

Số: 1188/QĐ-BHBV

Hà Nội, ngày 17 tháng 03 năm 2021

QUYẾT ĐỊNH**Ban hành Quy tắc bảo hiểm An Tâm Viện Phí****TỔNG GIÁM ĐỐC TỔNG CÔNG TY BẢO HIỂM BẢO VIỆT**

Căn cứ Điều lệ Tổng công ty Bảo hiểm Bảo Việt ban hành kèm theo Quyết định số 1151/2015/QĐ-HĐQT ngày 13 tháng 08 năm 2015 của Hội đồng quản trị Tập đoàn Bảo Việt;

Căn cứ Giấy phép thành lập và hoạt động số 45GP/KDBH do Bộ trưởng Bộ Tài Chính cấp ngày 23/11/2007 về việc thành lập Tổng Công ty Bảo hiểm Bảo Việt;

Căn cứ công văn số 1878/BTC - QL BH ngày 25 tháng 02 năm 2021 của Bộ Tài chính về việc phê chuẩn sản phẩm “Bảo hiểm kết hợp chi phí nằm viện, phẫu thuật và sinh mạng con người”;

Xét đề nghị của Giám đốc Ban bảo hiểm Con người, Tổng Công ty Bảo hiểm Bảo Việt.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này Quy tắc bảo hiểm “An Tâm Viện Phí” kèm theo Biểu phí, Bảng quyền lợi bảo hiểm.

Điều 2. Quyết định này có hiệu lực thi hành kể từ ngày ký.

Điều 3. Các Ban, Trung tâm Trụ sở chính và Công ty thành viên Tổng Công ty Bảo hiểm Bảo Việt chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này. *fan*

Nơi nhận:

- Như điều 3;
- Ban TGD;
- Lưu VT, BHCN, BVD.

TỔNG GIÁM ĐỐC



fan

Nguyễn Xuân Việt



QUY TẮC BẢO HIỂM AN TÂM VIỆN PHÍ

*(Ban hành kèm theo Quyết định số 1188/QĐ-BHBV ngày 17/03/2021 của
Tổng Công ty Bảo hiểm Bảo Việt)*

MỤC LỤC

CHƯƠNG I. QUY ĐỊNH CHUNG	2
CHƯƠNG II. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM CHÍNH	9
CHƯƠNG III. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM BỔ SUNG	10
CHƯƠNG IV. THỜI GIAN CHỜ	12
CHƯƠNG V. CÁC ĐIỂM LOẠI TRỪ	12
CHƯƠNG VI. PHÍ BẢO HIỂM, SỐ TIỀN BẢO HIỂM.....	14
CHƯƠNG VII. CHẤM DỨT HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM.....	15
CHƯƠNG VIII. GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM.....	16
CHƯƠNG IX. QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA CÁC BÊN.....	18
CHƯƠNG X. CÁC QUY ĐỊNH KHÁC	20

CHƯƠNG I. QUY ĐỊNH CHUNG

Điều 1. Các định nghĩa

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

2. Bên mua bảo hiểm: Là tổ chức được thành lập và hoạt động hợp pháp tại Việt Nam hoặc cá nhân từ đủ 18 tuổi trở lên vào thời điểm Hợp đồng bảo hiểm phát sinh hiệu lực và có năng lực hành vi dân sự đầy đủ, giao kết hợp đồng bảo hiểm với Bảo hiểm Bảo Việt và đóng phí bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm có thể đồng thời là Người được bảo hiểm hoặc người thụ hưởng. Bên mua bảo hiểm phải có quyền lợi có thể được bảo hiểm theo quy định của pháp luật.

3. Người được bảo hiểm: Là cá nhân có tính mạng hoặc tình trạng sức khỏe được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm.

4. Người thụ hưởng: Là tổ chức, cá nhân được bên mua bảo hiểm chỉ định để nhận tiền bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm tử vong.

Người thụ hưởng được ghi tên trong Giấy yêu cầu bảo hiểm, Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm, Hợp đồng bảo hiểm.

5. Người phụ thuộc: Là con của người được bảo hiểm (bao gồm con ruột, con nuôi hợp pháp) có độ tuổi từ 01 tuổi đến 18 tuổi tại ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm.

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

Bộ Hợp đồng bảo hiểm bao gồm:

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

7. Tái tục bảo hiểm: Tái tục bảo hiểm là việc Hợp đồng bảo hiểm được tái tục vào ngày hoặc trước ngày kết thúc hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm hiện tại với Số tiền bảo hiểm tương đương hoặc thấp hơn.

8. Thời hạn bảo hiểm: Thời hạn bảo hiểm là 1 năm và được ghi cụ thể trên Hợp đồng bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm.

9. Ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm:

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

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

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

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

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

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

Trường hợp một Người được bảo hiểm trên cơ sở Quy tắc bảo hiểm này tham gia nhiều Hợp đồng bảo hiểm khác nhau mà tổng Số tiền bảo hiểm vượt quá Số tiền bảo hiểm của chương trình cao nhất thì Bảo hiểm Bảo Việt chỉ chịu trách nhiệm giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo Hợp đồng có Số tiền bảo hiểm cao nhất trong các Hợp đồng bảo hiểm và hoàn lại phí của các Hợp đồng bảo hiểm còn lại (nếu có).

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

14. Tuổi của Người được bảo hiểm: Là tuổi tính theo ngày sinh nhật liền trước Ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm.

