QUY TẮC
BẢO HIỂM SỨC KHỎE VÀ TAI NẠN CÁ NHÂN
BIC TÂM AN



BIC
TỔNG CÔNG TY BẢO HIỂM BIDV

Hotline 24/7
1900 9456

www.bic.vn
www.mybic.vn

Thành viên của BIDV

QUY TẮC BẢO HIỂM SỨC KHỎE VÀ TAI NẠN CÁ NHÂN

(Ban hành theo Quyết định số 0774/QĐ-PHH ngày 10/04/2020 của Tổng Công ty bảo hiểm BIDV)

PHẦN I – CÁC ĐỊNH NGHĨA

Doanh nghiệp bảo hiểm Là Tổng Công ty Bảo hiểm BIDV (BIC), các Công ty bảo hiểm BIDV thành viên trực thuộc hệ thống BIC.

Bên mua bảo hiểm Là cá nhân hoặc tổ chức phù hợp với các quy định của pháp luật hiện hành, đã hoàn thành việc kê khai trên Giấy yêu cầu bảo hiểm, và/hoặc giao kết hợp đồng bảo hiểm và nộp phí bảo hiểm.

Bên mua bảo hiểm phải có quyền lợi có thể được bảo hiểm với Người được bảo hiểm.

Bên mua bảo hiểm có thể đồng thời là Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng bảo hiểm.

Người được bảo hiểm Là công dân Việt Nam hoặc người nước ngoài đang cư trú hợp pháp tại Việt Nam từ đủ 01 tuổi (12 tháng) đến đủ 65 tuổi tại thời điểm bắt đầu hiệu lực bảo hiểm.

Người được bảo hiểm không phải là:

- Người đang bị thương tật vĩnh viễn từ 50% trở lên (trường hợp Người được bảo hiểm không có Giấy chứng nhận thương tật do cơ quan có thẩm quyền phát hành thì việc xác nhận tỷ lệ thương tật sẽ căn cứ theo quy định "Bảng tỷ lệ phần trăm tổn thương cơ thể do thương tích" hiện hành của Bộ Y tế Việt Nam).
- Người đang bị bệnh tâm thần, bệnh lao, bệnh phong, bệnh ung thư, bệnh di truyền, bệnh bẩm sinh.
- Người đang trong thời gian điều trị bệnh hoặc thương tật.

Người thụ hưởng Là cá nhân hoặc tổ chức do Bên mua bảo hiểm chỉ định với sự đồng ý của Người được bảo hiểm để nhận toàn bộ hoặc một phần tiền bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm. Người thụ hưởng được ghi tên trên Giấy yêu cầu bảo hiểm, Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm, Giấy chứng nhận bảo hiểm và các thỏa thuận sửa đổi bổ sung khác (nếu có).

Phục hồi chức năng Là phục hồi khả năng hoạt động của một cơ quan, một bộ phận cơ thể người bị suy giảm, rối loạn, bị mất đi, có nguy cơ làm cho người trở thành một người tàn tật, tàn phế.

Hợp đồng bảo hiểm Là hợp đồng được ký kết giữa Doanh nghiệp bảo hiểm và Bên mua bảo hiểm, bao gồm Giấy chứng nhận bảo hiểm, Giấy yêu cầu bảo hiểm, Quy tắc bảo hiểm này và các điều khoản sửa đổi, bổ sung (nếu có) hoặc các tài liệu khác do Doanh nghiệp bảo hiểm và Bên mua bảo hiểm thỏa thuận; theo đó Bên mua bảo hiểm phải đóng phí bảo hiểm, Doanh nghiệp bảo hiểm phải trả tiền bảo hiểm cho Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng khi xảy ra sự kiện bảo hiểm.

Ngày bắt đầu bảo hiểm Là ngày Hợp đồng bảo hiểm bắt đầu phát sinh hiệu lực, được ghi trong mục thời hạn bảo hiểm.

Ngày tái tục hợp đồng Là ngày Hợp đồng bảo hiểm tiếp tục có hiệu lực ngay sau ngày đáo hạn hợp đồng.

Thời gian chờ Là khoảng thời gian mà trong thời gian đó nếu phát sinh sự kiện bảo hiểm thì Người được bảo hiểm không được thanh toán Quyền lợi bảo hiểm cho sự kiện bảo hiểm đó, bao gồm cả những sự kiện bảo hiểm phát sinh trong thời gian chờ nhưng hậu quả xảy ra/điều trị kéo dài ngoài thời gian chờ và trong thời hạn bảo hiểm. Thời gian chờ được tính từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm đến khi Người được bảo hiểm được hưởng quyền lợi bảo hiểm cho sự kiện bảo hiểm đó và được áp dụng khác nhau cho từng sự kiện bảo hiểm cụ thể.

Chi phí y tế thực tế Là các chi phí y tế thực tế hợp lý và cần thiết phát sinh cho việc chẩn đoán và điều trị thương tật, ốm đau, bệnh, thai sản hoặc tai nạn theo chỉ định của bác sỹ có bằng cấp chuyên môn và phù hợp với quy định của ngành y.

BIC thanh toán chi phí y tế điều trị thực tế theo hóa đơn và không vượt quá số tiền bảo hiểm được quy định trong hợp đồng bảo hiểm.

Cơ sở y tế Là một cơ sở khám, chữa trị y tế hợp pháp được Nhà nước công nhận và đảm bảo được các yếu tố sau:

- Có khả năng và phương tiện chẩn đoán bệnh, điều trị và/hoặc phẫu thuật;
- Có điều kiện thuận lợi cho việc điều trị nội trú, theo dõi sức khỏe hàng ngày cho bệnh nhân và/hoặc điều trị ngoại trú.

Cơ sở y tế không bao gồm:

- Phòng khám (bao gồm phòng khám răng) bác sỹ tư không có Giấy phép hoạt động;
- Trạm/trung tâm y tế xã, phường, y tế cơ quan (ngoại trừ trường hợp sinh đẻ thông thường);
- Cơ sở được dùng để nghỉ ngơi hoặc điều dưỡng;
- Cơ sở đặc biệt dành riêng cho người già;
- Cơ sở cai nghiện rượu, ma túy, chất kích thích khác;
- Cơ sở dùng để điều trị các căn bệnh rối loạn tâm thần, bệnh phong, trừ trường hợp điều trị các bệnh tật/thương tật thuộc phạm vi bảo hiểm tại các cơ sở này.

Nằm viện Là việc Người được bảo hiểm nhập viện để điều trị nội trú qua đêm ít nhất 24h tại cơ sở y tế, việc nằm viện phải diễn ra liên tục và không bị gián đoạn trong suốt thời gian kể từ khi nhập viện cho đến khi ra viện; có Bệnh án, Giấy ra viện và Biên lai viện phí (nếu có) của cơ sở y tế. Số ngày nằm viện được căn cứ trong Giấy ra viện và được tính bằng ngày ra viện trừ đi ngày nhập viện.

Phẫu thuật Là một phương pháp khoa học tác động cơ học vào tổ chức hoặc cơ quan của người bệnh với mục đích để chẩn đoán hoặc điều trị thương tật hoặc bệnh tật, được thực hiện tại phòng mổ của các bệnh viện, bởi một hoặc một nhóm phẫu thuật viên có bằng cấp được công nhận, với sự trợ giúp của các công cụ hay các thiết bị y tế trong bệnh viện.

Các Thủ thuật đặc biệt theo Danh mục phân loại thủ thuật của Bộ Y tế được chi trả quyền lợi bảo hiểm tương đương với phẫu thuật.

Các Thủ thuật loại I, II, III theo Danh mục phân loại thủ thuật của Bộ Y tế không được chi trả quyền lợi chi phí phẫu thuật mà được tính trong chi phí nằm viện hoặc chi phí ngoại trú.

Điều trị nội trú Là việc Người được bảo hiểm nhập viện để điều trị, có phát sinh các chi phí như chi phí trước khi nhập viện, chi phí nằm viện, chi phí phẫu thuật, chi phí điều trị sau khi xuất viện, chi phí y tá chăm sóc tại nhà hoặc các quyền lợi khác (nếu có).

Điều trị trong ngày Là việc Người được bảo hiểm nhập viện để điều trị, có hoặc không phát sinh chi phí giường bệnh nhưng không lưu viện đủ 24 giờ.

Điều trị ngoại trú Là việc Người được bảo hiểm điều trị tại một cơ sở y tế nhưng không nhập viện điều trị nội trú. Các trường hợp điều trị trong ngày, phẫu thuật/nội soi chẩn đoán bệnh trong ngày được giải quyết theo quyền lợi điều trị ngoại trú.

Bệnh mạn tính Là những bệnh diễn tiến chậm và kéo dài, không thể chữa khỏi hoàn toàn và cũng không tự biến mất.

Bệnh có sẵn Là tình trạng bệnh, thương tật, tổn thương mà Người được bảo hiểm đã được Bác sĩ tư vấn, chẩn đoán, điều trị hoặc các dấu hiệu, triệu chứng bệnh đã xuất hiện/tồn tại trước ngày Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực cho dù Người được bảo hiểm chưa được tư vấn, chẩn đoán hay điều trị trước đó.

