



QUY TẮC BẢO HIỂM
BẢO VIỆT TÂM BÌNH

Tâm vững bước. Bình yên phía trước

QUY TẮC BẢO HIỂM

BẢO VIỆT TÂM BÌNH

Ban hành kèm theo Quyết định số 968/QĐ-BHBV ngày 10/03/2022
của Tổng Giám đốc Tổng Công ty Bảo hiểm Bảo Việt

Nội dung

CHƯƠNG I: Định nghĩa	2
CHƯƠNG II: Phạm vi bảo hiểm	9
CHƯƠNG III: Các điểm loại trừ chung	12
CHƯƠNG IV: Quy định chung	15
CHƯƠNG V: Thủ tục bồi thường	19
PHỤ LỤC I: Danh mục bệnh lý/tình trạng nghiêm trọng	21
PHỤ LỤC II: Danh mục phẫu thuật đặc biệt	22
PHỤ LỤC III: Bảng tỷ lệ trả tiền thương tật vĩnh viễn	23

CHƯƠNG I ĐỊNH NGHĨA

1. Công ty Bảo hiểm: Là Tổng Công ty Bảo hiểm Bảo Việt (Bảo hiểm Bảo Việt) được thành lập và hoạt động theo pháp luật Việt Nam. Bảo hiểm Bảo Việt có các quyền và nghĩa vụ được nêu trong Hợp đồng bảo hiểm và bị ràng buộc bởi các điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm.

2. Người được bảo hiểm: Là tổ chức/cá nhân được Bảo hiểm Bảo Việt chấp nhận bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc như ghi trong danh sách Người được bảo hiểm đính kèm Hợp đồng bảo hiểm/Sửa đổi bổ sung.

Người được bảo hiểm có thể đồng thời là người thụ hưởng.

3. Bên mua bảo hiểm: Theo Quy tắc bảo hiểm này, Bên mua bảo hiểm là tổ chức, cá nhân giao kết hợp đồng bảo hiểm với Bảo hiểm Bảo Việt và đóng phí bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm có thể đồng thời là người được bảo hiểm hoặc người thụ hưởng. Bên mua bảo hiểm phải có quyền lợi có thể được bảo hiểm theo quy định của pháp luật.

Bên mua bảo hiểm chỉ có thể bao gồm:

- Bố/mẹ của người được bảo hiểm;
- Người giám hộ hợp pháp cho những Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi;
- Vợ/chồng, con của Người được bảo hiểm từ 18 tuổi trở lên;
- Bản thân Người được bảo hiểm từ 18 tuổi trở lên;
- Anh, chị, em ruột của Người được bảo hiểm từ 18 tuổi trở lên;
- Người có quan hệ nuôi dưỡng và cấp dưỡng hợp pháp với Người được bảo hiểm;
- Người khác, nếu Bên mua bảo hiểm có quyền lợi có thể được bảo hiểm.

4. Người thụ hưởng: Người thụ hưởng là tổ chức, cá nhân được bên mua bảo hiểm chỉ định để nhận tiền bảo hiểm theo hợp đồng bảo hiểm. Trường hợp không có chỉ định người thụ hưởng, Bảo hiểm Bảo Việt sẽ giải quyết theo các quy định về Thừa kế theo Bộ Luật Dân sự.

Người thụ hưởng được ghi tên trong Giấy yêu cầu bảo hiểm, Giấy yêu cầu bồi thường và Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

5. Hợp đồng bảo hiểm: Là sự thỏa thuận bằng văn bản giữa Bảo hiểm Bảo Việt và Bên mua bảo hiểm, theo đó Bên mua bảo hiểm phải đóng phí bảo hiểm, Bảo hiểm Bảo Việt phải chi trả quyền lợi bảo hiểm cho Người được bảo hiểm hoặc người thụ hưởng khi xảy ra sự kiện bảo hiểm.

Bộ hợp đồng bảo hiểm bao gồm:

- Giấy yêu cầu bảo hiểm của Bên mua bảo hiểm;
- Hợp đồng bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm do Bảo hiểm Bảo Việt phát hành;
- Quy tắc bảo hiểm;
- Các Sửa đổi bổ sung, phụ lục điều chỉnh (nếu có);
- Các giấy tờ hợp lệ khác được xác nhận hoặc chấp nhận bởi Bảo hiểm Bảo Việt.

6. Số tiền bảo hiểm: Là hạn mức trách nhiệm của Bảo hiểm Bảo Việt đối với Người được bảo hiểm theo từng quyền lợi bảo hiểm trong suốt thời hạn bảo hiểm và được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm.

7. Giới hạn phụ: Là giới hạn bồi thường tối đa cho mỗi hạng mục được quy định chi tiết trong Bảng quyền lợi bảo hiểm. Trong mọi trường hợp, tổng số tiền bồi thường các giới hạn phụ chi tiết không vượt quá Số tiền bảo hiểm tối đa của mỗi Quyền lợi.

8. Thời hạn bảo hiểm: Thời hạn bảo hiểm là một (01) năm và được ghi cụ thể trên Hợp đồng bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm.

9. Ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm:

Đối với trường hợp tham gia mới: Ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm là ngày có hiệu lực đầu tiên của Hợp đồng bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm với điều kiện Người được bảo hiểm vẫn còn sống vào thời điểm hồ sơ yêu cầu bảo hiểm được Bảo hiểm Bảo Việt chấp nhận.

Đối với trường hợp tham gia tái tục: Ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm là ngày kế tiếp ngày kết thúc hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm hiện tại với điều kiện Người được bảo hiểm vẫn còn sống vào thời điểm được Bảo hiểm Bảo Việt chấp nhận tái tục bảo hiểm.

Ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm được ghi trên Hợp đồng bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm.

10. Ngày kết thúc hiệu lực bảo hiểm: Là ngày có hiệu lực cuối cùng của Hợp đồng bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm nếu hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực đến thời điểm đó. Ngày kết thúc hiệu lực bảo hiểm được ghi trên Hợp đồng bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm.

11. Hiệu lực bảo hiểm: Hiệu lực bảo hiểm bắt đầu từ 00h01 Ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm và kết thúc vào 23h59 Ngày kết thúc hiệu lực bảo hiểm ghi trên Hợp đồng bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm. Hiệu lực bảo hiểm được duy trì liên tục khi Bên mua bảo hiểm đóng phí đầy đủ và đúng hạn cho thời hạn bảo hiểm tiếp theo được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm.

12. Thời gian chờ: Là thời gian mà các quyền lợi bảo hiểm có 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. Thời gian chờ được tính kể từ Ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm. Đối với các Hợp đồng bảo hiểm tái tục, thời gian chờ được tính từ Ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm của hợp đồng bảo hiểm năm đầu tiên.

13. Tai nạn: Là bất kỳ sự kiện bất ngờ hay không lường trước, gây ra bởi một lực/tác nhân có thể nhìn thấy được từ bên ngoài lên thân thể Người được bảo hiểm và xảy ra trong thời hạn bảo hiểm, là nguyên nhân trực tiếp dẫn đến thương tật thân thể hoặc tử vong cho Người được bảo hiểm và xảy ra ngoài sự kiểm soát, ý định của Người được bảo hiểm.

Theo quy tắc này, Bảo hiểm Bảo Việt đồng ý tai nạn có bao gồm sự kiện ngộ độc thức ăn, đồ uống hoặc hít phải hơi độc, khí độc, chất độc, khí gas một cách bất ngờ ngẫu nhiên và không lường trước với điều kiện tai nạn này không phát sinh do sự cố ý của người được bảo hiểm.

14. Thương tật thân thể/Tổn thương thân thể: Là thương tật về mặt thân thể mà Người được bảo hiểm phải chịu có nguyên nhân trực tiếp, duy nhất do tai nạn và độc lập với các nguyên nhân khác trong thời hạn bảo hiểm.

15. Thương tật bộ phận vĩnh viễn: Là các tổn thương thân thể do tai nạn gây ra làm cho Người được bảo hiểm vĩnh viễn mất đi chức năng hoạt động của một hay nhiều bộ phận cơ thể do hậu quả của việc bị cắt cụt (mất) hoặc liệt hoàn toàn và vĩnh viễn bộ phận đó.

Thương tật bộ phận vĩnh viễn chỉ được xác định sau khi điều trị tổn thương thân thể gây ra thương tật đó đã kết thúc. Trong trường hợp thương tật bộ phận vĩnh viễn chưa được xác định ngay sau khi kết thúc việc điều trị tổn thương thân thể, thương tật đó được coi là thương tật bộ phận vĩnh viễn nếu nó diễn biến kéo dài trong vòng một trăm linh tư (104) tuần liên tục kể từ ngày kết thúc điều trị. Bảo hiểm Bảo Việt chỉ bảo hiểm cho các Thương tật bộ phận vĩnh viễn được liệt kê trong Phụ lục III – Bảng tỷ lệ trả tiền thương tật vĩnh viễn đính kèm.

16. Thương tật toàn bộ vĩnh viễn: Là các tổn thương thân thể do tai nạn gây ra làm cho Người được bảo hiểm bị cản trở hoàn toàn khi tham gia vào công việc của người đó hay bị mất hoàn toàn khả năng lao động trong bất kỳ loại lao động nào, kéo dài một trăm linh tư (104) tuần liên tục kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm và không hy vọng vào sự tiến triển của thương tật đó.

Thương tật toàn bộ vĩnh viễn chỉ được xác định sau khi điều trị tổn thương thân thể gây ra thương tật đó đã kết thúc.

Bảo hiểm Bảo Việt chỉ bảo hiểm cho Thương tật toàn bộ vĩnh viễn được liệt kê trong Phụ lục III – Bảng tỷ lệ trả tiền thương tật vĩnh viễn đính kèm.

Quyền lợi Tử vong/Thương tật toàn bộ vĩnh viễn được chi trả một (01) lần trong suốt cuộc đời Người được bảo hiểm.

17. Các hoạt động thể thao chuyên nghiệp: Là các hoạt động thể thao mang lại nguồn thu nhập sống chính và thường xuyên cho Người được bảo hiểm.

18. Các hoạt động thể thao nguy hiểm: Là các hoạt động trên không (trừ khi với tư cách là hành khách trên máy bay thương mại có giấy phép chở khách), các môn thể thao mùa đông, môn thể thao bay lượn, săn bắn, hockey trên băng, nhảy dù, đấu vật, môn bóng ngựa, môn lướt ván, bơi thuyền buồm cách xa bờ năm (05) km, bất kỳ hoạt động đua nào.

19. Bệnh: Bệnh là tình trạng cơ thể có dấu hiệu của một bệnh lý khác với tình trạng sức khỏe bình thường, mà cần thiết phải điều trị (không bao gồm tình trạng liên quan đến thai sản và nha khoa).

20. Bệnh có sẵn, Thương tật/tàn tật có sẵn: Là bệnh/thương tật/tàn tật có từ trước ngày bắt đầu được nhận bảo hiểm theo hợp đồng bảo hiểm và là bệnh/thương tật/tàn tật mà Người được bảo hiểm:

- Đã phải điều trị trong vòng ba (03) năm trước ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm; và/hoặc
- Là bất cứ tình trạng sức khỏe đã được chẩn đoán; triệu chứng bệnh/thương tật/tàn tật đã xảy ra hoặc đã xuất hiện trước ngày ký hợp đồng mà Người được bảo hiểm đã biết hoặc ý thức được cho dù Người được bảo hiểm có thực sự khám, điều trị hay không.

21. Bệnh đặc biệt: Theo Quy tắc bảo hiểm này, những bệnh sau đây được hiểu là bệnh đặc biệt:

Bệnh hệ thần kinh	Viêm hệ thần kinh trung ương (não), teo hệ thống ảnh hưởng lên hệ thần kinh trung ương, rối loạn vận động ngoài tháp (Parkinson, rối loạn trương lực cơ, rối loạn vận động và ngoại tháp khác), Alzheimer, hội chứng Apallie, hội chứng mất trí nhớ, hôn mê, các bệnh bại não và hội chứng liệt khác.
Bệnh hệ hô hấp	Suy phổi, tràn khí màng phổi, phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD).
Bệnh hệ tuần hoàn	Bệnh của tim, tăng huyết áp, các bệnh của mạch máu não hoặc đột quy và các hậu quả hoặc di chứng của các bệnh này.
Bệnh hệ tiêu hóa	Viêm gan A, Viêm gan B, Viêm gan C, xơ gan, suy gan, sỏi mật.
Bệnh hệ tiết niệu	Bệnh của cầu thận, bệnh của ống thận, sỏi thận, sỏi niệu quản, sỏi đường tiết niệu dưới, suy thận, hội chứng thận hư.
Bệnh hệ nội tiết	Rối loạn tuyến giáp, đái tháo đường và rối loạn nội tiết tuyến tụy, bệnh của tuyến thượng thận, rối loạn các tuyến nội tiết khác.
Bệnh khối U	Khối U/bướu lành tính các loại.
Bệnh của máu	Rối loạn đông máu, rối loạn chức năng của bạch cầu hạt trung tính, bệnh liên quan mô bạch huyết và hệ thống mô bào, ghép tủy.
Bệnh của da và mô liên kết	Lupus ban đỏ, xơ cứng bì toàn thể, xơ cứng rải rác, xơ cứng bì toàn thể tiến triển/cột bên teo cơ, loạn dưỡng cơ và biến chứng của các bệnh này, Pemphigus, vẩy nến, mề đay dị ứng mãn tính (có điều trị bằng kháng nguyên của nước ngoài).

22. Bệnh di truyền: Là bất kỳ bệnh nào xuất hiện ở những người có cùng huyết thống hay sự chuyển những bệnh lý của bố, mẹ cho con cái thông qua gen của bố, mẹ và/hoặc được truyền từ đời này sang đời khác, từ thế hệ này sang thế hệ khác trong những người có cùng huyết thống bao gồm cả di truyền đột biến gen lặn. Việc xác định bệnh di truyền phải do bác sỹ thực hiện.

23. Bệnh bẩm sinh/dị tật bẩm sinh: Là bất kỳ bệnh/dị tật nào được hình thành trên thai nhi trong quá trình mang thai của người mẹ dưới tác động của yếu tố môi trường lên sự phát triển của thai nhi. Bệnh/dị tật bẩm sinh có thể được phát hiện trong quá trình mang thai, sinh con của người mẹ hoặc trong quá trình phát triển của người được bảo hiểm. Việc xác định bệnh/dị tật bẩm sinh phải do bác sỹ thực hiện.