15. Thời gian chờ: Là thời gian mà các quyền lợi bảo hiểm không được chi trả bảo hiểm, bao gồm cả những trường hợp quá trình điều trị kéo dài, thời điểm bắt đầu điều trị trong thời gian chờ nhưng thời điểm kết thúc của đợt điều trị này nằm ngoài thời gian chờ quy định.

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

16. Tai nạn: Là bất kỳ sự kiện hoặc chuỗi sự kiện bất ngờ hay không lường trước, gây ra bởi một vật chất hoặc một lực từ bên ngoài và hữu hình ngoài sự kiểm soát của Người được bảo hiểm, xảy ra trong thời hạn bảo hiểm, là nguyên nhân trực tiếp và duy nhất dẫn đến thương tật thân thể hoặc tử vong cho Người được bảo hiểm, loại trừ bất cứ quá trình nào xảy ra do bệnh tật, tuổi tác hay sự thoái hóa.

17. Thương tật toàn bộ vĩnh viễn: Là tình trạng Người được bảo hiểm bị mất hoàn toàn chức năng và không thể phục hồi được chức năng của:

- Hai tay; hoặc
- Hai chân; hoặc
- Hai mắt; hoặc
- Một tay và một chân; hoặc
- Một tay và một mắt; hoặc
- Một chân và một mắt.

Trong đó:

- Mất hoàn toàn chức năng và không thể phục hồi được chức năng của mắt được hiểu là lấy bỏ nhãn cầu hoặc mù hoàn toàn (thị lực dưới 1/20)
- Mất hoàn toàn chức năng và không thể phục hồi được chức năng của tay được hiểu là:
 - + Bị cắt cụt từ khớp cổ tay trở lên; hoặc
 - + Mất khả năng vận động (liệt) vĩnh viễn từ toàn bộ bàn tay trở lên.
- Mất hoàn toàn chức năng và không thể phục hồi được chức năng của chân được hiểu là:
 - + Bị cắt cụt từ khớp cổ chân (bao gồm cả xương sên và xương gót) trở lên; hoặc

+ Mất khả năng vận động (liệt) vĩnh viễn từ toàn bộ bàn chân trở lên.

Tình trạng thương tật toàn bộ vĩnh viễn nêu trên phải:

- Là hậu quả trực tiếp của một tai nạn xảy ra trong thời gian Hợp đồng có hiệu lực;
- Được cơ quan y tế có thẩm quyền xác nhận về tình trạng thương tật;
- Phát sinh trong vòng 180 ngày kể từ ngày xảy ra tai nạn và kéo dài ít nhất 365 ngày liên tục tính từ ngày được xác nhận bị thương tật toàn bộ vĩnh viễn (trừ trường hợp thương tật dẫn đến phải lấy bỏ nhãn cầu, cắt cụt từ khớp cổ tay trở lên và/hoặc cắt cụt từ khớp cổ chân (bao gồm cả xương sên và xương gót) trở lên).

18. Óm đau, bệnh tật (bệnh): Là tình trạng cơ thể có dấu hiệu của một bệnh lý khác với tình trạng sức khỏe bình thường cần thiết phải điều trị.

19. Bệnh hoặc thương tật có sẵn: Là bệnh hoặc thương tật có từ trước ngày bắt đầu được nhận bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm năm đầu tiên và là bệnh hoặc thương tật mà Người được bảo hiểm:

- a. Đã phải điều trị trong vòng 3 năm trước ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm năm đầu tiên; hoặc
- b. Là bất cứ tình trạng sức khỏe đã được chẩn đoán; triệu chứng bệnh hoặc thương tật đã xảy ra hoặc đã xuất hiện trước ngày ký hợp đồng mà Người được bảo hiểm đã biết hoặc ý thức được cho dù Người được bảo hiểm có thực sự khám, điều trị hay không.

Hồ sơ y tế, tiền sử bệnh được lưu giữ tại Bệnh viện, hoặc các thông tin do Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm tự kê khai được xem là bằng chứng đầy đủ và hợp pháp về bệnh hoặc thương tật có sẵn.

20. Bệnh đặc biệt loại I: Là những bệnh u hoặc bướu (trừ ung thư), huyết áp (trừ cao hoặc tăng huyết áp), viêm màng não, viêm não, viêm tủy, viêm não tủy, bệnh hoặc hội chứng Parkinson, bệnh Alzheimer hoặc sa sút trí tuệ trầm trọng, hội chứng Apallie hoặc hội chứng mất trí nhớ, bại não, tràn khí màng phổi, tràn dịch màng phổi, suy hô hấp, tai biến mạch máu não (đột quỵ), các bệnh mạch máu não khác, xơ vữa động mạch, viêm gan các loại, xơ gan, suy gan, viêm tụy, rối loạn đông máu, suy tủy xương, bệnh Lupus ban đỏ, bệnh Pemphigus.

21. Bệnh đặc biệt loại II: Là những bệnh tim, cao hoặc tăng huyết áp, sỏi, suy thận, ung thư, tiểu đường (đái tháo đường).

22. Bệnh di truyền: Là bất kỳ bệnh nào xuất hiện ở những người có cùng huyết thống hay sự chuyển những bệnh lý của bố, mẹ cho con cái thông qua gen của bố, mẹ và/hoặc được truyền từ đời này sang đời khác, từ thế hệ này sang thế

hệ khác trong những người có cùng huyết thống bao gồm cả di truyền đột biến gen lặn.