Bệnh bẩm sinh Là các bất thường bẩm sinh có sẵn khi sinh ra. Nhiều bệnh có thể được chẩn đoán trước khi sinh hay vừa sinh ra, trong khi một số bệnh khác chỉ biểu hiện nhiều năm sau khi sinh. Việc xác định bệnh bẩm sinh căn cứ vào tài liệu y học, danh sách bệnh bẩm sinh theo hệ thống mã bệnh ICD – Chương bệnh bẩm sinh, căn cứ theo kết quả thăm khám và chẩn đoán của bác sĩ.

Bệnh di truyền Là bất kỳ bệnh nào xuất hiện ở những người có cùng huyết thống, theo đó 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.

Tai nạn Là một sự kiện hoặc một chuỗi sự kiện không bị gián đoạn gây ra do sự tác động bất ngờ của bất kỳ vật chất hoặc lực từ bên ngoài, không chủ định và ngoài ý muốn của Người được bảo hiểm lên cơ thể Người được bảo hiểm và gây ra thương tật hoặc tử vong, loại trừ bất cứ quá trình nào xảy ra do bệnh tật, tuổi tác hay sự thoái hoá. Sự kiện hoặc chuỗi sự kiện nêu trên phải là nguyên nhân trực tiếp và duy nhất gây ra thương tật hoặc tử vong cho Người được bảo hiểm.

Thương tật thân thể Là sự tổn thương thân thể mà Người được bảo hiểm phải gánh chịu, xảy ra trong phạm vi địa lý được bảo hiểm, trong thời hạn Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực và có nguyên nhân duy nhất là do tai nạn.

Thương tật vĩnh viễn Là thương tật thân thể do nguyên nhân duy nhất là tai nạn gây ra, làm cho Người được bảo hiểm bị mất hoặc mất hoàn toàn chức năng và không thể phục hồi được chức năng của bộ phận hoặc toàn bộ cơ thể.

Theo quy định của Quy tắc bảo hiểm này, thương tật vĩnh viễn chỉ được xác định sau khi việc điều trị thương tật thân thể đó đã kết thúc. Thương tật vĩnh viễn phải được cơ quan y tế/ Hội đồng giám định y khoa cấp tỉnh/thành phố trở lên xác nhận và phải tồn tại ít nhất 180 ngày liên tục tính từ ngày được xác nhận bị thương tật vĩnh viễn (trừ trường hợp đứt rời bộ phận cơ thể).

Sự biệt tích Người được bảo hiểm được xem như đã biệt tích (được hưởng quyền lợi như đã tử vong) khi :

- Biệt tích 1 năm liên tục trở lên do tai nạn, thảm họa hoặc thiên tai, tính từ ngày tai nạn, thảm hoạ hoặc thiên tai đó chấm dứt; và
- Đã áp dụng đầy đủ biện pháp thông báo, tìm kiếm nhưng vẫn không có tin tức xác thực về việc người đó còn sống hay đã tử vong; và
- Có bằng chứng từ chính quyền địa phương xác nhận người đó đã biệt tích 1 năm liên tục kể từ thời điểm xảy ra tai nạn, thảm hoạ hoặc thiên tai.

Tuy nhiên, nếu vào bất cứ thời điểm nào sau khi Doanh nghiệp bảo hiểm đã chi trả quyền lợi bảo hiểm cho sự kiện tử vong đó mà Người được bảo hiểm trở về sau thời gian biệt tích hoặc có tin tức xác thực là người đó vẫn còn sống thì số tiền này phải được hoàn lại cho Doanh nghiệp bảo hiểm.

Ngày điều trị cuối cùng Là ngày ra viện được ghi trên Giấy ra viện đối với điều trị nội trú và là ngày bác sỹ đưa ra được chẩn đoán bệnh, phác đồ điều trị/ đơn thuốc đối với điều trị ngoại trú.

Y tá chăm sóc tại nhà Là dịch vụ y tế do y tá thực hiện tại nơi cư trú của Người được bảo hiểm theo chỉ định của bác sỹ điều trị tại cơ sở y tế, được thực hiện ngay sau khi ra viện.

Bác sỹ Là người có bằng cấp chuyên môn y khoa được cơ quan có thẩm quyền tại Việt Nam cấp hoặc thừa nhận và được phép hành nghề trong phạm vi được cấp phép. Bác sỹ có thể là một cố vấn y tế, bác sỹ đa khoa hay bác sỹ chuyên khoa.

Các chi phí y tế thực tế phát sinh trong trường hợp bác sỹ tự khám và điều trị cho mình hoặc cho vợ/chồng, bố/mẹ, con cái, anh/chị em ruột của bác sỹ đó không thuộc phạm vi bảo hiểm của Quy tắc bảo hiểm này.

Lượt khám bác sĩ/điều trị Là toàn bộ quá trình khám, làm cận lâm sàng và kê đơn điều trị có chẩn đoán bệnh của bác sỹ trong một lần Người được bảo hiểm đến một Cơ sở khám chữa bệnh trong một khoảng thời gian nhất định không quá 24 giờ thì được coi là một lượt khám, không phụ thuộc vào số bệnh được chẩn đoán và số Bác sỹ mà Người được bảo hiểm được khám và điều trị.

Trường hợp do điều kiện khách quan hoặc theo yêu cầu chuyên môn nên chưa hoàn thành được quá trình khám bệnh trong ngày đầu tiên (chưa có kết luận bệnh của bác sỹ điều trị), phải tiếp tục khám trong ngày tiếp theo thì toàn bộ quá trình khám từ ngày khám đầu tiên cho đến khi bác sỹ đưa ra kết luận bệnh được coi là 1 lần khám.

Thuốc được kê đơn Là thuốc được bán và sử dụng theo đơn của Bác sỹ, không bao gồm thực phẩm chức năng; mỹ phẩm; dược mỹ phẩm; thuốc hỗ trợ điều trị và các loại vitamin, thuốc bổ, thuốc tăng cường sức đề kháng trừ trường hợp các loại vitamin, thuốc bổ, thuốc tăng cường sức đề kháng theo chỉ định của Bác sỹ phục vụ cho việc điều trị, có chi phí thấp hơn tổng chi phí thuốc điều trị và thời gian sử dụng không vượt quá thời gian sử dụng thuốc điều trị chính.

Chi phí trước khi nhập viện Là các chi phí khám bệnh, kiểm tra, siêu âm, chụp chiếu, xét nghiệm cơ bảnvà tiền thuốc theo chỉ định của bác sỹ, liên quan trực tiếp đến bệnh/thương tật cần phải nhập viện và cần theo dõi, chỉ được chấp nhận một lần gần nhất được thực hiện trong vòng 30 ngày trước khi nhập viện.

Thuốc theo chỉ định của bác sỹ là thuốc để điều trị mang tính chất giảm triệu chứng hoặc kháng sinh, thuốc dự phòng trước mổ có liên quan trực tiếp đến chỉ định nhập viện của bác sỹ.

Chi phí điều trị sau khi xuất viện Là các chi phí y tế phát sinh theo chỉ định của bác sỹ ngay khi Người được bảo hiểm xuất viện và có liên quan trực tiếp đến đợt điều trị nội trú trước đó. Các chi phí này bao gồm chi phí khám, cận lâm sàngvà thuốc phát sinh trong vòng 30 ngày kể từ ngày Người được bảo hiểm xuất viện.

Chi phí sinh đẻ Là tất cả các chi phí y tế liên quan đến quá trình sinh nở của Người được bảo hiểm, bao gồm sinh thường, sinh can thiệp hoặc sinh mổ.

Dịch vụ xe cứu thương Là việc sử dụng xe cứu thương của Cơ sở khám chữa bệnh để vận chuyển bằng đường bộ trong lãnh thổViệt Nam trong trường hợp Người được bảo hiểm trong tình trạng ốm đau/tai nạn nguy kịch ảnh hưởng đến tính mạng, buộc phải đưa đến Cơ sở khám chữa bệnh gần nhất hoặc từ Cơ sở khám chữa bệnh này đến Cơ sở khám chữa bệnh khác theo chỉ định của Bác sỹ hoặc theo yêu cầu của Nhân viên y tế phục vụ trên xe cứu thương.

Dịch vụ xe cứu thương quy định trong Quy tắc này không bao gồm dịch vụ vận chuyển bằng đường hàng không và đường thủy.

Cấy ghép bộ phận cơ thể Là việc phẫu thuật để nhận cấy ghép tim, phổi, gan, tuy, thận hoặc tủy xương của Người được bảo hiểm do bệnh giai đoạn cuối của cơ quan nội tạng tương ứng, được tiến hành tại một Cơ sở khám chữa bệnh đủ điều kiện và do một hoặc

một nhóm Bác sỹ có trình độ chuyên môn thực hiện.

Loại trừ các phương pháp cấy ghép tế bào gốc khác, cấy ghép tế bào đảo tuyến tụy và cấy ghép một phần cơ quan.