24. Bệnh viện: Là một cơ sở khám, chữa bệnh được thành lập và hoạt động hợp pháp tại Việt Nam. Cơ sở khám, chữa bệnh đó phải được cấp phép như một Bệnh viện theo quy định của pháp luật Việt Nam và:

- Có khả năng và phương tiện chẩn đoán, điều trị và phẫu thuật;
- Có điều kiện thuận lợi cho việc điều trị nội trú và có hệ thống theo dõi sức khỏe hàng ngày cho các bệnh nhân điều trị nội trú;
- Không phải là nơi để an dưỡng phục hồi sức khỏe hoặc là nơi đặc biệt nhằm mục đích duy nhất phục vụ cho người già, dưỡng lão; nuôi dưỡng người tàn tật/không nơi nương tựa/lang thang cơ nhỡ; hoặc giúp đỡ cai nghiện rượu, thuốc phiện, ma túy, các chất kích thích; hoặc để điều trị rối loạn tâm thần, điều trị bệnh phong; hoặc nơi điều trị sỏi khoáng, xông hơi, massage.

25. Bệnh viện công: Là cơ sở y tế do Cơ quan nhà nước có thẩm quyền thành lập và quản lý theo quy định của pháp luật, có tư cách pháp nhân, con dấu, tài khoản và tổ chức bộ máy kế toán theo quy định của pháp luật để thực hiện nhiệm vụ cung cấp dịch vụ công hoặc phục vụ quản lý nhà nước trong các lĩnh vực chuyên môn khám chữa bệnh.

26. Phòng khám: Là cơ sở khám, chữa bệnh ngoại trú hoạt động hợp pháp theo quy định của pháp luật Việt Nam (có giấy phép kinh doanh hợp lệ, con dấu riêng và chứng chỉ hành nghề của từng cá nhân trong phòng khám), có khả năng và phương tiện khám bệnh, chẩn đoán, điều trị hoặc phẫu thuật. Định nghĩa này không bao gồm phòng mạch bác sỹ tư. Các chứng từ như hóa đơn/biên lai/phiếu thu phát sinh tại phòng khám phải tuân thủ theo quy định của Bộ Tài chính.

27. Hệ thống bảo lãnh viện phí: Là hệ thống các bệnh viện/phòng khám có ký kết thỏa thuận cung cấp dịch vụ bảo lãnh với Bảo hiểm Bảo Việt. Người được bảo hiểm khi khám và điều trị tại những cơ sở này sẽ được Bảo hiểm Bảo Việt bảo lãnh thanh toán các chi phí phát sinh thuộc phạm vi bảo hiểm và theo hạn mức quy định trong Hợp đồng bảo hiểm. Người được bảo hiểm phải tự chi trả cho những chi phí vượt quá mức trách nhiệm đã tham gia trong Hợp đồng bảo hiểm tại thời điểm điều trị. Danh sách này có thể thay đổi và được cập nhật thường xuyên trên website chính thức của Bảo hiểm Bảo Việt.

28. Điều trị y tế: Là việc sử dụng phương pháp chuyên môn kỹ thuật đã được công nhận và thuốc đã được cấp phép lưu hành theo chỉ định của bác sỹ với mục đích duy nhất là chữa trị hoặc làm giảm nhẹ tình trạng bệnh/thương tật.

29. Điều trị nội trú (Nằm viện): Là việc Người được bảo hiểm phải lưu trú tại bệnh viện ít nhất là hai mươi tư (24) giờ để điều trị bệnh/tai nạn/thai sản thuộc phạm vi bảo hiểm. Đơn vị ngày nằm viện sẽ được tính bằng hai mươi tư (24) giờ. Trường hợp giờ vào viện và giờ ra viện không được thể hiện trên Giấy ra viện hoặc Giấy xuất viện thì số ngày nằm viện sẽ được xác định bằng ngày ra viện trừ ngày vào viện.

Trường hợp Người được bảo hiểm lưu trú tại bệnh viện để thực hiện xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, nội soi và các thủ thuật chỉ nhằm mục đích chẩn đoán bệnh mà không phát sinh điều trị nội trú như định nghĩa không được coi là điều trị nội trú (nằm viện).

30. Tiền phòng và giường: Là các chi phí tiền phòng, giường cho Người được bảo hiểm nằm điều trị. Trường hợp Người được bảo hiểm sử dụng phòng từ hai (02) giường bệnh trở lên, Bảo hiểm Bảo Việt chỉ chi trả chi phí cho một (01) giường bệnh phục vụ cho Người được bảo hiểm.

31. Phẫu thuật: Là một phương pháp khoa học để điều trị thương tật, bệnh, thai sản được thực hiện bởi những phẫu thuật viên có bằng cấp thông qua những ca mổ bằng tay với các dụng cụ y tế hoặc bằng thiết bị y tế trong một bệnh viện, bao gồm mổ phanh, mổ nội soi, mổ bằng tia laser, tiểu phẫu, thủ thuật điều trị với điều kiện Người được bảo hiểm lưu trú tại viện từ hai mươi tư (24) giờ trở lên.

Theo đó, Phẫu thuật được phân loại như sau:

- Phẫu thuật đặc biệt: là phẫu thuật được liệt kê theo Phụ lục II – Danh mục phẫu thuật đặc biệt đính kèm Quy tắc bảo hiểm
- Phẫu thuật sinh con
- Các loại thủ thuật điều trị, tiểu phẫu
- Phẫu thuật khác

32. Bác sỹ: Là người được phép hành nghề hợp pháp, được luật pháp Việt Nam công nhận, và đang điều trị, hành nghề trong phạm vi giấy phép được cấp và trong phạm vi chuyên ngành đào tạo của mình. Một bác sỹ có thể là một bác sỹ chuyên khoa hay cố vấn y tế.

Định nghĩa về bác sỹ không bao gồm những người sau đây:

- Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm;
- Thành viên gia đình trực hệ của Người được bảo hiểm hoặc Bên mua bảo hiểm (ông nội, bà nội, ông ngoại, bà ngoại, bố đẻ, mẹ đẻ, bố/mẹ vợ, bố/mẹ chồng, bố/mẹ nuôi hợp pháp, vợ, chồng, con đẻ, con nuôi hợp pháp, anh/chị/em ruột), người giám hộ hợp pháp, người thụ hưởng.

33. Thuốc kê theo đơn của bác sỹ: Là những thuốc được bán và sử dụng theo chỉ định của Bác sỹ với mục đích điều trị bệnh/ thương tật/tàn tật và theo quy định của pháp luật.

34. Bộ phận giả/thiết bị y tế hỗ trợ điều trị:

Bộ phận giả: Là các bộ phận/thiết bị/chất liệu được làm giả/nhân tạo để thay thế cho các bộ phận của cơ thể.

Các bộ phận/thiết bị y tế hỗ trợ điều trị được định nghĩa như sau:

- Các bộ phận/thiết bị y tế được đặt/cấy/trồng vào bất cứ một bộ phận nào của cơ thể để hỗ trợ cho chức năng hoạt động của bộ phận đó: bộ máy tạo nhịp tim và phá rung, ống thông, lưới lọc, lưới thoát vị, lưới titanium 3D, cement (xi-măng) cột sống/đốt sống, miếng ghép cột sống/đốt sống, màng tái tạo mô, màng sinh học, chốt/trụ implant, nẹp có lõi cầu bằng titan, nẹp/vis bằng hợp kim, tấm nâng trực tràng, stent, van tim, chốt treo, lưới nâng (mesh), và các bộ phận/thiết bị tương tự.
- Các bộ phận/thiết bị y tế có tính chất đặc thù/chỉ sử dụng riêng cho từng loại hình điều trị hoặc phẫu thuật/sử dụng một lần và không khấu hao: dao plasma, tay dao coblator, dao hummer, dao bào phẫu thuật khớp, dao cắt sụn, lưới bào, dao siêu âm, catheter các loại, dao harmonic mổ hở/nội soi, hệ thống robot, bóng nong, rọ tán sỏi, lưỡi shaver, trocar, đầu đốt, dây dẫn, và các bộ phận/thiết bị tương tự.
- Các bộ phận/thiết bị y tế có tác dụng hỗ trợ chức năng vận động hoặc các chức năng khác của cơ thể như: nạng, nẹp (trừ nẹp bột), xe lăn, máy trợ thính, kính thuốc, máy hỗ trợ tim, và các bộ phận/thiết bị tương tự.
- Các dụng cụ chỉnh hình mang tính chất thẩm mỹ khác.

35. Biến chứng thai sản: Là tình trạng bất thường của bào thai, biến chứng do nguyên nhân tai nạn, bệnh lý phát sinh trong quá trình mang thai của người được bảo hiểm (nhưng không phải là việc điều trị vô sinh, sinh non, sinh nở) phải điều trị theo chỉ định của bác sỹ. Biến chứng thai sản bao gồm các trường hợp sau:

- Sảy thai (không bao gồm dọa sảy thai) hoặc thai nhi tử vong trong tử cung (thai lưu);
- Mang thai trứng nước;
- Thai ngoài tử cung;
- Băng huyết sau khi sinh;
- Sốt nhau thai trong tử cung sau khi sinh;
- Phá thai điều trị bao gồm trường hợp phá thai do các bệnh lý di truyền/dị tật bẩm sinh của thai nhi hoặc phải phá thai để bảo vệ tính mạng của người mẹ;
- Dọa sinh non đối với thai từ tuần thứ hai mươi hai (22) đến tuần thứ ba mươi lăm (35) của thai kỳ;
- Biến chứng của các nguyên nhân trên.

36. Vật tư y tế: Là khái niệm quy ước chỉ các loại vật tư dùng trong chẩn đoán, điều trị và chăm sóc bệnh nhân, bao gồm: vật tư tiêu hao; dụng cụ y tế; hóa chất, sinh phẩm xét nghiệm, thiết bị y tế.

37. Chi phí y tế thực tế: Là những chi phí hợp lý và cần thiết về mặt y tế, theo chỉ định của bác sỹ điều trị, phát sinh khi Người được bảo hiểm phải điều trị bệnh, tai nạn hoặc thai sản mà việc điều trị này thuộc phạm vi bảo hiểm.

38. Chi phí thông lệ và hợp lý: Là những chi phí y tế cần thiết không vượt quá mức chi phí chung của các nhà cung cấp dịch vụ y tế có cùng mức độ trong phạm vi địa lý của hợp đồng/nơi phát sinh những chi phí đó, khi cung cấp các dịch vụ điều trị tương đương hoặc mức độ điều trị, dịch vụ, việc cung cấp dịch vụ đối với bệnh tật hay tình trạng tương tự.

39. Đồng chi trả: Là số tiền theo tỷ lệ mà Bảo hiểm Bảo Việt, Người được bảo hiểm cùng chi trả trên chi phí thuộc phạm vi bảo hiểm. Đồng chi trả được tính theo tỷ lệ phần trăm (%) trên tổng chi phí y tế thực tế phát sinh thuộc phạm vi bảo hiểm hoặc trên các mức giới hạn phụ của các quyền lợi bảo hiểm liên quan, tùy số tiền nào thấp hơn thì được áp dụng.

40. Phương tiện giao thông công cộng: Trong phạm vi quy tắc bảo hiểm này, phương tiện giao thông công cộng gồm: xe lửa (tàu hỏa), máy bay thương mại, xe buýt, xe taxi, phà, tàu đệm khí, tàu cánh ngầm, tàu thủy, xe điện, tàu điện ngầm, hoặc các phương tiện công cộng khác do người vận chuyển có giấy phép vận chuyển hành khách thông thường cung cấp.

41. Cấy ghép nội tạng: Là việc phẫu thuật để cấy ghép các cơ quan như tim, phổi, gan, tuyến tụy, thận, bao gồm cả tủy xương cho Người được bảo hiểm, được tiến hành tại một bệnh viện và được thực hiện bởi một bác sỹ có bằng cấp được phép thực hiện loại phẫu thuật này.

42. Điều trị ngoại trú: Là việc Người được bảo hiểm điều trị tại một bệnh viện/phòng khám như định nghĩa nhưng không nằm viện.

Điều trị ngoại trú bao gồm cả việc:

- Người được bảo hiểm nằm viện thực hiện xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, nội soi và các thủ thuật chỉ nhằm mục đích chẩn đoán bệnh mà không điều trị
- Người được bảo hiểm điều trị trong ngày

43. Điều trị trong ngày: Là việc Người được bảo hiểm nhập viện để điều trị (bao gồm cả phẫu thuật) bệnh/tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, có phát sinh chi phí giường bệnh nhưng không lưu trú tại bệnh viện đủ hai mươi tư (24) giờ hoặc không lưu trú qua đêm tại bệnh viện.

44. Lần khám/lần điều trị: Là một lần người bệnh được bác sỹ thăm khám lâm sàng, thực hiện các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, phẫu thuật ngoại trú hay các thủ thuật thăm dò khác, và sử dụng thuốc điều trị theo chỉ định của bác sỹ, tại cùng một bệnh viện/phòng khám nhằm mục đích chẩn đoán bệnh/tai nạn và điều trị. Cụ thể:

- Trường hợp nhiều bác sỹ chuyên khoa cùng hội chẩn trước một người bệnh theo quy chế bệnh viện được tính là một lần khám/điều trị;

- Trường hợp người bệnh khám một chuyên khoa nhiều lần trong ngày được tính là một lần khám/điều trị;
- Trường hợp người bệnh phải khám thêm một số chuyên khoa khác (dù có chỉ định của bác sỹ hay không) trong cùng một bệnh viện/phòng khám, trong một ngày được tính là một lần khám/điều trị;
- Trường hợp người bệnh khám/xét nghiệm ngày đầu tiên nhưng chưa có kết luận bệnh của bác sỹ, được bác sỹ chỉ định khám/xét nghiệm thêm một số mục ở ngày tiếp theo được tính là một lần khám/điều trị;
- Trong trường hợp người bệnh khám và điều trị tại một bệnh viện/phòng khám, nhưng được chỉ định làm xét nghiệm/chẩn đoán hình ảnh ở bệnh viện/phòng khám khác thì tất cả chỉ tính là một lần khám/điều trị.

45. Vật lý trị liệu: Là phương pháp trị liệu thần kinh cột sống, phục hồi chức năng, trị liệu học bức xạ, liệu pháp ánh sáng, và các phương pháp điều trị tương tự khác theo chỉ định của bác sỹ điều trị tại các bệnh viện/phòng khám và theo giới hạn phụ quy định trong hợp đồng bảo hiểm nhằm chữa trị để phục hồi chức năng của các bộ phận cơ thể nhằm giúp người bệnh có thể thực hiện được tối đa các chức năng của cơ thể do khiếm khuyết hoặc giảm do giảm chức năng gây nên.

46. Tuổi được bảo hiểm: Là tuổi của Người được bảo hiểm vào ngày có hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm, được tính theo lần sinh nhật liền trước ngày Hợp đồng có hiệu lực.