23. Bệnh bẩm sinh, dị tật bẩm sinh: Là bất kỳ bệnh hoặc dị tật nào được hình thành trên thai nhi trong quá trình mang thai của người mẹ dưới tác động của yếu tố môi trường lên sự phát triển của thai nhi và có thể được cơ quan y tế mô tả dưới nhiều tên gọi khác nhau như “bệnh bẩm sinh”, “dị tật bẩm sinh”, “khuyết tật bẩm sinh”, “dị dạng về gen”, “bất thường của nhiễm sắc thể”.

24. Phục hồi chức năng: Là phương pháp điều trị nhằm mục đích khôi phục lại tình trạng bình thường và/hoặc chức năng sinh lý sau thương tật thân thể hoặc do bệnh. Theo Quy tắc bảo hiểm này, phục hồi chức năng bao gồm những phương pháp được liệt kê theo danh sách đính kèm Thông tư 50/2014/TT-BYT ngày 26/12/2014 của Bộ Y tế và các văn bản sửa đổi, bổ sung, thay thế (nếu có); hoặc điều trị tại các Bệnh viện phục hồi chức năng hoặc chuyên khoa phục hồi chức năng tại các Bệnh viện.

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

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

Theo Quy tắc bảo hiểm này, Bệnh viện còn bao gồm Trung tâm y tế huyện có chức năng khám bệnh, chữa bệnh ở những địa phương chưa có bệnh viện huyện; đồng thời không bao gồm: Các cơ sở khám chữa bệnh theo phương pháp Đông y, y học cổ truyền, các khoa khám chữa bệnh theo phương pháp Đông y, y học cổ truyền tại các Bệnh viện, Trung tâm y tế dự phòng, Trung tâm y tế huyện (ở địa phương đã có bệnh viện huyện), Trung tâm y tế quân – dân y, Bệnh xá, Đội điều trị, Trạm y tế, Phòng y tế, Trạm xá, Nhà hộ sinh, Nhà điều dưỡng, Phòng khám, các cơ sở y tế không thỏa mãn định nghĩa Bệnh viện như trên.

26. Phân nhóm Bệnh viện: Theo Quy tắc bảo hiểm này, các Bệnh viện được phân nhóm như sau:

- Nhóm 1: gồm các Bệnh viện thuộc tuyến Trung ương, Tỉnh, Thành phố trực thuộc Trung ương và tương đương.

- Nhóm 2: gồm các Bệnh viện thuộc tuyến Huyện, Quận, Thị xã, Thành phố trực thuộc Tỉnh và tương đương; các Bệnh viện ngoài công lập.

27. Nằm viện (điều trị nội trú): Là việc Người được bảo hiểm cần nhập viện tại Bệnh viện theo chỉ định của bác sỹ, phải lưu trú ít nhất 24h liên tục ở trong Bệnh viện để điều trị thương tật, ốm đau, bệnh tật, thai sản thuộc phạm vi bảo hiểm.

Việc nằm viện chỉ được chấp nhận khi bệnh nhân thực hiện điều trị tại một Bệnh viện như định nghĩa.

28. Ngày nằm viện: Là 1 ngày mà Người được bảo hiểm điều trị nội trú tại bệnh viện. Đơn vị ngày nằm viện sẽ được tính bằng 24h và theo đơn vị giường nằm trong Giấy ra viện. Trường hợp giờ vào viện và giờ ra viện không được thể hiện trên Giấy ra viện thì số ngày nằm viện sẽ được xác định bằng ngày ra viện trừ ngày vào viện.

29. Phẫu thuật: Là phương pháp khoa học để điều trị thương tật, ốm đau, bệnh tật, thai sản thuộc phạm vi bảo hiểm, được thực hiện bởi những phẫu thuật viên có bằng cấp thông qua những ca mổ bằng tay với các dụng cụ y tế hoặc bằng thiết bị y tế tại bệnh viện, gồm mổ phanh, mổ nội soi, mổ bằng tia laser.

Đơn bảo hiểm này chỉ bảo hiểm cho các ca phẫu thuật nội trú mà bệnh nhân lưu trú tại viện từ 24 giờ trở lên tính từ thời điểm nhập viện.

Các loại phẫu thuật phải thuộc danh mục phẫu thuật do Bộ Y tế Việt Nam quy định. Các loại thủ thuật không được bảo hiểm theo đơn bảo hiểm này.

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

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

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

31. Đợt điều trị: Là khoảng thời gian từ khi Người được bảo hiểm nhập viện đến khi xuất viện để điều trị tại Bệnh viện. Giấy ra viện là bằng chứng chứng minh kết thúc một Đợt điều trị.

32. 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 hoặc sinh

con của Người được bảo hiểm phải điều trị theo chỉ định của bác sỹ. Theo Quy tắc bảo hiểm này, biến chứng thai sản thuộc phạm vi bảo hiểm chỉ bao gồm các trường hợp sau:

- Sẩy thai hoặc thai nhi chết trong tử cung (thai lưu);
- Mang thai trứng nước;
- Thai ngoài dạ con (tử cung) ;
- Phá thai điều trị, bao gồm trường hợp phá thai do các bệnh lý di truyền, dị tật bẩm sinh của thai nhi hoặc phải phá thai để bảo vệ tính mạng của người mẹ;
- Dọa sinh non đối với thai từ tuần thứ 22 đến tuần thứ 35 của thai kỳ;
- Biến chứng của các nguyên nhân trên.

Quyền lợi biến chứng thai sản được chi trả khi Người được bảo hiểm nằm viện hoặc phẫu thuật tại Bệnh viện như định nghĩa.

