

QUY TẮC

BẢO HIỂM CHĂM SÓC SỨC KHỎE 5.0

Ban hành theo Quyết định số: 28/QĐ-CTHDQT ngày 13 tháng 05 năm 2022

Trên cơ sở Giấy yêu cầu bảo hiểm, các kê khai khác (nếu có) của Cá nhân/ Đơn vị tham gia bảo hiểm/chủ Hợp đồng bảo hiểm và với điều kiện phí bảo hiểm đã được thanh toán đầy đủ theo quy định và sự kiện bảo hiểm phải phát sinh trong Thời hạn bảo hiểm, CTBH sẽ trả tiền bảo hiểm theo những quyền lợi được quy định trong Quy tắc bảo hiểm.

MỤC LỤC

- Phần I Định nghĩa và các quy định chung**
- Phần II Điều khoản bảo hiểm chính**
- Phần III Điều khoản bảo hiểm bổ sung**
- Phần IV Điều khoản loại trừ chung**
- Phần V Thủ tục yêu cầu trả tiền bảo hiểm**
- Phần VI Phụ lục bảng tỷ lệ thương tật vĩnh viễn do tai nạn**

PHẦN I - ĐỊNH NGHĨA VÀ CÁC QUY ĐỊNH CHUNG

I. ĐỊNH NGHĨA

Một số thuật ngữ trong quy tắc này được định nghĩa như sau:

1. Công Ty Bảo hiểm

Là Công ty được thành lập, tổ chức và hoạt động theo quy định của Luật kinh doanh bảo hiểm và các quy định khác của pháp luật có liên quan để kinh doanh bảo hiểm phi nhân thọ, tái bảo hiểm.

2. Người được bảo hiểm

Là cá nhân có tính mạng, sức khỏe được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm. Người được bảo hiểm có thể đồng thời là Người thụ hưởng.

3. 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 Người được bảo hiểm đồng thời là Người thụ hưởng và người bảo hiểm tử vong hoặc mất năng lực hành vi dân sự, CTBH sẽ giải quyết theo các quy định của Bộ Luật Dân sự về đại diện và thừa kế.

4. Bên mua bảo hiểm (Chủ hợp đồng bảo hiểm)

Là tổ chức, cá nhân có quyền lợi được bảo hiểm theo quy định của pháp luật giao kết Hợp đồng bảo hiểm với Bảo hiểm và đóng phí bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm có thể đồng thời là Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng (trừ trường hợp Bên mua bảo hiểm là tổ chức).

5. Người phụ thuộc

Là con của Người được bảo hiểm theo luật pháp có độ tuổi từ 15 ngày tuổi đến 18 tuổi, kể từ ngày có hiệu lực bảo hiểm hoặc ngày tái tục bảo hiểm tiếp theo. Tất cả những người phụ thuộc phải có tên trong Danh sách yêu cầu được bảo hiểm.

6. Hợp đồng bảo hiểm

Là hợp đồng được ký kết giữa CTBH và Bên mua bảo hiểm, theo đó Bên mua bảo hiểm phải đóng phí bảo hiểm, NBH cung cấp dịch vụ bảo hiểm như được liệt kê trong Quy tắc bảo hiểm. Giấy yêu cầu bảo hiểm/Quy tắc bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm /phụ lục hợp đồng/sửa đổi bổ sung là một bộ phận không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm.

7. Bảng quyền lợi bảo hiểm

Bảng quyền lợi bảo hiểm cung cấp các thông tin tóm tắt về quyền lợi bảo hiểm. Bảng quyền lợi bảo hiểm được đính kèm và là bộ phận không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm.

8. Sự kiện bảo hiểm

Sự kiện bảo hiểm là sự kiện khách quan do các bên thỏa thuận mà khi sự kiện đó xảy ra, Bảo hiểm phải trả tiền bảo hiểm cho Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng.

9. Số tiền bảo hiểm

Là số tiền tối đa do Bảo hiểm chi trả cho Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng khi sự kiện bảo hiểm xảy ra trong Thời hạn bảo hiểm.

Số tiền bảo hiểm hoặc phương thức xác định số tiền bảo hiểm được Bên mua bảo hiểm và Bảo hiểm thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm.

10. Thời hạn bảo hiểm

Thời hạn bảo hiểm được quy định cụ thể trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

11. Tái tục liên tục:

Là việc Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm có ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm vào ngày kế tiếp sau ngày hết hạn bảo hiểm của Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm / Chủ hợp đồng bảo hiểm/ Người được bảo hiểm đã tham gia trước đó tại Bảo hiểm .

12. Tuổi bảo hiểm

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

13. Tai nạn

Là sự kiện hoặc chuỗi sự kiện bất ngờ không lường trước được xảy ra ngoài sự kiểm soát của Người được bảo hiểm gây ra bởi một lực bên ngoài và hữu hình lên thân thể của Người được bảo hiểm. Là nguyên nhân trực tiếp và duy nhất gây ra thương tật hoặc tử vong đối với Người được bảo hiểm.

14. Thương tật thân thể

Là những tổn thương của cơ thể Người được bảo hiểm mà nguyên nhân duy nhất do tai nạn.

15. Thương tật tạm thời

Là thương tật thân thể làm cho Người được bảo hiểm không thể thực hiện một phần hoặc toàn bộ công việc hàng ngày trong một khoảng thời gian nhất định.

16. Thương tật vĩnh viễn

Là Người được bảo hiểm mất một phần hoặc toàn bộ chức năng của một hay nhiều bộ phận trong cơ thể không có khả năng phục hồi do tai nạn gây ra.

17. Thương tật bộ phận vĩnh viễn

Người được bảo hiểm bị thương tật vĩnh viễn do tai nạn với tỷ lệ dưới 81% (theo bảng tỷ lệ thương tật), thời gian xác định là 52 tuần liên tục kể từ ngày xác định là thương tật vĩnh viễn.

18. Thương tật toàn bộ vĩnh viễn

Người được bảo hiểm bị thương tật vĩnh viễn do tai nạn với tỷ lệ từ 81% trở lên (theo bảng tỷ lệ thương tật), thời gian xác định là 104 tuần liên tục kể từ ngày xác định là thương tật vĩnh viễn.

19. Ốm đau/Bệnh tật

Là tình trạng cơ thể có dấu hiệu của bệnh lý khác với tình trạng sức khỏe bình thường.

20. Tàn tật toàn bộ vĩnh viễn do ốm đau bệnh tật

Là tàn tật do ốm đau bệnh tật 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 104 tuần liên tục và không hy vọng vào sự tiến triển của tàn tật đó.

21. Bệnh/thương tật có sẵn

Là bệnh hoặc thương tật của Người được bảo hiểm đã được chẩn đoán hoặc đã xuất hiện triệu chứng trước ngày ký Hợp đồng bảo hiểm mà Người được bảo hiểm:

- a. Đã phải điều trị trong vòng 3 năm gần đây;
- b. Có bất cứ tình trạng sức khỏe đã được chẩn đoán; triệu chứng bệnh/thương tật đã xảy ra/ xuất hiện trước ngày ký Hợp đồng bảo hiểm 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.

Theo Quy tắc bảo hiểm này, ngoài các bệnh có sẵn theo định nghĩa trên, một số bệnh sau được hiểu là bệnh có sẵn:

- Bệnh hệ hô hấp: Viêm VA cần phẫu thuật, viêm xoan, vẹo vách ngăn, bệnh hen/xuyễn;
- Bệnh hệ tai: Viêm tai giữa cần phẫu thuật, sùi vòm họng, cắt bỏ xương xoắn;
- Bệnh hệ mạch: Viêm tĩnh mạch và viêm tắc/ngẽn tĩnh mạch, giãn tĩnh mạch chi dưới, hội chứng ống cổ tay, mạch/ hạch bạch huyết, trĩ;
- Bệnh rối loạn chuyển hóa các loại;
- Bệnh hệ cơ, xương, khớp: viêm khớp/đa khớp, thoái hóa cột sống, thân đốt sống, thoát vị đĩa đệm, rối loạn mật độ và cấu trúc xương, gout;
- Bệnh hệ tiêu hóa: loét dạ dày, tá tràng;
- Bệnh khác: sỏi, nang, mụn com, nốt ruồi các loại, rối loạn tiền đình.

22. Bệnh đặc biệt

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

- a. Bệnh hệ thần kinh:
Các bệnh viêm hệ thần kinh trung ương (não), teo hệ thống ảnh hưởng lên hệ thần kinh trung ương (Huntington, mất điều khiển vận động di truyền, teo cơ cột sống và hội chứng liên quan), rối loạn vận động ngoài tháp (Parkinson, rối loạn trương lực cơ, rối loạn vận động và ngoại tháp khác), Alzheimer, hội chứng Apalic/mất trí nhớ, động kinh, hôn mê, các bệnh bại não và hội chứng liệt khác.
- b. Bệnh hệ hô hấp:
Bệnh suy phổi, tràn khí phổi.
- c. Bệnh hệ tuần hoàn:
Bệnh tim, tăng/cao huyết áp, tăng áp lực động mạch vô căng, các bệnh mạch máu não/ đột quy và các hậu quả/di chứng của bệnh này.
- d. Bệnh hệ tiêu hóa:
Viêm gan A, B, C, xơ gan, suy gan, sỏi mật.
- e. Bệnh hệ tiết niệu:
Bệnh của cầu thận, ống thận, sỏi thận và niệu quản, sỏi đường tiết niệu dưới, suy thận.
- f. Bệnh hệ nội tiết:
Rối loạn tuyến giáp, đái tháo đường, nội tiết tuyến tụy, tuyến thượng thận, hôn mê, rối loạn các tuyến nội tiết khác.
- g. Bệnh khối U:
Khối U/ bướu lành tính các loại.
- h. Bệnh của máu:
Rối loạn đông máu, rối loạn chức năng của bạch cầu đa trung tính, bệnh liên quan mô lưới bạch huyết và hệ thống lưới mô bào, ghép tủy
- i. Bệnh của da và mô liên kết:
Bệnh Lupus ban đỏ, xơ cứng bì toàn thân, xơ cứng rải rác, so cách biểu bì tuyến triển/ cột bên teo cơ, loạn dưỡng cơ và biến chứng của các bệnh này, Pemphigus (bệnh tự miễn, bong nước lớp biểu bì ở da và niêm mạc gây nên hiện tượng ly gai), vẩy nến, mề đay dị ứng (có điều trị bằng kháng nguyên của nước ngoài)

23. Bệnh mạn tính:

Bệnh mạn tính là bệnh tiến triển dần dần và kéo dài, thời gian bệnh từ 3 tháng trở lên.