47. Thai sản: Thai sản là quá trình thai nghén từ khi hình thành thai nhi đến khi sinh đẻ. Trong phạm vi quy tắc bảo hiểm này, thai sản bao gồm việc sinh con và biến chứng thai sản.

48. Thẻ bảo lãnh: Là thẻ do Bảo hiểm Bảo Việt cung cấp cho Người được bảo hiểm và cần xuất trình với cơ sở y tế khi người được bảo hiểm điều trị, phẫu thuật tại cơ sở y tế đó và để sử dụng dịch vụ bảo lãnh.

49. Tàn tật toàn bộ vĩnh viễn: Là tình trạng sức khỏe khi Người được bảo hiểm bị liệt hoàn toàn cơ thể hoặc hôn mê, không thể phục hồi được và kéo dài ít nhất 104 tuần liên tục (kể từ ngày kết thúc điều trị), khiến Người được bảo hiểm không thể tự thực hiện được bất kỳ nhu cầu cá nhân/xã hội/công việc nào. Tình trạng sức khỏe này được xác định dựa trên kết luận của cơ quan chuyên môn liên quan.

Quyền lợi Tử vong/Thương tật vĩnh viễn/Tàn tật toàn bộ vĩnh viễn được chi trả một (01) lần trong suốt cuộc đời Người được bảo hiểm.

50. Nhân viên: Là người lao động của Bên mua bảo hiểm, có hợp đồng lao động/hợp đồng thuê việc/các thỏa thuận lao động được pháp luật công nhận với Bên mua bảo hiểm.

51. Người phụ thuộc: Là vợ/chồng hợp pháp, con của nhân viên (bao gồm con ruột, con riêng của vợ hoặc chồng nếu cùng địa chỉ với nhân viên, con nuôi hợp pháp) có độ tuổi từ mười lăm (15) ngày tuổi đến mười tám (18) tuổi hoặc đến hai mươi tư (24) tuổi nếu đang theo học các khóa học dài hạn toàn thời gian, chưa kết hôn và sống phụ thuộc vào Nhân viên được bảo hiểm kể từ ngày hiệu lực bảo hiểm hoặc ngày tái tục bảo hiểm tiếp theo. Người phụ thuộc chỉ được tham gia chương trình tương đương hoặc thấp hơn chương trình của Nhân viên. Tất cả những người phụ thuộc đủ điều kiện tham gia phải có tên trong Danh sách người được bảo hiểm.

CHƯƠNG II: PHẠM VI BẢO HIỂM

ĐIỀU 1 - QUYỀN LỢI BẢO HIỂM CHÍNH – NẪM VIỆN VÀ PHẪU THUẬT NỘI TRÚ DO BỆNH, TAI NẠN, THAI SẢN

1.1 Nằm viện do bệnh, tai nạn, thai sản: Trường hợp Người được bảo hiểm phải nằm viện, Bảo hiểm Bảo Việt sẽ thanh toán cho Người được bảo hiểm những chi phí về dịch vụ y tế hay thuốc theo chỉ định của bác sĩ, phát sinh cần thiết và hợp lý do bệnh, tai nạn, thai sản thuộc phạm vi bảo hiểm xảy ra trong thời hạn bảo hiểm trừ những điểm loại trừ quy định tại Chương III, bao gồm các chi phí sau:

- (i) Chi phí phòng và giường, suất ăn theo tiêu chuẩn tại bệnh viện;
- (ii) Chi phí phòng chăm sóc đặc biệt; điều trị cấp cứu;
- (iii) Chi phí máu, huyết tương;
- (iv) Chi phí thuốc điều trị và sử dụng trong khi nằm viện; truyền máu, ô xy, huyết thanh, quần áo bệnh viện;
- (v) Chi phí băng, nẹp bột;
- (vi) Chi phí tiêm truyền tĩnh mạch;
- (vii) Chi phí xét nghiệm hoặc chẩn đoán bằng hình ảnh như X-quang, MRI, CT, PET, siêu âm, nội soi. Các xét nghiệm này phải do bác sĩ chỉ định là cần thiết để đánh giá tình trạng bệnh và là một phần của chi phí điều trị nằm viện;
- (i) Chi phí vật tư y tế cần thiết được sử dụng trong quá trình người bệnh nằm viện;
- (ii) Chi phí sinh thường.

Tổng số ngày nằm viện điều trị được trả tiền bảo hiểm không vượt quá sáu mươi (60) ngày/năm và tổng số tiền được bồi thường không vượt quá số tiền bảo hiểm quy định của quyền lợi nằm viện do bệnh, tai nạn, thai sản.

1.2 Phẫu thuật do bệnh, tai nạn, thai sản: Bảo hiểm Bảo Việt sẽ chi trả cho Người được bảo hiểm các chi phí y tế liên quan đến một ca phẫu thuật như định nghĩa, gồm chi phí thuốc, vật tư y tế, các thiết bị cần thiết và hợp lý theo chỉ định của bác sĩ, chi phí phòng mổ, phẫu thuật viên, các chi phí gây mê, các chi phí hội chẩn trước khi mổ và hồi sức sau khi mổ, chi phí tái mổ, chi phí cấy ghép nội tạng, trừ những điểm loại trừ quy định tại Chương III.

1.3 Trợ cấp nằm viện: Bảo hiểm Bảo Việt chi trả số tiền trợ cấp khi Người được bảo hiểm điều trị tại bệnh viện công từ tuyến tỉnh trở lên (loại trừ các Khoa quốc tế/Khoa điều trị tự nguyện/Khoa điều trị theo yêu cầu) cho mỗi ngày nằm viện điều trị nội trú với điều kiện có Giấy ra viện (nội trú). Số tiền trợ cấp được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.
Quyền lợi này không áp dụng cho thai sản.

1.4. Chi phí khám trước khi nhập viện và sau khi xuất viện: Trước khi Người được bảo hiểm nhập viện, Bảo hiểm Bảo Việt chi trả các chi phí thăm khám, chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm, chi phí y tế cần thiết và liên quan trực tiếp đến bệnh, tai nạn của Người được bảo hiểm cần phải nằm viện/phẫu thuật ngay sau đó, và những chẩn đoán này là cơ sở trực tiếp để bác sĩ điều trị đưa ra chỉ định nhập viện để điều trị. Việc thăm khám, chẩn đoán như vậy không vượt quá ba mươi (30) ngày trước khi nhập viện điều trị và chỉ thanh toán cho một (01) lần gần nhất trước khi nhập viện. Khi kết thúc quá trình điều trị nội trú, Bảo hiểm Bảo Việt chi trả các chi phí y tế phát sinh ngay sau khi xuất viện theo chỉ định của bác sĩ điều trị nhưng tối đa không vượt quá ba mươi (30) ngày kể từ ngày Người được bảo hiểm xuất viện và liên quan trực tiếp đến việc điều trị nội trú trước đó. Những chi phí này bao gồm phí tái khám, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thuốc ngay sau khi xuất viện. Quyền lợi này không áp dụng cho thai sản.

1.5 Xe Cứu Thương: Là việc sử dụng xe cứu thương (không phải dịch vụ vận chuyển bằng đường hàng không) để đưa Người được bảo hiểm từ nơi xảy ra sự cố đến các bệnh viện hoặc phòng khám gần nhất hoặc từ bệnh viện/phòng khám này đến bệnh viện/phòng khám khác có các phương tiện

y tế hợp lý theo chỉ định bác sỹ điều trị với điều kiện Người được bảo hiểm đang trong tình trạng bệnh/tai nạn nguy kịch ảnh hưởng đến tính mạng và việc điều trị không thể thực hiện tại các địa điểm xảy ra sự cố này.

Quyền lợi này không áp dụng cho thai sản.

1.6. Hỗ Trợ Giáo Dục: Trường hợp người được bảo hiểm bị tử vong do tai nạn khi tham gia trên các phương tiện giao thông công cộng hoặc tử vong do mắc bệnh quy định tại Phụ lục I kèm theo Quy tắc này (trừ những điểm loại trừ quy định tại Chương III Quy tắc này), Bảo hiểm Bảo Việt sẽ chi trả một lần cho người được bảo hiểm số tiền để hỗ trợ giáo dục tối đa cho hai (02) con theo quy định trong Bảng quyền lợi bảo hiểm.

ĐIỀU 2 – CÁC QUYỀN LỢI BẢO HIỂM BỔ SUNG

Các quyền lợi bảo hiểm bổ sung chỉ được áp dụng trong trường hợp tham gia cùng các điều khoản chính, được ghi trong Bảng quyền lợi bảo hiểm đính kèm Hợp đồng và Người được bảo hiểm đã đóng phí bảo hiểm bổ sung như sau:

2.1 TỬ VONG/THƯƠNG TẬT VĨNH VIỄN/TÀN TẬT TOÀN BỘ VĨNH VIỄN

Bên mua bảo hiểm chỉ chọn 1 trong 2 quyền lợi dưới đây:

2.1.1 BẢO HIỂM TAI NẠN CÁ NHÂN

Điều kiện bảo hiểm này sẽ chi trả cho trường hợp Người được bảo hiểm tử vong, thương tật vĩnh viễn do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm trừ những rủi ro thuộc điểm loại trừ quy định tại Chương III và chi trả theo nguyên tắc sau:

- Trường hợp Người được bảo hiểm tử vong hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn, Bảo hiểm Bảo Việt trả toàn bộ số tiền bảo hiểm quy định trên Hợp đồng bảo hiểm;
- Trường hợp Người được bảo hiểm bị thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn, Bảo hiểm Bảo Việt trả theo Bảng tỷ lệ trả tiền thương tật vĩnh viễn tại Phụ lục III Quy tắc bảo hiểm này;
- Trường hợp Người được bảo hiểm bị tai nạn dẫn đến thương tật bộ phận vĩnh viễn đã được trả tiền bảo hiểm, trong vòng 104 tuần tính từ ngày xảy ra tai nạn, Người được bảo hiểm bị tử vong hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn do hậu quả của chính tai nạn đó, Bảo hiểm Bảo Việt sẽ trả phần chênh lệch giữa số tiền bảo hiểm ghi trong Hợp đồng bảo hiểm với số tiền đã trả trước đó;
- Tổng số tiền bồi thường cho một Người được bảo hiểm không vượt quá một trăm phần trăm (100%) số tiền bảo hiểm tương ứng với quyền lợi bảo hiểm tai nạn cá nhân;
- Trường hợp tai nạn xảy ra đối với người đang mang thai, Bảo hiểm Bảo Việt chỉ trả tiền bảo hiểm như đối với người có sức khỏe bình thường không mang thai. Các tổn thương có thể có cho thai nhi và/hoặc cho người mẹ từ các biến chứng thai sản phát sinh trong vụ tai nạn không thuộc phạm vi bảo hiểm.

2.1.2 BẢO HIỂM SINH MẠNG CÁ NHÂN

Quyền lợi bảo hiểm này sẽ chi trả cho trường hợp Người được bảo hiểm tử vong/thương tật vĩnh viễn/tàn tật toàn bộ vĩnh viễn do mọi nguyên nhân (bao gồm nguyên nhân tai nạn) xảy ra trong thời hạn bảo hiểm trừ những điểm loại trừ quy định tại Chương III.

Nguyên tắc chi trả cho trường hợp tai nạn tham chiếu quy định tại mục 2.1.1 Bảo hiểm tai nạn cá nhân.

Riêng quyền lợi tử vong/tàn tật toàn bộ vĩnh viễn do bệnh ung thư và biến chứng/hậu quả liên quan đến bệnh ung thư có hiệu lực từ năm thứ 3 tham gia liên tục.

2.2 ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ DO BỆNH, TAI NẠN, BIẾN CHỨNG THAI SẢN, NHA KHOA

Quyền lợi này chi trả trong trường hợp Người được bảo hiểm điều trị hoặc phẫu thuật ngoại trú/trong ngày do bệnh, tai nạn, biến chứng thai sản, điều trị nha khoa với mức bảo hiểm được ghi rõ trong Hợp đồng bảo hiểm trừ những điểm loại trừ được quy định tại Chương III.

Quyền lợi này không áp dụng bảo hiểm cho khám/điều trị/phẫu thuật ngoại trú hay trong ngày do rối loạn sắc tố (tăng, giảm sắc tố, nám da); u hắc tố (nốt ruồi); mụn các loại, trứng cá; chứng rụng tóc.

CHƯƠNG II: PHẠM VI BẢO HIỂM

ĐIỀU 1 - QUYỀN LỢI BẢO HIỂM CHÍNH – NẪM VIỆN VÀ PHẪU THUẬT NỘI TRÚ DO BỆNH, TAI NẠN, THAI SẢN

1.1 Nằm viện do bệnh, tai nạn, thai sản: Trường hợp Người được bảo hiểm phải nằm viện, Bảo hiểm Bảo Việt sẽ thanh toán cho Người được bảo hiểm những chi phí về dịch vụ y tế hay thuốc theo chỉ định của bác sĩ, phát sinh cần thiết và hợp lý do bệnh, tai nạn, thai sản thuộc phạm vi bảo hiểm xảy ra trong thời hạn bảo hiểm trừ những điểm loại trừ quy định tại Chương III, bao gồm các chi phí sau:

- (I) Chi phí phòng và giường, suất ăn theo tiêu chuẩn tại bệnh viện;
- (II) Chi phí phòng chăm sóc đặc biệt; điều trị cấp cứu;
- (III) Chi phí máu, huyết tương;
- (IV) Chi phí thuốc điều trị và sử dụng trong khi nằm viện; truyền máu, ô xy, huyết thanh, quần áo bệnh viện;
- (V) Chi phí băng, nẹp bột;
- (VI) Chi phí tiêm truyền tĩnh mạch;
- (VII) Chi phí xét nghiệm hoặc chẩn đoán bằng hình ảnh như X-quang, MRI, CT, PET, siêu âm, nội soi. Các xét nghiệm này phải do bác sĩ chỉ định là cần thiết để đánh giá tình trạng bệnh và là một phần của chi phí điều trị nằm viện;
- (VIII) Chi phí vật tư y tế cần thiết được sử dụng trong quá trình người bệnh nằm viện;
- (IX) Chi phí sinh thường.

Tổng số ngày nằm viện điều trị được trả tiền bảo hiểm không vượt quá sáu mươi (60) ngày/năm và tổng số tiền được bồi thường không vượt quá số tiền bảo hiểm quy định của quyền lợi nằm viện do bệnh, tai nạn, thai sản.