33. Sinh con, biến chứng sau sinh: Theo Quy tắc bảo hiểm này, sinh con và biến chứng sau sinh thuộc phạm vi bảo hiểm chỉ bao gồm các trường hợp sau: Sinh thường, sinh mổ (mổ lấy thai), sinh khó bằng các can thiệp chuyên môn hỗ trợ sinh sản, sinh non; nhiễm trùng hậu sản, sản giật, băng huyết sau khi sinh, sót nhau thai trong tử cung sau khi sinh. Quyền lợi sinh con và biến chứng sau sinh được chi trả khi Người được bảo hiểm nằm viện hoặc phẫu thuật tại Bệnh viện như định nghĩa.

34. Phương pháp hỗ trợ thụ thai: Là việc sử dụng kỹ thuật y khoa để tăng số lượng trứng trong quá trình rụng trứng hoặc để hỗ trợ thụ tinh giữa tinh trùng và trứng, làm tăng khả năng thụ thai. Hình thức này bao gồm nhưng không giới hạn ở phương pháp bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI), thụ tinh trong ống nghiệm (IVF), tiêm tinh trùng trực tiếp vào noãn để tạo phôi (ICSI) hoặc sử dụng bất kỳ hình thức điều trị nào để thúc đẩy hoặc kích thích sự rụng trứng.

35. Nghiện rượu, nghiện ma túy hoặc chất kích thích: Là tình trạng Người được bảo hiểm phụ thuộc và lạm dụng vào rượu, ma túy hoặc các chất kích thích do uống hoặc sử dụng quá nhiều. Khi điều này xảy ra, rượu, ma túy, các chất kích thích có thể tác động đến não và làm cho người đó mất kiểm soát hành động của mình.

Điều 2. Độ tuổi, đối tượng tham gia và không được tham gia bảo hiểm

1. Độ tuổi tham gia bảo hiểm: Từ 01 tuổi đến 65 tuổi tại ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm, tối đa đến 70 tuổi nếu tham gia liên tục từ khi Người được bảo hiểm 65 tuổi hoặc từ trước đó.

Với các quyền lợi bảo hiểm bổ sung đặc thù như Tử vong không phải do nguyên nhân tai nạn, Thai sản có quy định riêng về độ tuổi tham gia bảo hiểm như Điều 7, Điều 9 dưới đây.

2. Đối tượng tham gia bảo hiểm: Là mọi công dân Việt Nam hoặc người nước ngoài cư trú hợp pháp tại Việt Nam tại ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm.

3. Đối tượng không được tham gia bảo hiểm:

Các đối tượng không được tham gia bảo hiểm gồm:

- Những người đang bị bệnh (hội chứng) tâm thần, động kinh, tự kỷ, phong;
- Những người bị bệnh ung thư;
- Những người bị tàn phế, tàn tật, khuyết tật hoặc thương tật vĩnh viễn từ 50% trở lên;
- Những người đang trong thời gian điều trị bệnh tật, thương tật;
- Những người đang trong thời gian bị tạm giam, giam giữ hoặc tổ tụng hình sự;
- Những người nghiện rượu, ma túy hoặc các chất kích thích khác.

Điều 3. Phạm vi địa lý được bảo hiểm

Phạm vi địa lý được bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này là lãnh thổ Việt Nam, bao gồm trường hợp Người được bảo hiểm bị tai nạn xảy ra trong lãnh thổ Việt Nam sau đó Người được bảo hiểm điều trị và/hoặc bị tử vong do hậu quả của tai nạn này ngoài lãnh thổ Việt Nam.

CHƯƠNG II. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM CHÍNH

Điều 4. Nằm viện do ốm đau, bệnh tật, tai nạn

Trường hợp Người được bảo hiểm ốm đau, bệnh tật, tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm phải nằm viện tại những bệnh viện như định nghĩa (bao gồm cả trường hợp ngộ độc thức ăn, đồ uống, hít phải khí độc, khí gas, hơi độc, chất độc), Bảo hiểm Bảo Việt sẽ chi trả cho Người được bảo hiểm số tiền/ngày nằm viện được quy định cụ thể tại Hợp đồng bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm, trừ các điểm loại trừ được quy định tại Chương V của Quy tắc bảo hiểm. Giới hạn tổng số ngày nằm viện tối đa là 60 ngày/năm (trong đó số ngày nằm viện tại Phòng chăm sóc đặc biệt (ICU) tối đa là 20 ngày/năm) và không quá 10 ngày nằm viện/đợt điều trị. Tổng số tiền được chi trả không vượt quá Số tiền bảo hiểm quyền lợi Nằm viện.

Trường hợp người được bảo hiểm điều trị nhiều bệnh trong cùng một đợt điều trị:

Trong số các bệnh điều trị có bệnh thuộc phạm vi bảo hiểm và bệnh không thuộc

phạm vi bảo hiểm, Bảo hiểm Bảo Việt sẽ chi trả trợ cấp số ngày nằm viện thuộc phạm vi bảo hiểm theo công thức như sau:

$$\text{Số ngày trợ cấp thuộc phạm vi bảo hiểm} = \text{Số ngày nằm viện} \times \frac{\text{Số bệnh thuộc phạm vi bảo hiểm}}{\text{Tổng số bệnh điều trị}}$$

Nguyên tắc làm tròn: làm tròn lên nếu chữ số sau số đơn vị rút gọn lớn hơn hoặc bằng 5, làm tròn xuống nếu chữ số sau số đơn vị rút gọn nhỏ hơn 5.

