo hiểm,
 thì Bên mua Bảo hiểm và Người được Bảo hiểm phải đáp ứng yêu cầu về thẩm định của Chubb Life.
- c) Trường hợp yêu cầu thay đổi được Chubb Life chấp nhận thì:
 - (i) Thay đổi sẽ có hiệu lực kể từ Ngày tái tục ngay sau ngày Chubb Life chấp nhận yêu cầu; và
 - (ii) Phí bảo hiểm và những điều kiện khác có liên quan sẽ được điều chỉnh tương ứng.

1.4 Giới hạn chi trả

- a) Trong trường hợp Chubb Life không phải là bên chi trả quyền lợi bảo hiểm đầu tiên, Chubb Life sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế còn lại sau khi trừ đi các khoản đã được chi trả theo các chương trình bảo hiểm khác.
- b) Trong mọi trường hợp, tổng Số tiền Bảo hiểm chi trả tối đa cho từng quyền lợi bảo hiểm sẽ không vượt quá Mệnh giá Bảo hiểm tương ứng và tổng số tiền thanh toán cho từng mục trong từng quyền lợi bảo hiểm sẽ không vượt quá Giới hạn phụ như được quy định chi tiết trong từng quyền lợi bảo hiểm mà Người được Bảo hiểm tham gia trong mỗi Năm hợp đồng.

Điều 2. Quyền lợi Điều trị nội trú

Chubb Life sẽ chi trả các Chi phí y tế thực tế khi Người được Bảo hiểm là Bệnh nhân nội trú trong thời gian sản phẩm bảo hiểm có hiệu lực như quy định dưới đây.

Chương trình bảo hiểm	Cơ bản	Cao cấp	Đặc biệt	Toàn diện	VIP Toàn cầu
Phạm vi địa lý được bảo hiểm	Việt Nam	Việt Nam	Đông Nam Á (trừ Singapore)	Châu Á	Toàn cầu

Chương trình bảo hiểm	Cơ bản	Cao cấp	Đặc biệt	Toàn diện	VIP Toàn cầu
Mệnh giá Bảo hiểm	100 triệu	250 triệu	500 triệu	1 tỷ	5 tỷ
Phạm vi bảo hiểm	Giới hạn phụ				
A. Giới hạn cho mỗi Đợt điều trị (chỉ áp dụng giới hạn này cho mục từ B.1 đến mục B.11)					
Có Phẫu thuật	40 triệu	100 triệu	200 triệu	400 triệu	Theo Chi phí y tế thực tế
Không có Phẫu thuật	20 triệu	50 triệu	100 triệu	200 triệu	Theo Chi phí y tế thực tế
B. Viện phí và các giới hạn Điều trị nội trú (các giới hạn này đồng thời cũng áp dụng cho mục C1, D, E, F)					
1. Chi phí giường điều trị/Ngày nằm viện (tối đa 60 ngày/Năm hợp đồng).	500 nghìn	1,5 triệu	2,5 triệu	5 triệu	12 triệu
2. Chi phí giường cho 01 người thân/Ngày nằm viện (Tối đa 30 ngày/Năm hợp đồng)	Không áp dụng	Không áp dụng	Không áp dụng	1,5 triệu	3 triệu
3. Chi phí giường điều trị ở Khoa Hồi sức tích cực (tối đa 60 ngày/Năm hợp đồng)	Theo Chi phí y tế thực tế				
4. Trợ cấp điều trị tại Bệnh viện công/Ngày nằm viện (tối đa 30 ngày/Năm hợp đồng)	Chi trả số tiền cố định cho mỗi Ngày nằm viện.				
	Không áp dụng	Không áp dụng	Không áp dụng	750 nghìn	1 triệu
5. Chi phí Phẫu thuật (Phẫu thuật nội trú)	Theo Chi phí y tế thực tế				
6. Các chi phí Điều trị nội trú khác					
7. Chi phí Điều trị trước khi nhập viện (trong vòng 30 ngày trước khi nhập viện)					

Chương trình bảo hiểm	Cơ bản	Cao cấp	Đặc biệt	Toàn diện	VIP Toàn cầu
8. Chi phí Điều trị sau khi xuất viện (trong vòng 60 ngày sau khi xuất viện)					
9. Chi phí y tế Chăm sóc tại nhà/ngày (trong vòng 15 ngày sau khi xuất viện, tối đa 30 ngày/Năm hợp đồng)	200 nghìn	500 nghìn	1 triệu	2 triệu	4 triệu
10. Chi phí điều trị Phục hồi chức năng và vật lý trị liệu/Năm hợp đồng (trong vòng 60 ngày sau khi xuất viện).	Không áp dụng	Không áp dụng	3 triệu	5 triệu	10 triệu
Nếu Người được Bảo hiểm có tham gia quyền lợi Điều trị ngoại trú thì chi phí này sẽ được chi trả theo mục B của quyền lợi Điều trị ngoại trú.					
11. Chi phí Điều trị trong ngày (bao gồm cấp cứu trong ngày, Phẫu thuật trong ngày)	Theo Chi phí y tế thực tế				
C. Cấy ghép nội tạng (thận, tim, gan, phổi, tụy, tủy xương)					
1. Chi phí cho Người được Bảo hiểm (là người nhận tạng)	Theo Chi phí y tế thực tế				
2. Chi phí cho người hiến tạng cho Người được Bảo hiểm	50% chi phí Phẫu thuật thực tế của ca Cấy ghép nội tạng				
D. Điều trị Ung thư và 4 bệnh hiểm nghèo phổ biến					
1. Điều trị Ung thư và 4 bệnh hiểm nghèo phổ biến bao gồm: Nhồi máu cơ tim, Tai biến mạch máu não, Phẫu thuật bắc cầu động mạch vành và Bệnh phổi giai đoạn cuối.	Theo Chi phí y tế thực tế				
2. Chi phí tư vấn dinh dưỡng và tư vấn tâm lý đối với trường hợp Người được Bảo hiểm điều trị Ung thư mỗi Năm hợp đồng	Không áp dụng	Không áp dụng	2 triệu	4 triệu	10 triệu

Chương trình bảo hiểm	Cơ bản	Cao cấp	Đặc biệt	Toàn diện	VIP Toàn cầu
3. Phẫu thuật tái tạo do Ung thư. Các loại Phẫu thuật tái tạo cho Ung thư bao gồm: Phẫu thuật tái tạo tuyến vú sau đoạn nhũ, Phẫu thuật cắt đoạn đại tràng làm hậu môn nhân tạo hoặc Phẫu thuật đóng hậu môn nhân tạo.	5 triệu	7,5 triệu	10 triệu	20 triệu	50 triệu
E. Chạy thận nhân tạo/Năm hợp đồng	10 triệu	25 triệu	50 triệu	100 triệu	Theo Chi phí y tế thực tế
F. Quyền lợi nhân đôi Mệnh giá Bảo hiểm	100 triệu	250 triệu	500 triệu	1 tỷ	5 tỷ

A. Giới hạn cho mỗi Đợt điều trị

Giới hạn cho mỗi Đợt điều trị là tổng Số tiền Bảo hiểm mà Chubb Life chi trả cho tất cả các hạng mục quyền lợi được quy định tại mục B bên dưới (từ B.1 đến B.11). Trong đó, Đợt điều trị là khoảng thời gian từ khi Người được Bảo hiểm nhập viện đến khi xuất viện để điều trị tại Cơ sở y tế. Giấy ra viện là bằng chứng chứng minh kết thúc một Đợt điều trị.

B. Viện phí và các giới hạn Điều trị nội trú

1. Chi phí giường điều trị

Chubb Life sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế cho 01 giường hoặc phòng hạng thường theo tiêu chuẩn (bao gồm suất ăn theo tiêu chuẩn cho Bệnh nhân nội trú) của Cơ sở y tế, tối đa 60 ngày trong mỗi Năm hợp đồng. Nếu Người được Bảo hiểm nằm tại phòng hoặc giường cao cấp, hạng sang, Chubb Life sẽ chỉ chi trả Chi phí y tế thực tế tối đa theo mức chi phí của phòng và giường theo hạng tiêu chuẩn của Cơ sở y tế đó.

2. Chi phí giường điều trị ở Khoa Hồi sức tích cực

Chubb Life sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế cho giường điều trị cho mỗi Ngày nằm viện tại Khoa Hồi sức tích cực của Cơ sở y tế theo chỉ định của Bác sĩ, tối đa 60 ngày trong mỗi Năm hợp đồng.

3. Chi phí giường cho người thân

Chubb Life sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế cho 01 giường hoặc phòng cho 01 người thân ở cùng với Người được Bảo hiểm tại Cơ sở y tế mỗi ngày để chăm sóc Người được Bảo hiểm dưới 18 Tuổi hoặc trên 65 Tuổi phải Điều trị nội trú, tối đa 30 ngày trong mỗi Năm hợp đồng. Quyền lợi này áp dụng cho các chương trình bảo hiểm Toàn diện và VIP Toàn cầu.

4. Trợ cấp điều trị tại Bệnh viện công

Chubb Life sẽ chi trả Số tiền Bảo hiểm cho mỗi Ngày nằm viện tại Bệnh viện công, tối đa 30 ngày trong mỗi Năm hợp đồng. Quyền lợi này áp dụng cho các chương trình bảo hiểm Toàn diện và VIP Toàn cầu.

5. Chi phí Phẫu thuật

Chubb Life sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế cho việc Phẫu thuật của Người được Bảo hiểm khi Điều trị nội trú, bao gồm chi phí phẫu thuật viên và gây mê/gây tê, chi phí Phòng Phẫu thuật, chi phí cho các thiết bị/dụng cụ/ vật tư y tế/ dịch vụ y tế khác (oxy y tế, hút đờm...) sử dụng trong Phẫu thuật, và chi phí Phẫu thuật cấy ghép (nếu có).

Chi phí Phẫu thuật không bao gồm các chi phí cho các dịch vụ thuê/mướn các thiết bị/dụng cụ/ vật tư y tế/ dịch vụ y tế khác khi thực hiện Phẫu thuật.

6. Chi phí Điều trị nội trú khác

Chubb Life sẽ chi trả các Chi phí y tế thực tế trong Đợt điều trị, bao gồm:

- a. Chi phí Bác sĩ thăm khám;
- b. Chi phí thuốc;
- c. Chi phí các xét nghiệm chẩn đoán;
- d. Chi phí chế phẩm máu và huyết tương;
- e. Chi phí máy móc y khoa hỗ trợ;
- f. Chi phí xe cấp cứu;
- g. Chi phí Vật tư tiêu hao (trừ chi phí vật tư y tế sử dụng trong phòng Phẫu thuật)

7. Chi phí Điều trị trước khi nhập viện

Chubb Life sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế cho việc điều trị theo chỉ định của Bác sĩ, bao gồm: tư vấn y khoa, thăm khám, các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thuốc theo đơn thuốc, có liên quan trực tiếp đến Tai nạn hoặc Bệnh mà Người được Bảo hiểm phải nhập viện để điều trị. Điều trị trước khi nhập viện phải được thực hiện trong vòng 30 ngày trước ngày nhập viện của Đợt điều trị đó. Chi phí Điều trị trước khi nhập viện không áp dụng cho các điều trị liên quan đến thai sản.