1.2 Phẫu thuật do bệnh, tai nạn, thai sản: Bảo hiểm Bảo Việt sẽ chi trả cho Người được bảo hiểm các chi phí y tế liên quan đến một ca phẫu thuật như định nghĩa, gồm chi phí thuốc, vật tư y tế, các thiết bị cần thiết và hợp lý theo chỉ định của bác sĩ, chi phí phòng mổ, phẫu thuật viên, các chi phí gây mê, các chi phí hội chẩn trước khi mổ và hồi sức sau khi mổ, chi phí tái mổ, chi phí cấy ghép nội tạng, trừ những điểm loại trừ quy định tại Chương III.

1.3 Trợ cấp nằm viện: Bảo hiểm Bảo Việt chi trả số tiền trợ cấp khi Người được bảo hiểm điều trị tại bệnh viện công từ tuyến tỉnh trở lên (loại trừ các Khoa quốc tế/Khoa điều trị tự nguyện/Khoa điều trị theo yêu cầu) cho mỗi ngày nằm viện điều trị nội trú với điều kiện có Giấy ra viện (nội trú). Số tiền trợ cấp được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Quyền lợi này không áp dụng cho thai sản.

1.4. Chi phí khám trước khi nhập viện và sau khi xuất viện: Trước khi Người được bảo hiểm nhập viện, Bảo hiểm Bảo Việt chi trả các chi phí thăm khám, chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm, chi phí y tế cần thiết và liên quan trực tiếp đến bệnh, tai nạn của Người được bảo hiểm cần phải nằm viện/phẫu thuật ngay sau đó, và những chẩn đoán này là cơ sở trực tiếp để bác sĩ điều trị đưa ra chỉ định nhập viện để điều trị. Việc thăm khám, chẩn đoán như vậy không vượt quá ba mươi (30) ngày trước khi nhập viện điều trị và chỉ thanh toán cho một (01) lần gần nhất trước khi nhập viện. Khi kết thúc quá trình điều trị nội trú, Bảo hiểm Bảo Việt chi trả các chi phí y tế phát sinh ngay sau khi xuất viện theo chỉ định của bác sĩ điều trị nhưng tối đa không vượt quá ba mươi (30) ngày kể từ ngày Người được bảo hiểm xuất viện và liên quan trực tiếp đến việc điều trị nội trú trước đó. Những chi phí này bao gồm phí tái khám, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thuốc ngay sau khi xuất viện. Quyền lợi này không áp dụng cho thai sản.

1.5 Xe Cứu Thương: Là việc sử dụng xe cứu thương (không phải dịch vụ vận chuyển bằng đường hàng không) để đưa Người được bảo hiểm từ nơi xảy ra sự cố đến các bệnh viện hoặc phòng khám gần nhất hoặc từ bệnh viện/phòng khám này đến bệnh viện/phòng khám khác có các phương tiện

y tế hợp lý theo chỉ định bác sỹ điều trị với điều kiện Người được bảo hiểm đang trong tình trạng bệnh/tai nạn nguy kịch ảnh hưởng đến tính mạng và việc điều trị không thể thực hiện tại các địa điểm xảy ra sự cố này.

Quyền lợi này không áp dụng cho thai sản.

1.6. Hỗ Trợ Giáo Dục: Trường hợp người được bảo hiểm bị tử vong do tai nạn khi tham gia trên các phương tiện giao thông công cộng hoặc tử vong do mắc bệnh quy định tại Phụ lục I kèm theo Quy tắc này (trừ những điểm loại trừ quy định tại Chương III Quy tắc này), Bảo hiểm Bảo Việt sẽ chi trả một lần cho người được bảo hiểm số tiền để hỗ trợ giáo dục tối đa cho hai (02) con theo quy định trong Bảng quyền lợi bảo hiểm.

ĐIỀU 2 – CÁC QUYỀN LỢI BẢO HIỂM BỔ SUNG

Các quyền lợi bảo hiểm bổ sung chỉ được áp dụng trong trường hợp tham gia cùng các điều khoản chính, được ghi trong Bảng quyền lợi bảo hiểm đính kèm Hợp đồng và Người được bảo hiểm đã đóng phí bảo hiểm bổ sung như sau:

2.1 TỬ VONG/THƯƠNG TẬT VĨNH VIỄN/TÀN TẬT TOÀN BỘ VĨNH VIỄN

Bên mua bảo hiểm chỉ chọn 1 trong 2 quyền lợi dưới đây:

2.1.1 BẢO HIỂM TAI NẠN CÁ NHÂN

Quyền lợi bảo hiểm này sẽ chi trả cho trường hợp Người được bảo hiểm tử vong, thương tật vĩnh viễn do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm trừ những rủi ro thuộc điểm loại trừ quy định tại Chương III và chi trả theo nguyên tắc sau:

- Trường hợp Người được bảo hiểm tử vong hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn, Bảo hiểm Bảo Việt trả toàn bộ số tiền bảo hiểm quy định trên Hợp đồng bảo hiểm;
- Trường hợp Người được bảo hiểm bị thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn, Bảo hiểm Bảo Việt trả theo Bảng tỷ lệ trả tiền thương tật vĩnh viễn tại Phụ lục III Quy tắc bảo hiểm này;
- Trường hợp Người được bảo hiểm bị tai nạn dẫn đến thương tật bộ phận vĩnh viễn đã được trả tiền bảo hiểm, trong vòng 104 tuần tính từ ngày xảy ra tai nạn, Người được bảo hiểm bị tử vong hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn do hậu quả của chính tai nạn đó, Bảo hiểm Bảo Việt sẽ trả phần chênh lệch giữa số tiền bảo hiểm ghi trong Hợp đồng bảo hiểm với số tiền đã trả trước đó;
- Tổng số tiền bồi thường cho một Người được bảo hiểm không vượt quá một trăm phần trăm (100%) số tiền bảo hiểm tương ứng với quyền lợi bảo hiểm tai nạn cá nhân;
- Trường hợp tai nạn xảy ra đối với người đang mang thai, Bảo hiểm Bảo Việt chỉ trả tiền bảo hiểm như đối với người có sức khỏe bình thường không mang thai. Các tổn thương có thể có cho thai nhi và/hoặc cho người mẹ từ các biến chứng thai sản phát sinh trong vụ tai nạn không thuộc phạm vi bảo hiểm.

2.1.2 BẢO HIỂM SINH MẠNG VÀ TAI NẠN CÁ NHÂN

Quyền lợi bảo hiểm này sẽ chi trả cho trường hợp Người được bảo hiểm tử vong/thương tật vĩnh viễn/tàn tật toàn bộ vĩnh viễn do mọi nguyên nhân (bao gồm nguyên nhân tai nạn) xảy ra trong thời hạn bảo hiểm trừ những điểm loại trừ quy định tại Chương III.

Nguyên tắc chi trả cho trường hợp tai nạn tham chiếu quy định tại mục 2.1.1 Bảo hiểm tai nạn cá nhân.

Riêng quyền lợi tử vong/tàn tật toàn bộ vĩnh viễn do bệnh ung thư và biến chứng/hậu quả liên quan đến bệnh ung thư có hiệu lực từ năm thứ 3 tham gia liên tục.

2.2 ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ DO BỆNH, TAI NẠN, BIẾN CHỨNG THAI SẢN, NHA KHOA

Quyền lợi này chi trả trong trường hợp Người được bảo hiểm điều trị hoặc phẫu thuật ngoại trú/trong ngày do bệnh, tai nạn, biến chứng thai sản, điều trị nha khoa với mức bảo hiểm được ghi rõ trong Hợp đồng bảo hiểm trừ những điểm loại trừ được quy định tại Chương III.

Quyền lợi này không áp dụng bảo hiểm cho khám/điều trị/phẫu thuật ngoại trú hay trong ngày do rối loạn sắc tố (tăng, giảm sắc tố, nám da); u hắc tố (nốt ruồi); mụn các loại, trứng cá; chứng rụng tóc.

(i) Điều trị ngoại trú do bệnh, tai nạn, biến chứng thai sản bao gồm:

- ◆ Chi phí khám, điều trị, các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, xạ trị/hóa trị, truyền dịch, vật tư cần thiết và hợp lý theo sự chỉ định của bác sỹ;
- ◆ Chi phí thuốc theo kê đơn của bác sỹ;
- ◆ Chi phí phẫu thuật ngoại trú/phẫu thuật trong ngày;
- ◆ Nội soi/thủ thuật (bao gồm điều trị trong ngày hoặc ngoại trú) chỉ nhằm mục đích chẩn đoán bệnh mà không điều trị.

(ii) Vật lý trị liệu: Bảo hiểm Bảo Việt thanh toán các chi phí điều trị bằng các phương pháp vật lý trị liệu, trị liệu học bức xạ, nhiệt, liệu pháp ánh sáng, phục hồi chức năng và các phương pháp điều trị khác tương tự do bác sỹ chỉ định tại các cơ sở y tế và theo giới hạn phụ quy định trong hợp đồng bảo hiểm.

(iii) Điều trị nha khoa: Bảo hiểm Bảo Việt thanh toán các chi phí điều trị nha khoa sau đây phát sinh tại các bệnh viện/phòng khám gồm:

- ◆ Khám, chụp X.Q;
- ◆ Viêm nướu (lợi), nha chu;
- ◆ Trám răng bằng chất liệu thông thường như amalgam, composite, fuji...;
- ◆ Điều trị tuỷ răng;
- ◆ Cạo vôi răng (lấy cao răng, giới hạn 400.000VNĐ/người/năm); và
- ◆ Nhổ răng bệnh lý (bao gồm tiểu phẫu, phẫu thuật).

Lưu ý về điều trị nha khoa: Theo Quy tắc bảo hiểm này, điều trị nha khoa được giới hạn tại các cơ sở khám chữa bệnh như sau:

- *Tại Thành phố Hồ Chí Minh và Hà Nội: Bảo hiểm Bảo Việt chi trả quyền lợi bảo hiểm điều trị nha khoa tại tất cả các bệnh viện (theo định nghĩa tại Quy tắc bảo hiểm). Riêng tại các phòng khám, Bảo hiểm Bảo Việt chỉ chi trả quyền lợi bảo hiểm tại các cơ sở đã có Thỏa thuận hợp tác bảo lãnh thanh toán chi phí y tế với Bảo hiểm Bảo Việt.*
- *Tại các tỉnh/thành phố khác: Bảo hiểm Bảo Việt chi trả quyền lợi điều trị nha khoa tại tất cả các bệnh viện, phòng khám nha/phòng khám như định nghĩa.*

Danh sách bệnh viện/phòng khám có Thỏa thuận hợp tác bảo lãnh thanh toán chi phí y tế với Bảo hiểm Bảo Việt có thể thay đổi và được cập nhật thường xuyên trên website chính thức của Bảo hiểm Bảo Việt.

***Lưu ý áp dụng chung với tất cả các quyền lợi bảo hiểm thuộc Chương II:**

- Đối với phương pháp điều trị ngoài Tây y, các mức giới hạn quyền lợi bảo hiểm sẽ được thanh toán tối đa không vượt quá 50% số tiền bảo hiểm của quyền lợi tương ứng.
- Đối với điều trị/trợ cấp/tử vong/tàn tật toàn bộ vĩnh viễn do bệnh ung thư và biến chứng/hậu quả liên quan đến bệnh ung thư (Sau thời gian chờ 2 năm, từ năm thứ 3 tham gia liên tục): Chi trả tối đa 50% số tiền bảo hiểm tương ứng với từng quyền lợi.
- Quy định đồng chi trả đối với trẻ em từ mười lăm (15) ngày tuổi đến ba (03) tuổi:
 - ◆ Tỷ lệ áp đồng chi trả: 70/30 (Bảo hiểm Bảo Việt chi trả 70%, Người được bảo hiểm tự chi trả 30%).
 - ◆ Quy định này không áp dụng trong trường hợp Người được bảo hiểm khám và điều trị tại các cơ sở y tế/bệnh viện công lập (trừ các Khoa quốc tế/Khoa điều trị tự nguyện/Khoa điều trị theo yêu cầu của Bệnh viện công lập).

CHƯƠNG III

CÁC ĐIỂM LOẠI TRỪ CHUNG

Bảo hiểm Bảo Việt không chịu trách nhiệm chi trả tiền bảo hiểm đối với những rủi ro, hạng mục, điều kiện, các hành động, nguyên nhân, bệnh, phương pháp điều trị như được liệt kê sau đây và các chi phí phát sinh liên quan hay hậu quả của chúng:

1. Hành động cố ý của Người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp;
2. Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm kê khai không trung thực/không đầy đủ về tình trạng bệnh/thương tật trong Giấy yêu cầu bảo hiểm hoặc Hợp đồng bảo hiểm;
3. Các khiếu nại bồi thường cho các đối tượng không đáp ứng quy định tại Điều 2 Chương IV về độ tuổi, đối tượng và điều kiện tham gia bảo hiểm;
4. Người được bảo hiểm từ mười bốn (14) tuổi trở lên vi phạm pháp luật bị khởi tố hình sự;
5. Người được bảo hiểm có các hành vi sau đây khi tham gia giao thông:
 - Đua xe, tổ chức đua xe trái phép;
 - Điều khiển phương tiện có sử dụng chất ma túy, các chất kích thích, chất gây nghiện hoặc tương tự.
 - Điều khiển phương tiện có sử dụng rượu/bia có nồng độ cồn trong máu vượt quá quy định của pháp luật.
 - Điều khiển ô tô, máy kéo, rơ moóc, đầu kéo kéo sơ mi rơ moóc nhưng không có Giấy phép lái xe theo quy định của Luật Giao thông đường bộ hoặc Giấy phép lái xe không hợp lệ;
 - Vận chuyển trái phép hoặc không thực hiện đầy đủ các quy định về vận chuyển hàng nguy hiểm; vận chuyển hàng cấm;
 - Đi ngược chiều quy định, đi vào đường cấm;
 - Riêng trường hợp Người được bảo hiểm điều khiển xe mô tô hai bánh, xe mô tô ba bánh, xe gắn máy (kể cả xe máy điện) và các loại xe tương tự nhưng không có Giấy phép lái xe theo quy định của Luật Giao thông đường bộ hoặc Giấy phép lái xe không hợp lệ: Bảo hiểm Bảo Việt chi trả tối đa năm mươi phần trăm (50%) số tiền bồi thường thuộc phạm vi bảo hiểm.
6. Các hành động đánh nhau của Người được bảo hiểm, trừ khi chứng minh được hành động đánh nhau đó chỉ với mục đích tự vệ;
7. Rủi ro tai nạn xảy ra trong thời hạn bảo hiểm nhưng hậu quả của tai nạn xảy ra ngoài thời hạn bảo hiểm (điểm loại trừ này không áp dụng cho quyền lợi Bảo hiểm tai nạn cá nhân);
8. Điều trị y tế và/hoặc sử dụng thuốc không có đơn thuốc; điều trị y tế và/hoặc sử dụng thuốc không theo chỉ định của bác sĩ; điều trị tại các Phòng khám Đông y tư nhân và/hoặc sử dụng các loại thuốc Đông y không rõ nguồn gốc mua từ các cơ sở Đông y tư nhân đó hoặc các cơ sở không được cấp phép kinh doanh thuốc điều trị Đông y; các thuốc chưa được phép lưu hành hợp pháp tại Việt Nam;
9. Khám và điều trị không theo quy trình của bệnh viện/phòng khám; các chỉ định điều trị không theo quy trình/phác đồ của Bộ y tế;
10. Việc điều trị thử nghiệm, điều trị không được khoa học công nhận, các dịch vụ điều trị miễn phí tại bất kỳ bệnh viện/phòng khám nào; điều trị mang tính chất dự phòng;
11. Việc điều trị y tế do sai sót chuyên môn của Bác sĩ;
12. Tham gia vào các hoạt động hàng không (trừ khi với tư cách là hành khách trên máy bay có giấy phép chở khách), tham gia các cuộc diễn tập huấn luyện quân sự, tham gia chiến đấu của lực lượng vũ trang;
13. Các rủi ro phát sinh từ hoặc liên quan đến các sự kiện mang tính chất thảm họa như động đất, núi lửa, sóng thần, nhiễm phóng xạ, dịch bệnh/tình trạng y tế khẩn cấp theo khuyến cáo/công bố của WHO hoặc cơ quan có thẩm quyền;
14. Các rủi ro phát sinh từ hoặc liên quan đến các hoạt động như: Chiến tranh, xâm lược, nội chiến, đình công, khủng bố, bạo động, các hành động xúi giục, làm loạn, nổi dậy, tiến hành bạo động vũ trang làm rối loạn trật tự xã hội hoặc hành động của bất kỳ người cầm đầu của tổ chức nào nhằm lật đổ, đe dọa chính quyền, kiểm soát bằng vũ lực;