Điều 5. Phẫu thuật do ốm đau, bệnh tật, tai nạn

Trong trường hợp Người được bảo hiểm ốm đau, bệnh tật, tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm phải phẫu thuật tại những bệnh viện như định nghĩa, Bảo hiểm Bảo Việt sẽ chi trả cho Người được bảo hiểm số tiền/lần phẫu thuật được quy định cụ thể tại Hợp đồng bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm, trừ các điểm loại trừ được quy định tại Chương V của Quy tắc bảo hiểm. Tổng số tiền được chi trả không vượt quá Số tiền bảo hiểm quyền lợi Phẫu thuật.

Điều 6. An tâm giáo dục

Trong trường hợp Người được bảo hiểm là bố hoặc mẹ bị tử vong do ung thư thuộc phạm vi bảo hiểm và đã qua thời gian chờ đối với tử vong do ung thư, Bảo hiểm Bảo Việt sẽ chi trả một lần cho Người phụ thuộc của Người được bảo hiểm số tiền được quy định cụ thể tại Hợp đồng bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm, trừ các điểm loại trừ được quy định tại Chương V của Quy tắc bảo hiểm.

Số tiền bảo hiểm tối đa của Quyền lợi bảo hiểm chính được quy định cụ thể tại Hợp đồng bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm.

CHƯƠNG III. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM BỔ SUNG

Các quyền lợi bổ sung sau đây là một bộ phận không tách rời của Quy tắc bảo hiểm.

Các quyền lợi bảo hiểm bổ sung này chỉ được áp dụng trong trường hợp được ghi là được bảo hiểm trong Hợp đồng bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm và được giải quyết bồi thường căn cứ vào các định nghĩa, thời gian chờ, các điểm loại trừ, các điều kiện điều khoản khác được quy định trong Quy tắc bảo hiểm này.

Điều 7. Tử vong không phải do nguyên nhân tai nạn

Độ tuổi tham gia: từ 01 tuổi đến 65 tuổi tại ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm.

Trong trường hợp Người được bảo hiểm bị tử vong không phải do nguyên nhân tai nạn trừ các điểm loại trừ được quy định tại Chương V của Quy tắc bảo hiểm, Bảo hiểm Bảo Việt trả toàn bộ Số tiền bảo hiểm ghi trên Hợp đồng bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Điều 8. Tử vong/thương tật toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn

Độ tuổi tham gia: Áp dụng như quy định tại Điều 2 của Quy tắc bảo hiểm.

Trong trường hợp Người được bảo hiểm bị tử vong do tai nạn (trong vòng 365 ngày kể từ ngày xảy ra tai nạn) hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn trừ các điểm loại trừ được quy định tại Chương V của Quy tắc bảo hiểm, Bảo hiểm Bảo Việt trả toàn bộ Số tiền bảo hiểm ghi trên Hợp đồng bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Số tiền bảo hiểm chi trả tối đa không vượt quá số tiền bảo hiểm của quyền lợi Tử vong/thương tật toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn ghi trên Hợp đồng bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Điều 9. Thai sản

Độ tuổi tham gia: từ 18 tuổi đến 45 tuổi tại ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm.

Điều kiện tham gia: Chỉ áp dụng cho Người được bảo hiểm là nữ.

Quyền lợi Thai sản bao gồm biến chứng thai sản, sinh con, biến chứng sau sinh. Trong trường hợp Người được bảo hiểm bị biến chứng thai sản và/hoặc sinh con và/hoặc biến chứng sau sinh thuộc phạm vi bảo hiểm phải nằm viện hoặc phẫu thuật tại Bệnh viện như định nghĩa, Bảo hiểm Bảo Việt sẽ chi trả cho Người được bảo hiểm số tiền được quy định cụ thể tại Hợp đồng bảo hiểm, trừ các điểm loại trừ được quy định tại Chương V của Quy tắc bảo hiểm, cụ thể như sau:

- Trường hợp nằm viện: Bảo hiểm Bảo Việt sẽ chi trả số tiền/ngày nằm viện, tối đa 60 ngày nằm viện/năm và không quá 10 ngày nằm viện/đợt điều trị;
- Trường hợp phẫu thuật: Bảo hiểm Bảo Việt sẽ chi trả số tiền/lần phẫu thuật và tối đa 02 lần phẫu thuật/năm.

Lưu ý:

- Trường hợp Người được bảo hiểm sinh con sau khi thụ thai bằng các phương pháp hỗ trợ thụ thai như định nghĩa tại Điều 1, Bảo hiểm Bảo Việt chỉ chi trả quyền lợi Nằm viện, không chi trả quyền lợi Phẫu thuật.
- Trường hợp Người được bảo hiểm sinh mổ (mổ lấy thai) từ lần thứ hai trở đi, Bảo hiểm Bảo Việt chi trả quyền lợi nằm viện và chi trả 30% số tiền của quyền lợi phẫu thuật được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm.

CHƯƠNG IV. THỜI GIAN CHỜ

Điều 10. Thời gian chờ

- Không áp dụng đối với trường hợp tai nạn, ngộ độc thức ăn, đồ uống, hít phải khí độc, khí gas, hơi độc, chất độc;
- 07 ngày đối với bệnh ruột thừa;
- 30 ngày đối với ốm đau, bệnh tật thông thường;
- 90 ngày với các bệnh viêm phế quản, tiểu phế quản, viêm phổi các loại (chỉ áp dụng cho trẻ em từ 6 tuổi trở xuống tính tại thời điểm điều trị);
- 90 ngày đối với tử vong do biến chứng thai sản, sinh con, biến chứng sau sinh như Định nghĩa tại Điều 1 của Quy tắc bảo hiểm;
- 90 ngày đối với điều trị biến chứng thai sản như Định nghĩa tại Điều 1 của Quy tắc bảo hiểm;
- 365 ngày đối với điều trị hoặc tử vong do bệnh đặc biệt loại I, bệnh có sẵn như Định nghĩa tại Điều 1 của Quy tắc bảo hiểm, các bệnh hoặc thương tật được liệt kê tại Điểm loại trừ số 14 Chương V của Quy tắc bảo hiểm;
- 365 ngày đối với điều trị sinh con hoặc biến chứng sau sinh như Định nghĩa tại Điều 1 của Quy tắc bảo hiểm;
- 635 ngày đối với điều trị hoặc tử vong do bệnh đặc biệt loại II như Định nghĩa tại Điều 1 của Quy tắc bảo hiểm.