Là bệnh tật có một trong các đặc tính sau đây:

- Diễn biến từ từ và điều trị không thể khỏi dứt điểm;
- Bản chất là sẽ tái đi tái lại;
- Hiện chưa có một phương pháp điều trị nào thích hợp;
- Có thể dẫn đến thương tật/tàn tật vĩnh viễn;
- Cần khám, xét nghiệm, điều trị hoặc theo dõi dài hạn.

Bệnh mạn tính thường gặp ví dụ như bệnh không truyền nhiễm như viêm khớp, bệnh hen/suyễn, bệnh tiểu đường, tim mạch, dạ dày và các bệnh do virus gây ra như viêm gan, siêu vi C và HIV/AIDS... Bệnh mạn tính được xác định trên cơ sở ý kiến của bác sĩ điều trị.

24. Bệnh nghề nghiệp

Bệnh nghề nghiệp là bệnh phát sinh do điều kiện lao động có hại của nghề nghiệp tác động đối với người lao động. Danh mục các loại bệnh nghề nghiệp do cơ quan quản lý nhà nước có thẩm quyền ban hành.

25. Bệnh di truyền

Bệnh di truyền là những bệnh do cha, mẹ truyền cho con qua tế bào sinh dục (trứng hoặc tinh trùng). Vì vậy mầm bệnh có từ trong hợp tử (phôi), từ điểm khởi thủy của sự sống trong ổ tử cung. Trên nhiễm sắc thể của tinh trùng hay trứng đã có sẵn các gen bệnh hoặc cũng có thể do sai lệch bất thường của nhiễm sắc thể. Bệnh xác định bởi y học dựa trên kết quả thăm khám và xét nghiệm cận lâm sàng trên cơ sở ý kiến của bác sĩ.

Một trong những đặc điểm của bệnh di truyền là nó vốn có tính bẩm sinh, loại bệnh này sinh ra đã có nhưng không phải tất cả các bệnh sinh ra đã có đều là bệnh di truyền.

26. Bệnh/ dị tật bẩm sinh

Là các bất thường bẩm sinh có sẵn khi sinh ra. Nhiều bệnh có thể được chuẩn 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 chuẩn đoán của bác sĩ.

27. Dịch vụ vận chuyển cấp cứu

Là dịch vụ vận chuyển bệnh nhân trong tình trạng nguy kịch bằng các phương tiện khác nhau (trừ vận chuyển bằng đường hàng không) từ nơi Người được bảo hiểm cần cấp cứu đến cơ sở khám chữa bệnh gần nhất có đủ điều kiện sơ, cấp cứu hoặc từ cơ sở y tế này sang cơ sở y tế khác khi cần thiết theo chỉ định của bác sĩ điều trị.

28. Điều trị cấp cứu

Là những can thiệp ngay từ ban đầu của người cấp cứu hoặc/và nhân viên y tế đối với tình trạng nguy kịch do ốm đau, bệnh tật, tai nạn. Thời gian điều trị cấp cứu là thời gian kể từ khi sơ cứu, nằm viện tại bộ phận hồi sức tích cực cho đến khi chuyển sang buồng bệnh thông thường.

29. Phòng khám

Là cơ sở y tế cung cấp đầy đủ các cơ sở vật chất, trang thiết bị y tế phục vụ cho công tác chẩn đoán/ khám và điều trị bệnh nhân theo quy định. Phòng khám phải có giấy phép hoạt động kinh doanh hợp pháp và chứng chỉ hành nghề của từng cá nhân trong phòng khám.

Liên quan đến các chứng từ hóa đơn/biên lai/ phiếu thu chi phí điều trị phát sinh tại phòng khám hợp pháp phải tuân thủ theo quy định của Bộ tài chính/ Tổng cục thuế.

30. Bệnh viện/ cơ sở y tế

Là một cơ sở khám chữa bệnh được thành lập và hoạt động theo pháp luật Việt Nam hoặc nước sở tại.

31. Bệnh viện công lập

Là tổ chức 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 về kế toán 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.

32. Nằm viện

Là việc bệnh nhân cần thiết nằm tại Bệnh viện ít nhất là 24 giờ để điều trị cho đến khi ra viện kể cả việc sinh đẻ hoặc điều trị trong thời gian thai kỳ. Trong trường hợp bệnh viện không cấp được Giấy nhập viện hoặc xuất viện, hồ sơ y tế hoặc hóa đơn thanh toán thể hiện rõ thời gian điều trị sẽ được coi như chứng từ thay thế. Đơn vị ngày nằm viện được tính bằng 24 giờ hoặc theo đơn vị giường nằm trong Giấy ra/ xuất viện hoặc trong chứng từ viện phí chi tiết.

33. Giường bệnh

Là giường chuyên dụng dùng cho một người bệnh để nằm điều trị tại các cơ sở y tế, không bao gồm giường cho người trực, giường phòng khám, giường cho người nhà và giường cho người chăm sóc.

34. Phẫu thuật

Là phương pháp khoa học dùng để điều trị thương tật, bệnh tật, các trường hợp thai sản được thực hiện bởi phẫu thuật viên có bằng cấp thông qua những ca mổ với các dụng cụ y tế tại Bệnh viện.

Danh mục phẫu thuật được áp dụng theo quy định hiện hành của Bộ y tế hoặc nước sở tại.

35. Cấy, ghép bộ phận cơ thể

Cấy ghép bộ phận cơ thể bao gồm: cấy ghép mô, cấy ghép nội tạng và cấy ghép bộ phận khác.

a) Cấy, ghép mô: Là việc di chuyển mô từ người này sang người khác hoặc từ vị trí này sang vị trí khác trên cùng một cơ thể người, nhằm thay thế nội mô bị mất hoặc hư hỏng. Cấy, ghép mô phải được thực hiện bởi các bác sĩ tại Bệnh viện.

(Mô cấy, ghép được bao gồm xương, gân, giác mạc, da, van tim, dây thần kinh và mạch máu...).

b) Cấy ghép nội tạng và bộ phận cơ thể: Là việc di chuyển nội tạng hoặc bộ phận cơ thể từ người này sang người khác hoặc từ vị trí này sang vị trí khác trên cùng một cơ thể người, nhằm thay thế nội tạng hoặc bộ phận cơ thể bị mất hoặc hư hỏng. Cấy, ghép nội tạng hoặc bộ phận cơ thể phải được thực hiện bởi các bác sĩ tại Bệnh viện.

(Nội tạng và các bộ phận có thể được cấy, ghép là tim, thận, gan, phổi, tuyến tụy, ruột, và tuyến ức...).

36. Điều trị Nội trú

Là việc bệnh nhân vào nằm điều trị tại Bệnh viện ít nhất 24 giờ liên tục.

37. Điều trị Ngoại trú

Là việc bệnh nhân đến khám, điều trị tại cơ sở khám chữa bệnh hợp pháp nhưng không phải điều trị Nội trú và điều trị trong ngày.

38. Điều trị trong ngày

Là việc bệnh nhân vào nằm điều trị tại Bệnh viện nhưng không đủ 24 giờ liên tục.

39. Điều trị y tế

Là việc sử dụng phương pháp chuyên môn kỹ thuật đã được ngành y tế công nhận và thuốc đã được phép lưu hành để cấp cứu, điều trị.

40. Vật lý trị liệu

Là phương pháp điều trị bằng cách sử dụng các tác nhân vật lý tự nhiên hay nhân tạo như: nước, không khí, nhiệt độ, khí hậu, độ cao, điện, tia X, tia cực tím, tia hồng ngoại, siêu âm, các chất đồng vị phóng xạ, xoa bóp, thể dục – thể thao, đi bộ, dưỡng sinh...

41. Chi phí điều trị trước khi nhập viện

Là các chi phí khám bệnh, kiểm tra, siêu âm, chụp chiếu, xét nghiệm cơ bản và tiền thuốc theo chỉ định của bác sĩ, liên quan trực tiếp đến Bệnh/Thương tật cần phải nhập viện và cần theo dõi trong vòng 30 ngày trước khi nhập viện.

42. Chi phí điều trị sau khi xuất viện

Là các chi phí y tế phát sinh cho việc khám bệnh và chẩn đoán, điều trị trong vòng 30 ngày sau khi xuất viện theo chỉ định của bác sĩ, liên quan trực tiếp tới Điều trị nội trú trước đó.

43. Chăm sóc y tế tại nhà

Là dịch vụ chăm sóc y tế của một y tá được cấp giấy phép hành nghề hợp pháp được thực hiện tại nhà theo chỉ định của bác sĩ ngay sau khi ra viện.

44. Bác sĩ

Là người có bằng cấp chuyên môn y khoa được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc thừa nhận được thực hành nghề y hợp pháp trong phạm vi giấy phép theo pháp luật của nước sở tại nơi Người được bảo hiểm tiến hành khám và điều trị.

Bác sĩ trong bảo hiểm loại trừ những người sau đây: chính là Người được bảo hiểm; vợ hoặc chồng, bố, mẹ (vợ hoặc chồng) hoặc con đẻ, con nuôi hợp pháp, anh chị em ruột của Người được bảo hiểm.

45. Y tá/ Điều dưỡng

Là nhân viên y tế được cấp phép hành nghề y tá/ điều dưỡng hợp pháp theo luật của nước sở tại nơi người đó tiến hành việc chăm sóc y tế.