- 15.** Tham gia tập luyện hoặc tham gia thi đấu các môn thể thao chuyên nghiệp, các hoạt động thể thao nguy hiểm;
- 16.** Bệnh lao các loại, bệnh sốt rét, bệnh nghề nghiệp, bệnh phong;
- 17.** Kiểm tra và điều trị các bệnh lây qua đường tình dục (bao gồm: hạ cam mềm, u hạt bẹn, lậu, giang mai, herpes sinh dục, sùi mào gà (mồng gà), HPV sinh dục, bệnh do rận mu (chấy cua), chlamydia, trichomonas, trùng roi, bệnh hột xoài (u lympho sinh dục), nhiễm cytomegalo virus, u mềm lây ở người trên mười (10) tuổi, hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS), tình trạng và bệnh liên quan đến virut HIV); bệnh di truyền; bệnh bẩm sinh/dị tật bẩm sinh; và mọi biến chứng/hậu quả liên quan đến những bệnh/hội chứng/tình trạng kể trên;
- 18.** Kiểm tra sức khỏe định kỳ; kiểm tra sức khỏe tổng quát, tầm soát ung thư kết quả bình thường; giám định y khoa hoặc tư vấn y tế không liên quan đến điều trị bệnh hoặc thương tật, bao gồm cả kiểm tra phụ khoa/nam khoa (tuy nhiên việc khám và xét nghiệm phụ khoa/nam khoa phục vụ cho mục đích điều trị bệnh vẫn được bảo hiểm); Xét nghiệm định kỳ, khám định kỳ cho trẻ mới sinh; tất cả các hình thức tiêm chủng và thuốc phòng ngừa (trừ trường hợp tiêm vắc-xin sau khi bị tai nạn hay súc vật, côn trùng cắn); khám thai định kỳ (trừ trường hợp có thỏa thuận khác);
- 19.** Kiểm tra thị giác/thính giác thông thường; đục thủy tinh thể, lão hóa hay thoái hóa hay điều trị suy biến tự nhiên/không phải vì lý do bệnh lý cho việc suy giảm thính lực/thị lực, các tật khúc xạ (cận thị, viễn thị và loạn thị); bất kỳ phẫu thuật để phục hồi hiệu chỉnh nào đối với các khuyết tật thoái hóa thính giác/thị giác;
- 20.** Mọi hình thức khám và điều trị về nha khoa (trừ trường hợp mua quyền lợi bổ sung điều trị ngoại trú); Điều trị y tế theo yêu cầu của Người được bảo hiểm; khám/xét nghiệm/chẩn đoán hình ảnh không có kết luận chẩn đoán bệnh của bác sỹ, hoặc bác sỹ kết luận là không có bệnh; các chi phí y tế không liên quan đến bệnh thuộc phạm vi bảo hiểm; hoặc các xét nghiệm/chẩn đoán hình ảnh có kết quả bình thường;
- 21.** Điều trị thẩm mỹ, phẫu thuật thẩm mỹ, các biến chứng của việc điều trị/phẫu thuật thẩm mỹ; khám và điều trị sẹo; chỉnh hình, trừ khi việc chỉnh hình này là nhằm tái tạo lại cơ quan bị thương tật do tai nạn trong thời hạn bảo hiểm;
- 22.** Chi phí để cung cấp, bảo dưỡng, sửa chữa hay thay thế các bộ phận giả/thiết bị y tế hỗ trợ điều trị như định nghĩa tại Chương I;
- 23.** Điều trị, phẫu thuật bệnh/thương tật bằng phương pháp cấy tế bào gốc bao gồm chi phí chiết xuất, xử lý, cấy tế bào gốc, điều trị duy trì sau khi cấy tế bào gốc và hậu quả của phương pháp điều trị này;
- 24.** Thực phẩm chức năng, dược mỹ phẩm, mỹ phẩm; chế phẩm y tế không nằm trong danh mục thuốc điều trị của Bộ Y tế, khoáng chất, vitamin, thuốc tăng cường miễn dịch cơ thể/ tăng sức đề kháng. Tuy nhiên, Bảo hiểm Bảo Việt sẽ xem xét bồi thường khoáng chất, vitamin khi thỏa mãn các điều kiện sau:
- a. Được kê theo sự chỉ định của Bác sỹ điều trị;
 - b. Hỗ trợ cho việc điều trị bệnh/thương tật;
 - c. Trong toa thuốc phải có thuốc điều trị đi kèm;
 - d. Tổng chi phí cho các loại khoáng chất, vitamin không lớn hơn hai mươi phần trăm (20%) tổng chi phí của cả toa thuốc.
- 25.** Thực hiện các biện pháp kế hoạch hóa gia đình, phá thai/hậu quả của phá thai do nguyên nhân tâm lý hay xã hội; điều trị vô sinh nam/nữ; thụ tinh nhân tạo/thụ tinh trong ống nghiệm, biến chứng thai sản trên Người được bảo hiểm đã và đang làm thụ tinh nhân tạo/thụ tinh trong ống nghiệm (bằng tất cả các hình thức); xét nghiệm hoặc điều trị khả năng sinh sản hoặc hiếm muộn; rối loạn chức năng sinh dục hay điều trị sinh lý; điều trị các vấn đề về giới tính; và bất kỳ hậu quả hay biến chứng nào từ những điều trị trên;
- 26.** Khám và điều trị kiểm soát trọng lượng cơ thể (tăng hoặc giảm cân), suy dinh dưỡng, béo phì, còi xương, ăn kiêng;
- 27.** Điều trị bệnh rối loạn tâm thần và hành vi, bệnh tâm thần/loạn thần kinh hoặc bệnh chậm phát triển, động kinh, bệnh rối loạn thiếu tập trung, bệnh tự kỷ; điều trị rối loạn giấc ngủ, mất ngủ, ngủ ngáy không rõ nguyên nhân, suy nhược thần kinh, suy nhược cơ thể và hội chứng căng thẳng (stress) hoặc các bệnh có liên quan từ hội chứng đó;

- 28.** Các rủi ro phát sinh trực tiếp hoặc gián tiếp từ việc Người được bảo hiểm nghiện rượu/bia, ma túy, các chất kích thích hoặc sử dụng, lạm dụng hay nghiện bất cứ chất có cồn/chất kích thích/chất gây nghiện nào;
- 29.** Thiếu/rối loạn hoocmon sinh trưởng; tiền mãn kinh hoặc mãn kinh ở phụ nữ; hoặc sử dụng các liệu pháp thay thế tế bào gốc ngoại trừ trường hợp ghép tủy xương;
- 30.** Các chi phí để có cơ quan cấy ghép nội tạng như cho, nhận, hiến, vận chuyển, bảo quản nội tạng. Tuy nhiên, Bảo hiểm Bảo Việt sẽ chi trả cho các chi phí y tế cho việc cấy ghép nội tạng vào cơ thể Người được bảo hiểm nếu bệnh thuộc phạm vi bảo hiểm;
- 31.** Điều trị y tế tại Bệnh viện/phòng khám không đúng theo định nghĩa, bao gồm cả việc chỉ định của bác sỹ tại Bệnh viện/phòng khám này đối với việc mua thuốc/xét nghiệm/điều trị tại bệnh viện/phòng khám/nhà thuốc hợp pháp khác;
- 32.** Dịch vụ khám/điều trị tại nhà, điều trị bằng thủy lực, các phương pháp thiên nhiên, spa, massage, viện điều dưỡng, an dưỡng, viện chăm sóc dài hạn hoặc tại các cơ sở tương tự, tại những nơi không phải là bệnh viện/phòng khám;
- 33.** Bệnh có sẵn, bệnh đặc biệt như định nghĩa số 20, 21 tại Chương I trong năm đầu tiên tham gia bảo hiểm. Các chỉ định điều trị, phẫu thuật có từ trước ngày tham gia bảo hiểm;
- 34.** Các bệnh sau đây trong năm đầu tiên Người được bảo hiểm tham gia bảo hiểm, cho dù bệnh có trước hay sau khi hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, bao gồm:

Bệnh hệ hô hấp	Viêm V.A cần phải nạo, viêm amidan cần phải cắt, viêm xoang, vẹo vách ngăn cần phẫu thuật, hen/suyễn
Bệnh hệ tai	Viêm tai giữa cần phải phẫu thuật
Bệnh hệ mạch	Viêm tĩnh mạch và viêm tắc/ngẽn tĩnh mạch, giãn tĩnh mạch chi dưới, hội chứng ống cổ tay phải phẫu thuật, bệnh mạch/hạch bạch huyết, trĩ
Bệnh rối loạn chuyển hóa các loại	
Bệnh hệ cơ, xương, khớp	Viêm khớp mãn tính, viêm đa khớp mãn tính, thoái hóa cột sống/thân đốt sống, thoát vị đĩa đệm, rối loạn mật độ và cấu trúc xương, bệnh gout, hội chứng cổ vai gáy
Bệnh hệ tiêu hóa	Loét dạ dày tá tràng, loét đại tràng
Bệnh khác	Sỏi, nang, mụn cơm, nốt ruồi, polyp các loại, rối loạn tiền đình

- 35.** Điều trị y tế liên quan đến tái tạo dây chằng, rách sụn chêm trong năm đầu tiên Người được bảo hiểm tham gia bảo hiểm, cho dù tình trạng có trước hay sau khi hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực;
- 36.** Rủi ro xảy ra hay điều trị y tế ngoài phạm vi địa lý được bảo hiểm;
- 37.** Phơi nhiễm năng lượng hạt nhân, phóng xạ ion hóa hay nhiễm phóng xạ thuộc bất kỳ loại nào;
- 38.** Tất cả các hình thức khám/điều trị/phẫu thuật ngoại trú, khám/điều trị/phẫu thuật trong ngày, thủ thuật chẩn đoán (trừ trường hợp được Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi bổ sung Điều trị ngoại trú);
- 39.** Điều trị hẹp/ngắn/dài bao quy đầu;
- 40.** Biến chứng thai sản (không bao gồm các mục đã được liệt kê theo định nghĩa ở chương I)

CHƯƠNG IV QUY ĐỊNH CHUNG

ĐIỀU 1 – PHẠM VI ĐỊA LÝ

Phạm vi địa lý được bảo hiểm của Quy tắc bảo hiểm này là lãnh thổ nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam. Phạm vi địa lý được áp dụng đối với cả rủi ro phát sinh và quá trình điều trị.

ĐIỀU 2 – ĐỘ TUỔI, ĐỐI TƯỢNG VÀ ĐIỀU KIỆN THAM GIA BẢO HIỂM

2.1. Độ tuổi tham gia bảo hiểm: từ mười lăm (15) ngày tuổi đến sáu mươi lăm (65) tuổi (tính theo lần sinh nhật liền trước ngày bắt đầu tham gia bảo hiểm hoặc ngày tái tục bảo hiểm).

Đối với trẻ em từ mười lăm (15) ngày tuổi đến dưới một (01) tuổi chỉ được tham gia với các điều kiện sau:

- Đủ mười lăm (15) ngày tuổi kể từ ngày sinh hoặc kể từ ngày xuất viện trong tình trạng sức khỏe tốt (ngày nào xảy ra sau sẽ được áp dụng);
- Phải nộp Giấy yêu cầu bảo hiểm và giấy tờ liên quan thể hiện tình trạng sức khỏe tốt;
- Được sự chấp nhận của Bảo hiểm Bảo Việt.

2.2. Đối tượng tham gia bảo hiểm: Đối tượng tham gia bảo hiểm là mọi công dân Việt Nam hoặc người nước ngoài cư trú hợp pháp tại Việt Nam tại thời điểm bắt đầu hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm. Trường hợp Người được bảo hiểm dưới mười tám (18) tuổi chỉ được nhận bảo hiểm với các điều kiện sau:

- Phải tham gia bảo hiểm cùng hợp đồng với bố và/hoặc mẹ hoặc bố/mẹ đã tham gia ít nhất một loại hình Bảo hiểm Sức khỏe, Chi phí y tế còn hiệu lực tại Bảo hiểm Bảo Việt.
- Chương trình bảo hiểm của người phụ thuộc chỉ được áp dụng mức tương đương hoặc thấp hơn chương trình của bố và/hoặc mẹ (hay nhân viên);

2.3. Điều kiện tham gia bảo hiểm:

Bảo hiểm Bảo Việt không nhận bảo hiểm cho các trường hợp sau:

- Người bị bệnh tâm thần;
- Người bị bệnh ung thư trước hoặc tại thời điểm tham gia;
- Người bị thương tật/tàn tật vĩnh viễn quá 50%;
- Người đang trong thời gian điều trị bệnh lý/tình trạng nghiêm trọng (đính kèm Phụ lục I – Danh sách bệnh lý/tình trạng nghiêm trọng).