CHƯƠNG V. CÁC ĐIỂM LOẠI TRỪ

Điều 11. Các điểm loại trừ

Các rủi ro, các bệnh, các hạng mục được liệt kê hoặc bắt nguồn từ các nguyên nhân dưới đây không thuộc trách nhiệm bảo hiểm:

1. Hành động tự tử hoặc cố ý tự tử của Người được bảo hiểm; Hành vi cố ý của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm và/hoặc Người thụ hưởng (trừ trường hợp quy định tại khoản 2 điều 39 Luật Kinh doanh bảo hiểm hoặc các văn bản sửa đổi, bổ sung, thay thế (nếu có));
2. Người được bảo hiểm thực hiện hoặc tham gia thực hiện hành động trộm cắp, đánh nhau, gây rối trật tự công cộng hoặc chống cự việc bắt giữ người hợp pháp và/hoặc thực hiện các hành vi phạm tội (theo kết luận của cơ quan nhà nước có thẩm quyền);
3. Người được bảo hiểm có các hành vi sau đây khi tham gia giao thông:
 - Đua xe (hợp pháp hoặc trái phép), lạng lách, đánh võng, điều khiển xe cơ giới chạy quá tốc độ quy định, giành đường, vượt ẩu;
 - Điều khiển phương tiện giao thông mà trong cơ thể có chất ma túy, các chất kích thích, chất gây nghiện;
 - Điều khiển phương tiện giao thông mà trong máu hoặc hơi thở có nồng độ

còn;

- Người điều khiển xe không có Giấy phép lái xe hoặc Giấy phép lái xe không hợp lệ theo quy định của pháp luật;
- Vận chuyển trái phép hoặc không thực hiện đầy đủ các quy định về vận chuyển hàng nguy hiểm, vận chuyển hàng cấm;
- Xe đi vào đường ngược chiều, đường cấm, khu vực cấm;
- Điều khiển xe công nông, xe cơ giới tự chế;
- Điều khiển các phương tiện không có Giấy chứng nhận kiểm định an toàn kỹ thuật và bảo vệ môi trường hợp lệ theo quy định của pháp luật hiện hành.

4. Người được bảo hiểm sử dụng hoặc bị ảnh hưởng của rượu, bia, ma túy hoặc các chất có cồn, các chất kích thích, các chất gây nghiện là nguyên nhân dẫn đến tai nạn hoặc ốm đau, bệnh tật;

5. Người được bảo hiểm tham gia vào các hoạt động hàng không (trừ khi với tư cách là hành khách trên máy bay có giấy phép chở khách), tham gia các cuộc diễn tập huấn luyện quân sự, tham gia chiến đấu của lực lượng vũ trang;

6. Động đất, núi lửa, sóng thần; dịch bệnh hoặc tình trạng khẩn cấp y tế theo công bố của Tổ chức y tế thế giới (WHO) hoặc cơ quan Nhà nước có thẩm quyền; chiến tranh, nội chiến, đình công, khủng bố, bạo động, dân biến, phiến loạn, các hoạt động quân 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;

7. Người được bảo hiểm tham gia các môn thể thao chuyên nghiệp hoặc các môn thể thao nguy hiểm bao gồm đua các loại như đua xe ô tô, đua thuyền, đua ngựa, nhảy mạo hiểm, leo vách đá, leo núi tự do, leo núi có hoặc không có dây leo, đi bộ leo núi với độ cao trên 2.500 mét, võ thuật, đua trượt trên mặt nước, trượt tuyết, bao gồm sử dụng các loại mô tô, trượt băng, đấm bốc, nhảy dù (trừ mục đích thoát hiểm), lên xuống hoặc di chuyển bằng khinh khí cầu, dù lượn, nhảy bungee, vượt thác, khám phá hang động, lặn với bình oxy và thiết bị thở dưới nước;

8. Các hình thức thẩm mỹ, chỉnh hình, làm giả các bộ phận cơ thể; điều trị kiểm soát trọng lượng cơ thể (tăng hoặc giảm cân); suy dinh dưỡng, còi xương, béo phì;

9. Kiểm tra sức khỏe hoặc giám định y khoa, tư vấn y tế mà không liên quan đến việc điều trị ốm đau, bệnh tật, thương tật; tất cả các hình thức tiêm chủng, vắc-xin và thuốc phòng ngừa (trừ trường hợp tiêm vắc-xin sau khi bị tai nạn hay súc vật, côn trùng cắn), khám thai định kỳ; Khám và xét nghiệm không có kết luận chẩn đoán bệnh hoặc kết luận không có bệnh cần điều trị của bác sĩ;

10. Những thương tật hoặc chỉ định điều trị có từ trước ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm năm đầu tiên; bệnh bẩm sinh, dị tật bẩm sinh, bệnh di truyền;