Các bộ phận/ thiết bị y tế hỗ trợ điều trị

Là các bộ phận/thiết bị/dụng cụ 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, bao gồm những danh mục liệt kê dưới đây và/hoặc các danh mục được liệt kê trong Sửa đổi bổ sung như là một bộ phận đính kèm của Quy tắc/Hợp đồng bảo hiểm như stent, van tim, bóng nong, đĩa đệm, nẹp, vis, chốt treo, máy tạo nhịp tim.
- 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, bao gồm: dao cắt sụn, lưỡi bào, dao cắt gan siêu âm, dao cắt trĩ theo phương pháp Longo, rọ tán sỏi trong phẫu thuật lấy sỏi, và/hoặc các danh mục được liệt kê trong Sửa đổi bổ sung như là một bộ phận đính kèm của Quy tắc/Hợp đồng bảo hiểm.
- Bên ngoài cơ thể có tác dụng hỗ trợ chức năng vận động hoặc các chức năng khác của cơ thể bao gồm: nạng, nẹp, xe lăn, thiết bị trợ thính, kính thuốc, máy hỗ trợ tim, và/hoặc các danh mục được liệt kê trong Sửa đổi bổ sung như là một bộ phận đính kèm của Quy tắc/Hợp đồng bảo hiểm.
- Các dụng cụ chỉnh hình mang tính chất thẩm mỹ khác.

Dịch bệnh Theo công bố của Cơ quan chức năng.

PHẦN II: QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA CÁC BÊN

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

1.1 Quyền của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm

- Yêu cầu doanh nghiệp bảo hiểm giải thích các điều kiện, điều khoản bảo hiểm; cấp giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc đơn bảo hiểm.
- Yêu cầu doanh nghiệp bảo hiểm trả tiền bảo hiểm cho Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng theo thoả thuận trong hợp đồng bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm.
- Đơn phương chấm dứt thực hiện hợp đồng bảo hiểm theo thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm, quy định pháp luật.
- Trong trường hợp doanh nghiệp bảo hiểm cố ý cung cấp thông tin sai sự thật nhằm giao kết hợp đồng bảo hiểm thì bên mua bảo hiểm có quyền đơn phương chấm dứt thực hiện hợp đồng bảo hiểm; doanh nghiệp bảo hiểm phải bồi thường thiệt hại phát sinh cho bên mua bảo hiểm do việc cung cấp thông tin sai sự thật.
- Các quyền khác theo quy định của pháp luật.

1.2 Nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm

- Đóng phí bảo hiểm đầy đủ, theo thời hạn và phương thức đã 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 doanh nghiệp bảo hiểm.
- Thông báo những trường hợp có thể làm tăng rủi ro hoặc làm phát sinh thêm trách nhiệm của doanh nghiệp bảo hiểm trong quá trình thực hiện hợp đồng bảo hiểm theo yêu cầu của doanh nghiệp bảo hiểm.
- Thông báo cho doanh nghiệp bảo hiểm về việc xảy ra sự kiện bảo hiểm theo thoả thuận trong hợp đồng bảo hiểm.
- Áp dụng các biện pháp đề phòng, hạn chế tổn thất theo quy định pháp luật.
- Các nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật.

2. Quyền và nghĩa vụ của doanh nghiệp bảo hiểm

2.1 Quyền của doanh nghiệp bảo hiểm:

- Thu phí bảo hiểm theo thoả thuận trong hợp đồng bảo hiểm;
- Yêu cầu bên mua bảo hiểm cung cấp đầy đủ, trung thực thông tin liên quan đến việc giao kết và thực hiện hợp đồng bảo hiểm;
- Đơn phương đình chỉ, chấm dứt hợp đồng bảo hiểm theo quy định pháp luật;
- Từ chối trả tiền bảo hiểm cho Người thụ hưởng hoặc cho Người được bảo hiểm trong trường hợp không thuộc phạm vi trách nhiệm bảo hiểm hoặc trường hợp loại trừ trách nhiệm bảo hiểm theo quy định tại quy tắc;
- Yêu cầu Bên mua bảo hiểm áp dụng các biện pháp đề phòng, hạn chế tổn thất theo quy định của pháp luật;

  Các quyền khác theo quy định của pháp luật.

2.2 Nghĩa vụ của doanh nghiệp bảo hiểm

- Giải thích cho Bên mua bảo hiểm về các điều kiện, điều khoản bảo hiểm; quyền, nghĩa vụ của bên mua bảo hiểm.
- Cấp Giấy chứng nhận bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm ngay sau khi giao kết hợp đồng bảo hiểm.
- Trả tiền bảo hiểm cho Người thụ hưởng hoặc Người được bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm theo thỏa thuận trong hợp đồng 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.

PHẦN III: QUY ĐỊNH CHUNG

1. Số tiền bảo hiểm

Số tiền bảo hiểm được Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm và Doanh nghiệp bảo hiểm thỏa thuận quy định trong Giấy chứng nhận/Hợp đồng bảo hiểm.

2. Phí bảo hiểm

Phí bảo hiểm được Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm và Doanh nghiệp bảo hiểm thỏa thuận quy định trong Giấy chứng nhận/Hợp đồng bảo hiểm.

Phí bảo hiểm = Số tiền bảo hiểm x Tỷ lệ phí bảo hiểm quy định tại Phụ lục 3 về Bảng tỷ lệ phí bảo hiểm.

3. Thời hạn bảo hiểm

Thời hạn bảo hiểm là 01 (một) năm.

4. Phạm vi bảo hiểm

Người được bảo hiểm được chi trả quyền lợi bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này trong trường hợp bị tai nạn, ốm đau bệnh và những chi phí y tế liên quan phát sinh trong phạm vi lãnh thổ Việt Nam.

5. Thay đổi Quyền lợi bảo hiểm

Quyền lợi bảo hiểm và giới hạn trách nhiệm của các quyền lợi không được thay đổi trong suốt thời hạn Hợp đồng bảo hiểm mà chỉ có thể được xem xét thay đổi vào ngày tái tục Hợp đồng bảo hiểm.

Trường hợp tái tục với Số tiền bảo hiểm cao hơn hoặc tham gia thêm quyền lợi bổ sung so với năm trước phải được sự chấp thuận của Doanh nghiệp bảo hiểm và phần chênh lệch về số tiền bảo hiểm cũng như quyền lợi tham gia thêm mới sẽ không được coi là tái tục liên tục và được áp dụng thời gian chờ theo quy định.

Trường hợp Bên mua bảo hiểm yêu cầu hủy Hợp đồng bảo hiểm đang còn hiệu lực để mua một Hợp đồng bảo hiểm mới, Hợp đồng bảo hiểm mới không được coi là tái tục và vẫn phải áp dụng đúng các quy định về thời gian chờ.

Phí bảo hiểm tại thời điểm tái tục có thể thay đổi tùy thuộc vào quyền lợi bảo hiểm áp dụng và tỷ lệ bồi thường. Việc tăng hoặc giảm phí bảo hiểm tái tục theo biểu phí đã được Bộ Tài chính phê chuẩn.

6. Chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm

Trường hợp một trong hai bên đề nghị chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm, bên yêu cầu chấm dứt phải thông báo bằng văn bản cho bên kia trong vòng 30 ngày kể từ ngày phát hành thông báo.

- Trường hợp Bên mua bảo hiểm là bên yêu cầu chấm dứt, Doanh nghiệp bảo hiểm sẽ hoàn trả 80% phí bảo hiểm của thời hạn bảo hiểm còn lại với điều kiện trong thời gian hiệu lực bảo hiểm chưa phát sinh khiếu nại trả tiền bảo hiểm.

- Trường hợp Doanh nghiệp bảo hiểm là bên yêu cầu chấm dứt, Doanh nghiệp bảo hiểm sẽ hoàn trả 100% phí bảo hiểm của thời hạn bảo hiểm còn lại.
- Trường hợp Người được bảo hiểm hoặc đại diện Người được bảo hiểm có bất kỳ khiếu nại nào thể hiện gian lận hay không trung thực hoặc nếu có hành vi gian dối hoặc có mưu kế trục lợi bảo hiểm về bất kì phương diện nào nhằm lấy tiền bảo hiểm thì Hợp đồng bảo hiểm sẽ bị hủy bỏ ngay lập tức và Người được bảo hiểm sẽ mất toàn bộ Quyền lợi bảo hiểm, đồng thời Người được bảo hiểm phải hoàn trả tất cả Giấy chứng nhận bảo hiểm và thẻ bảo hiểm (nếu có) cho Doanh nghiệp bảo hiểm. Doanh nghiệp bảo hiểm trả 70% phí bảo hiểm của thời gian còn lại với điều kiện chưa có bồi thường nào được chi trả trước đó.

Khi chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm trước thời hạn, trách nhiệm của Doanh nghiệp bảo hiểm sẽ chấm dứt ngay lập tức tại thời điểm Hợp đồng bảo hiểm được chấm dứt. Tất cả những sự kiện bảo hiểm phát sinh sau ngày chấm dứt đều không thuộc trách nhiệm bảo hiểm của Doanh nghiệp bảo hiểm.