ĐIỀU 3 – HIỆU LỰC BẢO HIỂM VÀ THỜI GIAN CHỜ

Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực sau thời gian chờ dưới đây tính từ ngày bắt đầu tham gia bảo hiểm với Bảo hiểm Bảo Việt hoặc ngày bắt đầu tham gia quyền lợi bảo hiểm mới với Bảo hiểm Bảo Việt trừ trường hợp có quy định khác trong hợp đồng bảo hiểm:

- Tai nạn: không áp dụng;
- Điều trị bệnh thông thường: ba mươi (30) ngày;
- Điều trị bệnh đặc biệt, bệnh/thương tật có sẵn như định nghĩa: ba trăm sáu mươi lăm (365) ngày;
- Thai sản:
 - (i) Biến chứng thai sản: chín mươi (90) ngày;
 - (ii) Sinh đẻ: sáu trăm ba mươi lăm (635) ngày;
- Tử vong/Tàn tật toàn bộ vĩnh viễn do bệnh thông thường: ba mươi (30) ngày;
- Tử vong/Tàn tật toàn bộ vĩnh viễn do thai sản, bệnh đặc biệt, bệnh/thương tật có sẵn: ba trăm sáu mươi lăm (365) ngày;
- Điều trị/tử vong/tàn tật toàn bộ vĩnh viễn/trợ cấp/biến chứng/hậu quả do Ung thư: bảy trăm ba mươi (730) ngày;
- Điều trị nha khoa: ba mươi (30) ngày.

ĐIỀU 4 – XÁC MINH

Trong một số trường hợp, Bảo hiểm Bảo Việt có thể chỉ định chuyên gia y khoa và/hoặc chuyên gia giám định tổn thất để tiến hành kiểm tra y tế đối với Người được bảo hiểm trước khi nhận bảo hiểm và/hoặc các thông tin có liên quan đến việc giải quyết chi trả tiền bảo hiểm. Ngoài ra, Bảo hiểm Bảo Việt có thể yêu cầu tiến hành khám nghiệm tử thi trong trường hợp Người được bảo hiểm tử vong có dấu hiệu nghi vấn hoặc không thống nhất được nguyên nhân tử vong, nếu việc này không vi phạm pháp luật hiện hành. Mọi chi phí phát sinh liên quan đến việc giám định, xác minh sẽ do Bảo hiểm Bảo Việt chi trả. Tuy nhiên, quá trình thẩm định rủi ro, giám định, xác minh, nếu có, sẽ không thay thế nghĩa vụ cung cấp đầy đủ, chính xác và trung thực tất cả các thông tin theo yêu cầu của Bảo hiểm Bảo Việt.

Bảo hiểm Bảo Việt sẽ không nhận bảo hiểm hoặc không giải quyết quyền lợi bảo hiểm nếu Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng hoặc Người thừa kế hợp pháp của họ không thực hiện các yêu cầu trên, trừ khi Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng hoặc Người thừa kế hợp pháp có lý do chính đáng và được pháp luật cho phép.

ĐIỀU 5 - CHẤM DỨT/TÁI TỤC HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

5.1. Chấm dứt hợp đồng bảo hiểm

a) Khi trong thời gian thực hiện hợp đồng, Người được bảo hiểm bị tử vong ngoài phạm vi bảo hiểm: Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt kể từ thời điểm Người được bảo hiểm tử vong và Bảo hiểm Bảo Việt sẽ không hoàn trả phí bảo hiểm.

b) Khi Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng, Người được chỉ định nhận tiền bảo hiểm, Người thừa kế, Người được ủy quyền hợp pháp của Người được bảo hiểm có bất kỳ yêu cầu trả tiền bảo hiểm nào thể hiện gian lận hoặc trục lợi bảo hiểm dựa trên cơ sở các chứng từ, tài liệu cung cấp cho Bảo hiểm Bảo Việt hoặc các chứng từ, tài liệu mà Bảo hiểm Bảo Việt thu thập/xác minh được, Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt và phí bảo hiểm sẽ không được hoàn lại.

c) Khi Bên mua bảo hiểm không đóng đủ phí bảo hiểm hoặc không đóng phí bảo hiểm theo thời hạn thoả thuận trong hợp đồng bảo hiểm.

d) Ngoài các trường hợp nêu trên, khi một trong hai bên muốn chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm: Bên muốn chấm dứt Hợp đồng phải thông báo bằng văn bản cho bên kia biết trước 30 ngày kể từ ngày định chấm dứt Hợp đồng.

- Nếu Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt hiệu lực bảo hiểm của một hoặc một số người được bảo hiểm hoặc chấm dứt toàn bộ Hợp đồng bảo hiểm, Bảo hiểm Bảo Việt sẽ hoàn trả 70% phí bảo hiểm cho thời gian còn lại đã đóng phí của những người tương ứng, với điều kiện trong thời gian trước đó của hợp đồng, Bên mua bảo hiểm chưa có yêu cầu trả tiền bảo hiểm nào được Bảo hiểm Bảo Việt chấp nhận chi trả.
- Nếu Bảo hiểm Bảo Việt yêu cầu chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm, Bảo hiểm Bảo Việt sẽ hoàn lại 100% phí bảo hiểm của thời gian còn lại đã đóng phí.

5.2. Tái tục hợp đồng bảo hiểm

Cuối thời hạn bảo hiểm, căn cứ lịch sử bồi thường của Người được bảo hiểm, Bảo hiểm Bảo Việt có quyền từ chối tái tục hợp đồng hoặc điều chỉnh các điều kiện, giới hạn phụ các quyền lợi bảo hiểm trong Hợp đồng bảo hiểm.

ĐIỀU 6 – THAY ĐỔI QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Giới hạn trách nhiệm tất cả các quyền lợi bảo hiểm không thể thay đổi trong suốt thời hạn Hợp đồng bảo hiểm. Những quyền lợi này chỉ được thay đổi vào ngày tái tục của Hợp đồng bảo hiểm năm tiếp theo. Trường hợp Người được bảo hiểm tham gia tái tục với số tiền bảo hiểm cao hơn hoặc tham gia thêm quyền lợi bảo hiểm bổ sung so với quyền lợi năm trước phải được sự chấp thuận bằng văn bản của Bảo hiểm Bảo Việt, phần chênh lệch về số tiền bảo hiểm cũng như quyền lợi tham gia thêm mới sẽ không được xem là tái tục liên tục và được áp dụng thời gian chờ theo quy định.

ĐIỀU 7 – PHÍ BẢO HIỂM

Việc thanh toán phí bảo hiểm tuân thủ các quy định cụ thể theo thỏa thuận trong Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm và phù hợp với quy định của pháp luật.

Bảo hiểm Bảo Việt có thể điều chỉnh phí và điều kiện nhận bảo hiểm tại thời điểm tái tục dựa trên biểu phí đã được Bộ tài chính phê chuẩn.

ĐIỀU 8 – KẾT THÚC QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Tất cả các quyền lợi bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực vào 23 giờ 59 phút ngày cuối cùng của thời hạn bảo hiểm hoặc các trường hợp sau tùy theo thời điểm nào đến trước (trừ trường hợp được quy định tại Mục 2.1, Điều 2, Chương II – Phạm vi bảo hiểm):

- Người được bảo hiểm tử vong
- Người được bảo hiểm đã hưởng hết mọi quyền lợi bảo hiểm

ĐIỀU 9 – QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA CÁC BÊN

9.1. Quyền và nghĩa vụ của Bảo hiểm Bảo Việt

a. Quyền của Bảo hiểm Bảo Việt

- Thu phí bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm;
- Yêu cầu Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm cung cấp thông tin đầy đủ và trung thực liên quan đến việc ký kết và thực hiện Hợp đồng bảo hiểm;
- Đơn phương đình chỉ Hợp đồng theo quy định của Luật kinh doanh bảo hiểm;
- Từ chối trả tiền bảo hiểm cho Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng trong trường hợp không thuộc phạm vi trách nhiệm bảo hiểm hoặc trường hợp loại trừ trách nhiệm bảo hiểm theo thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm;
- Yêu cầu Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm thực hiện các biện pháp ngăn chặn và giảm thiểu tổn thất theo quy định của Luật kinh doanh bảo hiểm và các quy định khác của pháp luật có liên quan;
- Các quyền khác theo quy định của pháp luật.

b. Nghĩa vụ của Bảo hiểm Bảo Việt

- Giải thích cho Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm các điều khoản và điều kiện bảo hiểm trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm, các quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm;
- Cấp Hợp đồng bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm ngay sau khi giao kết Hợp đồng bảo hiểm;
- Trả tiền bảo hiểm kịp thời cho Người thụ hưởng hoặc bồi thường cho Người được bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm;
- Giải thích bằng văn bản lý do từ chối trả tiền bảo hiểm;
- Các nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật.

9.2. Quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm

a. Quyền của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm

- Yêu cầu Bảo hiểm Bảo Việt giải thích các điều khoản và điều kiện của Hợp đồng; cấp Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc Hợp đồng bảo hiểm;
- Đơn phương đình chỉ Hợp đồng bảo hiểm theo quy định của Luật kinh doanh bảo hiểm;
- Yêu cầu Bảo hiểm Bảo Việt trả tiền bảo hiểm cho Người thụ hưởng hoặc Người được bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng khi xảy ra sự kiện được bảo hiểm;
- Các quyền khác theo quy định của pháp luật.

b. Nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm

- Thanh toán phí bảo hiểm đầy đủ theo phương thức và thời hạn thanh toán như thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm;
- kê khai đầy đủ, trung thực mọi chi tiết có liên quan đến hợp đồng bảo hiểm theo yêu cầu của Bảo hiểm Bảo Việt;
- Thông báo các trường hợp có thể làm tăng rủi ro hoặc tăng thêm trách nhiệm pháp lý của Bảo hiểm Bảo Việt trong quá trình thực hiện Hợp đồng theo yêu cầu của Bảo hiểm Bảo Việt;

- Thông báo cho Bảo hiểm Bảo Việt về sự kiện được bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng;
- Thực hiện các biện pháp ngăn chặn và giảm thiểu tổn thất theo quy định của Luật kinh doanh bảo hiểm và các quy định khác của pháp luật có liên quan;
- Các nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật;
- Kê khai trung thực, đầy đủ các thông tin, cung cấp các chứng cứ về rủi ro được bảo hiểm. Mọi chi phí liên quan đến việc cung cấp hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm không thuộc trách nhiệm của Bảo hiểm Bảo Việt;
- Trong trường hợp được yêu cầu, ủy quyền cho Bảo hiểm Bảo Việt thay mặt Người được bảo hiểm đến bệnh viện/phòng khám sao lưu hồ sơ phục vụ công tác bồi thường.

ĐIỀU 10 - BẢO HIỂM TRÙNG

Trong trường hợp chi phí y tế liên quan tới cùng thương tật, bệnh tật được bảo hiểm theo quy tắc này đã được bồi thường từ những đơn bảo hiểm khác, Bảo hiểm Bảo Việt chỉ thanh toán khoản tiền vượt quá mức được bồi thường theo các đơn khác đó hoặc theo tỷ lệ giữa số tiền bảo hiểm của đơn bảo hiểm này với tổng giới hạn trách nhiệm của tất cả đơn bảo hiểm khác.

Không áp dụng điều khoản này với quyền lợi bảo hiểm tai nạn cá nhân và sinh mạng cá nhân.

ĐIỀU 11 - LUẬT CHI PHỐI VÀ GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP

Mọi tranh chấp phát sinh từ Quy tắc bảo hiểm này mà không thể giải quyết bằng thương lượng sẽ được giải quyết ở Tòa án của Việt Nam và theo Luật pháp Việt Nam.

Tất cả các văn bản được Bảo hiểm Bảo Việt dịch sang ngôn ngữ khác ngoài Tiếng Việt chỉ dùng để tham khảo. Trong trường hợp có tranh chấp hoặc sai sót trong diễn đạt hay dịch thuật, bản Tiếng Việt sẽ được ưu tiên sử dụng.

CHƯƠNG V THỦ TỤC BỒI THƯỜNG

ĐIỀU 1 – HỒ SƠ BỒI THƯỜNG

Khi yêu cầu bồi thường, Người được bảo hiểm/Người thừa kế/Người thụ hưởng/Người được ủy quyền hợp pháp; bố/mẹ của trẻ em dưới mười tám (18) tuổi phải thông báo/gửi các hồ sơ, chứng từ cho Bảo hiểm Bảo Việt trong vòng một trăm tám mươi (180) ngày kể từ ngày điều trị cuối cùng của một đợt điều trị hoặc tử vong và không quá một (01) năm kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm:

1.1 Giấy yêu cầu bồi thường (theo mẫu của Bảo hiểm Bảo Việt) do Người được bảo hiểm/Người thừa kế/Người thụ hưởng/Người được ủy quyền hợp pháp của Người được bảo hiểm kê khai và ký tên. Trường hợp Người được bảo hiểm là trẻ em dưới mười tám (18) tuổi sẽ do bố/mẹ/người giám hộ hợp pháp kê khai và ký tên.

1.2 Các chứng từ y tế:

- Toa thuốc (được kê trên đơn thuốc/sổ khám bệnh/phiếu khám và theo quy định của Bộ Y tế);
- Sổ khám bệnh/sổ y bạ/phiếu khám/báo cáo y tế có chẩn đoán bệnh của bác sỹ và chỉ định điều trị;
- Giấy ra viện (trong trường hợp nằm viện);
- Phiếu điều trị, chỉ định xét nghiệm/chẩn đoán hình ảnh, kết quả xét nghiệm/chẩn đoán hình ảnh, kết quả sinh thiết,... (các tài liệu này là bắt buộc với hồ sơ ngoại trú, với hồ sơ nội trú chỉ cung cấp khi Bảo hiểm Bảo Việt yêu cầu);
- Giấy chứng nhận phẫu thuật/Phiếu mổ (trong trường hợp phẫu thuật/mổ).

Tất cả các chứng từ y tế trên yêu cầu phải là bản gốc, có chữ ký, đóng dấu của bệnh viện/phòng khám (trừ đơn thuốc tại bệnh viện công có in mã vạch). Trường hợp không cung cấp được bản gốc có thể cung cấp bản sao có công chứng hoặc bản sao có xác nhận của Bảo hiểm Bảo Việt. Trong mọi trường hợp, Bảo hiểm Bảo Việt có quyền yêu cầu Người được bảo hiểm cung cấp bản gốc để kiểm tra.