8. Chi phí Điều trị sau khi xuất viện

Chubb Life sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế cho việc theo dõi điều trị theo chỉ định của Bác sĩ điều trị ngay sau khi xuất viện, bao gồm: tư vấn y khoa, thăm khám, các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thuốc theo đơn thuốc có liên quan trực tiếp đến Tai nạn hoặc Bệnh đã được Điều trị nội trú trước đó. Điều trị sau khi xuất viện cần được thực hiện trong vòng 60 ngày kể từ ngày xuất viện của Đợt điều trị đó. Chi phí Điều trị sau khi xuất viện không áp dụng cho các điều trị liên quan đến thai sản.

9. Chi phí y tế Chăm sóc tại nhà

Chubb Life sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế cho việc Người được Bảo hiểm sử dụng dịch vụ Chăm sóc tại nhà trong vòng 15 ngày kể từ ngày xuất viện. Chi phí cho dịch vụ này phải có hóa đơn tài chính của Cơ sở y tế. Chi phí y tế Chăm sóc tại nhà không áp dụng cho trường hợp chăm sóc thai sản.

10. Chi phí điều trị Phục hồi chức năng và vật lý trị liệu

Chubb Life sẽ chi trả các Chi phí y tế thực tế cho việc Người được Bảo hiểm điều trị Phục hồi chức năng và/hoặc điều trị bằng phương pháp vật lý trị liệu trong thời gian nằm viện Điều trị nội trú và/hoặc trong vòng 60 ngày kể từ ngày xuất viện. Nếu Bên mua Bảo hiểm có tham gia quyền lợi Điều trị ngoại trú, thì quyền lợi này sẽ được chi trả theo Giới hạn phụ của mục B tại Điều 3 Điều khoản Chubb Care Plus này.

11. Chi phí Điều trị trong ngày

Chubb Life sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế cho việc Phẫu thuật hoặc điều trị cấp cứu của Người được Bảo hiểm trong Tình trạng nguy cấp, được Bác sĩ/Bác sĩ chuyên khoa thực hiện mà chỉ yêu cầu bệnh nhân nhập viện và xuất viện trong cùng một ngày, không cần phải nằm viện qua đêm tại Cơ sở y tế.

C. Cấy ghép nội tạng

1. Chi phí cho Người được Bảo hiểm với tư cách là người nhận tạng	Chubb Life sẽ chi trả các Chi phí y tế thực tế trong trường hợp Người được Bảo hiểm phải Nằm viện để thực hiện Cấy ghép nội tạng theo chỉ định của Bác sĩ, bao gồm: a) Chi phí Bác sĩ thăm khám và các chi phí xét nghiệm chẩn đoán; b) Chi phí thuốc và Vật tư tiêu hao; c) Chi phí giường điều trị, Chi phí giường điều trị ở Khoa Hồi sức tích cực (tối đa 30 ngày điều trị ở Khoa Hồi sức tích cực cho mỗi Năm hợp đồng); d) Chi phí giường cho người thân (nếu có); e) Chi phí Phẫu thuật; f) Chi phí chế phẩm máu và huyết tương; g) Chi phí máy móc y khoa hỗ trợ; h) Chi phí y tế Chăm sóc tại nhà; i) Chi phí Điều trị trước khi nhập viện; j) Chi phí Điều trị sau khi xuất viện; k) Trợ cấp điều trị tại Bệnh viện công (nếu có)
2. Chi phí cho người hiến tạng cho Người được Bảo hiểm	Chubb Life sẽ chi trả 50% chi phí Phẫu thuật cho người hiến tạng phải nằm viện thực hiện Cấy ghép nội tạng cho Người được Bảo hiểm theo chỉ định của Bác sĩ, bao gồm: chi phí phẫu thuật viên và gây mê/gây tê, chi phí Phòng Phẫu thuật, chi phí cho các thiết bị/dụng cụ/ vật tư y tế/ dịch vụ y tế khác (oxy y tế, hút đờm...) sử dụng trong Phẫu thuật.

Chubb Life sẽ không chi trả các chi phí: mua bán nội tạng, các chi phí vận chuyển, các dịch vụ phát sinh liên quan đến việc xác định và mua bán nội tạng để thay thế, bảo quản và hành chính liên quan

đến việc Cấy ghép nội tạng.

“Cấy ghép nội tạng” là việc Phẫu thuật để cấy ghép một trong các cơ quan nội tạng bao gồm tim, phổi, gan, tụy, thận, tủy xương cho Người được Bảo hiểm được thực hiện tại Cơ sở y tế bởi Bác sĩ.

D. Điều trị Ung thư và 4 bệnh hiểm nghèo phổ biến

1. Điều trị Ung thư và 4 bệnh hiểm nghèo phổ biến

Chubb Life sẽ chi trả các Chi phí y tế thực tế cho việc:

- a) Người được Bảo hiểm nằm viện Điều trị nội trú, Điều trị ngoại trú hoặc Điều trị trong ngày để điều trị bệnh Ung thư.
- b) Người được Bảo hiểm nằm viện Điều trị nội trú để điều trị bệnh thuộc 04 bệnh hiểm nghèo phổ biến (bao gồm: Nhồi máu cơ tim, Tai biến mạch máu não, Phẫu thuật bắc cầu động mạch vành và Bệnh phổi giai đoạn cuối).

2. Chi phí tư vấn dinh dưỡng và tâm lý

Chubb Life sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế cho việc tư vấn dinh dưỡng và/hoặc tư vấn tâm lý được chỉ định bằng văn bản bởi Bác sĩ điều trị cho Người được Bảo hiểm chỉ khi Người được Bảo hiểm được Chubb Life chấp nhận chi trả quyền lợi cho việc điều trị bệnh Ung thư.

- a) Tư vấn dinh dưỡng
Chuyên gia tư vấn dinh dưỡng phải có chứng chỉ đào tạo về chuyên khoa dinh dưỡng hoặc là cử nhân y khoa chuyên ngành dinh dưỡng.
- b) Tư vấn tâm lý
Chuyên gia tư vấn tâm lý phải có chứng chỉ đào tạo về tư vấn tâm lý hoặc là cử nhân ngành tâm lý học.

3. Phẫu thuật tái tạo do Ung thư

Chubb Life sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế các Phẫu thuật tái tạo do hậu quả của bệnh Ung thư, bao gồm: (i) chi phí Bác sĩ thăm khám, (ii) chi phí Phẫu thuật, (iii) chi phí gây mê/gây tê, (iv) chi phí Phòng Phẫu thuật, (v) chi phí máy móc y khoa hỗ trợ, chi phí cấy ghép, (vi) chi phí điều dưỡng và các khoản viện phí khác liên quan đến Phẫu thuật tái tạo. Các loại Phẫu thuật tái tạo được chi trả theo quyền lợi này bao gồm:

- a) Phẫu thuật tái tạo tuyến vú sau đoạn nhũ;
- b) Phẫu thuật cắt đoạn đại tràng làm hậu môn nhân tạo;
- c) Phẫu thuật đóng hậu môn nhân tạo.

Trong suốt thời gian Người được Bảo hiểm tham gia sản phẩm này, mỗi loại Phẫu thuật tái tạo do Ung thư chỉ được chi trả 01 lần duy nhất.

E. Chạy thận nhân tạo

Chubb Life sẽ chi trả các Chi phí y tế thực tế cho việc Người được Bảo hiểm thực hiện lọc máu hay chạy thận nhân tạo theo chỉ định của Bác sĩ. Chi phí lọc máu hay chạy thận nhân tạo được chấp nhận chi trả cho cả trường hợp Điều trị nội trú, Điều trị ngoại trú hoặc Điều trị trong ngày.

F. Quyền lợi nhân đôi Mệnh giá Bảo hiểm

Trong thời gian sản phẩm bảo hiểm có hiệu lực, khi Người được Bảo hiểm lần đầu tiên được chẩn đoán mắc 01 trong 05 bệnh hiểm nghèo được liệt kê dưới đây, Chubb Life sẽ tăng thêm 100% Mệnh giá Bảo hiểm của quyền lợi Điều trị nội trú để điều trị bệnh hiểm nghèo đó, chi tiết như sau:

Các bệnh hiểm nghèo được áp dụng quyền lợi	Điều kiện áp dụng quyền lợi
- Ung thư; - Nhồi máu cơ tim; - Tai biến mạch máu não; - Phẫu thuật bắc cầu động mạch vành; - Bệnh phổi giai đoạn cuối.	- Mệnh giá Bảo hiểm được tăng thêm sẽ được ưu tiên sử dụng để chi trả cho việc điều trị bệnh hiểm nghèo, cụ thể là: ▪ Điều trị nội trú, Điều trị ngoại trú hoặc Điều trị trong ngày để điều trị bệnh Ung thư. ▪ Điều trị nội trú để điều trị Nhồi máu cơ tim, Tai biến mạch máu não, Phẫu thuật bắc cầu động mạch vành và Bệnh phổi giai đoạn cuối. - Thời hạn hiệu lực: ▪ Ngày bắt đầu hiệu lực sử dụng Mệnh giá Bảo hiểm tăng thêm là ngày Người được Bảo hiểm lần đầu tiên được chẩn đoán mắc bệnh hiểm nghèo được áp dụng quyền lợi này. ▪ Mệnh giá Bảo hiểm tăng thêm sẽ được sử dụng cho đến khi được chi trả hết, nhưng không vượt quá 24 tháng từ Ngày bắt đầu hiệu lực sử dụng; - Quyền lợi này chỉ áp dụng 01 lần duy nhất trong suốt thời gian Người được Bảo hiểm tham gia sản phẩm.

Ví dụ minh họa

Thời gian	Sự kiện Bảo hiểm và quyền lợi được chi trả
01/01/2026	Khách hàng là chị A tham gia chương trình bảo hiểm Cơ bản, Mệnh giá Bảo hiểm (MGBH) là 100 triệu đồng
30/06/2026	Chị A không may bị chẩn đoán mắc Ung thư lần đầu tiên Quyền lợi nhân đôi MGBH bắt đầu có hiệu lực
01/08/2026- 20/9/2026	▪ Chị A điều trị Ung thư: 70 triệu đồng ▪ Chị A điều trị các bệnh khác: 50 triệu đồng ⇒ Tổng quyền lợi được chi trả: 120 triệu đồng trong đó - 70 triệu từ quyền lợi nhân đôi MGBH và - 50 triệu từ MGBH hàng năm

Thời gian	Sự kiện Bảo hiểm và quyền lợi được chi trả
01/01/2027	- Hợp đồng Bảo hiểm được tái tục với MGBH 100 triệu đồng - Quyền lợi nhân đôi MGBH còn lại chưa được sử dụng 30 triệu đồng tiếp tục có hiệu lực.
30/10/2027	Tiếp tục điều trị Ung thư hết 140 triệu đồng, trong đó: 30 triệu được Chubb Life chi trả từ quyền lợi nhân đôi MGBH và quyền lợi nhân đôi MGBH chấm dứt hiệu lực. 100 triệu được Chubb Life chi trả từ MGBH hàng năm 10 triệu Người được Bảo hiểm tự chi trả

Điều 3. Quyền lợi Điều trị ngoại trú

Quyền lợi này chỉ được áp dụng khi Người được Bảo hiểm có tham gia quyền lợi Điều trị ngoại trú. Quyền lợi Điều trị ngoại trú không áp dụng cho chương trình bảo hiểm Cơ bản.