11. Các bệnh lây qua đường tình dục, hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS); tình trạng và bệnh liên quan đến vi rút HIV; Bệnh lao, bệnh sốt rét, bệnh phong;
12. Bệnh rối loạn tâm thần và hành vi, động kinh, các bệnh suy nhược thần kinh, suy nhược cơ thể;
13. Đục thủy tinh thể; các bệnh lão hóa, vôi hóa, thoái hóa các loại, gai đôi cột sống, thoát vị đĩa đệm; điều trị suy biến tự nhiên hoặc không phải lý do bệnh lý của tình trạng suy giảm thính lực, suy giảm thị lực bao gồm ở các tật khúc xạ như cận thị, viễn thị, loạn thị;
14. Những bệnh đặc biệt loại I, bệnh có sẵn (như định nghĩa tại Điều 1) và các bệnh hoặc thương tật sau đây sẽ bị loại trừ trong 365 ngày đầu tiên được bảo hiểm bao gồm: Viêm VA (sùi vòm họng) cần phải nạo, viêm amidan cần phải cắt, viêm xoang, bệnh hen suyễn (bệnh suyễn, hen phế quản), viêm tai giữa cần phải phẫu thuật, bệnh viêm dạ dày, loét dạ dày, trĩ, Polyp các loại, viêm khớp, viêm đa khớp, bệnh gút, phẫu thuật gân và/hoặc dây chằng;
15. Những bệnh đặc biệt loại II (như định nghĩa tại Điều 1) sẽ bị loại trừ trong 635 ngày đầu tiên được bảo hiểm;
16. Thực hiện các biện pháp kế hoạch hoá sinh đẻ, điều trị vô sinh; thực hiện các phương pháp hỗ trợ thụ thai; điều trị bất lực, liệt dương; điều trị khả năng sinh sản hoặc hiếm muộn; điều trị các vấn đề về giới tính, chuyển đổi giới tính; và bất kỳ biến chứng nào từ những điều trị trên;
17. Tất cả các hình thức khám, điều trị, phẫu thuật ngoại trú; khám, điều trị, phẫu thuật trong ngày;
18. Phục hồi chức năng, vật lý trị liệu bằng tất cả mọi hình thức;
19. Mọi hình thức khám và điều trị về răng (trừ việc nhập viện điều trị răng cấp cứu do tai nạn xảy ra trong vòng 24 giờ kể từ thời điểm tai nạn);
20. Thai sản. Điểm loại trừ này sẽ không áp dụng nếu Người được bảo hiểm lựa chọn tham gia quyền lợi bảo hiểm bổ sung – Thai sản;
21. Tử vong/thương tật toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn. Điểm loại trừ này sẽ không áp dụng nếu Người được bảo hiểm lựa chọn tham gia quyền lợi bảo hiểm bổ sung – Tử vong/thương tật toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn;
22. Tử vong không phải do nguyên nhân tai nạn. Điểm loại trừ này sẽ không áp dụng nếu Người được bảo hiểm lựa chọn tham gia quyền lợi bảo hiểm bổ sung - Tử vong không phải do nguyên nhân tai nạn.

CHƯƠNG VI. PHÍ BẢO HIỂM, SỐ TIỀN BẢO HIỂM

Điều 12. Phí bảo hiểm, Số tiền bảo hiểm và thời hạn thanh toán phí bảo hiểm

1. Phí bảo hiểm và Số tiền bảo hiểm được ban hành kèm theo Quy tắc bảo hiểm này.
2. Thời hạn thanh toán phí bảo hiểm do Bên mua bảo hiểm và Bảo hiểm Bảo Việt thỏa thuận, được thể hiện cụ thể trong Hợp đồng bảo hiểm và tuân theo quy định của pháp luật.
3. Số tiền bảo hiểm của các điều kiện không thay đổi trong suốt thời hạn bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm và áp dụng đồng nhất cho tất cả Người được bảo hiểm trong hợp đồng. Số tiền bảo hiểm chỉ có thể được thay đổi vào ngày tái tục của Hợp đồng. Trường hợp tái tục với số tiền bảo hiểm cao hơn Hợp đồng bảo hiểm hiện tại phải được sự chấp thuận của Bảo hiểm Bảo Việt, phần chênh lệch về số tiền bảo hiểm sẽ không được coi là tái tục và sẽ được áp dụng thời gian chờ theo quy định của Hợp đồng bảo hiểm mới.

Điều 13 –Điều khoản tái tục bảo hiểm

Hợp đồng bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm được tái tục vào ngày hoặc trước ngày kết thúc hiệu lực bảo hiểm của hợp đồng hiện tại.

Phí bảo hiểm của hợp đồng tái tục phải đảm bảo được thanh toán đúng hạn theo quy định của hợp đồng tái tục;

Tại thời điểm thu xếp tái tục cũng như trước khi ký kết hợp đồng bảo hiểm, căn cứ tỷ lệ tổn thất, Bảo hiểm Bảo Việt có quyền điều chỉnh quyền lợi, các điều kiện điều khoản và phí bảo hiểm cho phù hợp hoặc có quyền từ chối tái tục.

Bảo hiểm Bảo Việt không chấp nhận tái tục bảo hiểm với các trường hợp: Người được bảo hiểm đã bị tàn phế, tàn tật, khuyết tật hoặc thương tật vĩnh viễn từ 50% trở lên; hoặc bị mắc các bệnh tâm thần, động kinh, tự kỷ, phong.

CHƯƠNG VII. CHẤM DỨT HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

Điều 14. Chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm

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

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

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

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

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

- Nếu Bảo hiểm Bảo Việt yêu cầu chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm, Bảo hiểm Bảo Việt sẽ hoàn lại 100% phí bảo hiểm của thời gian còn lại đã đóng phí.