1.3 Các chứng từ thanh toán: Hóa đơn tài chính/biên lai/phiếu thu theo quy định của Bộ Tài chính và bảng kê chi tiết kèm theo. Các giấy tờ trên phải là bản gốc và sẽ thuộc sở hữu của Bảo hiểm Bảo Việt. Hóa đơn mua thuốc/điều trị phải được xuất trong vòng ba mươi (30) ngày kể từ ngày kê đơn thuốc/điều trị và thể hiện số lượng thuốc và loại thuốc đúng theo kê đơn của bác sỹ điều trị. Bảo hiểm Bảo Việt không chấp nhận các phiếu thu/biên lai/hóa đơn bán lẻ cộng gộp, chỉ chấp nhận tối đa một (01) phiếu thu/biên lai/hóa đơn bán lẻ tại một đơn vị cấp cho mỗi hồ sơ yêu cầu bồi thường.

1.4 Trường hợp tai nạn:

- a. Tai nạn sinh hoạt: Người được bảo hiểm phải có Bản tường trình về tai nạn.
- b. Tai nạn lao động: Người được bảo hiểm phải có Bản tường trình về tai nạn có xác nhận của Tổ chức nơi người được bảo hiểm làm việc.
- c. Tai nạn giao thông: nếu còn đủ điều kiện về sức khỏe và năng lực hành vi, Người được bảo hiểm phải có Bản tường trình về tai nạn; hồ sơ giải quyết tai nạn của cơ quan công an (trong trường hợp có cơ quan công an tham gia hoặc trong trường hợp tử vong); Giấy phép lái xe, Giấy đăng ký xe trong trường hợp bị tai nạn khi đang điều khiển phương tiện giao thông (bản chính, hoặc bản sao có công chứng, hoặc bản sao có xác nhận của Bảo hiểm Bảo Việt).

1.5 Trường hợp thương tật vĩnh viễn: Giấy chứng thương hoặc giấy chứng nhận thương tích hoặc bản giám định thương tật do Hội đồng y khoa tỉnh/thành phố cung cấp.

1.6 Trường hợp tử vong: hồ sơ bệnh án trước khi tử vong (nếu có), giấy chứng tử, di chúc/giấy xác nhận quyền thừa kế hợp pháp trong trường hợp Người được bảo hiểm không chỉ định Người thụ hưởng, hoặc Người thụ hưởng đã tử vong/mất tích. Các chứng từ trên phải là bản gốc hoặc bản sao có công chứng.

1.7 Giấy tờ chứng minh quan hệ nhân thân (đối với các hồ sơ bồi thường của người thân/trẻ em) trong trường hợp Bảo hiểm Bảo Việt yêu cầu.

1.8 Các chứng từ khác có liên quan phục vụ việc giải quyết bồi thường theo yêu cầu của Bảo hiểm Bảo Việt.

Lưu ý: Trường hợp hồ sơ bồi thường bằng ngôn ngữ khác so với quy định trên, Người được bảo hiểm có trách nhiệm cung cấp cho Bảo hiểm Bảo Việt bản Tiếng Việt có công chứng để Bảo hiểm Bảo Việt làm cơ sở giải quyết bồi thường, phí dịch thuật Người được bảo hiểm tự chi trả.

ĐIỀU 2 – THỦ TỤC TRẢ TIỀN BẢO HIỂM VÀ BẢO LÃNH VIỆN PHÍ

2.1. Trường hợp ứng tiền trước, bồi thường sau:

Trường hợp Người được bảo hiểm không sử dụng dịch vụ bảo lãnh viện phí trực tiếp hoặc khám và điều trị tại các bệnh viện/phòng khám hợp pháp không thuộc hệ thống bảo lãnh thanh toán của chương trình, Người được bảo hiểm phải thanh toán mọi chi phí điều trị trước, sau đó gửi toàn bộ hồ sơ cho Bảo hiểm Bảo Việt để thanh toán phần chi phí thuộc phạm vi bảo hiểm.

a. Thời hạn bồi thường: Khi xảy ra sự kiện bảo hiểm, Bảo hiểm Bảo Việt có trách nhiệm giải quyết và chi trả tiền bảo hiểm theo thời hạn đã thoả thuận trong Hợp đồng bảo hiểm; trong trường hợp không có thoả thuận về thời hạn thì Bảo hiểm Bảo Việt phải thực hiện trong vòng mười lăm (15) ngày, kể từ ngày nhận được hồ sơ yêu cầu bồi thường đầy đủ và hợp lệ.

(i) Thời gian yêu cầu hoàn trả hồ sơ trong trường hợp bị từ chối bồi thường: tối đa sáu mươi (60) ngày kể từ ngày Bảo hiểm Bảo Việt gửi thông báo;

(ii) Thời gian để Bảo hiểm Bảo Việt xác minh hồ sơ: tối đa chín mươi (90) ngày kể từ ngày nhận đầy đủ hồ sơ. Đối với các hồ sơ xác minh có liên quan đến công an, tòa án hoặc có tính chất đặc biệt/phức tạp, Bảo hiểm Bảo Việt sẽ thông báo theo từng sự vụ cụ thể;

(iii) Thời hạn để khách hàng bổ sung hồ sơ: trong vòng ba mươi (30) ngày kể từ ngày Bảo hiểm Bảo Việt thông báo.

b. Thông tin chung về chi trả bảo hiểm: Tất cả các chứng từ và tài liệu mà Bảo hiểm Bảo Việt yêu cầu hỗ trợ cho việc chi trả bảo hiểm sẽ được cung cấp miễn phí cho Bảo hiểm Bảo Việt trước khi bất kỳ việc chi trả bảo hiểm nào được hoàn tất.

Trường hợp thiếu thông tin y tế hay thiếu chứng từ y tế, Người được bảo hiểm có trách nhiệm bổ sung các thông tin/chứng từ y tế cần thiết và hợp lý phục vụ công tác giải quyết bồi thường cho Bảo hiểm Bảo Việt và Bảo hiểm Bảo Việt không phải chịu chi phí cho việc có thêm thông tin đó.

Tiền bảo hiểm sẽ được chi trả cho Người được bảo hiểm hoặc Người thừa kế/Người thụ hưởng/Người được ủy quyền hợp pháp theo đúng quy định của Pháp luật.

2.2. Trường hợp bảo lãnh (áp dụng cho chương trình có dịch vụ bảo lãnh):

Trường hợp Người được bảo hiểm khám và điều trị tại các bệnh viện công trong hệ thống bảo lãnh thanh toán của chương trình (trừ khi có thoả thuận khác trong Hợp đồng bảo hiểm), Người được bảo hiểm cần thực hiện những bước sau:

a. Xuất trình thẻ bảo lãnh và Chứng minh nhân dân/Thẻ căn cước/Thẻ cư trú (hoặc Hộ chiếu), Giấy khai sinh (nếu Người được bảo hiểm dưới mười lăm (15) tuổi) cho bệnh viện/phòng khám.

b. Kiểm tra Giấy yêu cầu bồi thường mà bệnh viện/phòng khám cung cấp sau khi điều trị và ký tên để xác nhận việc điều trị của Người được bảo hiểm, đặt cọc theo quy định của bệnh viện/phòng khám (nếu có).

c. Thanh toán các chi phí không thuộc phạm vi bảo hiểm hoặc vượt quá mức trách nhiệm bảo hiểm.

2.3. Lưu ý:

(i) Nếu bác sĩ chỉ định việc điều trị của Người được bảo hiểm được thực hiện tại khoa châm cứu, chỉnh hình, chữa bệnh bằng phương pháp nắn khớp xương, châm cứu, chữa theo phương pháp vi lượng đồng căn thì Người được bảo hiểm phải gửi kèm theo giấy chỉ định hoặc giấy giới thiệu của bác sĩ.

(ii) Nếu Người được bảo hiểm đã làm các xét nghiệm sinh hóa, và/hoặc chụp X-quang/chẩn

đoán hình ảnh thì sẽ phải gửi kèm kết quả xét nghiệm trong hồ sơ yêu cầu bồi thường.

(iii) Nếu xét thấy hồ sơ yêu cầu bồi thường không có đầy đủ các chứng từ cần thiết, Bảo hiểm Bảo Việt có quyền yêu cầu khách hàng cung cấp thông tin hoặc Giấy yêu cầu bồi thường khác để tiến hành giải quyết bồi thường đầy đủ và hợp lệ.

ĐIỀU 3 – THỜI GIAN YÊU CẦU TRẢ TIỀN BẢO HIỂM/BỒI THƯỜNG BẢO HIỂM VÀ THỜI HIỆU KHỞI KIỆN HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

Người được bảo hiểm có quyền yêu cầu trả tiền bảo hiểm hoặc bồi thường theo hợp đồng bảo hiểm trong vòng 01 (một) năm kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm và thời hiệu khởi kiện về hợp đồng bảo hiểm là ba (03) năm kể từ ngày phát sinh tranh chấp.

PHỤ LỤC I
DANH MỤC BỆNH LÝ/TÌNH TRẠNG NGHIÊM TRỌNG

1. Ghép tủy xương
2. Nhồi máu cơ tim
3. Tai biến mạch máu não (đột quỵ)
4. Suy tim mất bù (bệnh tim giai đoạn cuối)
5. Bệnh Lupus ban đỏ hệ thống gây tổn thương thận
6. Bệnh bại liệt
7. Suy gan (bệnh gan giai đoạn cuối)
8. Viêm gan siêu vi tối cấp
9. Suy phổi (bệnh phổi giai đoạn cuối)
10. Suy đa tạng

PHỤ LỤC II DANH MỤC PHẪU THUẬT ĐẶC BIỆT

Bao gồm những danh mục được liệt kê dưới đây và có thể được thay đổi, cập nhật thường xuyên:

1. Lấy bỏ u não
2. Lấy bộ áp xe não
3. Lấy dị vật trong não
4. Cắt bỏ 1 phần hoặc toàn bộ thùy não
5. Cắt bỏ bán cầu não
6. Cắt mê lô kèm theo cắt xương chũm tai
7. Cắt toàn bộ thanh quản có hoặc không kèm theo nạo vét hạch cổ
8. Cắt toàn bộ tuyến giáp kèm theo nạo vét triệt để hạch cổ
9. Cắt u trong tim có làm nối tắt
10. Mở rộng van tim có nối tắt
11. Tạo van tim có nối tắt
12. Đặt van tim đơn
13. Mở van tim đặt van kép/tạo hình một van tim
14. Đặt van chạc ba
15. Thắt động mạch vành có kèm theo nối tắt
16. Lấy bỏ cục máu gây tắc mạch động mạch phổi, có nối tắt
17. Phẫu thuật tụy kiểu Whipple
18. Phẫu thuật cấy ghép nội tạng
19. Cắt cụt chân qua háng, chậu hông - bụng
20. Cắt toàn bộ dạ dày kèm theo tạo hình ghép ruột
21. Cắt bỏ cung sau cột sống quá 2 đoạn cổ, ngực hoặc thắt lưng, có hoặc không kèm theo giải phóng rễ thần kinh
22. Tạo hình khớp háng/ổ cối
23. Đóng cứng khớp háng có đục xương đùi dưới máu chuyển
24. Khoan sọ hoặc khoét tròn xương sọ để lấy máu tụ/não dập
25. Cắt có đánh xẹp sườn hay tạo hình thành ngực

PHỤ LỤC III
BẢNG TỶ LỆ TRẢ TIỀN THƯƠNG TẬT VĨNH VIỄN

QUYỀN LỢI	TỶ LỆ TRẢ TIỀN
I – CHẾT	100%
II – THƯƠNG TẬT TOÀN BỘ VĨNH VIỄN	
1. Mất hoặc mù hoàn toàn 2 mắt	100%
2. Rối loạn tâm thần hoàn toàn không thể chữa được	100%
3. Hông toàn bộ chức năng nhai và nói	100%
4. Mất hoặc liệt hoàn toàn 2 tay (từ vai hoặc khuỷu xuống) Hoặc 2 chân (từ hông hoặc đầu gối xuống)	100%
5. Mất cả hai bàn tay hoặc hai bàn chân hoặc mất một cánh tay và một bàn chân hoặc mất một cánh tay và một cẳng chân hoặc mất một bàn tay và một cẳng chân hoặc mất một bàn tay và một bàn chân	100%
6. Mất hoàn toàn khả năng lao động mà không thể làm bất cứ việc gì (bị tai nạn khiến toàn bộ bị tê liệt/nằm liệt giường dẫn đến thương tật toàn bộ vĩnh viễn)	100%
7. Cắt toàn bộ một bên phổi và một phần phổi bên kia	100%
III – THƯƠNG TẬT BỘ PHẬN VĨNH VIỄN	
CHI TRÊN	
8. Mất một cánh tay từ vai xuống (Tháo khớp vai)	75-85%
9. Cắt cụt cánh tay từ dưới vai xuống	70-80%
10. Cắt cụt một cánh tay từ khuỷu xuống (Tháo khớp khuỷu)	65-75%
11. Mất trọn một bàn tay hoặc toàn bộ cả 5 ngón tay	60-70%
12. Mất đồng thời cả bốn ngón tay của một bàn tay	40-50%
13. Mất đồng thời cả ngón cái và ngón trỏ	35-45%
14. Mất 3 ngón: ngón trỏ, ngón giữa và ngón đeo nhẫn	30-35%
15. Mất ngón cái và 2 ngón khác	35-40%
16. Mất ngón cái và một ngón khác	30-35%
17. Mất ngón trỏ và hai ngón khác	35-40%
18. Mất ngón trỏ và một ngón giữa	30-35%
19. Mất trọn ngón cái và đốt bàn	25-30%
Mất trọn ngón cái	20-25%
Mất cả đốt ngoài	10-15%
Mất nửa đốt ngoài	07-10%
20. Mất ngón trỏ và đốt bàn	20-25%
Mất ngón trỏ	18-22%
Mất hai đốt 2 và 3	10-12%
Mất đốt 3	08-10%