Chubb Life sẽ chi trả các Chi phí y tế thực tế cho Người được Bảo hiểm được Điều trị ngoại trú trong thời gian quyền lợi này có hiệu lực.

Đơn vị: đồng

Chương trình bảo hiểm	Cao cấp	Đặc biệt	Toàn diện	VIP Toàn cầu
Phạm vi địa lý được bảo hiểm	Việt Nam	Đông Nam Á (trừ Singapore)	Châu Á	Toàn cầu
Mệnh giá Bảo hiểm	10 triệu	25 triệu	50 triệu	100 triệu
Tỷ lệ đồng chi trả	20%	20%	20%	0%
Phạm vi bảo hiểm	Giới hạn phụ			
A. Chi phí Điều trị ngoại trú/Lần khám	1,5 triệu	3 triệu	5 triệu	10 triệu
B. Chi phí Điều trị phục hồi chức năng và vật lý trị liệu/Năm hợp đồng	1,5 triệu	3 triệu	5 triệu	10 triệu
C. Chi phí điều trị bằng Y học thay thế/Năm hợp đồng	1,5 triệu	3 triệu	5 triệu	10 triệu
D. Tiêm chủng và/hoặc khám sức khỏe định kỳ/Năm hợp đồng	Không áp dụng	Không áp dụng	Không áp dụng	5 triệu

A. Chi phí Điều trị ngoại trú

Chubb Life sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế khi Người được Bảo hiểm Điều trị ngoại trú, bao gồm: Chi phí thăm khám, tư vấn, chẩn đoán, vật tư y tế điều trị, chi phí thuốc theo toa.

Chi phí Điều trị ngoại trú không bao gồm chi phí Điều trị Phục hồi chức năng và vật lý trị liệu quy định tại mục B và chi phí điều trị bằng Y học thay thế quy định tại mục C dưới đây.

B. Chi phí Điều trị phục hồi chức năng và vật lý trị liệu

Chubb Life sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế khi Người được Bảo hiểm được điều trị Phục hồi chức năng hoặc bằng phương pháp vật lý trị liệu.

C. Chi phí điều trị bằng Y học thay thế

Chubb Life sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế khi Người được Bảo hiểm được điều trị bằng Y học thay thế, bao gồm các chi phí cho các loại thuốc uống hoặc tiêm truyền được thực hiện tại Cơ sở y tế hoặc Phòng khám.

D. Quyền lợi tiêm chủng và/hoặc khám sức khỏe định kỳ

Nếu Người được Bảo hiểm không có bất kỳ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm nào được Chubb Life chấp nhận chi trả trong Năm hợp đồng, thì vào Năm hợp đồng liền kề sau đó, nếu sản phẩm vẫn còn hiệu lực, Chubb Life sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế cho 01 lần khám sức khỏe tổng quát và/hoặc 01 lần tiêm chủng của Người được Bảo hiểm.

Điều kiện:

- a) Quyền lợi này chỉ áp dụng khi trong Năm hợp đồng, Người được Bảo hiểm tham gia quyền lợi Điều trị Ngoại trú theo chương trình bảo hiểm VIP Toàn cầu;
- b) Việc khám sức khỏe tổng quát và/hoặc 01 lần tiêm chủng phải được thực hiện trước Ngày tái tục tiếp theo;
- c) Nếu Chubb Life đã chi trả quyền lợi này nhưng sau đó có Sự kiện Bảo hiểm phát sinh trong Năm hợp đồng liền kề trước đó được Chubb Life chấp nhận chi trả thì Bên mua Bảo hiểm phải hoàn lại cho Chubb Life số tiền đã nhận đối với quyền lợi này và/hoặc Chubb Life sẽ khấu trừ số tiền này vào bất kỳ quyền lợi nào sẽ được chi trả của Hợp đồng.

Điều 4. Quyền lợi nha khoa

Quyền lợi này chỉ được áp dụng khi Người được Bảo hiểm có tham gia quyền lợi nha khoa. Quyền lợi nha khoa không áp dụng cho chương trình bảo hiểm Cơ bản và Cao cấp.
Chubb Life sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế khi Người được Bảo hiểm được điều trị nha khoa trong thời gian quyền lợi này có hiệu lực.

Đơn vị: đồng

Chương trình bảo hiểm	Đặc biệt	Toàn diện	VIP Toàn cầu
Phạm vi địa lý được bảo hiểm	Đông Nam Á (trừ Singapore)	Châu Á	Toàn cầu

Chương trình bảo hiểm	Đặc biệt	Toàn diện	VIP Toàn cầu
Mệnh giá Bảo hiểm	5 triệu	20 triệu	30 triệu
Tỷ lệ đồng chi trả	20%	20%	0%
Phạm vi bảo hiểm	Giới hạn phụ		
A. Chi phí điều trị nha khoa/Lần khám	2,5 triệu	10 triệu	15 triệu
B. Chi phí chăm sóc răng/Lần khám	1 triệu	4 triệu	6 triệu

A. Chi phí điều trị nha khoa

Chubb Life sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế khi Người được Bảo hiểm khám, chẩn đoán và điều trị nha khoa tại Cơ sở y tế hoặc Phòng khám, bao gồm:

- a) Khám, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh và thuốc điều trị theo chỉ định của Bác sĩ;
- b) Điều trị tủy răng;
- c) Viêm nướu, nha chu;
- d) Nhổ răng và trám răng (amalgam, composite, GIC hay Fuji);
- e) Cắt chóp răng, cuống chân răng.

B. Chi phí chăm sóc răng

Chubb Life sẽ chi trả các Chi phí y tế thực tế khi Người được Bảo hiểm thực hiện chăm sóc răng định kỳ tại Cơ sở y tế hoặc Phòng khám nha khoa, bao gồm chi phí cạo vôi răng (tối đa 2 lần cho mỗi Năm hợp đồng), chi phí khám răng và thuốc kê toa (nếu có).

Điều 5. Quyền lợi thai sản

Chubb Life sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế cho Người được Bảo hiểm có phát sinh sự kiện thai sản như được liệt kê bên dưới trong thời gian quyền lợi này có hiệu lực. Quyền lợi thai sản không áp dụng cho chương trình bảo hiểm Cơ bản, Cao cấp và Đặc biệt.

Đơn vị: đồng

Chương trình bảo hiểm	Toàn diện	VIP Toàn cầu
Phạm vi địa lý được bảo hiểm	Việt Nam	Toàn cầu
Mệnh giá Bảo hiểm	80 triệu	200 triệu
Tỷ lệ đồng chi trả (tùy chọn)	20% hoặc 0%	

Chương trình bảo hiểm	Toàn diện	VIP Toàn cầu
Phạm vi bảo hiểm	Giới hạn phụ	
A. Chi phí gói sinh thường/Năm hợp đồng	60 triệu	150 triệu
1. Chi phí giường điều trị/Ngày nằm viện	5 triệu	12 triệu
2. Chi phí giường điều trị ở Khoa Hồi sức tích cực	Theo Chi phí y tế thực tế	
B. Chi phí gói sinh mổ	80 triệu	200 triệu
1. Chi phí giường điều trị/Ngày nằm viện	5 triệu	12 triệu
2. Chi phí giường điều trị ở Khoa Hồi sức tích cực	Theo Chi phí y tế thực tế	
C. Chi phí khám thai/Lần khám (tối đa 5 lần trong Năm hợp đồng)	2,5 triệu	6 triệu
D. Chi phí dưỡng nhi/ngày (trong vòng 7 ngày sau sinh, tối đa 7 ngày trong mỗi Năm hợp đồng)	5 triệu	12 triệu
E. Biến chứng thai sản	Theo Chi phí y tế thực tế	

A. Chi phí gói sinh thường

Chubb Life sẽ chi trả các Chi phí y tế thực tế cho việc sinh thường của Người được Bảo hiểm bao gồm: đỡ đẻ, viện phí tổng hợp, Bác sĩ chuyên khoa, chi phí may tăng sinh môn, chi phí tiền giường phòng, chi phí cho các thiết bị hỗ trợ cho các thủ thuật sản khoa trong trường hợp sinh khó.

B. Chi phí gói sinh mổ

Chubb Life sẽ chi trả các Chi phí y tế thực tế cho việc sinh mổ của Người được Bảo hiểm bao gồm: các chi phí phát sinh cho một ca sinh cần phải can thiệp Phẫu thuật tại Cơ sở y tế và được thể hiện trên giấy ra viện, chi phí tiền giường phòng, chi phí cho các thiết bị hỗ trợ, Bác sĩ chuyên khoa, viện phí tổng hợp.

C. Chi phí khám thai

Chubb Life sẽ chi trả các chi phí khám thai định kỳ trước khi sinh bao gồm: chi phí siêu âm thai nhi, thuốc, xét nghiệm theo kê toa của Bác sĩ trong suốt thời kỳ mang thai. Chi phí khám thai được chi trả tối đa 05 lần trong Năm hợp đồng, không chi trả chi phí cho các xét nghiệm sàng lọc như xét nghiệm tiền sản không xâm lấn (NIPT).

D. Chi phí dưỡng nhi

Chubb Life sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế cho việc điều trị Bệnh của trẻ sơ sinh trong vòng 07 ngày kể từ ngày sinh tại Cơ sở y tế khi Người được Bảo hiểm có tham gia quyền lợi thai sản. Chi phí dưỡng nhi không bao gồm chi phí khám, chẩn đoán, xét nghiệm hoặc điều trị bệnh lý di truyền/bệnh bẩm sinh, dị tật bẩm sinh.

E. Biến chứng thai sản

Chubb Life sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế cho việc điều trị các biến chứng trong quá trình mang thai và sinh đẻ của Người được Bảo hiểm. Biến chứng thai sản bao gồm một trong các trường hợp sau:

- a) Thai chết lưu trong tử cung;
- b) Băng huyết sau sinh (chảy máu quá nhiều trong hoặc sau khi sinh, >500ml);
- c) Nhiễm trùng huyết hậu sản;
- d) Tình trạng thuyên tắc huyết khối (thuyên tắc phổi hoặc huyết khối tĩnh mạch sâu);
- e) Đông máu rải rác nội mạch (DIC) liên quan đến thai kỳ;
- f) Rau bong non (nhau bong non);
- g) Thuyên tắc ối;
- h) Gan nhiễm mỡ cấp tính khi mang thai;
- i) Nhau cài răng lược;
- j) Sản giật/Tiền sản giật nặng;
- k) Vỡ tử cung.