46. Thuốc và thuốc kê đơn

Thuốc là chế phẩm có chứa dược chất hoặc dược liệu dùng cho người nhằm mục đích phòng bệnh, chẩn đoán bệnh, chữa bệnh, điều trị bệnh, giảm nhẹ bệnh, điều chỉnh chức năng sinh lý cơ thể cho người, bao gồm thuốc hóa dược, thuốc dược liệu, thuốc cổ truyền, vắc xin và sinh phẩm. Thuốc phải được quản lý và lưu hành theo quy định của Cục quản lý dược.

Thuốc kê đơn là thuốc khi cấp phát, bán lẻ theo đơn của Bác sĩ.

47. Chi phí y tế hợp lý

Là các chi phí y tế phát sinh cần thiết và hợp lý nhằm mục đích khám, chuẩn đoán, điều trị, cấp cứu cho Người được bảo hiểm trong trường hợp bệnh tật, tai nạn, thai sản theo chỉ định của bác sĩ hoặc cấp thiết trong tình trạng cấp cứu. Chi phí này không vượt quá mức chi phí chung của các nhà cung cấp dịch vụ y tế có cùng mức độ và trong cùng phạm vi tỉnh, thành phố nơi phát sinh các chi phí đó.

48. Dụng cụ/ trang thiết bị y tế hỗ trợ điều trị

Trang thiết bị y tế là loại trang thiết bị, dụng cụ, vật liệu, vật tư cấp ghép, sử dụng riêng lẻ hay phối hợp với nhau phục vụ cho con người nhằm một hoặc nhiều mục đích sau đây:

- a) Chẩn đoán, ngăn ngừa, theo dõi, điều trị và làm giảm nhẹ bệnh tật hoặc bù đắp tổn thương, chấn thương;
- b) Kiểm tra, thay thế, điều chỉnh hoặc hỗ trợ giải phẫu và quá trình sinh lý;
- c) Hỗ trợ hoặc duy trì sự sống;
- d) Vận chuyển chuyên dụng hoặc sử dụng phục vụ cho hoạt động y tế;
- e) Cung cấp thông tin cho việc chẩn đoán, theo dõi, điều trị thông qua biện pháp kiểm tra các mẫu vật có nguồn gốc từ cơ thể con người.

Căn cứ áp dụng dựa vào quy định của pháp luật và của Bộ Y tế theo các văn bản hiện hành.

49. Bộ phận giả:

Là bất kỳ thành phần nhân tạo nào được lắp đặt, cấy, ghép vào cơ thể nhằm thay thế các bộ phận, cơ quan của cơ thể để duy trì sự sống hoặc chức năng sinh lý của cơ thể người (bao gồm thiết bị, dụng cụ, vật tư thay thế).

50. Chi phí chăm sóc thai sản

Là các chi phí y tế cần thiết liên quan đến quá trình mang thai, sinh con bao gồm:

- a) Sinh con (sinh thường, sinh mổ, sinh khó bằng các can thiệp chuyên môn sinh con hỗ trợ sinh sản).
- b) Bất thường trong quá trình mang thai theo chỉ định của bác sĩ để điều trị cho Người được bảo hiểm: Thai ngừng phát triển, thai lưu, dọa sảy thai, sảy thai, chữa trứng, chữa ngoài tử cung, nhau tiền đạo, nhau bong non, dọa đẻ non, chữa vết mổ.
- c) Bệnh lý phát sinh nguyên nhân do thai kỳ: Đái tháo đường thai kỳ, cao huyết áp thai kỳ, nhiễm độc thai nghén không bao gồm nôn nhiều, non nặng.
- d) Tai biến sản khoa: nhiễm trùng hậu sản các loại tiền sản giật, sản giật, dọa vỡ tử cung, vỡ tử cung, băng huyết, phù phổi cấp, thuyên tắc ối.

Chi phí chăm sóc thai sản không bao gồm: Hỗ trợ sinh sản, bất thường trong quá trình mang thai do hỗ trợ sinh sản, bỏ thai theo yêu cầu/ kế hoạch hóa gia đình, sinh mổ theo yêu cầu.

51. Chăm sóc trẻ sơ sinh

Là chăm sóc y tế cho trẻ ngay sau khi sinh khi người mẹ đang điều trị tại bệnh viện. Loại trừ các chi phí tiêm phòng, kiểm tra, tầm soát, thuốc dự phòng, chi phí vệ sinh, vật dụng cá nhân và thức ăn cho em bé.

52. Biến chứng thai sản

Là tình trạng bất thường của bào thai, biến chứng do nguyên nhân tai nạn hoặc bệnh lý phát sinh trong quá trình mang thai của Người được bảo hiểm (nhưng không liên quan đến việc điều trị vô sinh, sinh non, sinh mổ theo yêu cầu) phải điều trị theo chỉ định của Bác sĩ.

53. Lần khám/điều trị

Là một lần Người được bảo hiểm được Bác sĩ thăm khám lâm sàng, thực hiện các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh hay các thủ thuật thăm dò khác và /hoặc sử dụng thuốc điều trị theo chỉ định của bác sĩ tại cùng một cơ sở y tế hợp pháp nhằm mục đích chẩn đoán bệnh/thương tật và điều trị.

- Trường hợp nhiều bác sĩ chuyên khoa cùng hội chẩn trước một người bệnh theo quy chế bệnh viện thì chỉ được tính là một lần khám /điều trị.
- Trường hợp người bệnh khám một chuyên khoa nhiều lần trong ngày thì chỉ tính là một lần khám/điều trị.

- Trường hợp người bệnh phải khám nhiều chuyên khoa khác dù có chỉ định của Bác sĩ trong cùng một cơ sở y tế, trong một ngày thì vẫn chỉ tính là một lần khám/điều trị.

54. Trợ cấp bệnh viện công lập

Là khoản tiền trợ cấp trong trường hợp Người được bảo hiểm nằm viện điều trị nội trú do ốm bệnh, tai nạn tại các bệnh viện công lập.

55. Chi phí mai táng

Là chi phí cho nghi lễ và các dịch vụ liên quan khác nhưng tối đa không vượt quá số tiền được ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm và/hoặc Hợp đồng bảo hiểm.

56. Ngày tái tục bảo hiểm

Là ngày có hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm tiếp theo.

57. Thời gian chờ

Là khoảng thời gian từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm mà trong thời gian đó Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm không được thanh toán cho bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào, 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 áp dụng cho một quyền lợi nào thì phải được thể hiện trên Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm tương ứng với quyền lợi đó.

58. Mạng lưới giải quyết bảo lãnh viện phí

Là hệ thống các cơ sở y tế có ký kết thỏa thuận cung cấp dịch vụ bảo lãnh với Bảo hiểm. Người được bảo hiểm khi khám và điều trị tại những cơ sở này sẽ được Bảo hiểm bảo lãnh thanh toán các chi phí phát sinh thuộc phạm vi bảo hiểm và theo hạn mức quy định trong Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm. Người được bảo hiểm phải tự chi trả cho những chi phí vượt quá Mức trách nhiệm đã tham gia trong Quy tắc bảo hiểm tại thời điểm điều trị.

59. Sửa đổi bổ sung/Phụ lục hợp đồng

Là phần không thể tách rời Hợp đồng bảo hiểm/ Giấy chứng nhận bảo hiểm cung cấp các thông tin liên quan đến những thay đổi hoặc bổ sung đối với Hợp đồng bảo hiểm/ Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc bất cứ thỏa thuận nào khác với Quy tắc bảo hiểm.

60. Đồng (cùng) chi trả

Là số tiền theo tỷ lệ mà Người được bảo hiểm, Bảo hiểm cùng chi trả cho các chi phí thuộc phạm vi bảo hiểm và trong hạn mức quyền lợi. Tỷ lệ này được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm.

II. CÁC QUY ĐỊNH CHUNG

1. Phạm vi địa lý bảo hiểm

Quy tắc bảo hiểm này áp dụng trong lãnh thổ Việt Nam ngoại trừ có những quy định khác trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc Sửa đổi bổ sung/Phụ lục hợp đồng.

2. Đối tượng tham gia bảo hiểm

- a) Người được bảo hiểm là mọi công dân Việt Nam hoặc người nước ngoài cư trú tại Việt Nam từ 15 ngày tuổi đến 60 tuổi (tính theo lần sinh nhật gần nhất). Người được bảo hiểm được tham gia đến 70 tuổi với điều kiện tham gia liên tục tại Bảo hiểm từ năm 60 tuổi.
- b) Bảo hiểm không nhận bảo hiểm và không chịu trách nhiệm đối với các trường hợp sau:
 - Người đang bị bệnh tâm thần, bệnh phong, ung thư.

- Người bị tàn tật hoặc thương tật vĩnh viễn từ 50% trở lên.
- Người đang trong thời gian điều trị bệnh tật hoặc thương tật.

3. Bảo hiểm khác (Bảo hiểm trùng)

Nếu tại thời điểm phát sinh sự kiện bảo hiểm, Người được bảo hiểm được một hợp đồng bảo hiểm khác có hiệu lực chi trả cho những chi phí y tế liên quan tới cùng thương tật, bệnh tật được bảo hiểm theo quy tắc bảo hiểm này thì Người được bảo hiểm có quyền yêu cầu bồi thường theo bất kỳ hợp đồng bảo hiểm nào có hiệu lực. Bảo hiểm chỉ thanh toán khoản tiền vượt quá mức được bồi thường theo các Hợp đồng bảo hiểm khác đó hoặc theo tỷ lệ giữa số tiền bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm này với tổng giới hạn trách nhiệm của tất cả Hợp đồng bảo hiểm khác.

4. Phí bảo hiểm và số tiền bảo hiểm

Phí bảo hiểm và Số tiền bảo hiểm quy định trong Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Phí bảo hiểm phải được thanh toán theo thời hạn quy định trong Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm và theo quy định của pháp luật.

Phí bảo hiểm tại thời điểm tái tục có thể sẽ được điều chỉnh bởi Bảo hiểm, tùy thuộc vào tỷ lệ bồi thường và các tiêu chí khác.