21. Mất trọn ngón giữa hoặc ngón nhẫn (bao gồm cả đốt bàn)	18-22%
Mất trọn ngón giữa hoặc ngón nhẫn	15-18%
Mất hai đốt 2 và 3	08-12%
Mất đốt 3	04-07%
22. Mất cả ngón út và đốt bàn	15-20%
Mất cả ngón út	10-15%
Mất hai đốt 2 và 3	08-10%
Mất đốt 3	04-07%
23. Cứng khớp bả vai	30-40%
24. Cứng khớp khuỷu tay	25-35%
25. Cứng khớp cổ tay	20-30%
26. Gãy tay can lệch hoặc mất xương làm chi ngắn trên 3cm và chức năng quay sấp ngửa hạn chế hoặc tạo thành khớp giả	25-35%
CHI DƯỚI	
27. Mất một chân từ háng xuống (Tháo khớp không một đùi)	75-85%
28. Cắt cụt một đùi	
1/3 trên	70-80%
1/3 giữa hoặc dưới	55-75%
29. Cắt cụt một chân từ gối xuống (Tháo khớp gối)	60-70%
30. Tháo khớp cổ chân hoặc mất một bàn chân	55-65%
31. Mất xương sên	35-40%
32. Mất xương gót	35-45%
33. Mất đoạn xương chày, mác gây khớp giả cẳng chân	35-45%
34. Mất đoạn xương mác	20-30%
35. Mất mắt cá chân: Mắt cá ngoài	10-15%
Mắt cá trong	15-20%
36. Mất cả 5 ngón chân	45-55%
37. Mất 4 ngón chân bao gồm cả ngón cái	38-48%
38. Mất bốn ngón trừ ngón cái	35-45%
39. Mất ba ngón 3 – 4 – 5	25-30%
40. Mất ba ngón 1 – 2 – 3	30-35%
41. Mất một ngón cái và ngón 2	20-25%
42. Mất một ngón cái	15-20%
43. Mất một ngón ngoài ngón cái	10-15%
44. Mất một đốt ngón cái	08-12%
45. Cứng khớp hông	45-55%
46. Cứng khớp gối	30-40%
47. Mất phần lớn xương bánh chè và giới hạn nhiều khả năng duỗi cẳng chân trên đùi	45-55%

48. Gãy chân can lệch hoặc mất xương làm ngắn chi Ít nhất 5 cm	40-45%
Từ 3 đến 5 cm	35-40%
49. Liệt hoàn toàn dây thần kinh hông khoeo ngoài	35-45%
50. Liệt hoàn toàn dây thần kinh hông khoeo trong	25-35%
CỘT SỐNG	
51. Cắt bỏ cung sau của một đốt sống	35-40%
Cắt bỏ cung sau của 2 – 3 đốt sống trở lên	45-60%
SỌ NÃO	
52. Khuyết xương sọ (chưa có biểu hiện thần kinh, tâm thần) gây ra đau đầu kéo dài	35-45%
LÔNG NGỰC	
53. Cắt bỏ 1 - 2 xương sườn	15-20%
54. Cắt bỏ từ 3 xương sườn trở lên	25-35%
55. Cắt bỏ đoạn mỗi xương sườn	08-10%
56. Cắt toàn bộ một bên phổi	70-80%
57. Cắt nhiều thùy phổi ở 2 bên, DTS giảm trên 50%	65-75%
58. Cắt nhiều thùy phổi ở 1 bên	50-60%
59. Cắt một thùy phổi	35-45%
BỤNG	
60. Cắt toàn bộ dạ dày	75-85%
61. Cắt đoạn dạ dày	50-60%
62. Cắt gần hết ruột non (còn lại dưới 1m)	75-85%
63. Cắt đoạn ruột non	40-50%
64. Cắt toàn bộ đại tràng	75-85%
65. Cắt đoạn đại tràng	50-60%
66. Cắt bỏ gan phải đơn thuần	70-80%
67. Cắt bỏ gan trái đơn thuần	60-70%
68. Cắt phần thùy gan, tùy vị trí, số lượng và kết quả phẫu thuật	40-60%
69. Cắt bỏ túi mật	45-55%
70. Cắt bỏ lá lách	40-50%
71. Cắt bỏ đuôi tụy, lách	60-70%
CƠ QUAN TIẾT NIỆU, SINH DỤC	
72. Cắt bỏ một thận, thận còn lại bình thường	50-60%
73. Cắt bỏ một thận, thận còn lại bị thương hoặc bệnh lý	70-80%
74. Cắt một phần thận trái hoặc phải	30-40%
75. Cắt một phần bàng quang	27-35%
76. Mất dương vật và 2 tinh hoàn ở người:	
Dưới 55 tuổi chưa có con	70-80%
Dưới 55 tuổi đã có con	55-65%
Trên 55 tuổi	35-40%

NGUYÊN TẮC XÉT TRẢ TIỀN BẢO HIỂM:

- a)** Trường hợp có nhiều thương tật ở cùng một bộ phận cơ thể, tổng số tiền trả cho các thương tật không được vượt quá tỷ lệ mất bộ phận cơ thể đó.
- b)** Vết thương điều trị bình thường, vết thương không bị nhiễm trùng sẽ được trả tiền bảo hiểm tương ứng với mức thấp nhất của thang tỉ lệ trả tiền bảo hiểm quy định cho trường hợp này.
- c)** Vết thương điều trị phức tạp, vết thương bị nhiễm trùng hoặc sau khi điều trị còn để lại di chứng thì tùy theo mức độ nặng, nhẹ được trả cao dần cho tới mức tối đa của thang tỉ lệ trả tiền bảo hiểm quy định cho trường hợp này.
- d)** Trường hợp hậu quả của tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm bị trầm trọng hơn do bệnh tật có sẵn của Người được bảo hiểm hoặc điều trị thương tật thân thể không kịp thời và không theo chỉ dẫn của bệnh viện/phòng khám thì Bảo hiểm Bảo Việt chỉ xem xét trả tiền bảo hiểm như đối với loại thương tật tương tự ở người có sức khỏe bình thường được điều trị một cách hợp lý.

BẢNG QUYỀN LỢI BẢO HIỂM BẢO VIỆT TÂM BÌNH

(Ban hành kèm theo Quyết định số 968/QĐ-BHBV ngày 10/03/2022 của Tổng Giám đốc Tổng Công ty Bảo hiểm Bảo Việt)

Đơn vị: VNĐ

CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM	CƠ BẢN	MỞ RỘNG	NÂNG CAO	TOÀN DIỆN	ƯU VIỆT
QUYỀN LỢI BẢO HIỂM CHÍNH: Nằm viện và phẫu thuật nội trú do bệnh, tai nạn, thai sản					
SỐ TIỀN BẢO HIỂM/NGƯỜI/NĂM	60.000.000	100.000.000	160.000.000	220.000.000	330.000.000
1.1. Nằm viện do bệnh, tai nạn, thai sản (Tối đa 60 ngày/năm) <ul style="list-style-type: none"> Chi phí phòng và giường, suất ăn theo tiêu chuẩn tại bệnh viện; Chi phí phòng chăm sóc đặc biệt; điều trị cấp cứu; Chi phí máu, huyết tương; Chi phí thuốc điều trị và sử dụng trong khi nằm viện; truyền máu, ô xy, huyết thanh, quần áo bệnh viện; Chi phí băng, nẹp bột; Chi phí tiêm truyền tĩnh mạch; Chi phí xét nghiệm hoặc chẩn đoán bằng hình ảnh như X-quang, MRI, CT, PET, siêu âm, nội soi. Các xét nghiệm này phải do bác sỹ chỉ định là cần thiết để đánh giá tình trạng bệnh và là một phần của chi phí điều trị nằm viện; Chi phí vật tư y tế cần thiết được sử dụng trong quá trình người bệnh nằm viện; Chi phí sinh thường. 	Chi trả theo chi phí thực tế, tối đa 400.000 /ngày, lên đến 21.000.000 /năm	Chi trả theo chi phí thực tế, tối đa 600.000 /ngày, lên đến 36.000.000 /năm	Chi trả theo chi phí thực tế, tối đa 1.000.000 /ngày, lên đến 60.000.000 /năm	Chi trả theo chi phí thực tế, tối đa 1.400.000 /ngày, lên đến 84.000.000 /năm	Chi trả theo chi phí thực tế, tối đa 2.000.000 /ngày, lên đến 120.000.000 /năm
1.2. Phẫu thuật do bệnh, tai nạn, thai sản Trả theo chi phí thực tế, tối đa không vượt quá hạn mức theo phân loại dưới đây:					
1.2.1. Phẫu thuật đặc biệt (theo phụ lục II của Quy tắc đính kèm)	Chi trả theo chi phí thực tế, tối đa 18.000.000 /năm	Chi trả theo chi phí thực tế, tối đa 30.000.000 /năm	Chi trả theo chi phí thực tế, tối đa 50.000.000 /năm	Chi trả theo chi phí thực tế, tối đa 60.000.000 /năm	Chi trả theo chi phí thực tế, tối đa 97.000.000 /năm
1.2.2. Phẫu thuật sinh con và các loại thủ thuật điều trị, tiểu phẫu	Chi trả theo chi phí thực tế, tối đa 3.000.000 /năm	Chi trả theo chi phí thực tế, tối đa 5.000.000 /năm	Chi trả theo chi phí thực tế, tối đa 12.000.000 /năm	Chi trả theo chi phí thực tế, tối đa 14.000.000 /năm	Chi trả theo chi phí thực tế, tối đa 20.000.000 /năm
1.2.3. Phẫu thuật khác	Chi trả theo chi phí thực tế, tối đa 10.000.000 /năm	Chi trả theo chi phí thực tế, tối đa 16.000.000 /năm	Chi trả theo chi phí thực tế, tối đa 30.000.000 /năm	Chi trả theo chi phí thực tế, tối đa 40.000.000 /năm	Chi trả theo chi phí thực tế, tối đa 60.000.000 /năm
1.3. Trợ cấp nằm viện (Tối đa 60 ngày/năm): Tại bệnh viện công từ tuyến tỉnh trở lên (Loại trừ các Khoa quốc tế/Khoa điều trị tự nguyện/Khoa điều trị theo yêu cầu) (Không áp dụng cho thai sản)	100.000/ngày	150.000/ngày	200.000/ngày	250.000/ngày	400.000/ngày
1.4. Chi phí khám trước khi nhập viện và sau khi xuất viện Chỉ thanh toán một lần gần nhất trước khi nhập viện (Không áp dụng cho thai sản)	Chi trả theo chi phí thực tế, tối đa 500.000/năm	Chi trả theo chi phí thực tế, tối đa 1.000.000/năm	Chi trả theo chi phí thực tế, tối đa 1.500.000/năm	Chi trả theo chi phí thực tế, tối đa 2.000.000/năm	Chi trả theo chi phí thực tế, tối đa 3.000.000/năm

BẢNG QUYỀN LỢI BẢO HIỂM BẢO VIỆT TÂM BÌNH

(Ban hành kèm theo Quyết định số 968/QĐ-BHBV ngày 10/03/2022 của Tổng Giám đốc Tổng Công ty Bảo hiểm Bảo Việt)

Đơn vị: VNĐ

CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM	CƠ BẢN	MỞ RỘNG	NÂNG CAO	TOÀN DIỆN	ƯU VIỆT
QUYỀN LỢI BẢO HIỂM CHÍNH: Nằm viện và phẫu thuật nội trú do bệnh, tai nạn, thai sản					
SỐ TIỀN BẢO HIỂM/NGƯỜI/NĂM	60.000.000	100.000.000	160.000.000	220.000.000	330.000.000
1.1. Nằm viện do bệnh, tai nạn, thai sản (Tối đa 60 ngày/năm) <ul style="list-style-type: none"> Chi phí phòng và giường, suất ăn theo tiêu chuẩn tại bệnh viện; Chi phí phòng chăm sóc đặc biệt; điều trị cấp cứu; Chi phí máu, huyết tương; Chi phí thuốc điều trị và sử dụng trong khi nằm viện; truyền máu, ô xy, huyết thanh, quần áo bệnh viện; Chi phí băng, nẹp bột; Chi phí tiêm truyền tĩnh mạch; Chi phí xét nghiệm hoặc chẩn đoán bằng hình ảnh như X-quang, MRI, CT, PET, siêu âm, nội soi. Các xét nghiệm này phải do bác sỹ chỉ định là cần thiết để đánh giá tình trạng bệnh và là một phần của chi phí điều trị nằm viện; Chi phí vật tư y tế cần thiết được sử dụng trong quá trình người bệnh nằm viện; Chi phí sinh thường. 	Chi trả theo chi phí thực tế, tối đa 400.000 /ngày, lên đến 21.000.000 /năm	Chi trả theo chi phí thực tế, tối đa 600.000 /ngày, lên đến 36.000.000 /năm	Chi trả theo chi phí thực tế, tối đa 1.000.000 /ngày, lên đến 60.000.000 /năm	Chi trả theo chi phí thực tế, tối đa 1.400.000 /ngày, lên đến 84.000.000 /năm	Chi trả theo chi phí thực tế, tối đa 2.000.000 /ngày, lên đến 120.000.000 /năm
1.2. Phẫu thuật do bệnh, tai nạn, thai sản Trả theo chi phí thực tế, tối đa không vượt quá hạn mức theo phân loại dưới đây:					
1.2.1. Phẫu thuật đặc biệt (theo phụ lục II của Quy tắc đính kèm)	Chi trả theo chi phí thực tế, tối đa 18.000.000 /năm	Chi trả theo chi phí thực tế, tối đa 30.000.000 /năm	Chi trả theo chi phí thực tế, tối đa 50.000.000 /năm	Chi trả theo chi phí thực tế, tối đa 60.000.000 /năm	Chi trả theo chi phí thực tế, tối đa 97.000.000 /năm
1.2.2. Phẫu thuật sinh con và các loại thủ thuật điều trị, tiểu phẫu	Chi trả theo chi phí thực tế, tối đa 3.000.000 /năm	Chi trả theo chi phí thực tế, tối đa 5.000.000 /năm	Chi trả theo chi phí thực tế, tối đa 12.000.000 /năm	Chi trả theo chi phí thực tế, tối đa 14.000.000 /năm	Chi trả theo chi phí thực tế, tối đa 20.000.000 /năm
1.2.3. Phẫu thuật khác	Chi trả theo chi phí thực tế, tối đa 10.000.000 /năm	Chi trả theo chi phí thực tế, tối đa 16.000.000 /năm	Chi trả theo chi phí thực tế, tối đa 30.000.000 /năm	Chi trả theo chi phí thực tế, tối đa 40.000.000 /năm	Chi trả theo chi phí thực tế, tối đa 60.000.000 /năm
1.3. Trợ cấp nằm viện (Tối đa 60 ngày/năm): Tại bệnh viện công từ tuyến tỉnh trở lên (Loại trừ các Khoa quốc tế/Khoa điều trị tự nguyện/Khoa điều trị theo yêu cầu) (Không áp dụng cho thai sản)	100.000/ngày	150.000/ngày	200.000/ngày	250.000/ngày	400.000/ngày
1.4. Chi phí khám trước khi nhập viện và sau khi xuất viện Chỉ thanh toán một lần gần nhất trước khi nhập viện (Không áp dụng cho thai sản)	Chi trả theo chi phí thực tế, tối đa 500.000/năm	Chi trả theo chi phí thực tế, tối đa 1.000.000/năm	Chi trả theo chi phí thực tế, tối đa 1.500.000/năm	Chi trả theo chi phí thực tế, tối đa 2.000.000/năm	Chi trả theo chi phí thực tế, tối đa 3.000.000/năm