Điều 6. Quyền lợi hỗ trợ lạm phát y tế

Vào Ngày tái tục thứ 2, thứ 4 và thứ 6 của sản phẩm bảo hiểm, 03 hạng mục quyền lợi thuộc quyền lợi Điều trị nội trú gồm:

- a) Mệnh giá Bảo hiểm;
- b) Chi phí giường điều trị;
- c) Giới hạn cho mỗi Đợt điều trị

sẽ được tự động tăng thêm với mức tăng là 10% của các hạn mức này trong Năm hợp đồng thứ nhất của sản phẩm bảo hiểm với điều kiện là Bên mua Bảo hiểm không có yêu cầu thay đổi chương trình bảo hiểm trong suốt thời gian sản phẩm bảo hiểm có hiệu lực.

Quyền lợi của các chương trình bảo hiểm sẽ được tăng qua các năm như sau:

Đơn vị: đồng

Chương trình bảo hiểm	Cơ bản	Cao cấp	Đặc biệt	Toàn diện	VIP Toàn cầu
Trong Năm hợp đồng thứ nhất					
Mệnh giá Bảo hiểm Năm hợp đồng đầu tiên	100 triệu	250 triệu	500 triệu	1 tỷ	5 tỷ
Quyền lợi Điều trị nội trú	100 triệu	250 triệu	500 triệu	1 tỷ	5 tỷ
Giới hạn cho mỗi Đợt điều trị có Phẫu thuật	40 triệu	100 triệu	200 triệu	400 triệu	5 tỷ
Giới hạn cho mỗi Đợt điều trị không có Phẫu thuật	20 triệu	50 triệu	100 triệu	200 triệu	5 tỷ
Chi phí giường điều trị/Ngày nằm viện	500 nghìn	1,5 triệu	2,5 triệu	5 triệu	12 triệu
Từ Ngày tái tục thứ 2					
Mệnh giá Bảo hiểm Năm hợp đồng thứ ba	110 triệu	275 triệu	550 triệu	1,1 tỷ	5,5 tỷ
Quyền lợi Điều trị nội trú	110 triệu	275 triệu	550 triệu	1,1 tỷ	5,5 tỷ
Giới hạn cho mỗi Đợt điều trị có Phẫu thuật	44 triệu	110 triệu	220 triệu	440 triệu	5,5 tỷ
Giới hạn cho mỗi Đợt điều trị không có Phẫu thuật	22 triệu	55 triệu	110 triệu	220 triệu	5,5 tỷ
Chi phí giường điều trị/Ngày nằm viện	550 nghìn	1,65 triệu	2,75 triệu	5,5 triệu	13,2 triệu
Từ Ngày tái tục thứ 4					
Mệnh giá Bảo hiểm Năm hợp đồng thứ năm	120 triệu	300 triệu	600 triệu	1,2 tỷ	6 tỷ
Quyền lợi Điều trị nội trú	120 triệu	300 triệu	600 triệu	1,2 tỷ	6 tỷ
Giới hạn cho mỗi Đợt điều trị có Phẫu thuật	48 triệu	120 triệu	240 triệu	480 triệu	6 tỷ
Giới hạn cho mỗi Đợt điều trị không có Phẫu thuật	24 triệu	60 triệu	120 triệu	240 triệu	6 tỷ
Chi phí giường điều trị/Ngày nằm viện	600 nghìn	1,8 triệu	3 triệu	6 triệu	14,4 triệu
Từ Ngày tái tục thứ 6 trở đi					

Chương trình bảo hiểm	Cơ bản	Cao cấp	Đặc biệt	Toàn diện	VIP Toàn cầu
Mệnh giá Bảo hiểm Năm hợp đồng thứ 7 trở đi	130 triệu	325 triệu	650 triệu	1,3 tỷ	6,5 tỷ
Quyền lợi Điều trị nội trú	130 triệu	325 triệu	650 triệu	1,3 tỷ	6,5 tỷ
Giới hạn cho mỗi Đợt điều trị có Phẫu thuật	52 triệu	130 triệu	260 triệu	520 triệu	6,5 tỷ
Giới hạn cho mỗi Đợt điều trị không có Phẫu thuật	26 triệu	65 triệu	130 triệu	260 triệu	6,5 tỷ
Chi phí giường điều trị/Ngày nằm viện	650 nghìn	1,95 triệu	3,25 triệu	6,5 triệu	15,6 triệu

Điều 7. Các trường hợp loại trừ trách nhiệm bảo hiểm

Chubb Life sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm nếu Sự kiện Bảo hiểm xảy ra trong trường hợp sau hoặc do bất kỳ nguyên nhân nào sau đây:

1. Điều trị do Bệnh có sẵn, trừ trường hợp Bệnh có sẵn đã được kê khai đầy đủ, chính xác trên Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và được Chubb Life chấp nhận.
2. Điều trị do phơi nhiễm phóng xạ hoặc hạt nhân, bức xạ ion hóa, phóng xạ, chất độc hại, chất nổ hoặc các đặc tính nguy hiểm khác của các vật liệu hạt nhân, và/hoặc các chất gây ô nhiễm độc hại hoặc gây ngộ độc.
3. Chiến tranh dù có tuyên chiến hay không, xâm lược, nổi loạn, cách mạng, khủng bố, bạo loạn, dân biến, nội chiến hoặc bất kỳ hoạt động hiếu chiến nào.
4. Tham gia các hoạt động thể thao chuyên nghiệp (là hoạt động thể thao, trong đó huấn luyện viên, vận động viên lấy huấn luyện, biểu diễn, thi đấu thể thao là nghề của mình).
5. Tham gia các hoạt động thể thao mạo hiểm bao gồm: dù lượn, điều bay, lặn biển thể thao giải trí, leo núi thể thao, khám phá hốc sâu hoặc hang động, săn bắn, đua ngựa, đua xe các loại, nhảy dù, mô tô thể thao và xe đạp thể thao, mô tô trên biển, các môn thể thao có tính chất đối kháng, và (các) hoạt động thể thao mạo hiểm theo danh mục được pháp luật quy định tại từng thời điểm.
6. Điều trị bệnh giang mai, bệnh lậu, bệnh hoa liễu, các bệnh lây truyền qua đường tình dục, rối loạn chức năng sinh dục hay điều trị sinh lý, các ốm đau có liên quan đến bệnh do nhiễm vi rút suy giảm miễn dịch ở người (HIV) hoặc Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS) hoặc bất cứ biến đổi và/hoặc triệu chứng, bệnh, biến chứng nào có liên quan đến AIDS, trừ trường hợp nhiễm HIV trong khi đang thực hiện nhiệm vụ tại nơi làm việc như là một nhân viên y tế hoặc công an, cảnh sát.
7. Tiêm chủng, tiêm vắc xin và điều trị dự phòng trừ trường hợp được bảo hiểm theo quyền lợi Điều trị ngoại trú.
8. Khám sức khỏe tổng quát trừ trường hợp được bảo hiểm theo quyền lợi Điều trị ngoại trú.

9. Điều trị vô sinh và/hoặc hiếm muộn và các chi phí thuốc điều trị. Sử dụng thuốc và các phương pháp phòng tránh thai.
10. Điều trị liên quan đến thai sản, trừ trường hợp việc này được bảo hiểm theo quyền lợi thai sản. Tất cả các biến chứng thai sản, trừ các biến chứng được bảo hiểm theo quyền lợi biến chứng thai sản.
11. Phá thai, trừ khi cần thiết về mặt y tế để cứu người mẹ.
12. Phẫu thuật thẩm mỹ, phẫu thuật chỉnh hình/tạo hình, phẫu thuật chuyển đổi giới tính, các hình thức điều trị thẩm mỹ và các biến chứng liên quan, trừ trường hợp phẫu thuật chỉnh hình/tạo hình khi bị Tổn thương nhằm tái tạo lại chức năng vận động của Người được Bảo hiểm theo chỉ định của Bác sĩ; phẫu thuật kiểm soát cân nặng.
13. Điều trị rụng tóc, chi phí tóc giả các loại, tất cả các thuốc và điều trị cho tóc hoặc rụng tóc.
14. Các điều trị, dịch vụ và phẫu thuật liên quan đến nha khoa, trừ trường hợp do Tai nạn, hoặc trường hợp được bảo hiểm theo quyền lợi nha khoa.
15. Máy trợ thính, kính đeo mắt, kính áp tròng, xe lăn, thiết bị chỉnh hình, chân/tay giả.
16. Bất kỳ bệnh hoặc rối loạn tâm thần, tâm lý, thần kinh, suy nhược cơ thể, suy nhược thần kinh, tình trạng căng thẳng (stress), mất ngủ, điều trị liên quan đến chứng ngưng thở trong khi ngủ (bao gồm ngủ ngáy).
17. Bất kỳ bệnh hoặc rối loạn do bẩm sinh, di truyền.
18. Tự tử hoặc mưu toan tự tử hoặc cố tình tự gây thương tích dù đang ở trong bất kỳ trạng thái tinh thần tỉnh táo hay bị mất trí.
19. Điều trị bệnh hoặc tổn thương cơ thể do hành vi phạm tội theo quy định Bộ Luật Hình sự; hoặc do các hành vi tham gia ẩu đả, đánh nhau của Người được Bảo hiểm, trừ khi chứng minh được đó là hành động cứu người hoặc phòng vệ chính đáng.
20. Suy giảm năng lực hành vi do lạm dụng chất kích thích hoặc thuốc trầm cảm hoặc do sử dụng trái phép bất kỳ chất gây hại nào dù ở trạng thái rắn, lỏng hoặc khí.
21. Hậu quả của việc điều khiển xe (i) vượt quá tốc độ quy định theo pháp luật về trật tự, an toàn giao thông đường bộ hoặc (ii) trong máu hoặc hơi thở có nồng độ cồn vượt quá trị số bình thường theo hướng dẫn của Bộ Y tế.
22. Bất kỳ điều trị nào do lạm dụng rượu hoặc ma túy.
23. Chữa bệnh bằng phương pháp nghỉ dưỡng, an dưỡng hoặc chăm sóc giám hộ, các chương trình chăm sóc sức khỏe thể chất nói chung, các chi phí liên quan đến thời gian nghỉ dưỡng hoàn toàn không cần điều trị hoặc theo dõi chuyên biệt ngay cả khi có tham gia quyền lợi Điều trị nội trú.
24. Điều trị hoặc chăm sóc tại: các cơ sở chăm sóc dài hạn, viện dưỡng lão, khu nghỉ dưỡng chăm sóc sức khỏe và ăn kiêng, các trung tâm điều trị cho người bị tâm thần, bệnh viện tâm thần.
25. Tất cả các xét nghiệm, thuốc và phương pháp điều trị không được Bác sĩ chỉ định hoặc kê toa.