Phí bảo hiểm ngắn hạn

Thời hạn bảo hiểm	Tỷ lệ phí bảo hiểm so với mức phí năm
Đến 3 tháng	25%
Đến 6 tháng	50%
Đến 9 tháng	75%
Trên 9 tháng	100%

5. Ký kết, tái tục, kết thúc quyền lợi bảo hiểm và chấm dứt hợp đồng bảo hiểm

5.1 Khi yêu cầu tham gia bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm/Đại diện hợp pháp của Người được bảo hiểm phải điền đầy đủ, trung thực các nội dung trên Giấy yêu cầu bảo hiểm. Trên cơ sở Giấy yêu cầu bảo hiểm, Bảo hiểm sẽ cấp Giấy chứng nhận bảo hiểm cho Người được bảo hiểm. Giấy chứng nhận bảo hiểm cùng với Giấy yêu cầu bảo hiểm được xem là bằng chứng giao kết Hợp đồng bảo hiểm.

5.2 Hai bên đều có quyền đơn phương chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm trước thời hạn bằng cách thông báo bằng văn bản cho bên còn lại biết trước ít nhất 30 ngày.

Trường hợp Người được bảo hiểm đề nghị chấm dứt bảo hiểm trước thời hạn, Bảo hiểm sẽ hoàn trả 80% phí bảo hiểm của thời gian còn lại với điều kiện trong thời gian hiệu lực của Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm chưa có yêu cầu nào được Bảo hiểm trả tiền bảo hiểm.

Trường hợp Bảo hiểm đề nghị chấm dứt bảo hiểm trước thời hạn không vì nguyên nhân Người được bảo hiểm vi phạm nghĩa vụ thanh toán phí bảo hiểm, Bảo hiểm sẽ hoàn trả 100% phí bảo hiểm của thời gian còn lại nếu Người được bảo hiểm đã thanh toán phí bảo hiểm đầy đủ cho Bảo hiểm.

Thời gian còn lại là khoảng thời gian tính từ ngày chấm dứt bảo hiểm trước thời hạn đến ngày kết thúc Thời hạn bảo hiểm quy định trên Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

5.3 Cuối thời hạn bảo hiểm, căn cứ lịch sử bồi thường của Người được bảo hiểm, Bảo hiểm 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.

5.4 Hợp đồng bảo hiểm này sẽ kết thúc ngay khi Bảo hiểm chi trả hết quyền lợi bảo hiểm trong Thời hạn bảo hiểm.

6. Thay đổi quyền lợi bảo hiểm

Trong thời hạn bảo hiểm, Bảo hiểm không chấp nhận thay đổi hoặc bổ sung quyền lợi của Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm đã ký kết. Những quyền lợi này chỉ có thể được thay đổi hoặc bổ sung khi tái tục Hợp đồng/Giấy chứng nhận 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 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.

7. Thời hạn bảo hiểm

Thời hạn bảo hiểm áp dụng theo quy tắc bảo hiểm này được quy định cụ thể trên Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

8. Gia hạn thời hạn bảo hiểm

Nếu Người được bảo hiểm phải nằm viện vì tình trạng sức khỏe thuộc phạm vi bảo hiểm trước ngày hết hạn Hợp đồng bảo hiểm, thì khi đó tùy thuộc vào yêu cầu của Người được bảo hiểm, Bảo hiểm có thể xem xét gia hạn hợp đồng cho đến khi Người được bảo hiểm không còn phải nằm viện để điều trị tình trạng sức khỏe trên (tối đa 30 ngày) hoặc cho đến giới hạn trách nhiệm của quyền lợi bảo hiểm tùy vào sự kiện nào xảy ra sớm hơn.

Bảo hiểm không chấp nhận việc thay đổi phạm vi bảo hiểm trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm đang có hiệu lực.

9. Luật áp dụng

Pháp luật Việt Nam.

10. Tỷ giá hối đoái

Việc thanh toán các khoản tiền bồi thường theo hợp đồng bảo hiểm này sẽ được tiến hành bằng tiền Việt Nam Đồng với tỷ giá được áp dụng theo quy định của pháp luật hiện hành.

11. Lỗi chính tả

Những lỗi chính tả sẽ không làm mất hiệu lực của những Hợp đồng bảo hiểm đang có hiệu lực và ngược lại sẽ không phát huy hiệu lực của những Hợp đồng bảo hiểm không còn hiệu lực.

12. Sai sót trong khai báo tuổi

Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm thông báo sai tuổi của Người được bảo hiểm dẫn đến tăng số phí bảo hiểm phải đóng, nhưng tuổi đúng của Người được bảo hiểm vẫn thuộc nhóm tuổi có thể được bảo hiểm thì Bảo hiểm phải hoàn trả cho Bên mua bảo hiểm số phí bảo hiểm vượt trội đã đóng.

Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm thông báo sai tuổi của Người được bảo hiểm làm giảm số phí bảo hiểm phải đóng, nhưng tuổi đúng của Người được bảo hiểm vẫn thuộc nhóm tuổi có thể được bảo hiểm thì Bảo hiểm có quyền:

- Yêu cầu Bên mua bảo hiểm đóng phí bảo hiểm bổ sung tương ứng với Số tiền bảo hiểm đã thỏa thuận trong hợp đồng;
- Giảm số tiền bảo hiểm đã thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm tương ứng với số phí bảo hiểm đã đóng.

13. Kiểm tra

Nhà Bảo hiểm có quyền thông qua các chuyên viên y tế kiểm tra tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm vào bất kỳ lúc nào khi cần thiết trong suốt thời gian khiếu nại hoặc trong thời hạn bảo hiểm. Ngoài ra, Nhà Bảo hiểm cũng có quyền yêu cầu khám nghiệm tử thi trong trường hợp

tử vong nếu việc khám nghiệm này không trái với pháp luật. Mọi chi phí phát sinh liên quan đến việc giám định/xác minh theo yêu cầu của Bảo hiểm sẽ do Bảo hiểm chi trả.

14. Giải quyết tranh chấp/ mâu thuẫn về chuyên môn y tế

Bất kỳ mâu thuẫn ý kiến về chuyên môn y tế nào liên quan đến phương pháp điều trị tai nạn hoặc ốm đau được giải quyết bởi hai (02) chuyên gia y tế do các bên chỉ định bằng văn bản. Chi phí phát sinh phục vụ công tác giải quyết bồi thường sẽ do bên thuê chịu trách nhiệm. Nếu ý kiến của hai chuyên gia y tế trên không thống nhất thì sẽ được giải quyết thông qua một (01) trọng tài do hai chuyên gia y tế chỉ định bằng văn bản ngay từ ban đầu. Trường hợp các bên không thể giải quyết bằng thương lượng sẽ được giải quyết ở tòa án của Việt Nam và theo luật pháp Việt Nam (mọi chi phí liên quan đến án phí sẽ do tòa án quyết định).

15. Quyền và nghĩa vụ của Bảo hiểm

a. Quyền của Bảo hiểm

- Thu phí bảo hiểm theo thỏa 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 thực hiện Hợp đồng bảo hiểm;
- Từ chối trả tiền bảo hiểm cho người thụ hưởng hoặc từ chối bồi thường 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 thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm;
- Yêu cầu Bên mua bảo hiểm áp dụng các biện pháp đề phòng, hạn chế 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

- Giải thích cho Bên mua bảo hiểm về các điều kiện điều khoản bảo hiểm, quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm;
- Cấp cho Bên mua bảo hiểm Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm ngay sau khi giao kết;
- 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 hoặc từ chối bồi thường;
- Phối hợp với Bên mua bảo hiểm để giải quyết yêu cầu của người thứ ba đòi bồi thường về những thiệt hại thuộc trách nhiệm bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm;
- Các nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật.

16. Quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm/ Người được bảo hiểm ủy quyền

a. Quyền của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm/ Người được bảo hiểm ủy quyền

- Yêu cầu Nhà Bảo hiểm giải thích các điều kiện, điều khoản bảo hiểm, cấp Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm;
- Đơn phương đình chỉ thực hiện Hợp đồng bảo hiểm;
- Yêu cầu Nhà Bảo hiểm trả tiền bảo hiểm cho người thụ hưởng hoặc bồi thường cho người được bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm;
- Các quyền khác theo quy định của pháp luật.

b. Nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm/Người được bảo hiểm ủy quyền

- Đóng phí bảo hiểm đầy đủ, theo thời hạn và phương thức đã thỏa thuận trong Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm;
- Kê khai đầy đủ, trung thực mọi chi tiết có liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm theo yêu cầu của Công Ty Bảo hiểm ;
- Thông báo những trường hợp có thể làm tăng rủi ro hoặc làm phát sinh thêm trách nhiệm của CTBH trong quá trình thực hiện Hợp đồng bảo hiểm theo yêu cầu của Bảo hiểm ;
- Thông báo cho CTBH về việc xảy ra sự kiện bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm;
- Áp dụng các biện pháp đề phòng, hạn chế 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.

17. Nghĩa vụ kê khai trung thực

Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm (hoặc đại diện của Người được bảo hiểm nếu Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi) có trách nhiệm kê khai đầy đủ và trung thực tất cả các thông tin liên quan đến Người được bảo hiểm và Hợp đồng bảo hiểm và chịu trách nhiệm về tất cả các thông tin đã cung cấp.

Khi yêu cầu chi trả bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm (hoặc đại diện của Người được bảo hiểm) có nghĩa vụ thu thập và cung cấp thông tin, chứng từ, tài liệu làm cơ sở giải quyết bồi thường một cách trung thực, chính xác, kịp thời và đầy đủ cho Bảo hiểm , đồng thời tạo mọi điều kiện thuận lợi cho Bảo hiểm kiểm tra, xác minh rủi ro khi có sự kiện bảo hiểm xảy ra.

CTBH có quyền đơn phương đình chỉ thực hiện Hợp đồng bảo hiểm và thu phí bảo hiểm đến thời điểm đình chỉ thực hiện Hợp đồng bảo hiểm và/hoặc từ chối một phần số tiền bảo hiểm tùy theo mức độ vi phạm khi Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm cố ý cung cấp thông tin sai sự thật nhằm giao kết Hợp đồng bảo hiểm hoặc để được trả tiền bảo hiểm.