PHẦN IV – CÁC QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

I. BẢO HIỂM TAI NẠN

1. Quyền lợi 1: Tử vong hoặc thương tật vĩnh viễn do tai nạn

Bảo hiểm cho trường hợp tử vong, thương tật toàn bộ vĩnh viễn hoặc thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn xảy ra trong thời hạn bảo hiểm.

a) Trường hợp Người được bảo hiểm tử vong hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn (≥ 81%) do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, Doanh nghiệp bảo hiểm trả toàn bộ (100%) số tiền bảo hiểm quy định trên Hợp đồng bảo hiểm.

b) Trường hợp Người được bảo hiểm bị thương tật bộ phận vĩnh viễn thuộc phạm vi bảo hiểm, Doanh nghiệp bảo hiểm trả tiền bảo hiểm theo Phụ lục 2 - Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm thương tật đính kèm Quy tắc bảo hiểm này.

c) 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 một (01) năm kể từ ngày xảy ra tai nạn Người được bảo hiểm bị chết do hậu quả của chính tai nạn đó, Doanh nghiệp bảo hiểm sẽ trả phần chênh lệch giữa số tiền bảo hiểm quy định trong Hợp đồng bảo hiểm với số tiền đã trả trước đó.

Trường hợp Người được bảo hiểm đã được chi trả 100% số tiền bảo hiểm, Hợp đồng bảo hiểm giữa Doanh nghiệp bảo hiểm với Người được bảo hiểm đó sẽ chấm dứt hiệu lực và Doanh nghiệp bảo hiểm không phải hoàn lại phí bảo hiểm của thời gian bảo hiểm còn lại.

2. Quyền lợi 2: Chi phí y tế do tai nạn

Trường hợp Người được bảo hiểm bị thương tật thân thể do tai nạn xảy ra trong thời hạn bảo hiểm, phát sinh các chi phí y tế (bao gồm cả điều trị nội trú, điều trị ngoại trú) thuộc phạm vi bảo hiểm, Doanh nghiệp bảo hiểm sẽ trả số tiền bảo hiểm tối đa đến mức giới hạn chi phí y tế quy định trong Giấy chứng nhận/Hợp đồng bảo hiểm, bao gồm:

- Chi phí y tế thực tế, thông lệ và hợp lý phát sinh trong thời hạn bảo hiểm.
- Chi phí dịch vụ xe cứu thương phát sinh trong thời hạn bảo hiểm.

3. Quyền lợi 3: Trợ cấp trong thời gian điều trị thương tật do tai nạn

Trường hợp Người được bảo hiểm phải điều trị thương tật do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, Doanh nghiệp bảo hiểm sẽ chi trả một số tiền cho mỗi ngày nằm viện như được ghi trong Giấy chứng nhận/Hợp đồng bảo hiểm. Giới hạn thời gian tối đa cho một năm bảo hiểm không được vượt quá thời gian ghi trong Giấy chứng nhận/Hợp đồng bảo hiểm.

Số ngày được hưởng trợ cấp dựa trên số ngày thực tế nằm viện do tai nạn.

Số tiền trợ cấp theo ngày (kể cả chủ nhật và ngày lễ) được tính như sau: Số tiền trợ cấp/1 ngày được quy định trong Giấy chứng nhận/Hợp đồng bảo hiểm nhân (x) số ngày nằm viện. Tiền trợ cấp theo ngày sẽ chấm dứt khi bác sỹ điều trị cho phép xuất viện.

Không chi trả trợ cấp đối với các trường hợp liên quan đến hậu quả của thai sản do tai nạn.

II. BẢO HIỂM SỨC KHỎE

1. Quyền lợi 4: Chi phí phẫu thuật, điều trị nội trú do ốm đau, bệnh

Trường hợp Người được bảo hiểm phải phẫu thuật, nằm viện do ốm đau, bệnh tật thuộc phạm vi bảo hiểm, Doanh nghiệp bảo hiểm đồng ý chi trả các quyền lợi về chi phí y tế thực tế và hợp lý như dưới đây:

(a) Tiền giường bệnh

Doanh nghiệp bảo hiểm sẽ chi trả chi phí tiền giường bệnh phát sinh khi Người được bảo hiểm nằm viện tại một bệnh viện theo chỉ định của bác sỹ nhưng không quá 30 ngày trong một năm hợp đồng. Chi phí này bao gồm: chi phí cho một giường (bao gồm chi phí chăm sóc y tế theo giường bệnh, tiền giường bệnh), bữa ăn phục vụ của Bệnh viện cho Người được bảo hiểm.

(b) Các chi phí phát sinh trong quá trình nằm viện

Doanh nghiệp bảo hiểm sẽ chi trả chi phí y tế thực tế phát sinh trong quá trình nằm viện liên quan đến việc chẩn đoán và điều trị bệnh của Người được bảo hiểm, bao gồm:

- Chi phí hội chẩn của Bác sỹ;
- Chi phí mua thuốc theo đơn của Bác sỹ;
- Các chi phí cận lâm sàng bao gồm xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng theo chỉ định của bác sỹ để phục vụ cho chẩn đoán và điều trị bệnh theo chỉ định của Bác sỹ.
- Chi phí vật tư tiêu hao thông dụng, máy móc và thiết bị y tế cần thiết theo chỉ định của bác sỹ phục vụ quá trình điều trị.

(c) Chi phí hồi sức tích cực

Nếu trong thời gian nằm viện, Người được bảo hiểm cần được hồi sức tích cực, Doanh nghiệp bảo hiểm sẽ chi trả toàn bộ số tiền bằng với chi phí thực tế mà Người được Bảo hiểm phải chi trả nhưng không quá 30 ngày trong một năm hợp đồng.

(d) Chi phí trước khi nhập viện và chi phí điều trị sau khi xuất viện

(e) Chi phí phẫu thuật phải nằm viện

(f) Chi phí cấy ghép nội tạng

Doanh nghiệp bảo hiểm sẽ chi trả các chi phí phẫu thuật phát sinh trong quá trình cấy ghép nội tạng.

(g) Dịch vụ xe cứu thương

Doanh nghiệp bảo hiểm sẽ chi trả chi phí cho việc sử dụng xe cứu thương của bệnh viện hoặc cơ sở khám chữa bệnh hợp pháp hoặc dịch vụ 115 (loại trừ chi phí vận chuyển bằng đường không, đường thủy, vận chuyển của SOS).

(h) Chăm sóc y tế tại nhà ngay sau khi ra viện

Doanh nghiệp bảo hiểm sẽ chi trả các chi phí chăm sóc y tế tại nhà cho Người được bảo hiểm với tổng số ngày chăm sóc y tế tại nhà tối đa được chi trả chi phí là 15 ngày trong một năm hợp đồng.

2. Quyền lợi 5: Chi phí điều trị ngoại trú do ốm đau, bệnh tật

Trường hợp Người được bảo hiểm phải điều trị ngoại trú do ốm đau, bệnh thuộc phạm vi bảo hiểm, Doanh nghiệp bảo hiểm trả các chi phí y tế thực tế và hợp lý, bao gồm:

- Chi phí khám bệnh.
- Chi phí thuốc theo đơn kê của bác sĩ.

- Các chi phí cận lâm sàng bao gồm xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng theo chỉ định của bác sỹ để phục vụ cho chẩn đoán và điều trị bệnh.
- Điều trị bằng các phương pháp vật lý trị liệu, trị liệu bức xạ nhiệt, liệu pháp ánh sáng do bác sỹ chỉ định. Tối đa 60 ngày/năm hợp đồng.