26. Bất kỳ điều trị y tế thử nghiệm và sử dụng thuốc thử nghiệm.
27. Phương pháp điều trị bằng Y học thay thế, trừ trường hợp được bảo hiểm theo quyền lợi Điều trị ngoại trú.
28. Sử dụng sản phẩm mỹ phẩm, thực phẩm chức năng, thuốc bổ, vitamin, khoáng chất, các chất bổ sung cho chế độ dinh dưỡng hoặc phục vụ cho chế độ ăn kiêng hoặc giảm cân, hoặc tăng cân, y học cổ truyền Trung Quốc, trừ trường hợp được bảo hiểm theo quyền lợi Điều trị ngoại trú.
29. Điều trị theo yêu cầu, phục vụ nhu cầu cá nhân.
30. Xét nghiệm di truyền.
31. Điều trị lác và tật khúc xạ của mắt, bao gồm: khám thị lực; phẫu thuật LASIK; các phương pháp điều chỉnh tật khúc xạ như cận thị, viễn thị, loạn thị, lão thị, chênh lệch độ khúc xạ; rối loạn điều tiết; khô mắt; đục thủy tinh thể hoặc dịch kính, viêm kết mạc, chảy nước mắt, tắc tuyến lệ, nhìn mờ, lồi/lõm mắt, tăng/hạ nhãn áp, liệt vận nhãn, lẹo mắt giả do nguyên nhân bệnh lý.
32. (Các) trường hợp loại trừ trách nhiệm bảo hiểm bổ sung theo thông báo của Chubb Life cho Bên mua Bảo hiểm do Người được Bảo hiểm được Chubb Life chấp nhận bảo hiểm có điều kiện.

Điều 8. Thời hạn bảo hiểm

- 8.1 Thời hạn bảo hiểm của sản phẩm này là 01 năm tính từ Ngày hiệu lực. Sản phẩm này có thể được tái tục, Thời hạn bảo hiểm của mỗi lần tái tục là 01 năm tính từ Ngày tái tục. Tuổi tối đa khi kết thúc quyền lợi thai sản là 54 Tuổi; tuổi tối đa khi kết thúc các quyền lợi khác là 75 Tuổi.
- 8.2 Trong mọi trường hợp, thời hạn bảo hiểm của sản phẩm này sẽ không vượt quá Thời hạn Hợp đồng.

Điều 9. Phí bảo hiểm và đóng phí bảo hiểm

- 9.1 Phí bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm này sẽ thay đổi theo Tuổi của Người được Bảo hiểm tại Ngày tái tục. Ngoài ra, trong trường hợp được sự chấp thuận của Bộ Tài chính, Chubb Life có thể thay đổi mức phí bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm này. Chubb Life sẽ thông báo bằng văn bản cho Bên mua Bảo hiểm ít nhất 30 ngày trước ngày áp dụng mức phí bảo hiểm mới và mức phí bảo hiểm mới sẽ được áp dụng vào Ngày tái tục tiếp theo.
- 9.2 Nếu Bên mua Bảo hiểm không đồng ý với mức phí bảo hiểm mới, thì sản phẩm bảo hiểm này sẽ không được tái tục.
- 9.3 Nếu phí bảo hiểm không được đóng đầy đủ sau khi kết thúc thời gian gia hạn đóng phí thì sản phẩm bảo hiểm này sẽ chấm dứt hiệu lực kể từ Ngày đến hạn đóng phí. Trong mọi trường hợp, sản phẩm bảo hiểm này sẽ không được khôi phục hiệu lực.

Điều 10. Tái tục sản phẩm bảo hiểm

Điều kiện để tái tục sản phẩm bảo hiểm này:

- a) Bên mua Bảo hiểm đã đóng đủ phí bảo hiểm tái tục theo quy định của Chubb Life áp dụng tại thời điểm đó; và
- b) Bên mua Bảo hiểm và Người được Bảo hiểm chưa từng có hành vi gian lận bảo hiểm; và

c) Sản phẩm bảo hiểm vẫn còn được triển khai.

Trường hợp sản phẩm bảo hiểm không được tái tục vì không thỏa điều kiện được quy định tại điểm b) hoặc điểm c) nêu trên, Chubb Life sẽ thông báo đến Bên mua Bảo hiểm về việc không tái tục ít nhất 30 ngày trước Ngày tái tục.

Đối với 02 lần xét tái tục đầu tiên, sản phẩm bảo hiểm được Chubb Life đảm bảo tái tục nếu thỏa điều kiện được quy định tại điểm a) và điểm b) nêu trên.

Bằng việc đóng phí bảo hiểm tái tục, Bên mua Bảo hiểm được coi là đã đồng ý tái tục sản phẩm bảo hiểm này.

Điều 11. Giải quyết quyền lợi bảo hiểm

11.1 Người nhận quyền lợi bảo hiểm

Người nhận quyền lợi bảo hiểm của sản phẩm này bao gồm:

- a) Trường hợp Bên mua Bảo hiểm là cá nhân, Chubb Life sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm theo thứ tự ưu tiên như sau:
- Người được Bảo hiểm (nếu Người được Bảo hiểm từ đủ 18 Tuổi trở lên);
 - Bên mua Bảo hiểm (nếu Người được Bảo hiểm dưới 18 Tuổi hoặc Người được Bảo hiểm đã tử vong);
 - Người thụ hưởng, nếu Bên mua Bảo hiểm đã tử vong;
 - Người thừa kế hợp pháp của Bên mua Bảo hiểm, nếu Bên mua Bảo hiểm không chỉ định Người thụ hưởng hoặc Người thụ hưởng tử vong cùng lúc hoặc trước khi Sự kiện Bảo hiểm xảy ra.
- b) Trường hợp Bên mua Bảo hiểm là tổ chức, Chubb Life sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm theo thứ tự ưu tiên như sau:
- Người được Bảo hiểm;
 - Người thụ hưởng nếu Người được Bảo hiểm đã tử vong;
 - Người thừa kế hợp pháp của Người được Bảo hiểm, nếu không chỉ định Người thụ hưởng hoặc Người thụ hưởng tử vong cùng lúc hoặc trước khi Sự kiện Bảo hiểm xảy ra;
 - Bên mua Bảo hiểm.

11.2 Các chứng từ chứng minh Sự kiện Bảo hiểm

- a) Hồ sơ khám bệnh bao gồm phiếu khám bệnh, chỉ định xét nghiệm và kết quả xét nghiệm, kết luận chẩn đoán và chỉ định điều trị, sổ kiểm tra sức khỏe, toa thuốc/đơn thuốc (có đầy đủ chẩn đoán, họ tên và tuổi/năm sinh của Người được Bảo hiểm và chữ ký của Bác sĩ, con dấu của Cơ sở y tế/Phòng khám);
- b) Giấy ra viện, tóm tắt bệnh án hoặc bản sao hồ sơ bệnh án;
- c) Giấy chứng nhận phẫu thuật (trong trường hợp Phẫu thuật);

- d) Các giấy tờ liên quan đến Tai nạn: Biên bản tai nạn, biên bản khám nghiệm hiện trường, văn bản kết luận điều tra của cơ quan công an cấp quận huyện trở lên (nếu có). Trường hợp Tai nạn sinh hoạt hoặc vụ Tai nạn không được cơ quan có thẩm quyền xác minh, điều tra: Bản tường trình chi tiết tình huống Tai nạn có xác nhận của chính quyền địa phương nơi Người được Bảo hiểm cư trú;
- e) Bản gốc của hóa đơn/hóa đơn điện tử, biên lai/phiếu thu tiền khám và điều trị; và Bảng kê chi tiết các chi phí đã thanh toán. Đối với các hóa đơn, biên lai phát sinh tại nước ngoài, tỷ giá hối đoái sẽ được tính toán dựa trên tỷ giá bán của Ngân hàng TMCP Ngoại thương Việt Nam tại thời điểm Người được Bảo hiểm ra viện đối với trường hợp Điều trị nội trú, Điều trị trong ngày hoặc được kê thuốc điều trị đối với Điều trị ngoại trú trừ khi có quy định khác trong hợp đồng này.

Chubb Life có quyền yêu cầu Bên mua Bảo hiểm hoặc người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm cung cấp bản chính các chứng từ y tế và chứng từ liên quan đến Sự kiện Bảo hiểm để kiểm tra, đối chiếu. Trường hợp các chứng từ, tài liệu cung cấp là cơ quan, tổ chức của nước ngoài cấp, người nhận quyền lợi bảo hiểm phải tự chịu chi phí dịch thuật sang tiếng Việt và chứng thực các chứng từ đó trước khi nộp cho Chubb Life.

Chubb Life có quyền yêu cầu cung cấp các giấy tờ hoặc bằng chứng bổ sung liên quan trực tiếp đến Sự kiện Bảo hiểm để Chubb Life có thể xem xét và thanh toán chính xác quyền lợi bảo hiểm.

Các chứng từ liên quan đến thanh toán sẽ được Chubb Life lưu giữ để làm căn cứ giải quyết quyền lợi bảo hiểm. Trong trường hợp Chubb Life không phải là bên chi trả quyền lợi bảo hiểm đầu tiên, Chubb Life có quyền yêu cầu cung cấp bản sao các chứng từ y tế và hóa đơn chi phí cùng với thư chấp nhận chi trả quyền lợi bảo hiểm của công ty bảo hiểm đã chi trả.

Điều 12. Người được Bảo hiểm ra khỏi lãnh thổ Việt Nam

- 12.1** Nếu Người được Bảo hiểm ra khỏi lãnh thổ Việt Nam từ 180 ngày cộng dồn trở lên trong mỗi Năm hợp đồng thì:
- a) Bên mua Bảo hiểm phải thông báo cho Chubb Life bằng văn bản trong vòng 30 ngày kể từ ngày thay đổi;
 - b) Chubb Life có quyền chấm dứt hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm. Trong trường hợp này, Chubb Life sẽ hoàn trả Phí Bảo hiểm chưa sử dụng (nếu có) cho Bên mua Bảo hiểm.
- 12.2** Quyết định của Chubb Life có hiệu lực kể từ thời điểm phát sinh sự thay đổi (cho dù Bên mua Bảo hiểm có thông báo cho Chubb Life theo đúng quy định hay không).