PHẦN II - ĐIỀU KHOẢN BẢO HIỂM CHÍNH

ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ, PHẪU THUẬT DO ÓM ĐAU BỆNH TẬT (KHÔNG BAO GỒM THAI SẢN)

1. Phạm vi bảo hiểm

CTBH sẽ thanh toán cho Người được bảo hiểm trường hợp ốm đau, bệnh tật xảy ra trong Thời hạn bảo hiểm khiến Người được bảo hiểm phải nằm điều trị nội trú và/hoặc phẫu thuật tại bệnh viện, trừ những trường hợp loại trừ quy định tại Phần IV.

Quyền lợi này áp dụng theo tỷ lệ đồng chi trả theo thỏa thuận giữa Người được bảo hiểm và CTBH khi Người được bảo hiểm điều trị nội trú tại các cơ sở y tế ngoài công lập.

2. Quyền lợi bảo hiểm

2.1 Trường hợp nằm viện

Trường hợp Người được bảo hiểm phải nằm viện thuộc phạm vi bảo hiểm, CTBH sẽ thanh toán các chi phí sau:

a) Chi phí giường phòng hàng ngày

Các chi phí tiền phòng tiêu chuẩn trong quá trình điều trị nội trú bao gồm tiền ăn theo tiêu chuẩn điều trị (tức là do bệnh viện cung cấp theo tiêu chuẩn phòng nằm của bệnh viện). CTBH không chi trả cho các khoản không phải là chi phí y tế hợp lý.

b) Chi phí phòng chăm sóc đặc biệt

Các chi phí liên quan đến việc chăm sóc bệnh nhân tại các loại phòng chăm sóc đặc biệt ICU (Intensive Care Unit), HDU (High Dependency Unit), HDU (High Dependency Unit), CCU (Coronary Care Unit) trong quá trình nằm viện.

c) Chi phí nằm viện tổng hợp

Các chi phí y tế do bác sĩ yêu cầu hoặc các cơ sở y tế hợp pháp cung cấp như:

- Thuốc và dược phẩm sử dụng trong khi nằm viện;
- Băng, nẹp thông thường và bột;
- Xét nghiệm;
- Điện tâm đồ
- Liệu pháp X-quang, liệu pháp radi; radi và đồng vị;
- X-quang;
- Tiêm truyền tĩnh mạch;
- Các chi phí khác liên quan

Các chi phí xét nghiệm hoặc chẩn đoán bằng hình ảnh như MRI, CT, PET phải do bác sĩ chỉ định là biện pháp tối cần thiết để đánh giá tình trạng bệnh hoặc thương tật và phải là một phần của chi phí điều trị nằm viện.

d) Chi phí điều trị phát sinh trước khi nhập viện trong vòng 30 ngày

Chi phí các dịch vụ khám bệnh, kiểm tra, siêu âm, chụp chiếu, xét nghiệm cơ bản và tiền thuốc theo chỉ định của bác sĩ, liên quan trực tiếp đến bệnh hoặc thương tật của Người được bảo hiểm cần được thực hiện điều trị nằm viện ngay sau đó, và những chẩn đoán này là cơ sở trực tiếp để bác sĩ kết luận việc điều trị nằm viện là cần thiết. Các chi phí này không vượt quá giới hạn quy định trong bảng quyền lợi bảo hiểm đính kèm.

e) Chi phí điều trị sau khi xuất viện trong vòng 30 ngày

Các chi phí điều trị ngay sau khi xuất viện theo chỉ định của bác sĩ cho một bệnh hay thương tật Người được bảo hiểm đã phải điều trị nằm viện, bao gồm: chi phí y tế phát sinh việc tái khám, dịch vụ chăm sóc y tế tại nơi ở của Người được bảo hiểm trong vòng 30 ngày sau khi xuất viện do một y tá được cấp giấy phép hành nghề hợp pháp, thực hiện theo chỉ định của bác sĩ điều trị vì những lý do đặc thù của ngành và liên quan trực tiếp tới điều trị nội trú trước

đó. Các chi phí này không vượt quá giới hạn quy định trong bảng quyền lợi bảo hiểm đính kèm.

2.2 Trường hợp phẫu thuật

CTBH sẽ chi trả các chi phí y tế liên quan đến một ca phẫu thuật nội trú như định nghĩa, bao gồm chi phí cho các thủ thuật phẫu thuật, phòng mổ, phẫu thuật viên, các chi phí gây mê, gây tê và các chi phí thông thường cho các chẩn đoán trước khi mổ và hồi sức sau khi mổ. Giới hạn số tiền chi trả cho trường hợp phẫu thuật không vượt quá mức giới hạn tối đa do Người được bảo hiểm lựa chọn khi tham gia bảo hiểm và được ghi cụ thể trong Giấy chứng nhận bảo hiểm và/hoặc Hợp đồng bảo hiểm bảng quyền lợi đính kèm.

CTBH sẽ chi trả các chi phí phẫu thuật cấy, ghép bộ phận cơ thể theo định nghĩa cho Người được bảo hiểm được tiến hành tại một bệnh viện bởi một bác sĩ chuyên ngành và trình độ. Các chi phí để có cơ quan cấy ghép và toàn bộ các chi phí phát sinh cho người hiến bộ phận cơ thể không được bảo hiểm trong Quy tắc bảo hiểm này.

Trường hợp phẫu thuật ngoại trú không được chi trả trong quyền lợi bảo hiểm này.

2.3 Các Quyền lợi bảo hiểm khác:

Trợ cấp bệnh viện công lập

3. Hiệu lực bảo hiểm

Quyền lợi bảo hiểm này chỉ có hiệu lực sau thời gian chờ dưới đây kể từ ngày bắt đầu tham gia quyền lợi bảo hiểm này ghi trên Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm:

- 30 ngày đối với trường hợp ốm đau, bệnh tật thông thường
- 180 ngày đối với Người được bảo hiểm từ 15 ngày tuổi đến 6 tuổi điều trị bệnh viêm phế quản, tiêu phế quản, viêm phổi các loại.
- 365 ngày đối với bệnh mạn tính, bệnh đặc biệt và bệnh có sẵn.

Các hợp đồng tái tục liên tục, thời gian chờ sẽ được tính từ ngày bắt đầu tham gia bảo hiểm (bao gồm cả Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm năm trước tại Bảo hiểm) với điều kiện Người được bảo hiểm đóng phí bảo hiểm đầy đủ đúng hạn cho thời gian bảo hiểm tiếp theo.

TỬ VONG HOẶC THƯƠNG TẬT VĨNH VIỄN DO TAI NẠN

1. Phạm vi bảo hiểm

CTBH sẽ thanh toán cho Người được 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 trừ những điểm loại trừ quy định tại Phần IV.

2. Quyền lợi bảo hiểm

2.1 Tử vong hoặc Thương tật toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn

Trường hợp Người được bảo hiểm tử vong hoặc Thương tật toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, CTBH trả toàn bộ số tiền bảo hiểm trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc Hợp đồng bảo hiểm.

2.2 Thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn

Trường hợp Người được bảo hiểm bị Thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, CTBH trả theo bảng tỷ lệ thương tật vĩnh viễn do tai nạn tại Phần VI thuộc 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 một (01) năm kể từ ngày xảy ra tai nạn Người được bảo hiểm bị tử vong do hậu quả của chính tai nạn đó, CTBH sẽ trả phần chênh lệch giữa số tiền bảo hiểm ghi trong Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm với số tiền đã trả trước đó.

2.3 Mất tích do tai nạn

Trường hợp Người được bảo hiểm gặp Tai nạn và không được tìm thấy trong vòng 12 tháng kể từ ngày Người được bảo hiểm mất tích, bị chìm hoặc hỏng hóc từ máy bay hoặc các phương tiện vận chuyển khác bị hỏng hóc, mất tích và có lý do hợp lý để tin rằng Người được bảo hiểm đã tử vong do Tai nạn, CTBH sẽ trả toàn bộ số tiền bảo hiểm trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc Hợp đồng bảo hiểm.

3. Hiệu lực bảo hiểm

Quyền lợi bảo hiểm này có hiệu lực ngay kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm ghi trên Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

CHI PHÍ Y TẾ DO TAI NẠN

1. Phạm vi bảo hiểm

CTBH sẽ thanh toán cho Người được bảo hiểm các chi phí y tế nội trú và ngoại trú phát sinh trong trường hợp Người được bảo hiểm bị tai nạn dẫn đến thương tật tạm thời xảy ra trong thời hạn bảo hiểm trừ những điểm loại trừ quy định tại Phần IV.

CTBH không bảo hiểm cho các chi phí y tế của các tai nạn, hậu quả của tai nạn đã được kết luận là thương tật vĩnh viễn.

2. Quyền lợi bảo hiểm

- Trường hợp Người được bảo hiểm bị Thương tật tạm thời như định nghĩa trong Quy tắc bảo hiểm này, phát sinh các chi phí y tế nội trú và ngoại trú thuộc phạm vi bảo hiểm, CTBH sẽ trả toàn bộ chi phí y tế thực tế và hợp lý theo giới hạn được ghi trong Giấy chứng nhận/Hợp đồng bảo hiểm.
- Chi phí tiêm vắc xin do bị tai nạn, nhưng không chi trả chi phí thuốc chống phơi nhiễm HIV
- Chi phí vật lý trị liệu, trị liệu học bức xạ, liệu pháp ánh sáng do bác sĩ chỉ định.
- Chi phí thực tế, hợp lý trong trường hợp Người được bảo hiểm được Bác sĩ/Nha sĩ chỉ định phải thực hiện tái tạo răng, chỉnh sửa hoặc làm mới những răng bị tổn hại bởi tai nạn.

3. Hiệu lực bảo hiểm

Quyền lợi bảo hiểm này có hiệu lực ngay kể từ ngày bắt đầu Thời hạn bảo hiểm ghi trên Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

PHẦN III - ĐIỀU KHOẢN BẢO HIỂM BỔ SUNG

Các quyền lợi bổ sung dưới đây có thu phí và chỉ được chi trả bảo hiểm và không vượt quá mức trách nhiệm nêu trong Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

TỬ VONG HOẶC TÀN TẬT TOÀN BỘ VĨNH VIỄN DO ÓM ĐAU, BỆNH TẬT

1. Phạm vi bảo hiểm

CTBH sẽ thanh toán cho Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi bảo hiểm này cho trường hợp tử vong hoặc tàn tật toàn bộ vĩnh viễn do ốm đau, bệnh tật xảy ra trong thời hạn bảo hiểm trừ những điểm loại trừ quy định tại Phần IV.