PHẦN V – LOẠI TRỪ TRÁCH NHIỆM BẢO HIỂM

I. NHỮNG ĐIỂM LOẠI TRỪ CHUNG

1. Điều trị tại các Cơ sở y tế ngoài phạm vi địa lý được quy định tại Giấy chứng nhận/Hợp đồng bảo hiểm.
2. Điều trị và/hoặc chăm sóc cai nghiện ma túy, cai nghiện rượu, sử dụng thuốc không theo chỉ định của Cơ sở khám chữa bệnh/Bác sỹ.
3. Điều trị y tế hoặc sử dụng thuốc không có đơn thuốc và sự chỉ dẫn của bác sỹ; các loại thuốc đông y không rõ nguồn gốc, các phòng khám, chẩn trị đông y tư nhân.
4. Tử vong hoặc bất kỳ ốm đau, bệnh tật, thương tích nào gây ra bởi chiến tranh, nội chiến, đình công, khủng bố.
5. Hành động cố ý của Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng bảo hiểm hoặc Người thừa kế hợp pháp.
6. Hậu quả của tai nạn xảy ra trước khi tham gia bảo hiểm.
7. Người được bảo hiểm tự tử.
8. 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.
9. Người được bảo hiểm từ 14 tuổi trở lên vi phạm pháp luật phải thụ án hình sự và/hoặc vi phạm Luật an toàn giao thông; vi phạm nội quy của nơi làm việc theo Bộ Luật lao động.
10. Người được bảo hiểm bị ảnh hưởng bởi rượu, bia hoặc các chất kích thích, các chất gây nghiện là nguyên nhân dẫn đến tai nạn hoặc ốm bệnh.
11. Điều trị các bệnh lây lan qua đường tình dục như bệnh giang mai, bệnh lậu, rối loạn chức năng sinh dục hay điều trị sinh lý, ốm đau liên quan đến các bệnh thuộc hội chứng suy giảm miễn dịch (HIV) bao gồm các hội chứng liên quan đến AIDS và/hoặc bất cứ biến chứng hoặc biến đổi nào, hoặc bệnh lây truyền qua đường tình dục hay bất cứ hội chứng liên quan đến AIDS hoặc các bệnh liên quan đến AIDS khác.
12. Điều trị bệnh rối loạn tâm thần và hành vi, bệnh tâm thần/loạn thần kinh hoặc bệnh chậm phát triển, bệnh rối loạn thiếu tập trung, bệnh tự kỉ. Điều trị rối loạn giấc ngủ, mất ngủ, ngủ ngáy không rõ nguyên nhân, suy nhược và hội chứng căng thẳng (stress) hoặc các bệnh có liên quan từ hội chứng đó.
13. Tử vong hoặc bất kỳ ốm đau, bệnh tật, thương tích nào phát sinh trực tiếp hoặc gián tiếp từ ô nhiễm hoá học, chất phóng xạ hay nguyên liệu hạt nhân hay những rủi ro mang tính thảm hoạ như động đất, núi lửa, sóng thần hoặc dịch bệnh theo công bố của cơ quan có thẩm quyền (bao gồm SARS, H5N1, Ebola).
14. Chi phí điều trị phục hồi chức năng, chi phí cung cấp, duy trì, hỗ trợ thay thế hay chỉnh sửa các bộ phận giả hoặc Các bộ phận/ thiết bị y tế hỗ trợ điều trị.

II. LOẠI TRỪ ÁP DỤNG CHO QUYỀN LỢI 1, 2 VÀ 3

Doanh nghiệp bảo hiểm sẽ không chi trả các chi phí theo các Quyền lợi 1, 2 và 3 nếu Người được bảo hiểm tử vong, thương tật thân thể do hậu quả toàn bộ hoặc một phần, trực tiếp hoặc gián tiếp của việc tham gia các hoạt động thể thao hoặc thể thao mạo hiểm:

1. Hoạt động trên không (trừ khi là hành khách mua vé của một hãng hàng không được cấp phép và có lịch trình bay thương mại) như: máy bay hạng nhẹ, máy bay một cánh, khinh khí cầu, nhảy dù, bay lượn trên không, nhảy bungee.
2. Hoạt động thể thao mùa đông trên băng, trên tuyết là các môn trượt băng, các môn trượt tuyết, môn xe trượt băng, hockey.
3. Hoạt động thể thao dưới nước là các môn bơi, lặn, nhảy cầu, bóng ném dưới nước, đua thuyền, lướt sóng, lặn biển.
4. Hoạt động cưỡi ngựa.
5. Hoạt động leo núi, khám phá hang động, khám phá các vùng đất mới, khám phá Bắc cực, Nam cực, các vùng đất băng giá vĩnh cửu.
6. Tham gia tập luyện và/hoặc tham gia thi đấu các môn thể thao chuyên nghiệp hay bất kỳ cuộc đua nào, có hoặc không có phương tiện cơ giới. Thể thao chuyên nghiệp hay bất kỳ cuộc đua nàođược hiểu là hoạt động thể thao mà vận động viên nhận được tiền thù lao cho sự thể hiện của họ.
7. Bất kỳ loại võ thuật nào.
8. Các hoạt động khác có rủi ro cao như các môn thể thao có va chạm là các môn thi đấu đối kháng giữa 2 người hoặc 2 đội trong đó các vận động viên sử dụng các bộ phận trên cơ thể có tiếp xúc trực tiếp với đối phương hoặc gián tiếp qua một phương tiện khác, bao gồmbóng đá, bóng rổ, bóng bầu dục, bóng ném, khúc côn cầu trên cỏ (field hockey), bóng gậy cong Ai-len (Hurling), bóng chầy, bóng gậy (cricket).
9. Tham gia các cuộc diễn tập huấn luyện quân sự, tham gia chiến đấu của lực lượng vũ trang.
10. Các hành động đánh cược, cá độ, thử thách, thách thức, trải nghiệm, thử nghiệm lập kỷ lục.

III. LOẠI TRỪ ÁP DỤNG CHO QUYỀN LỢI 4 VÀ 5

Doanh nghiệp bảo hiểm sẽ không chi trả các chi phí theo các Quyền lợi 4 và 5 nếu Người được bảo hiểm bị ốm đau, bệnh tật phải nằm viện, phẫu thuật hoặc điều trị ngoại trú do hậu quả toàn bộ hoặc một phần, trực tiếp hoặc gián tiếp trong các trường hợp:

1. Bất kỳ hình thức điều trị hoặc thuốc thử nghiệm nào chưa được chứng minh dựa trên kiến thức y học được chấp nhận rộng rãi.
2. Điều dưỡng, an dưỡng.
3. Kiểm tra sức khỏe hoặc giám định y khoa mà không liên quan đến việc điều trị bệnh tật; khám và các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng không có kết luận bệnh của bác sỹ và/hoặc không có phác đồ điều trị.
4. Khám sức khoẻ định kỳ/thông lệ, bao gồm kiểm tra sức khỏe tổng quát, xét nghiệm định kỳ, khám thai định kỳ, tiêm chủng, uống vắc xin phòng ngừa, khám và điều trị bệnh phụ khoa/nam khoa, kiểm tra thị lực và thính lực thông thường, điều trị cận thị, viễn thị, lão thị, loạn thị, nhược thị, điều trị sửa chữa những khiếm khuyết về suy thoái thị lực và thính lực tự nhiên.
5. Bệnh bẩm sinh bao gồm cả bệnh rối loạn thiếu tập trung, các điều trị cho bệnh chậm phát triển và bệnh khó khăn trong phát triển thể chất và học tập, cũng như biến chứng từ các bệnh này.
6. Những thương tật và chỉ định phẫu thuật có từ trước ngày bắt đầu bảo hiểm.
7. Khám, điều trị hoặc phẫu thuật theo yêu cầu của Người được bảo hiểm mà không liên quan đến việc khám, điều trị và phẫu thuật bình thường do ngành y tế quy định.
8. Điều trị thẩm mỹ hoặc phẫu thuật tạo hình trừ khi việc giải phẫu này nhằm mục đích tái tạo để phục hồi chức năng của cơ quan bị tổn thương phát sinh trong thời hạn bảo hiểm. Điều trị kiểm soát trọng lượng cơ thể (tăng hoặc giảm cân), điều trị mụn trứng cá, điều trị rụng tóc, điều trị tăng sắc tố da.
9. Chi phí cho tất cả các bộ phận của cơ thể được cho đi hay nhận cấy ghép, bao gồm cả việc cấy ghép tủy xương, ngoại trừ chi phí cho việc phẫu thuật liên quan tới cấy ghép giác mạc, nếu việc phẫu thuật này thuộc phạm vi bảo hiểm nhưng không bao gồm chi phí giác mạc.
10. Chi phí cho tất cả các loại bộ phận giả hoặc dụng cụ chỉnh hình dùng để thay thế cho một cơ quan, chân tay hoặc bất kỳ chức năng nào

của cơ thể con người bao gồm cả các vật liệu giả có thể phân hủy trong cơ thể (các loại vật liệu mới phi kim loại), nhưng ngoại trừ:

- Các bộ phận giả liên quan tới các di chứng Tai nạn (bao gồm chân tay giả có giá trị tối đa 75 triệu đồng) đã xảy ra trong thời hạn bảo hiểm;
- Giá đỡ mạch vành với giá trị tối đa là 45 triệu đồng;
- Giá đỡ thoát vị liên quan tới phẫu thuật thoát vị cột sống, Với điều kiện các loại bệnh cần phẫu thuật đó được bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này.

11. Chạy thận nhân tạo và phẫu thuật cầu nối động tĩnh mạch.

12. Điều trị mắt liên quan tới tật khúc xạ, bao gồm các kiểm tra và các thiết bị cung cấp.

13. Bất kỳ hình thức hiệu chỉnh lác hoặc tầm nhìn nào.

14. Điều trị liên quan tới lão suy và các rối loạn liên quan tới tuổi tác.

15. Điều trị bệnh Parkinson, bao gồm cả phẫu thuật.

16. Phẫu thuật tạo hình vách mũi, chỉnh vách ngăn và tạo hình mũi.

17. Kế hoạch hoá gia đình; điều trị vô sinh; điều trị bất lực; rối loạn/suy giảm chức năng sinh dục thụ tinh nhân tạo; liệu pháp thay đổi hóc môn; thay đổi giới tính;các điều trị hoặc xét nghiệm để kiểm soát sinh đẻ, bao gồm triệt sản,đặt vòng tránh thai (IUD), thắt ống dẫn trứng; Hoặc để điều trị hiếm muộn bao gồm thụ tinh trong ống nghiệm (IVF) và bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI); Hoặc để điều trị chứng liệt dương, chứng giãn tĩnh mạch thừng tinh hay tinh hoàn; Nạo phá thai trừ các trường hợp cần thiết về mặt y tế theo chỉ định của Bác sỹ hay bất cứ hậu quả hoặc biến chứng nào của các điều trị trên.