Điều 13. Chấm dứt hiệu lực

Sản phẩm bảo hiểm này sẽ chấm dứt hiệu lực trong những trường hợp sau, tùy trường hợp nào xảy ra trước:

- 13.1** Vào Ngày tái tục khi Người được Bảo hiểm đạt 75 Tuổi;
- 13.2** Chubb Life hoặc Bên mua Bảo hiểm từ chối việc tái tục sản phẩm bảo hiểm này;
- 13.3** Bên mua Bảo hiểm yêu cầu chấm dứt hiệu lực sản phẩm bảo hiểm;
- 13.4** Chubb Life có bằng chứng xác định Bên mua Bảo hiểm, Người được Bảo hiểm hoặc Người nhận quyền lợi bảo hiểm có Hành vi gian lận bảo hiểm. Theo đó, Hợp đồng sẽ chấm dứt kể từ ngày Chubb Life có bằng chứng về hành vi gian lận bảo hiểm và Chubb Life sẽ không phải hoàn lại bất kỳ khoản phí bảo

hiểm nào;

13.5 Người được Bảo hiểm tử vong, trong trường hợp này, Chubb Life sẽ hoàn trả Phí Bảo hiểm chưa sử dụng (nếu có) cho Bên mua Bảo hiểm;

13.6 Người được Bảo hiểm ra khỏi lãnh thổ Việt Nam theo quy định tại Điều 12 nêu trên;

13.7 Các trường hợp khác theo quy định của Hợp đồng hoặc quy định của pháp luật.

Điều 14. Quy định khác

14.1 Người được Bảo hiểm:

Người được Bảo hiểm của sản phẩm này phải:

- a) Đối với quyền lợi Điều trị nội trú, quyền lợi Điều trị ngoại trú, quyền lợi nha khoa: Từ đủ 01 tháng tuổi đến 65 Tuổi tại Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc Ngày hiệu lực.
- b) Đối với quyền lợi thai sản: Từ đủ 18 Tuổi đến 45 Tuổi tại Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc Ngày hiệu lực.

14.2 Thời gian chờ

Là khoảng thời gian mà Sự kiện Bảo hiểm xảy ra sẽ không được Chubb Life chi trả quyền lợi bảo hiểm. Tùy từng trường hợp cụ thể, thời gian chờ được tính từ các mốc thời gian dưới đây:

- Ngày hiệu lực (áp dụng cho trường hợp tham gia mới); hoặc
- Ngày hiệu lực của chương trình bảo hiểm mới (áp dụng cho phần quyền lợi tăng thêm của chương trình bảo hiểm mới); hoặc
- Ngày hiệu lực của quyền lợi bảo hiểm tham gia thêm (nếu có)

Thời gian chờ được quy định như sau:

Quyền lợi bảo hiểm	Thời gian chờ
Quyền lợi Điều trị nội trú;	Điều trị Bệnh: 30 ngày
Quyền lợi Điều trị ngoại trú	Điều trị Bệnh đặc biệt, điều trị Ung thư, bệnh hiểm nghèo, Cấy ghép nội tạng: 90 ngày
Quyền lợi nha khoa	30 ngày
Quyền lợi thai sản	270 ngày
Không áp dụng Thời gian chờ đối với trường hợp Tai nạn.	

Những xét nghiệm, chẩn đoán, hướng dẫn điều trị, hoặc điều trị Bệnh hoặc Tồn thương xảy ra trong Thời gian chờ sẽ không được chi trả.

Việc xác định các trường hợp nêu trên sẽ căn cứ vào các chứng cứ y khoa (hồ sơ y tế, tiền sử bệnh/bệnh sử hoặc thông tin về quá trình bệnh lý được lưu giữ tại bệnh viện/cơ sở y tế được thành lập hợp pháp

hoặc các thông tin do Bên mua Bảo hiểm/Người được Bảo hiểm cung cấp khi yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm) cho thấy Người được Bảo hiểm đã có xét nghiệm, chẩn đoán, hướng dẫn điều trị, điều trị trong Thời gian chờ.

Điều 15. Định nghĩa

1. Ngày tái tục của sản phẩm bảo hiểm (“Ngày tái tục”)	Là ngày lặp lại hàng năm của Ngày hiệu lực nếu sản phẩm bảo hiểm này được Chubb Life chấp nhận tái tục. Nếu năm không có ngày tương ứng thì ngày liền kề trước đó sẽ được tính là Ngày tái tục. Ngày tái tục của sản phẩm bảo hiểm trùng với Ngày đáo niên của Hợp đồng Bảo hiểm.
2. Mệnh giá Bảo hiểm	Là số tiền tối đa của từng quyền lợi bảo hiểm mà Chubb Life chi trả cho người nhận quyền lợi bảo hiểm trong mỗi Năm hợp đồng.
3. Tổn thương	là những tổn thương cơ thể do Tai nạn gây ra cho Người được Bảo hiểm dưới nhiều hình thái và mức độ khác nhau trong thời gian có hiệu lực của Hợp đồng, đồng thời không bị loại trừ trong bất cứ quy định nào của Hợp đồng.
4. Bệnh	là ốm đau, bệnh tật mà Người được Bảo hiểm được chẩn đoán mắc phải trong thời gian sản phẩm bảo hiểm có hiệu lực.
5. Bệnh đặc biệt	là các loại u/nang/polyp/bướu lành tính, nhân xơ tử cung hay nhân tuyến vú hoặc ác tính, bệnh lao, hen, tăng huyết áp, bệnh tim, bệnh mạch máu, tăng đường huyết, đái tháo đường, sỏi đường mật/túi mật, sỏi đường tiết niệu, bệnh trĩ, rò hậu môn, nứt hậu môn, thoát vị ở bất kỳ cơ quan nào, phì đại tuyến tiền liệt, lạc nội mạc tử cung, viêm/loét dạ dày hoặc tá tràng, viêm amidan, viêm VA hoặc vòm họng, bệnh lý tuyến giáp, bóng khí của cuốn mũi (concha bullosa), phì đại cuốn mũi, lệch vách ngăn mũi, bệnh tăng nhãn áp, mộng thịt, thoái hóa cột sống, bệnh gút, bệnh thoái hóa khớp.
6. Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa	nghĩa là việc điều trị Bệnh hay Tổn thương đáp ứng tất cả các tiêu chí sau: a) điều trị được tiến hành phù hợp và nhất quán với các triệu chứng, chẩn đoán liên quan trực tiếp đến Bệnh hay Tổn thương; b) thời gian và phương pháp điều trị phải cần thiết, phù hợp với tập quán thực hành y khoa đang áp dụng vào thời điểm điều trị; c) thời gian và phương pháp điều trị không thuộc phạm vi nghiên cứu khoa học, điều trị thử nghiệm hoặc tầm soát; d) không phải vì sự thuận tiện của Người được Bảo hiểm hoặc gia đình hoặc Bác sĩ của Người được Bảo hiểm. Thời gian nằm viện làm Bệnh nhân nội trú không mặc nhiên rằng thời gian nằm viện đó được xem là Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa.
7. Cấy ghép nội tạng	là việc Phẫu thuật để cấy ghép một trong các cơ quan nội tạng, bao gồm: tim, phổi, gan, tụy, thận, tủy xương cho Người được Bảo hiểm được thực hiện bởi Bác sĩ tại Cơ sở y tế.

8. Bệnh nhân nội trú	là Người được Bảo hiểm đã hoàn tất thủ tục nhập viện theo chỉ định và dưới sự chăm sóc và theo dõi thường xuyên của Bác sĩ, phải nằm viện qua đêm tại Cơ sở y tế để điều trị Bệnh hoặc Tồn thương Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa.
9. Bác sĩ	Là người có bằng tốt nghiệp bác sĩ y khoa, đã đăng ký hành nghề bác sĩ theo quy định pháp luật Việt Nam hiện hành để cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh, dịch vụ y tế và phẫu thuật, và đang công tác tại Cơ sở y tế. Bác sĩ theo định nghĩa này không được đồng thời là: a) Bên mua Bảo hiểm, Người được Bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng; b) người thân của Bên mua Bảo hiểm hoặc Người được Bảo hiểm (gồm: bố mẹ, bố mẹ vợ/chồng, vợ/chồng, con cái, anh chị em ruột), trừ trường hợp những người này làm nhiệm vụ theo sự phân công của cấp có thẩm quyền.
10. Khoa hồi sức tích cực	là một khoa, phòng hoặc một bộ phận của Cơ sở y tế, được Cơ sở y tế thiết lập nhằm cung cấp chương trình chăm sóc, theo dõi và điều trị tích cực nhằm hồi phục các chức năng sinh tồn của cơ thể con người, dành cho những Bệnh nhân nội trú tại Cơ sở y tế mà theo nhận định của các Bác sĩ điều trị, các chức năng quan trọng của cơ thể đang bị đe dọa và cần sự theo dõi, chăm sóc, và giám sát tích cực của các Bác sĩ. Khoa Hồi sức tích cực được trang bị đầy đủ tất cả các loại thiết bị y tế, thuốc men, dụng cụ và các phương tiện cấp cứu cần thiết tại chỗ để có thể sử dụng ngay khi cần thiết nhằm can thiệp kịp thời trong các trường hợp khẩn cấp theo đúng quy định tại tiêu chuẩn ngành. Khoa/phòng cấp cứu, Khoa/phòng chăm sóc hậu phẫu của Cơ sở y tế không được xem là Khoa Hồi sức tích cực.
11. Cơ sở y tế	là tổ chức được thành lập và hoạt động theo pháp luật Việt Nam hoặc pháp luật của nước sở tại nơi tổ chức này đặt cơ sở, có giấy phép hoạt động và đáp ứng được các yêu cầu sau: a) hoạt động liên tục 24 giờ trong ngày và 07 ngày trong tuần, có y tá chăm sóc và ít nhất một Bác sĩ trực thường xuyên nhằm cung cấp dịch vụ khám, chẩn đoán và điều trị cho người bị bệnh, thương tích; b) có đầy đủ năng lực và phương tiện để thực hiện các ca Phẫu thuật y khoa và hoạt động điều trị nội trú; c) có lưu giữ đầy đủ bệnh án và hồ sơ của bệnh nhân theo tiêu chuẩn quy định của cơ quan có thẩm quyền. Đối với Cơ sở y tế là “Bệnh viện” hoặc “Trung tâm y tế” thì phải có con dấu chính thức theo quy định pháp luật hiện hành về con dấu và trên con dấu phải có chữ “Bệnh viện” hoặc “Trung tâm y tế”. Theo Điều khoản Chubb Care Plus này, Cơ sở y tế không bao gồm: a) Bệnh viện/viện/Phòng khám/cơ sở/trung tâm điều trị bệnh tâm thần; b) Bệnh viện/viện/trung tâm điều trị bệnh phong;