2. Quyền lợi bảo hiểm

Trường hợp Người được bảo hiểm tử vong hoặc tàn tật toàn bộ vĩnh viễn thuộc phạm vi bảo hiểm, CTBH trả toàn bộ số tiền bảo hiểm ghi trên Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

3. Hiệu lực bảo hiểm

Quyền lợi bảo hiểm này chỉ có hiệu lực sau thời gian chờ dưới đây kể từ ngày bắt đầu tham gia quyền lợi bảo hiểm này ghi trên Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm:

- 30 ngày đối với trường hợp ốm đau, bệnh tật thông thường
- 365 ngày đối với bệnh mạn tính, bệnh đặc biệt và bệnh có sẵn

Các hợp đồng tái tục liên tục, thời gian chờ sẽ được tính từ ngày bắt đầu tham gia bảo hiểm (bao gồm cả Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm năm trước tại CTBH) với điều kiện Người được bảo hiểm đóng phí bảo hiểm đầy đủ đúng hạn cho thời gian bảo hiểm tiếp theo.

ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ DO ÓM ĐAU, BỆNH TẬT

1. Phạm vi bảo hiểm

CTBH sẽ thanh toán cho Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi bổ sung này cho trường hợp ốm đau, bệnh tật xảy ra trong Thời hạn bảo hiểm các chi phí y tế phát sinh điều trị Ngoại trú trừ những trường hợp loại trừ quy định tại Phần IV và Mục 4 dưới đây.

2. Quyền lợi bảo hiểm

- Chi phí khám, thuốc kê theo đơn, các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thủ thuật thăm dò, vật tư y tế tiêu hao thông thường theo chỉ định của bác sĩ.
- Chi phí phẫu thuật Ngoại trú, nội soi chuẩn đoán theo chỉ định của bác sĩ.
- Vật lý trị liệu, trị liệu học bức xạ, liệu pháp ánh sáng do bác sĩ chỉ định.

3. Hiệu lực bảo hiểm

Quyền lợi bảo hiểm bổ sung này chỉ có hiệu lực sau Thời gian chờ dưới đây kể từ ngày bắt đầu tham gia quyền lợi bảo hiểm này ghi trên Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm:

- 30 ngày đối với trường hợp ốm đau, bệnh tật thông thường
- 180 ngày đối với Người được bảo hiểm từ 15 ngày tuổi đến 6 tuổi điều trị bệnh viêm phế quản, tiểu phế quản, viêm phổi các loại.
- 365 ngày đối với bệnh mạn tính, bệnh đặc biệt và bệnh có sẵn

Các hợp đồng tái tục liên tục, Thời gian chờ sẽ được tính từ ngày bắt đầu tham gia bảo hiểm (bao gồm cả Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm năm trước tại CTBH) với điều kiện Người được bảo hiểm đóng phí bảo hiểm đầy đủ đúng hạn cho thời gian bảo hiểm tiếp theo.

4. Loại trừ bảo hiểm

Ngoài quy định tại Phần IV của quy tắc bảo hiểm này, quyền lợi bảo hiểm bổ sung này còn áp dụng thêm các điểm loại trừ sau:

- Khám và các xét nghiệm không có kết luận bệnh của bác sĩ;

- Điều trị nha khoa, điều trị thai sản ngoại trú;
- Khám và các xét nghiệm bệnh của bác sĩ điều trị nhưng không có phác đồ điều trị bệnh cụ thể.

CHĂM SÓC NHA KHOA

(Chỉ nhận bảo hiểm khi tham gia bảo hiểm điều trị Ngoại trú do ốm đau, bệnh tật)

1. Phạm vi bảo hiểm

CTBH sẽ thanh toán cho Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi bổ sung này các chi phí y tế chăm sóc và điều trị răng phát sinh trong Thời hạn bảo hiểm trừ những điểm loại trừ quy định tại Phần IV và Mục 4 dưới đây.

2. Quyền lợi bảo hiểm

- Khám và chẩn đoán bệnh
- Lấy cao răng
- Trám răng bằng các chất liệu thông thường
- Nhổ răng bệnh lý
- Lấy u vôi răng (lấy vôi răng sâu dưới nướu)
- Phẫu thuật cắt chóp răng
- Chữa tủy răng
- Điều trị viêm nướu, viêm nha chu

3. Hiệu lực bảo hiểm

Quyền lợi bảo hiểm bổ sung này chỉ có hiệu lực sau 30 ngày kể từ ngày bắt đầu tham gia Quyền lợi bổ sung này ghi trên Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

4. Loại trừ bảo hiểm

Ngoài quy định tại Phần IV của quy tắc bảo hiểm này, quyền lợi bảo hiểm bổ sung này còn áp dụng thêm các điểm loại trừ sau:

- Làm răng giả
- Điều trị hoặc chỉnh răng mang tính thẩm mỹ.

CHĂM SÓC THAI SẢN

(Chỉ áp dụng cho Phụ nữ tham gia bảo hiểm có độ tuổi từ 18 đến 45)

1. Phạm vi bảo hiểm

CTBH sẽ thanh toán theo giới hạn cho Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi bổ sung này các chi phí y tế chăm sóc thai sản và sinh đẻ tại các cơ sở y tế phát sinh trong Thời hạn bảo hiểm trừ những điểm loại trừ quy định tại Phần IV.

2. Quyền lợi bảo hiểm

2.1 Biến chứng thai sản và sinh mổ

Các chi phí y tế phát sinh theo chỉ định của Bác sĩ do các biến chứng trong quá trình mang thai hoặc trong quá trình sinh nở. Việc sinh mổ chỉ được bảo hiểm nếu do bác sĩ chỉ định là cần thiết cho ca sinh đó, không bao gồm sinh mổ theo yêu cầu.

Biến chứng thai sản bao gồm các trường hợp sau:

- Sảy thai hoặc thai nhi tử vong trong tử cung;
- Mang thai trứng nước;
- Thai ngoài tử cung;
- Băng huyết sau khi sinh
- Sốt nhau thai trong tử cung sau khi sinh;
- Phá thai do điều trị bao gồm các 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
- Sinh khó
- Biến chứng của các trường hợp trên.

2.2 Mang thai và sinh thường

Các chi phí phát sinh cho việc sinh thường bao gồm: khám thai, đỡ đẻ, viện phí tổng hợp, bác sĩ chuyên khoa, chăm sóc mẹ trước và sau khi sinh tại bệnh viện, chi phí khâu thẩm mỹ đường rạch.

2.3 Chăm sóc trẻ sơ sinh (dưới 15 ngày tuổi)

Các chi phí y tế phát sinh cho việc chăm sóc trẻ mới sinh dưới 15 ngày tuổi với hạn mức quy định trên Bảng quyền lợi bảo hiểm

3. Hiệu lực bảo hiểm

Quyền lợi bảo hiểm bổ sung này chỉ có hiệu lực sau Thời gian chờ dưới đây kể từ ngày bắt đầu tham gia quyền lợi bảo hiểm này ghi trên Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm:

- 365 ngày đối với trường hợp sinh đẻ
- 60 ngày đối với trường hợp biến chứng thai sản

Các hợp đồng tái tục liên tục, thời gian chờ sẽ được tính từ ngày bắt đầu tham gia bảo hiểm (bao gồm cả Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm năm trước tại CTBH) với điều kiện Người được bảo hiểm đóng phí bảo hiểm đầy đủ đúng hạn cho thời gian bảo hiểm tiếp theo.

HỖ TRỢ NUÔI DƯỠNG CON

1. Phạm vi bảo hiểm

CTBH sẽ thanh toán theo giới hạn cho Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi bổ sung này các chi phí hỗ trợ nuôi dưỡng con phát sinh trong Thời hạn bảo hiểm trừ những điểm loại trừ quy định tại Phần IV.

2. Quyền lợi bảo hiểm

Chi phí hỗ trợ nuôi dưỡng con dưới 18 tuổi là con ruột hoặc con nuôi hợp pháp của Người được bảo hiểm trong trường hợp:

- Người được bảo hiểm bị Thương tật toàn bộ Vĩnh viễn hoặc tử vong do Tai nạn.
- Người được bảo hiểm bị Tàn tật toàn bộ vĩnh viễn hoặc tử vong do ốm đau, bệnh tật.

3. Hiệu lực bảo hiểm

Quyền lợi bảo hiểm này chỉ có hiệu lực sau thời gian chờ dưới đây kể từ ngày bắt đầu tham gia quyền lợi bảo hiểm này ghi trên Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm:

- 30 ngày đối với trường hợp ốm đau, bệnh tật thông thường
- 365 ngày đối với bệnh mạn tính, bệnh đặc biệt và bệnh có sẵn
- Không áp dụng thời gian chờ đối với trường hợp tai nạn.

Các hợp đồng tái tục liên tục, thời gian chờ sẽ được tính từ ngày bắt đầu tham gia bảo hiểm (bao gồm cả Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm năm trước tại Bảo hiểm) với điều kiện Người được bảo hiểm đóng phí bảo hiểm đầy đủ đúng hạn cho thời gian bảo hiểm tiếp theo.