18. Bệnh ung thư, bệnh lao, bệnh phong.

19. Tất cả các chi phí y tế liên quan đến thai sản.

20. Tất cả các chi phí y tế liên quan đến điều trị răng.

21. Tất cả các chi phí y tế liên quan đến điều trị các bệnh tật đang trong thời gian chờ.

IV. QUY ĐỊNH VỀ THỜI GIAN CHỜ

1. **Bệnh hệ hô hấp:** Thời gian chờ 06 tháng cho đối tượng trẻ em từ 01 đến 06 tuổi, bao gồm các trường hợp sau:
   - Bệnh viêm phế quản;
   - Bệnh viêm tiểu phế quản;
   - Bệnh hen/suyễn
   - Bệnh viêm phổi các loại.
2. **Bệnh tai -mũi - họng:** Thời gian chờ 01 năm, bao gồm các trường hợp sau:
   - Nạo VA, nạo sùi vòm họng;
   - Cắt bỏ xương xoăn;
   - Cắt bỏ polyp dây thanh;
   - Cắt amiđan;
   - Tách dính cuốn dưới, cắt cuốn mũi giữa;
   - Tất cả các phẫu thuật liên quan đến bệnh lý về tai, trừ rạch màng nhĩ;
   - Bệnh viêm xoang, viêm mũi xoang.
3. **Bệnh về mắt:** Thời gian chờ 1 năm với bất kỳ loại phẫu thuật nào liên quan đến bệnh lý về mắt.
4. **Bệnh hệ tuần hoàn:** Thời gian chờ 1 năm.
5. **Bệnh hệ tiêu hóa:** Thời gian chờ 1 năm, bao gồm các trường hợp sau:
   - Phẫu thuật cắt bỏ túi mật;
   - Sỏi mật;
   - Loét dạ dày;
   - Bệnh viêm gan, xơ gan;
   - Bệnh trĩ.
6. **Bệnh hệ tiết niệu:** Thời gian chờ 1 năm, bao gồm các trường hợp sau:
   - Phẫu thuật liên quan đến bệnh lý ở thận, niệu quản, bàng quang và niệu đạo.
   - Bệnh suy thận, sỏi thận.
7. **Bệnh hệ nội tiết:** Thời gian chờ 1 năm, bao gồm các trường hợp sau:
   - Phẫu thuật cắt bỏ tuyến giáp;
   - Phẫu thuật cắt bỏ tuyến cận giáp;
   - Tuyến thượng thận;
   - Bệnh đái tháo đường.
8. **Bệnh hệ cơ xương khớp:** Thời gian chờ 1 năm, bao gồm các trường hợp sau:
   - U nang bao hoạt dịch;
   - Tất cả các loại phẫu thuật cơ hoặc xương không phải do một tai nạn gây ra (bao gồm cả nội soi khớp và phẫu thuật cắt thân đốt sống);
   - Hội chứng ống cổ tay;
   - Bệnh thoái hóa;
   - Thay thế khớp háng, khớp gối liên quan đến chấn thương;
   - Điều trị đứt dây chằng do tai nan trước đó.
9. **Các loại thoát vị:** Thời gian chờ là 1 năm với bất kỳ phẫu thuật và điều trị nào để điều trị các loại thoát vị.
10. **Bệnh u, bướu lành tính:** Thời gian chờ 1 năm.
11. **Bệnh mãn tính, bệnh có sẵn khác các nhóm bệnh nêu trên:** Thời gian chờ 1 năm.
12. **Đối với các bệnh không thuộc nhóm trên:** Thời gian chờ là 30 ngày kể từ ngày hợp đồng phát sinh hiệu lực.

PHẦN VI – THỦ TỤC TRẢ TIỀN BẢO HIỂM

1. Hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm

Khi yêu cầu trả tiền bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc Người đại diện của Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng hoặc Người thừa kế hợp pháp phải nộp cho Doanh nghiệp bảo hiểm các giấy tờ sau đây trong vòng 30 ngày kể từ ngày điều trị cuối cùng của mỗi đợt điều trị (nhưng không quá 01 năm kể từ ngày xảy ra rủi ro được bảo hiểm):

a. Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm (theo mẫu của Doanh nghiệp bảo hiểm).

b. Bản tường trình tai nạn có xác nhận của người chịu trách nhiệm nơi làm việc, học tập hay chính quyền địa phương hay công an nơi xảy ra tai nạn (trong trường hợp bị tai nạn). Đăng ký xe và giấy phép lái xe trường hợp Người được bảo hiểm bị tai nạn trong khi điều khiển xe cơ giới trên 50cc.

c. Chứng từ tài chính và chứng từ y tế:

(i) Chứng từ tài chính (yêu cầu cung cấp bản gốc):

- Biên lai thu tiền viện phí, hóa đơn tài chính, hóa đơn đặc thù ban hành theo quy định của Bộ Tài chính, Tổng Cục thuế.
- Trường hợp cơ sở y tế áp dụng hóa đơn điện tử thay thế cho hóa đơn giấy thì người được bảo hiểm phải cung cấp Hóa đơn chuyển đổi từ hóa đơn điện tử ra dạng hóa đơn giấy. Hóa đơn chuyển đổi ra dạng giấy bao gồm đầy đủ các thông tin : có dòng chữ "Hóa đơn chuyển đổi từ hóa đơn điện tử" và có dấu của Cơ sở y tế, có chữ ký của người thực hiện chuyển đổi, thời gian thực hiện chuyển đổi.
- Phiếu thu, biên lai thu tiền, hóa đơn bán lẻ:đối với các chi phí dưới mức quy địnhhiện hànhcủa Bộ Tài chính không bắt buộc phải xuất hóa đơn tài chính.

(ii) Chứng từ y tế:

- Giấy ra viện (trong trường hợp nằm viện), giấy chứng nhận phẫu thuật (trong trường hợp phẫu thuật), đơn thuốc sau ra viện (nếu có).
- Sổ khám bệnh/phiếu khám, chỉ định/kết quả cận lâm sàng (kết quả xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng), đơn thuốc (trong trường hợp khám ngoại trú); phiếu điều trị răng phải thể hiện chi tiết răng điều trị và phương pháp điều trị (trong trường hợp điều trị răng).

Các hóa đơn, chứng từ của cơ sở y tế phải có tên và chữ ký của bác sỹ, thông tin của người được điều trị, chi tiết các mục điều trị và ngày điều trị. Đơn thuốc phải kê tên thuốc rõ ràng; hóa đơn tiền thuốc phải ghi rõ giá đơn vị, giá tổng cộng, ghi đúng số lượng, tên thuốc theo chỉ định của bác sỹ và có dấu của hiệu thuốc. Thuốc phải mua trong vòng 5 ngày kể từ ngày bác sỹ kê đơn.

d. Giấy chứng tử và giấy xác nhận quyền thừa kế hợp pháp (trong trường hợp tử vong).

e. Các chứng từ khác có liên quan theo yêu cầu của Doanh nghiệp bảo hiểm.

2. Thứ tự ưu tiên chi trả quyền lợi bảo hiểm

Doanh nghiệp bảo hiểm sẽ chi trả bảo hiểm theo thứ tự ưu tiên như sau:

- Người được bảo hiểm.
- Người thụ hưởng.
- Người thừa kế hợp pháp của Người được bảo hiểm.

3. Thời hạn giải quyết, khiếu nại và khởi kiện

Doanh nghiệp bảo hiểm có trách nhiệm xem xét, giải quyết và thanh toán tiền bảo hiểm trong vòng mười lăm (15) ngày kể từ ngày nhận được đầy đủ hồ sơ hợp lệ.

Thời hạn khiếu nại Doanh nghiệp bảo hiểm về việc giải quyết trả tiền bảo hiểm là mười hai (12) tháng kể từ ngày nhận được thông báo kết quả giải quyết của Doanh nghiệp bảo hiểm. Quá thời hạn trên mọi khiếu nại đều không có giá trị.

Thời hạn khởi kiện về hợp đồng bảo hiểm là ba (03) năm kể từ thời điểm phát sinh tranh chấp.

Trường hợp có một vụ án được khởi tố liên quan đến rủi ro của Người được bảo hiểm,Doanh nghiệp bảo hiểm chỉ xem xét giải quyết quyền lợi bảo hiểm sau khi có bản án, quyết định có hiệu lực pháp luật của tòa án hoặc quyết định giải quyết của cơ quan có thẩm quyền.