	c) Phòng khám, phòng thẩm mỹ, spa, cơ sở mát xa, cơ sở xông hơi; d) Trung tâm y tế dự phòng; Trạm xá; e) Nhà bảo sanh/nhà hộ sinh, nhà điều dưỡng, nhà an dưỡng hay viện dưỡng lão hay viện điều dưỡng, nơi chữa trị cho người nghiện rượu hoặc nghiện ma túy cho dù các cơ sở này hoạt động độc lập hay trực thuộc bệnh viện. Đối với Cơ sở y tế ngoài lãnh thổ Việt Nam, tư cách của Cơ sở y tế phải được thể hiện bằng ngôn ngữ của quốc gia/lãnh thổ đó mà được hiểu là “bệnh viện” theo tiếng Việt.
12. Phòng khám	là tổ chức được thành lập và hoạt động theo pháp luật Việt Nam hoặc pháp luật của nước sở tại nơi tổ chức này đặt cơ sở, hoạt động với mục đích chủ yếu là khám và điều trị y tế mà không có chức năng lưu bệnh qua đêm. Đối với Phòng khám tại Việt Nam thì phải có con dấu chính thức theo quy định pháp luật hiện hành về con dấu và trên con dấu phải có chữ “Phòng khám”. Phòng đa khoa/chuyên khoa tư nhân (là nơi khám, chữa bệnh riêng của một hoặc một số Bác sĩ) không được xem là Phòng khám theo Quy tắc, Điều kiện, Điều khoản bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm này.
13. Bệnh viện công	là Cơ sở y tế do cơ quan có thẩm quyền của Nhà nước thành lập theo quy định của pháp luật và được xác định là đơn vị sự nghiệp công lập
14. Phòng Phẫu thuật	là phòng hoặc bộ phận của Cơ sở y tế, là nơi Bác sĩ chuyên khoa ngoại và Bác sĩ chuyên khoa gây mê hồi sức thực hiện Phẫu thuật và được trang bị các thiết bị y tế phù hợp và cần thiết để phục vụ cho việc Phẫu thuật.
15. Tình trạng nguy cấp	là sự thay đổi đột ngột về tình trạng sức khỏe của Người được Bảo hiểm mà theo nhận định của Bác sĩ là cần phải điều trị y tế hoặc phẫu thuật khẩn cấp để tránh tử vong hoặc để tránh ảnh hưởng nghiêm trọng tới tình trạng sức khỏe hiện tại và lâu dài. Ngoài ra, Tình trạng nguy cấp sẽ được đánh giá dựa theo hoàn cảnh tại nơi Sự kiện Bảo hiểm xảy ra, bản chất của việc điều trị y tế khẩn cấp và khả năng cung cấp dịch vụ cấp cứu tại nơi xảy ra Sự kiện bảo hiểm này.
16. Phẫu thuật	là một quá trình giải phẫu để điều trị Bệnh, Tổn thương Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa được thực hiện bởi Bác sĩ Phẫu thuật có chuyên môn phù hợp của Cơ sở y tế và được thực hiện trong Phòng Phẫu thuật của Cơ sở y tế, phương pháp vô cảm phải là gây mê toàn thân hoặc gây tê tủy sống. Phẫu thuật phải thuộc danh mục phân loại phẫu thuật do Bộ Y tế ban hành vào từng thời điểm. Phẫu thuật theo định nghĩa trên không bao gồm trường hợp phẫu thuật chỉ nhằm mục đích xét nghiệm chẩn đoán.
17. Phẫu thuật cấy ghép	là các Phẫu thuật đưa các thiết bị vào cơ thể Người được Bảo hiểm gồm Phẫu thuật thấu kính nội nhãn, Phẫu thuật thay van tim, Phẫu thuật thay khớp bằng khớp kim loại hoặc khớp nhân tạo, Phẫu thuật tái tạo dây chằng, Phẫu thuật cấy ghép giữa các xương hoặc kết hợp xương, Phẫu thuật gắn thiết bị hỗ trợ phục hình cột sống, Phẫu thuật đĩa đệm nhân tạo.
18. Chi phí y tế thực tế	là những chi phí y tế mà Người được Bảo hiểm thực tế chi trả cho việc điều trị Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa.

19. Chi phí xe cấp cứu	là chi phí vận chuyển cấp cứu và chăm sóc trong quá trình vận chuyển Người được Bảo hiểm đang trong tình trạng nguy cấp tới Cơ sở y tế/Phòng khám gần nhất hoặc từ một Cơ sở y tế/Phòng khám đến một Cơ sở y tế khác trên xe cấp cứu của Cơ sở Y tế/Phòng khám. Việc vận chuyển cấp cứu của Người được Bảo hiểm phải được thực hiện bởi Cơ sở y tế/Phòng khám hoặc các tổ chức có chức năng cung cấp dịch vụ vận chuyển cấp cứu. Chubb Life không chi trả các chi phí cho (i) việc vận chuyển cấp cứu bằng đường hàng không và/hoặc các chi phí cho việc vận chuyển cấp cứu nếu không có chỉ định của cơ sở y tế, (ii) trường hợp thai sản trừ trường hợp thai sản do tai nạn.
20. Chăm sóc tại nhà	là dịch vụ chăm sóc y tế tại nơi ở của Người được Bảo hiểm, được thực hiện bởi y tá/điều dưỡng hoặc Bác sĩ/Bác sĩ chuyên khoa ngay sau khi xuất viện theo chỉ định của Bác sĩ/Bác sĩ chuyên khoa.
21. Điều trị nội trú	là việc Người được Bảo hiểm có làm thủ tục nhập viện và nằm viện qua đêm tại Cơ sở y tế để điều trị Bệnh hoặc Tổn thương.
22. Điều trị trong ngày	là việc điều trị y tế mà Người được Bảo hiểm có làm thủ tục nhập viện và nằm điều trị tại Cơ sở y tế theo chỉ định của Bác sĩ, nhập viện và xuất viện trong cùng một ngày, không nằm viện qua đêm.
23. Điều trị ngoại trú	là việc Người được Bảo hiểm khám, điều trị Bệnh hoặc Tổn thương tại Cơ sở y tế hoặc Phòng khám mà không phải làm thủ tục nhập viện.
24. Ngày nằm viện	nghĩa là 01 ngày Người được Bảo hiểm nằm viện qua đêm làm Bệnh nhân nội trú mà viện phí và tiền phòng phải được trả đầy đủ cho Cơ sở y tế theo quy định.
25. Lần khám	là một lần đến khám tại Cơ sở y tế hoặc Phòng khám của Người được Bảo hiểm và bao gồm tư vấn, chỉ định làm các xét nghiệm cận lâm sàng (nếu có), chẩn đoán mắc Bệnh (được ghi nhận trên toa thuốc/đơn thuốc điều trị) và kê đơn thuốc để điều trị của Bác sĩ. a) Trường hợp nhiều Bác sĩ chuyên khoa cùng hội chẩn một Người được Bảo hiểm theo quy chế của Cơ sở y tế hoặc Phòng khám để cùng nhau kết luận chẩn đoán thì chỉ được tính là một Lần khám. b) Trường hợp Người được Bảo hiểm khám một chuyên khoa nhiều lần trong ngày tại cùng một Cơ sở Y tế thì chỉ tính là một Lần khám. c) Trường hợp người bệnh phải khám nhiều chuyên khoa và có chẩn đoán bệnh khác nhau được ghi nhận trên các toa thuốc/đơn thuốc điều trị riêng biệt trong cùng một Cơ sở y tế hoặc Phòng khám trong cùng một ngày thì mỗi chuyên khoa được tính là một Lần khám.
26. Đợt điều trị	là khoảng thời gian từ khi Người được Bảo hiểm nhập viện đến khi xuất viện để điều trị tại Cơ sở y tế. Giấy ra viện là bằng chứng chứng minh kết thúc một Đợt điều trị.
27. Phục hồi chức năng và vật lý trị liệu	là phương pháp điều trị sử dụng các biện pháp vật lý để giảm đau, phục hồi chức năng của cơ bắp hay các hoạt động bình thường hàng ngày của Người được Bảo hiểm theo chỉ định của Bác sĩ (không phải phương pháp massage, spa hay tập sửa dáng đi) và việc điều trị này phải được thực hiện tại Cơ sở y tế hoặc Phòng khám.

28. Vật tư tiêu hao	là những vật liệu được sử dụng với mục đích hỗ trợ điều trị và không được lắp đặt cố định trong cơ thể, bao gồm những vật liệu (i) tự tiêu hoặc (ii) có thể lấy ra khỏi cơ thể mà không ảnh hưởng đến chức năng hoạt động của cơ thể (ví dụ: chỉ thép, dụng cụ định hình được sử dụng trong quá trình cấy ghép, tái tạo).
29. Y học thay thế	là phương pháp chữa bệnh không phải là tây y, bao gồm y học dân tộc, y học cổ truyền. Theo đó, định nghĩa này chỉ bao gồm các chi phí cho các loại thuốc uống hoặc tiêm truyền được thực hiện tại Cơ sở y tế hoặc Phòng khám.
30. Giới hạn phụ	là số tiền chi trả tối đa cho từng hạng mục quyền lợi được nêu tại bảng chi tiết quyền lợi bảo hiểm.
31. Phạm vi địa lý được bảo hiểm	là quốc gia, lãnh thổ mà Chubb Life chấp nhận bảo hiểm cho Người được Bảo hiểm trong thời gian sản phẩm bảo hiểm còn hiệu lực, tương ứng với chương trình bảo hiểm được lựa chọn. Phạm vi địa lý được bảo hiểm theo định nghĩa nêu trên không bao gồm các quốc gia, vùng lãnh thổ bị cấm vận hoặc trừng phạt quốc tế theo nghị quyết của Liên Hiệp Quốc, quy định của Hoa Kỳ, quy định của Liên Minh Châu Âu, quy định Vương Quốc Anh, quy định của Singapore hoặc quy định của Việt Nam.

PHỤ LỤC 1: ĐỊNH NGHĨA BỆNH HIỂM NGHÈO**1. Ung thư**

Là bệnh được chẩn đoán xác định là ác tính do sự phát triển vô tổ chức và không thể kiểm soát được của những tế bào ung thư. Việc chẩn đoán phải được xác định trên cơ sở kết luận giải phẫu bệnh qua mô bệnh sinh thiết. Chubb Life sẽ không chấp nhận chẩn đoán Ung thư dựa trên: (i) lâm sàng, và/hoặc (ii) kết quả xét nghiệm chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (FNA), và/hoặc (iii) gián tiếp không qua mô sinh thiết.

Phương pháp điều trị ung thư được Chubb Life chấp nhận:

Người được Bảo hiểm nhận điều trị bởi một hoặc kết hợp các phương pháp điều trị Ung thư, được chỉ định và kê đơn dưới sự giám sát điều trị trực tiếp của Bác sĩ Ung thư học hoặc Chuyên gia y tế của lĩnh vực liên quan. Đồng thời các phương pháp điều trị Ung thư này phải được hướng dẫn trong các văn bản hướng dẫn được phê duyệt bởi cơ quan có thẩm quyền của Việt Nam.

Các phương thức điều trị bao gồm: hóa trị, xạ trị (loại trừ xạ trị bằng liệu pháp chiếu chùm tia proton được chỉ định trong điều trị ung thư), xạ phẫu liệu pháp nhắm trúng đích, liệu pháp miễn dịch, Phẫu thuật tận gốc^(*).

() Phẫu thuật tận gốc được định nghĩa là việc lấy đi hoàn toàn (bao gồm toàn bộ nhu mô và mạch máu) 01 cơ quan kèm nạo vét tận gốc các hạch bạch huyết và các mô lân cận có thể chứa tế bào ung thư.*

Phương pháp điều trị Ung thư không được Chubb Life chấp nhận, bao gồm:

- a) Các thủ thuật (Phân loại thủ thuật sẽ được căn cứ theo quy định phân loại của Bộ Y tế Việt Nam), không phải phẫu thuật tận gốc hoặc Xạ phẫu nêu trên.
- b) Liệu pháp nội tiết được chỉ định để điều trị phòng ngừa ung thư;
- c) Liệu pháp chiếu chùm tia proton được chỉ định trong điều trị ung thư;
- d) Các điều trị với thuốc Tamoxifen, Raloxifen hoặc các thuốc có hoạt chất giống Tamoxifen/ Raloxifen.