PHẦN IV - ĐIỀU KHOẢN LOẠI TRỪ CHUNG

(Áp dụng cho tất cả Quyền lợi bảo hiểm chính và Quyền lợi bảo hiểm bổ sung)

1. Hành động cố ý của Người được bảo hiểm hoặc Người thừa kế hợp pháp;
Trường hợp một hoặc một số Người thụ hưởng cố ý gây ra cái chết hay thương tật vĩnh viễn cho Người được bảo hiểm, CTBH vẫn trả tiền bảo hiểm cho những Người thụ hưởng khác theo thỏa thuận trong Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm;
2. Điều trị ngoài phạm vi địa lý được quy định tại Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm;
3. Điều trị và/hoặc chăm sóc cai nghiện ma túy, cai nghiện rượu và/hoặc các chất gây nghiện khác
4. Người được bảo hiểm từ 14 tuổi trở lên vi phạm các quy định của pháp luật, vi phạm luật an toàn giao thông, vi phạm quy định an toàn lao động tại nơi làm việc;
5. Hậu quả trực tiếp hoặc gián tiếp của việc Người được bảo hiểm bị ảnh hưởng do sử dụng rượu, bia, ma túy hoặc các chất kích thích tương tự khác;
6. Người được bảo hiểm tự tử hoặc có ý định tự tử hoặc cố ý dẫn thân vào nơi nguy hiểm không cần thiết trừ khi có ý định cứu người, cứu tài sản;
7. Các hành động bạo lực của Người được bảo hiểm, trừ khi chứng minh được hành động đó chỉ với mục đích tự vệ;
8. Điều trị y tế hoặc sử dụng thuốc không theo chỉ định của Cơ sở y tế/Bác sĩ;
9. Hậu quả của tai nạn xảy ra trước thời gian tham gia bảo hiểm;
10. Tham gia vào các hoạt động hàng không (trừ khi với tư cách là hành khách), tham gia các cuộc diễn tập huấn luyện quân sự, tham gia chiến đấu của lực lượng vũ trang;
11. Những rủi ro mang tính chất thảm họa như động đất, núi lửa, sóng thần, nhiễm phóng xạ.
12. Chiến tranh, nội chiến, đình công, khủng bố, bạo động, dân biến, phiến loạn các hoạt động dân sự 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;
13. Tham gia tập luyện hoặc tham gia thi đấu các môn thể thao chuyên nghiệp như đua xe, đua ngựa, lướt ván, lướt sóng hoặc tham gia vào các hoạt động khám phá không gian, khám phá các vùng đất mới và các khám phá khoa học, hoặc các hoạt động khác như săn bắn, thám hiểm trên núi, nam/bác cụt, lực lượng thám hiểm, bất kỳ hoạt động đua nào (trừ môn điền kinh);
14. Các bệnh, suy thận, điều trị lọc máu, chạy thận nhân tạo và hậu quả hay biến chứng của các bệnh này;
15. Điều trị các bệnh lây lan qua đường tình dục, 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, điều trị bệnh liệt dương 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;
16. Điều trị và/hoặc phẫu thuật cho các bệnh di truyền, dị tật, khuyết tật bẩm sinh, bệnh dị dạng về gen và mọi biến chứng liên quan đến bệnh này, những chỉ định phẫu thuật có từ trước ngày bắt đầu bảo hiểm bao gồm nhưng không giới hạn ở bệnh tim bẩm sinh, bệnh Down, hở môi, hở hàm ếch, tích nước trong não, hẹp hậu môn, hẹp bao quy đầu, vẹo vách ngăn bẩm sinh;
17. Kiểm tra sức khỏe định kỳ (nội trú hay ngoại trú); Giám định y khoa hoặc tư vấn y tế không liên quan đến điều trị ốm đau hoặc thương tật, bao gồm cả kiểm tra phụ khoa/nam khoa, tầm soát ung thư, điều trị dự phòng; xét nghiệm/kiểm tra định kỳ sau điều trị với thời hạn quá 30 ngày kể từ

ngày ra viện và cho kết quả bình thường, tiêm chủng, uống vắc-xin phòng ngừa (trừ trường hợp tiêm vắc-xin sau khi bị tai nạn hay súc vật, côn trùng cắn);

18. Khám thai định kỳ, chăm sóc trẻ sơ sinh. Điểm loại trừ này sẽ không áp dụng nếu Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi “Chăm sóc thai sản”.
19. Kiểm tra thị lực, thính giác thông thường, điều trị suy biến tự nhiên/ không phải vì lý do bệnh lý của việc suy giảm thính thị lực, bao gồm nhưng không giới hạn cho các tật khúc xạ như cận thị, viễn thị và loạn thị và bất kỳ phẫu thuật để phục hồi hiệu chỉnh nào đối với các khuyết tật thoái hóa thính giác và thị giác, bệnh đục thủy tinh thể hay bất cứ hậu quả hoặc biến chứng nào của các điều trị trên;
20. Điều trị hoặc phẫu thuật theo yêu cầu của Người được bảo hiểm mà không phải điều trị theo cách thông thường;
21. 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 do tai nạn phát sinh trong Thời hạn bảo hiểm;
22. Khám điều trị Đông y, Y học dân tộc, Điều trị bằng phương pháp vật lý trị liệu đông y như nắn xương, châm cứu đông y, chữa trị tại các Bệnh viện y học cổ truyền. Điểm loại trừ này sẽ không áp dụng nếu Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi “Phương pháp chữa trị đông y, nắn xương và châm cứu đông y”.
23. Điều trị kiểm soát trọng lượng cơ thể (tăng hoặc giảm cân), còi xương/suy dinh dưỡng/béo phì, điều trị tăng sắc tố (nám da), điều trị mụn, trứng cá, điều trị chứng rụng tóc;
24. Chi phí để cung cấp, bảo dưỡng, sửa chữa hay thay thế thiết bị hỗ trợ điều trị hay bộ phận giả như định nghĩa;
25. Các sản phẩm Vitamin hoặc khoáng chất, thực phẩm chức năng, các loại thuốc bổ sung cho chế độ dinh dưỡng, ăn kiêng, dược mỹ phẩm, mỹ phẩm, các chế phẩm y tế (trừ trường hợp các loại vitamin hoặc khoáng chất được bác sĩ chỉ định để điều trị các bệnh/triệu chứng được xác định do thiếu hụt Vitamin hoặc hỗ trợ điều trị bệnh với điều kiện chi phí cho các loại Vitamin, khoáng chất không lớn hơn chi phí thuốc điều trị);
26. Thực hiện các biện pháp kế hoạch hóa gia đình, hậu quả của phá thai do nguyên nhân tâm lý hay xã hội, điều trị vô sinh nam/ nữ, thụ tinh nhân tạo, điều trị bất lực, hoặc thay đổi giới tính và bất kỳ hậu quả hay biến chứng nào từ những điều trị trên;
27. Điều trị và hậu quả của tất cả các loại bệnh tâm thần hoặc rối loạn tâm thần và hành vi, bệnh chậm phát triển, bệnh rối loạn thiếu tập trung, bệnh tự kỷ;
28. Điều trị chứng ngủ ngáy và ngừng thở khi ngủ, rối loạn giấc ngủ, mất ngủ, suy nhược cơ thể, suy nhược thần kinh, lao lực, hội chứng căng thẳng thần kinh (stress) và/hoặc các bệnh có liên quan từ hội chứng đó;
29. Điều trị tại phòng mạch bác sĩ tư, phòng nha tư nhân không có giấy phép hành nghề và không cung cấp được chứng từ/hóa đơn tài chính theo quy định của luật pháp trừ trường hợp có quy định khác được ghi rõ trong Bảng tóm tắt hợp đồng bảo hiểm hoặc Sửa đổi bổ sung;
30. Việc điều trị thử nghiệm, điều trị không được khoa học công nhận và các dịch vụ điều trị miễn phí tại bất kỳ bệnh viện nào;
31. Điều trị và hậu quả của những thương tật và chỉ định phẫu thuật có từ trước ngày bắt đầu bảo hiểm.

PHẦN V - THỦ TỤC YÊU CẦU TRẢ TIỀN BẢO HIỂM

I. HỒ SƠ YÊU CẦU TRẢ TIỀN BẢO HIỂM

Khi yêu cầu Bảo hiểm trả tiền bảo hiểm, Người được bảo hiểm và / hoặc người thừa kế hợp pháp phải gửi các chứng từ sau đây cho Bảo hiểm các chứng từ sau đây:

1. Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm (theo mẫu của **CTBH**);
2. Biên bản tai nạn/Bản tường trình tai nạn có xác nhận của Bên mua bảo hiểm/ chính quyền địa phương hoặc công an nơi Người được bảo hiểm bị tai nạn. Giấy 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;
3. Các chứng từ liên quan đến việc điều trị: đơn thuốc, sổ khám bệnh, giấy ra viện, phiếu điều trị, phiếu xét nghiệm, phiếu mổ (trong trường hợp phải mổ)... Trường hợp không cung cấp được bản chính, có thể cung cấp bản photo có xác nhận của đơn vị tham gia bảo hiểm hoặc xác nhận sao y của Bảo hiểm .
4. Các chứng từ liên quan đến việc thanh toán chi phí y tế: hóa đơn tài chính, biên lai, phiếu thu theo Qui định của Bộ Tài Chính, Cục thuế... Bảo hiểm không chấp nhận phiếu thu/biên lai/hóa đơn bán lẻ cộng gộp cho 01 đơn thuốc và các giấy tờ trên phải là bản gốc và sẽ thuộc sở hữu của Bảo hiểm .
5. Các chứng từ liên quan đến Trợ cấp mất giảm thu nhập:
 - Chỉ định nghỉ của Bác sĩ điều trị (hoặc Giấy nghỉ hưởng bảo hiểm xã hội),
 - Bảng chấm công (hoặc Bản xác nhận ngày nghỉ thực tế của Nhân sự) trường hợp yêu cầu bồi thường trợ cấp/lương; Hợp đồng lao động (hoặc Thông báo tăng lương) nếu mức lương được bảo hiểm không được cung cấp cụ thể trên Hợp đồng hoặc chưa được cập nhật;
6. Các loại giấy tờ khác: Bảo hiểm sẽ thông báo theo từng trường hợp cụ thể (nếu cần)
7. Trường hợp Người được bảo hiểm tử vong cần cung cấp Hồ sơ của Cơ quan có thẩm quyền liên quan đến Sự kiện bảo hiểm, Chứng từ y tế trước khi tử vong, Trích lục Khai tử và Giấy xác nhận quyền thừa kế hợp pháp
8. Trường hợp Người được bảo hiểm ủy quyền cho người khác nhận tiền bảo hiểm, phải có giấy ủy quyền hợp pháp

II. THỜI HẠN YÊU CẦU VÀ GIẢI QUYẾT YÊU CẦU TRẢ TIỀN BẢO HIỂM

1. Thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm

Khi xảy ra sự kiện bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng phải thông báo tới CTBH trong vòng 30 ngày kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm.

Thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm là 01 năm kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm. Thời gian xảy ra sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan khác không tính vào thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm.

2. Thời hạn giải quyết yêu cầu trả tiền bảo hiểm

CTBH có trách nhiệm xem xét, giải quyết và thanh toán tiền bảo hiểm trong vòng 15 ngày làm việc kể từ khi nhận được đầy đủ hồ sơ hợp lệ trừ khi có thỏa thuận khác.

III. THỦ TỤC VÀ THỜI HẠN TRẢ TIỀN BẢO HIỂM

1. Trường hợp điều trị nội trú và ngoại trú trong hệ thống bảo lãnh của Bảo hiểm :

(Dịch vụ bảo lãnh thanh toán trực tiếp không bảo lãnh các chi phí phát sinh nằm ngoài phạm vi hoặc vượt quá hạn mức bảo hiểm)

a) Trước khi nhập viện

Người được bảo hiểm xuất trình thẻ bảo hiểm và Giấy tờ tùy thân có ảnh /giấy khai sinh.

b) Trước khi xuất viện

- Người được bảo hiểm hoặc người được ủy quyền của Người được bảo hiểm ký các chứng từ điều trị.
- Người được bảo hiểm thanh toán các khoản chi phí vượt quá hoặc không thuộc phạm vi bảo hiểm trước khi rời bệnh viện.

2. Trường hợp điều trị nội trú và ngoại trú ngoài hệ thống bảo lãnh của Bảo hiểm :

Người được bảo hiểm tự thanh toán trước với phòng khám/bệnh viện. Sau đó thu thập toàn bộ hồ sơ chứng từ yêu cầu trả tiền bảo hiểm và gửi cho Bảo hiểm để xem xét giải quyết quyền lợi và thanh toán chi phí thuộc phạm vi bảo hiểm.

IV. THỜI HẠN KHIẾU NẠI VÀ KHỞI KIỆN

Thời hiệu khởi kiện về hợp đồng bảo hiểm là 03 năm, kể từ thời điểm phát sinh tranh chấp.

V. GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP

Mọi tranh chấp có liên quan đến hợp đồng bảo hiểm sẽ được CTBH và Người được bảo hiểm thương lượng giải quyết. Nếu các bên không giải quyết được tranh chấp bằng thương lượng thì tranh chấp sẽ được đưa ra tòa có thẩm quyền giải quyết theo quy định của pháp luật Việt Nam.

PHẦN VI - PHỤ LỤC BẢNG TỶ LỆ THƯƠNG TẬT VĨNH VIỄN DO TAI NẠN

Quyền lợi	Tỷ lệ phần trăm trên Số tiền bảo hiểm
I – TỬ VONG	100%
II – THƯƠNG TẬT TOÀN BỘ VĨNH VIỄN	
1. Mù hoặc mất hoàn toàn hai mắt	100%
2. Rối loạn tâm thần hoàn toàn không thể chữa được	100%
3. Hông hoàn toàn chức năng nhai và nói	100%
4. Mất hoặc liệt hoàn toàn hai tay (từ vai hoặc khuỷu xuống) hoặc hai chân (từ háng hoặc đầu gối xuống)	100%
5. Mất cả hai bàn tay hoặc hai bàn chân, hoặc mất một cánh tay và 1 bàn chân, hoặc một cánh tay và một cẳng chân, hoặc một bàn tay và một cẳng chân, hoặc một bàn tay và một bàn chân.	100%
6. Mất hoàn toàn khả năng lao động và làm việc (toàn bộ bị tê liệt, bị thương dẫn đến tình trạng nằm liệt giường hoặc dẫn đến tàn 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	
A. 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 hay năm ngón	60 – 70%
12. Mất 4 ngón tay trừ ngón cái	40 – 50%
13. Mất ngón cái và ngón trỏ	35 – 45%
14. Mất 3 ngón tay: 3,4,5	30 – 35%
15. Mất 1 ngón cái và 2 ngón khác	35 – 40%
16. Mất 1 ngón cái và 1 ngón khác	30 – 35%
17. Mất 1 ngón trỏ và 2 ngón khác	35 – 40%
18. Mất 1 ngón trỏ và 1 ngón giữa	30 – 35%
19. Mất một ngón cái và một đốt bàn Mất một ngón cái Mất cả đốt ngoài Mất 1/ 2 đốt ngoài	25 – 30% 20 – 25% 10 – 15% 07 – 10%
20. Mất một ngón trỏ và một đốt bàn Mất một ngón trỏ Mất 2 đốt 2 và 3 Mất đốt 3	20 – 25% 18 – 22% 10 – 12% 08 – 10%
21. Mất trọn một ngón giữa hoặc ngón đeo nhẫn (cả một đốt bàn) Mất một ngón giữa hoặc một ngón nhẫn Mất 2 đốt 2 và 3 Mất đốt 3	18 – 22% 15 – 18% 08- 12% 04 – 07%
22. Mất hoàn toàn một ngón út và đốt bàn Mất cả ngón út Mất 2 đốt 2 và 3	15 – 20% 10 – 15% 08 – 10%

Mất đốt 3	04 – 07%
23. Cứng khớp bả vai	25 – 35%
24. Cứng khớp khuỷu tay	25 – 35%
25. Cứng khớp cổ tay	25 – 35%
26. Gãy tay can lệch hoặc mất xương làm chi ngắn trên 3 cm và chức năng quay sấp ngửa hạn chế hoặc tạo thành khớp giả	25 – 35%
B. CHI DƯỚI	
27. Mất 1 chân từ háng xuống (tháo khớp háng 1 đùi)	75 – 85%
28. Cắt cụt 1 đùi : 1/3 trên	70 – 80%
1/3 giữa hoặc dưới	55 – 75%
29. Cắt cụt 1 chân từ gối xuống (tháo khớp gối)	60 – 70%
30. Tháo khớp cổ chân hoặc mất 1 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 cả ngón cái	38 – 48%
38. Mất 4 ngón trừ ngón cái	35 – 45%
39. Mất 3 ngón, 3-4-5	25 – 30%
40. Mất 3 ngón, 1-2-3	30 – 35%
41. Mất 1 ngón cái và ngón 2	20 – 25%
42. Mất 1 ngón cái	15 – 20%
43. Mất 1 ngón ngoài ngón cái	10 – 15%
44. Mất 1 đốt ngón cái	08 – 12%
45. Cứng khớp háng	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 – 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%
C. CỘT SỐNG	
51. Cắt bỏ cung sau : Của 1 đốt sống	35 – 40%
Của 2 – 3 đốt sống trở lên	45 – 60%
D. SỌ NÃO	

Lắp được mắt giả	50 – 60%
80. Mất hoặc mù hoàn toàn 1 mắt nhưng trước khi xảy ra tai nạn đã mất hoặc mù một mắt	80 – 90%
K. TAI – MŨI - HỌNG	
81. Điếc 2 tai: Hoàn toàn không phục hồi được Nặng (Nói to hoặc thét vào tai còn nghe) Vừa (Nói to 1-2 m còn nghe) Nhẹ (Nói to 2 – 4 m còn nghe)	75 – 85% 60 – 70% 35 – 45% 15 – 25%
82. Điếc 1 tai: Hoàn toàn không phục hồi được Vừa Nhẹ	30 – 40% 15 – 20% 8 – 15%
83. Mất vành tai 2 bên	20 – 40%
84. Mất vành tai 1 bên	10 – 25%
85. Mất mũi, biến dạng mũi	18 – 40%
L. RĂNG – HÀM – MẶT	
86. Mất 1 phần xương hàm trên và 1 phần xương hàm dưới từ cạnh cao trở xuống: Khác bên Cùng bên	80 – 90% 70 – 80%
87. Mất toàn bộ xương hàm trên hoặc dưới	70 – 80%
88. Mất 1 phần xương hàm trên hoặc 1 phần xương hàm dưới (từ 1/3 đến 1/2 bị mất) từ cạnh cao trở xuống	35 – 45%
89. Mất răng: Trên 8 cái không lắp được răng giả Từ 5 – 7 răng	30 – 40% 15 – 25%
90. Mất 3/4 lưỡi còn gốc lưỡi (từ đường gai V trở ra)	75 – 85%
91. Mất 2/3 lưỡi từ đầu lưỡi	50 – 60%
92. Mất 1/3 lưỡi ảnh hưởng đến phát âm	15 – 25%
93. Mất 1 phần nhỏ lưỡi (dưới 1/3) ảnh hưởng đến phát âm	10 – 15%

NGUYÊN TẮC XÉT TRẢ TIỀN BẢO HIỂM

Việc xét giải quyết trả tiền theo bảng này sẽ căn cứ trên các chứng từ điều trị của Người được bảo hiểm cung cấp và các quy định dưới đây:

- 1- Mất hẳn chức năng của từng bộ phận hoặc hỏng vĩnh viễn chỉ được coi như mất từng bộ phận đó hoặc mất chi.
- 2- Những trường hợp thương tật không liệt kê trong bảng sẽ được bồi thường theo tỉ lệ trên cơ sở so sánh tính nghiêm trọng của nó với những trường hợp khác có trong bảng.
- 3- 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 qui định cho trường hợp này.

4- 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 qui định cho trường hợp này.

5- Trường hợp đa vết thương được trả tiền bảo hiểm cho từng vết thương nhưng tổng số tiền trả cho người được bảo hiểm không vượt quá số tiền bảo hiểm. Trường hợp đa vết thương ở cùng một chi, tổng số tiền trả cho các vết thương không được vượt quá tỉ lệ mất chi đó.

6- Những trường hợp phải mổ lại, đập can xương làm lại được trả thêm 50% mức tối thiểu của thang tỉ lệ trả cho trường hợp đó nhưng tổng số tiền chi trả không vượt quá số tiền bảo hiểm.