PHẦN VII – GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP

Trong quá trình thực hiện hợp đồng, nếu có vướng mắc phát sinh hoặc tranh chấp, hai bên cùng bàn bạc giải quyết trên tinh thần hợp tác, thương lượng. Trường hợp hai bên không giải quyết được bằng thương lượng, mọi tranh chấp phát sinh từ hoặc liên quan đến Quy tắc bảo hiểm này sẽ được giải quyết tại Toà án có thẩm quyền tại Việt Nam. Phán quyết của Tòa được xem như là quyết định cuối cùng và buộc các bên phải thực hiện.

PHỤ LỤC 1:
QUYỀN LỢI BẢO HIỂM BỔ SUNG

(Ban hành theo Quyết định số 0774/QĐ-PHH ngày 10/04/2020 của Tổng Công ty bảo hiểm BIDV)

Khi đã tham gia các quyền lợi bảo hiểm cơ bản, nếu có nhu cầu,Người được bảo hiểm có thể đóng thêm phí bảo hiểm để tham gia một hoặc tất cả các quyền lợi bảo hiểm bổ sung của Quy tắc bảo hiểm sức khỏe và tai nạn cá nhân.

Các quyền lợi bảo hiểm bổ sung sau đây sẽ được cấp cùng với Quy tắc bảo hiểm và là một bộ phận không thể tách rời Quy tắc bảo hiểm này.

1. SĐBS 01: QUYỀN LỢI BỔ SUNG THAI SẢN

a. Thời gian chờ:

- Thai sản (sinh thường hoặc mổ lấy thai): 1 năm.
- Biến chứng thai sản: 280 ngày.

b. Phạm vi bảo hiểm:

Bên mua bảo hiểm lựa chọn mua thêm Quyền lợi bổ sung thai sản, Doanh nghiệp bảo hiểm sẽ chi trả cho Người được bảo hiểm các chi phí trong trường hợp sinh thường, sinh mổ, biến chứng thai sản, bao gồm:

- Tiền giường bệnh ;
- Các chi phí phát sinh trong quá trình nằm viện;
- Chi phí hồi sức tích cực;
- Chi phí trước khi nhập viện và chi phí điều trị sau khi xuất viện;
- Chi phí phẫu thuật;
- Dịch vụ xe cứu thương;
- Chăm sóc y tế tại nhà sau khi xuất viện;
- Chăm sóc trẻ sơ sinh sau khi sinh: bao gồm các chi phí tắm bé, vệ sinh em bé phát sinh trong vòng 5 ngày sau khi sinh với điều kiện người mẹ vẫn đang nằm viện (không chi trả các chi phí tiêm phòng hoặc điều trị bệnh cho em bé).

Biến chứng thai sản bao gồm các trường hợp sau:

- Băng huyết sau khi sinh;
- Sót rau thai trong tử cung sau khi sinh;
- Sảy thai;
- Phá thai để điều trị theo chỉ định của bác sỹ bao gồm phá thai do bệnh lý di truyền/dị tật bẩm sinh của thai nhi hoặc phá thai để bảo vệ tính mạng của người mẹ;
- Mang thai trứng nước;
- Thai ngoài tử cung;
- Tiền sản giật phải điều trị theo chỉ định của bác sỹ;
- Biến chứng của các nguyên nhân trên.

2. SĐBS 02: QUYỀN LỢI BỔ SUNG ĐIỀU TRỊ RĂNG (bổ sung ngoài Số tiền bảo hiểm của Quyền lợi 5)

a. Thời gian chờ:

- Thời gian chờ là 30 ngày kể từ ngày hợp đồng phát sinh hiệu lực.

b. Phạm vi bảo hiểm:

- Chỉ nhận bảo hiểm khi đã tham gia bảo hiểm Quyền lợi 5.
- Điều trị răng tại các Bệnh viện hoặc các cơ sở y tế liên kết của BIC trong các trường hợp: khám răng, lấy cao răng, điều trị viêm nướu (lợi), nha chu, trám (hàn) răng bằng các chất liệu thông thường (fuji, amalgam hoặc composite), nhổ răng bệnh lý (loại trừ răng khôn), điều trị tủy răng.

3. SĐBS 03: ĐIỀU KHOẢN NGỘ ĐỘC THỰC PHẨM HOẶC ĐỒ UỐNG

Điều khoản này đồng ý rằng việc Người được bảo hiểm bị ngộ độc thức ăn và/hoặc đồ uống sẽ được coi là "tai nạn" theo định nghĩa trong Quy tắc bảo hiểm này và tuân theo các điều kiện, điều khoản và loại trừ của Quy tắc bảo hiểm này.

4. SĐBS 04: ĐIỀU KHOẢN NGHẸT THỞ DO KHÓI, HƠI ĐỘC, KHÍ GAS VÀ NGẠT NƯỚC

Điều khoản này đồng ý rằng Quy tắc bảo hiểm này sẽ mở rộng bảo hiểm cho trường hợp Tử vong, thương tật hoặc các chi phí y tế phát sinh từ tai nạn liên quan đến nghẹt thở do khói, hơi độc, khí gas và ngạt nước, miễn rằng tai nạn nêu trên không phát sinh từ hành động cố ý của Người được bảo hiểm.

5. SĐBS 05: ĐIỀU KHOẢN BẢO HIỂM CHO TAI NẠN DO BỊ CƯỚP

Điều khoản này đồng ý rằng Quy tắc bảo hiểm sẽ mở rộng phạm vi bảo hiểm cho trường hợp Tử vong, thương tật hoặc các chi phí y tế là nguyên nhân của việc cướp trái pháp luật hoặc hành vi phạm pháp của hành khách đi trên chuyến bay hoặc thuyền hoặc các phương tiện chuyên chở thường xuyên khác mà Người được bảo hiểm là một hành khách có vé trên đó, miễn rằng trường hợp Tử vong, thương tật hoặc các chi phí y tế không phải là kết quả của việc Người được bảo hiểm tham gia vào hoặc khiêu khích những hành động nêu trên.

6. SĐBS 06: ĐIỀU KHOẢN MỞ RỘNG BẢO HIỂM SÁT HẠI VÀ TẤN CÔNG VÔ CỚ

Điều khoản này đồng ý rằng Quy tắc bảo hiểm này mở rộng phạm vi bảo hiểm cho trường hợp Tử vong, thương tật hoặc các chi phí y tế là hậu quả của âm mưu sát hại hoặc tấn công vô cớ, với điều kiện là trường hợp Tử vong, thương tật hoặc các chi phí y tế đó không được gây ra bởi hoặc do sự hợp tác hoặc hậu thuẫn của Người được bảo hiểm cho hành động đó.

PHỤ LỤC 2: BẢNG TỶ LỆ TRẢ TIỀN BẢO HIỂM THƯƠNG TẬT

(Ban hành theo Quyết định số 0774/QĐ-PHH ngày 10/04/2020 của Tổng Công ty bảo hiểm BIDV)