2. Nhồi máu cơ tim

Bệnh xảy ra lần đầu tiên, mới xuất hiện gây hoại tử một phần cơ tim do giảm lượng máu đến nuôi vùng cơ tim đó. Bệnh phải được chẩn đoán xác định trên cơ sở có ít nhất ba (03) trong số các tiêu chuẩn sau đây:

- a) Cơn đau thắt ngực điển hình của bệnh nhồi máu cơ tim khiến Người được Bảo hiểm phải nhập viện điều trị;
- b) Dấu chứng trên Điện tâm đồ có sự thay đổi mới xuất hiện của đoạn ST (chênh lên hoặc chênh xuống) hoặc xuất hiện sóng T đảo ngược mới liên quan đến sự xuất hiện những sóng Q mới hoặc xuất hiện block nhánh trái mới;
- c) Men tim CK-MB tăng cao trên giới hạn bình thường; Men tim Troponin T hoặc Troponin I lớn hơn hoặc bằng 0,5 ng/ml;
- d) Bằng chứng hình ảnh học về tình trạng hoại tử cơ tim mới hoặc rối loạn vận động vùng mới.

Nhồi máu cơ tim theo định nghĩa nêu trên sẽ không bao gồm:

- a) Đau thắt ngực;
- b) Nhồi máu cơ tim cũ; và

- c) Tăng dấu ấn sinh học tim hoặc Troponin T hoặc I sau thủ thuật can thiệp nội mạch tim, bao gồm chụp động mạch vành và nong mạch vành.

3. Tai biến mạch máu não

Bệnh xảy ra do mạch máu não bị tắc nghẽn vì xơ vữa hay lấp mạch não gây nhồi máu não hoặc mạch máu não bị vỡ gây xuất huyết não dưới màng nhện. Bệnh phải được chẩn đoán xác định trên cơ sở có tất cả các tiêu chuẩn sau đây:

- a) Người được Bảo hiểm có các dấu chứng thần kinh định vị trên lâm sàng do tổn thương tại não kéo dài liên tục ít nhất 06 tháng kể từ khi bị tai biến mạch máu não, được Bác sĩ chuyên khoa thần kinh xác định; và
- b) Hình ảnh xuất huyết não hoặc nhồi máu não mới tạo lập trên phim Chụp cắt lớp (CT scan) não hoặc trên hình ảnh Cộng hưởng từ hạt nhân (MRI) não.

Tai biến mạch máu não theo định nghĩa nêu trên không bao gồm:

- a) Các dấu chứng thần kinh định vị do cơn thoáng thiếu máu não (TIA: Transient Ischaemic Attack);
- b) Các dấu chứng thần kinh tổn thương não do tai nạn, do chấn thương, do viêm mạch máu, do nhiễm trùng, do các bệnh lý khác không liên quan đến bệnh lý mạch máu não;
- c) Bệnh lý mạch máu gây tổn thương ở mắt hay thần kinh thị giác;
- d) Các bệnh lý thiếu máu cục bộ của hệ thống tiền đình.

Bệnh phải dẫn đến suy giảm thần kinh vĩnh viễn với các triệu chứng lâm sàng dai dẳng. Suy giảm thần kinh vĩnh viễn với các triệu chứng lâm sàng dai dẳng có nghĩa là các triệu chứng rối loạn chức năng trong hệ thần kinh xuất hiện khi khám lâm sàng và dự kiến sẽ kéo dài suốt cuộc đời của Người được Bảo hiểm. Các triệu chứng rối loạn chức năng bao gồm: tê, liệt, yếu cục bộ, chứng khó đọc (khó nói), chứng mất ngôn ngữ (không thể nói), chứng rối loạn nuốt (khó nuốt), suy giảm thị lực, đi lại khó khăn, thiếu phối hợp, run, co giật, mất trí nhớ, mê sảng và hôn mê.

4. Mở bắc cầu động mạch vành

Người được Bảo hiểm phải trải qua phẫu thuật tim hở (có mở xương ức) để ghép nối vượt qua chỗ hẹp hoặc tắc của một hoặc nhiều động mạch vành. Bệnh được chứng minh qua kết quả thủ thuật chụp động mạch vành với thuốc cản quang, tiến hành bằng việc sử dụng các ống thông chuyên dụng để đưa thuốc cản quang vào trong lòng động mạch vành, qua đó hiển thị hình ảnh của hệ động mạch vành trên màn hình tăng sáng, và chỉ định điều trị mở bắc cầu động mạch vành được Bác sĩ chuyên khoa tim mạch đồng ý là cần thiết theo tập quán y khoa.

Mở bắc cầu động mạch vành theo định nghĩa nêu trên sẽ không bao gồm:

- a) Điều trị chỗ hẹp hoặc tắc động mạch vành bằng phương pháp thông mạch vành hoặc các phương pháp nong mạch vành qua ống thông nội mạch;
- b) Điều trị chỗ hẹp hoặc tắc động mạch vành bằng liệu pháp laser.

5. Bệnh phổi giai đoạn cuối

Khi Người được Bảo hiểm bị suy hô hấp mạn tính và có tất cả các tình trạng sau đây:

- a) Thử nghiệm FEV1 luôn luôn thấp hơn 01lít;
- b) Luôn cần liệu pháp ô xy hỗ trợ do tình trạng thiếu ô xy máu;
- c) Kết quả áp lực oxygen từng phần trong khí máu động mạch thấp hơn hay bằng 55mmHg; và
- d) Khó thở liên tục ngay cả khi nghỉ ngơi.

Bệnh phải được xác định bởi một Bác sĩ chuyên khoa hô hấp.

PHỤ LỤC 2: VÍ DỤ MINH HỌA VỀ ĐỒNG CHI TRẢ VÀ MỨC MIỄN THUỜNG

Ví dụ 1: minh họa cho trường hợp đồng chi trả đối với các quyền lợi không có Giới hạn phụ.

Người được Bảo hiểm tham gia chương trình bảo hiểm Toàn diện:

- Mệnh giá Bảo hiểm là 1 tỷ đồng.
- Áp dụng tỷ lệ đồng chi trả 20% đối với quyền lợi Điều trị nội trú.
- Người được Bảo hiểm bị Ung thư (không xét đến quyền lợi nhân đôi Mệnh giá Bảo hiểm trong ví dụ này) và tiến hành điều trị qua các đợt và được chi trả như sau:

Đơn vị: đồng

Đợt điều trị	Tổng chi phí điều trị ^(*)	Người được Bảo hiểm chi trả	Chubb Life chi trả
Đợt 1	400 triệu	80 triệu (đồng chi trả)	320 triệu
Đợt 2	500 triệu	100 triệu (đồng chi trả)	400 triệu
Đợt 3	600 triệu	320 triệu gồm - 120 triệu (đồng chi trả) và - 200 triệu (số tiền vượt hạn mức tối đa)	- Số tiền còn lại sau khi trừ đồng chi trả là 480 triệu (600 triệu - 120 triệu). - Chubb Life sẽ thanh toán đến Mệnh giá Bảo hiểm là 1 tỷ, nên trong đợt điều trị này Chubb Life sẽ trả tối đa là 280 triệu. - Người được Bảo hiểm sẽ thanh toán thêm số tiền còn lại vượt hạn mức tối đa là 480 triệu - 280 triệu = 200 triệu.
Tổng cộng	1,5 tỷ	500 triệu	1 tỷ (Mệnh giá Bảo hiểm)

Ví dụ 2: minh họa cho đồng chi trả đối với các quyền lợi có Giới hạn phụ.

Người được Bảo hiểm tham gia chương trình bảo hiểm Toàn diện:

- Mệnh giá Bảo hiểm là 01 tỷ đồng.
- Áp dụng tỷ lệ đồng chi trả 20% đối với quyền lợi Điều trị nội trú.
- Giới hạn phụ Chi phí tiền giường điều trị là 05 triệu đồng/Ngày nằm viện, Người được Bảo hiểm điều trị và phát sinh Chi phí tiền giường điều trị là 06 triệu đồng/Ngày nằm viện. Minh họa số tiền Người được Bảo hiểm chi trả và số tiền Chubb Life chi trả như sau:

Chi phí tiền giường điều trị thực tế ^(*)	Giới hạn phụ Chi phí tiền giường điều trị	Số tiền Người được Bảo hiểm tự chi trả	Số tiền Chubb Life chi trả
06 triệu đồng/Ngày nằm viện	05 triệu đồng/Ngày nằm viện	02 triệu đồng ⁽¹⁾	04 triệu đồng ⁽²⁾

⁽¹⁾ Giới hạn phụ cho Chi phí tiền giường điều trị là 05 triệu đồng/Ngày nằm viện nên Chubb Life sẽ thanh toán tối đa 05 triệu đồng, phần vượt Giới hạn phụ là 01 triệu đồng sẽ được Người được Bảo hiểm thanh

toán. Đồng thời, Điều trị nội trú áp dụng tỷ lệ đồng chi trả 20% trên tổng 05 triệu đồng là 01 triệu đồng, nên Người được Bảo hiểm cũng phải tự thanh toán số tiền này. Tổng cộng số tiền mà Người được Bảo hiểm sẽ thanh toán là 02 triệu đồng.

(2) Chubb Life sẽ thanh toán 04 triệu đồng là 80% của Giới hạn phụ của Chi phí giường điều trị.

Ví dụ 3: minh họa cho mức miễn thường

Người được Bảo hiểm tham gia chương trình bảo hiểm Toàn diện:

- Mệnh giá Bảo hiểm là 01 tỷ đồng.
- Áp dụng mức miễn thường đối với quyền lợi Điều trị nội trú cho chương trình bảo hiểm Toàn diện là 15 triệu đồng/Năm hợp đồng.
- Người được Bảo hiểm bị Ung thư và tiến hành điều trị qua các đợt và được chi trả như sau:

Đơn vị: đồng

Đợt điều trị	Tổng chi phí điều trị(*)	Người được Bảo hiểm chi trả	Chubb Life chi trả
Đợt 1	400 triệu	15 triệu (mức miễn thường)	$400 - 15 = 385$ triệu
Đợt 2	500 triệu	0 triệu	500 triệu
Đợt 3	300 triệu	185 triệu (số tiền vượt quá giới hạn trong Năm hợp đồng)	115 triệu - Chubb sẽ thanh toán đến Mệnh giá Bảo hiểm là 1 tỷ nên trong đợt điều trị này Chubb sẽ chi trả tối đa là 115 triệu. - Số tiền còn lại $300 - 115 = 185$ triệu sẽ được chi trả bởi Người được Bảo hiểm.
Tổng cộng	1,2 tỷ	200 triệu	1 tỷ (Mệnh giá Bảo hiểm)

(*) Giả định là các chi phí điều trị trên là Chi phí y tế thực tế.