TỬ VONG	**100%**
THƯƠNG TẬT TOÀN BỘ	**100%**
1. Mù hoặc mất hoàn toàn hai mắt	100%
2. Rối loạn tâm thần hoàn toàn không thể chữa được	100%
3. Hỏng 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 háng hoặc đầu gối xuống)	100%
5. Mất cả 2 bàn tay hoặc 2 bàn chân, hoặc mất 1 cánh tay và 1 bàn chân, hoặc mất 1 cánh tay và 1 cẳng chân, hoặc 1 bàn tay và 1 cẳng chân, hoặc 1 bàn tay và 1 bàn chân	100%
6. Cắt toàn bộ 1 bên phổi và 1 phần phổi bên kia	100%
7. Mất hoàn toàn khả năng lao động mà không thể làm bất cứ việc gì (toàn bộ bị tê liệt, bị thương dẫn đến tình trạng nằm liệt giường hoặc dẫn đến tàn tật toàn bộ vĩnh viễn)	100%
THƯƠNG TẬT BỘ PHẬN	
CHI TRÊN	
1. Mất 1 cánh tay từ vai xuống (tháo khớp vai)	80%
2. Cắt cụt cánh tay từ dưới vai xuống	75%
3. Cắt cụt 1 cánh tay từ khuỷu xuống (tháo khớp khuỷu)	70%
4. Mất trọn 1 bàn tay hoặc cả 5 ngón tay	65%
5. Mất đồng thời cả 4 ngón tay (trừ ngón cái)	45%
6. Mất đồng thời cả ngón cái và ngón trỏ	40%
7. Mất 3 ngón 3 - 4 - 5	32%
8. Mất ngón cái và 2 ngón khác	37%
9. Mất ngón cái và 1 ngón khác	32%
10. Mất ngón trỏ và 2 ngón khác	37%
11. Mất ngón trỏ và 1 ngón giữa	32%
12. Mất trọn ngón cái và đốt bàn	27%
13. Mất trọn ngón cái	22%
14. Mất cả đốt ngoài	12%
15. Mất ½ đốt ngoài	8%
16. Mất ngón trỏ và đốt bàn	22%
17. Mất ngón trỏ	20%
18. Mất 2 đốt 2 và 3	10%
19. Mất đốt 3	9%
20. Mất trọn ngón giữa hoặc ngón nhẫn (cả đốt bàn)	20%
21. Mất trọn ngón giữa hoặc ngón nhẫn	17%
22. Mất 2 đốt 2 và 3	10%
23. Mất đốt 3	5%
24. Mất cả ngón út và đốt bàn	17%
25. Mất cả ngón út	12%
26. Mất 2 đốt 2 và 3	9%
27. Mất đốt 3	5%
28. Cứng khớp bả vai	30%
29. Cứng khớp khuỷu tay	30%
30. Cứng khớp cổ tay	30%
CHI DƯỚI	
1. Mất 1 chân từ háng xuống (tháo khớp háng 1 đùi)	80%
2. Cắt cụt 1 đùi 1/3 trên	75%
3. Cắt cụt 1 đùi 1/3 giữa hoặc dưới	65%
4. Cắt cụt 1 chân từ gối xuống (tháo khớp gối)	65%
5. Tháo khớp cổ chân hoặc mất 1 bàn chân	60%
6. Mất xương sên	37%
7. Mất xương gót	40%
8. Mất đoạn xương chày, mác gây khớp giả cẳng chân	40%
9. Mất đoạn xương mác	25%
10. Mất mắt cá ngoài	12%
11. Mất mắt cá trong	17%
12. Mất cả 5 ngón chân	50%
13. Mất 4 ngón cả ngón cái	42%
14. Mất 4 ngón trừ ngón cái	40%
15. Mất 3 ngón 3 - 4 - 5	27%
16. Mất 3 ngón 1 - 2 - 3	32%
17. Mất 1 ngón cái và ngón 2	22%
18. Mất 1 ngón cái	17%
19. Mất 1 ngón ngoài ngón cái	12%
20. Mất 1 đốt ngón cái	10%
21. Cứng khớp háng	50%
22. Cứng khớp gối	35%
23. Mất phần lớn xương bánh chè và giới hạn nhiều khả năng duỗi cẳng chân trên đùi	50%
24. Gãy chân can lệch hoặc mất xương làm ngắn chi ít nhất 5 cm	42%
25. Gãy chân can lệch hoặc mất xương làm ngắn chi từ 3 - 5 cm	37%
26. Liệt hoàn toàn dây thần kinh hông khoeo ngoài	40%
27. Liệt hoàn toàn dây thần kinh hông khoeo trong	30%
CỘT SỐNG	
1. Cắt bỏ cung sau của 1 đốt sống	35%
2. Cắt bỏ cung sau của 2 - 3 đốt sống trở lên	50%
SỌ NÃO	
1. Khuyết xương sọ, chưa có biểu hiện thần kinh, tâm thần, đường kính dưới 6 cm	30%
2. Khuyết xương sọ, chưa có biểu hiện thần kinh, tâm thần, đường kính từ 6 đến 10 cm	50%
3. Khuyết xương sọ, chưa có biểu hiện thần kinh, tâm thần, đường kính trên 10 cm	60%
4. Rối loạn ngôn ngữ do ảnh hưởng của vết thương đại não:	
◇ Nói ngọng, nói lắp, nói khó khăn ảnh hưởng đến giao tiếp	35%

◇ Không nói được (câm) do tổn hại vùng Broca	65%
◇ Mất khả năng giao dịch bằng chữ viết, mất nhận biết về ngôn ngữ do tổn hại vùng Werricke	60%

LỒNG NGỰC

1. Cắt bỏ 1 - 2 xương sườn	17%
2. Cắt bỏ 3 xương sườn (từ xương sườn thứ 4, mỗi xương sườn bị cắt bỏ tăng thêm 5%)	25%
3. Cắt bỏ đoạn mỗi xương sườn (từ xương sườn thứ 2, mỗi xương sườn bị cắt bỏ đoạn thêm tăng 3%)	8%
4. Cắt toàn bộ 1 bên phổi	75%
5. Cắt nhiều thùy phổi ở 2 bên, dung tích sống giảm trên 50%	70%
6. Cắt nhiều thùy phổi ở 1 bên	55%
7. Cắt 1 thùy phổi	40%

BỤNG

1. Cắt toàn bộ dạ dày	80%
2. Cắt đoạn dạ dày	55%
3. Cắt gần hết ruột non (còn lại dưới 1 m)	80%
4. Cắt đoạn ruột non	45%
5. Cắt toàn bộ đại tràng	80%
6. Cắt đoạn đại tràng	55%
7. Cắt bỏ gan phải đơn thuần	75%
8. Cắt bỏ gan trái đơn thuần	65%
9. Cắt 1/2 của một thùy gan	60%
10. Cắt 1/3 của một thùy gan	40%
11. Cắt dưới 1/3 của một thùy gan	30%
12. Cắt bỏ túi mật	50%
13. Cắt bỏ lá lách	45%
14. Cắt bỏ đuôi tụy, lách	65%

CƠ QUAN TIẾT NIỆU, SINH DỤC

1. Cắt bỏ 1 thận, thận còn lại bình thường	55%
2. Cắt bỏ 1 thận, thận còn lại bị tổn thương hoặc bệnh lý	75%
3. Cắt 1 phần thận trái hoặc phải	35%
4. Mất dương vật và 2 tinh hoàn ở người dưới 55 tuổi chưa con	75%
5. Mất dương vật và 2 tinh hoàn ở người dưới 55 tuổi đã có con rồi	60%
6. Mất dương vật và 2 tinh hoàn ở người trên 55 tuổi	40%
7. Cắt bỏ tử cung và buồng trứng 1 bên ở người dưới 45 tuổi chưa con	65%
8. Cắt bỏ tử cung và buồng trứng 1 bên ở người dưới 45 tuổi đã có con	35%
9. Cắt bỏ tử cung và buồng trứng 1 bên ở người trên 45 tuổi	27%
10. Cắt vú ở nữ dưới 45 tuổi 1 bên	25%
11. Cắt vú ở nữ dưới 45 tuổi 2 bên	50%
12. Cắt vú ở nữ trên 45 tuổi 1 bên	17%
13. Cắt vú ở nữ trên 45 tuổi 2 bên	35%
14. Cắt 1 phần bàng quang	30%

MẮT

1. Mất hoặc mù hoàn toàn 1 mắt, không lắp được mắt giả	60%
2. Mất hoặc mù hoàn toàn 1 mắt, lắp được mắt giả	55%
3. Một mắt thị lực còn đến 1/10	37%
4. Một mắt thị lực còn từ 2/10 đến 4/10	15%
5. Một mắt thị lực còn từ 5/10 đến 7/10	10%
6. Mất hoặc mù hoàn toàn 1 mắt nhưng trước khi xảy ra tai nạn này đã mất hoặc mù 1 mắt rồi	90%

TAI – MŨI – HỌNG

1. Điếc 2 tai hoàn toàn không phục hồi được	80%
2. Điếc 2 tai nặng (nói to hoặc thét vào tai còn nghe)	65%
3. Điếc 2 tai vừa (nói to 1 - 2 m còn nghe)	40%
4. Điếc 2 tai nhẹ (nói to 2 - 4 m còn nghe)	20%
5. Điếc 1 tai hoàn toàn không phục hồi được	35%
6. Điếc 1 tai mức độ vừa	15%
7. Điếc 1 tai mức độ nhẹ	8%
8. Mất vành tai 2 bên	30%
10. Mất vành tai 1 bên	15%
11. Mất mũi hoàn toàn	40%
12. Biến dạng mũi	18%

MẶT

1. Mất toàn bộ xương hàm trên và một phần xương hàm dưới từ cành cao trở xuống khác bên	85%
2. Mất toàn bộ xương hàm trên và một phần xương hàm dưới từ cành cao trở xuống cùng bên	75%
3. Mất toàn bộ xương hàm trên hoặc dưới	75%
4. Mất 1 phần xương hàm trên hoặc 1 phần xương hàm dưới từ 1/3 đến 1/2 bị mất từ cành cao trở xuống	40%
5. Mất răng trên 8 cái không lắp được răng giả	35%
6. Mất từ 5 đến 7 răng	20%
7. Mất 3/4 lưỡi còn gốc lưỡi (từ đường gai V trở ra)	80%
8. Mất 2/3 lưỡi từ đầu lưỡi	55%
10. Mất 1/3 lưỡi ảnh hưởng đến phát âm	20%
11. Mất 1 phần nhỏ lưỡi (dưới 1/3) ảnh hưởng đến phát âm	10%

Việc trả tiền bảo hiểm theo bảng này sẽ căn cứ trên các chứng từ điều trị của Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm cung cấp và tuân thủ theo những nguyên tắc sau đây:

- Mất hẳn hoàn toàn chức năng và không thể phục hồi chức năng của từng bộ phận /chi được coi như mất bộ phận/chi đó.
- Trường hợp có nhiều thương tật, tiền bảo hiểm được trả cho từng thương tật tương ứng nhưng tổng số tiền trả cho Người được bảo hiểm không vượt quá số tiền bảo hiểm. Trường hợp có nhiều thương tật ở cùng cùng một chi, tổng số tiền phải trả cho các thương tật không được vượt quá tỷ lệ mất chi đó.