CHƯƠNG VIII. GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Điều 15. Thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm

Trong vòng 30 ngày kể từ khi xảy ra sự kiện bảo hiểm (Người được bảo hiểm tử vong, nằm viện, phẫu thuật, tai nạn,...), Bên mua bảo hiểm phải gửi thông báo cho Bảo hiểm Bảo Việt bằng văn bản về sự kiện bảo hiểm xảy ra, hậu quả, diễn biến của rủi ro, nơi điều trị của Người được bảo hiểm.

Thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm theo hợp đồng bảo hiểm là 01 năm, kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm.

Quá thời hạn trên, mọi yêu cầu trả tiền bảo hiểm liên quan đều không có giá trị trừ trường hợp bất khả kháng hoặc có trở ngại khách quan.

Điều 16. Hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm

1. Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải lập hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm (bằng Tiếng Anh hoặc Tiếng Việt) và gửi tới Bảo hiểm Bảo Việt các giấy tờ sau:

- Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm theo mẫu của Bảo hiểm Bảo Việt;

- Biên bản tai nạn giao thông của cơ quan công an (trường hợp tai nạn giao thông có công an tham gia), Bản tường trình tai nạn có xác nhận của cơ quan nơi Người được bảo hiểm làm việc (nếu là tai nạn lao động), hoặc Bản tường trình tai nạn có xác nhận của cơ quan công an hoặc chính quyền địa phương nơi

Người được bảo hiểm bị tai nạn; Giấy phép lái xe theo quy định trong trường hợp tai nạn giao thông;

- Các chứng từ y tế liên quan đến việc điều trị: như Giấy ra viện, Giấy chứng nhận phẫu thuật, tóm tắt bệnh án hoặc báo cáo y tế, bảng kê chi tiết viện phí, phiếu điều trị, đơn thuốc, kết quả xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, phim chụp,....Tất cả các chứng từ trên đều phải có chữ ký, đóng dấu của cơ sở y tế;

- Giấy xác nhận của cơ quan y tế có thẩm quyền về tình trạng thương tật của Người được bảo hiểm (trong trường hợp thương tật toàn bộ vĩnh viễn);

- Giấy tờ chứng minh nhân thân người nhận tiền; Giấy ủy quyền hợp pháp (trong trường hợp được ủy quyền nhận tiền mặt);

- Giấy chứng tử (trong trường hợp tử vong);

- Giấy tờ liên quan đến thừa kế (trong trường hợp không chỉ định người thụ hưởng);

- Giấy tờ chứng minh mối quan hệ của Người phụ thuộc với Người được bảo hiểm là bố hoặc mẹ (trong trường hợp khiếu nại quyền lợi An tâm giáo dục).

2. Các giấy tờ nêu tại Khoản 1 Điều này cung cấp cho Bảo hiểm Bảo Việt phải là bản gốc hoặc bản sao được chứng thực bởi cơ quan có thẩm quyền theo quy định của pháp luật (trừ một số trường hợp đặc biệt khác được Bảo hiểm Bảo Việt chấp nhận). Trong mọi trường hợp, Bảo hiểm Bảo Việt có quyền yêu cầu cung cấp bản gốc để kiểm tra.

Điều 17. Thời hạn giải quyết trả tiền bảo hiểm

Bảo hiểm Bảo Việt có trách nhiệm xem xét, giải quyết và thanh toán tiền bảo hiểm trong vòng 15 ngày kể từ ngày nhận được hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm đầy đủ và hợp lệ, trừ trường hợp có thỏa thuận khác trong hợp đồng bảo hiểm.

Điều 18. Nguyên tắc xét trả tiền bảo hiểm

Nguyên tắc này chỉ áp dụng cho trường hợp ốm đau, bệnh tật, tai nạn, không áp dụng cho thai sản.

1. Trường hợp quá một phẫu thuật được thực hiện qua một đường rạch hoặc qua những đường rạch khác nhau trong cùng một cuộc mổ, Bảo hiểm Bảo Việt sẽ tính là một lần phẫu thuật.

2. Bảo hiểm Bảo Việt chỉ chi trả một lần quyền lợi phẫu thuật cho ca phẫu thuật đầu tiên thỏa mãn quy định nếu do cùng một bệnh tật/thương tật và quyền lợi

nằm viện. Trường hợp bệnh tật/thương tật bị tái phát/nhiễm trùng làm cho Người được bảo hiểm phải trải qua nhiều lần phẫu thuật (bao gồm cả trường hợp kết xương bằng đinh), Bảo hiểm Bảo Việt chỉ chi trả quyền lợi nằm viện cho những lần điều trị sau (nếu có), không chi trả quyền lợi phẫu thuật.

Điều 19. Giám định, xác minh rủi ro

Trong một số trường hợp, Bảo hiểm Bảo Việt có thể chỉ định chuyên gia y khoa và/hoặc chuyên gia giám định tổn thất để tiến hành kiểm tra y tế đối với Người được bảo hiểm trước khi nhận bảo hiểm và/hoặc các thông tin có liên quan đến việc giải quyết chi trả tiền bảo hiểm. Ngoài ra, Bảo hiểm Bảo Việt có thể yêu cầu tiến hành khám nghiệm tử thi trong trường hợp Người được bảo hiểm tử vong có dấu hiệu nghi vấn hoặc không thống nhất được nguyên nhân tử vong, nếu việc này không vi phạm pháp luật hiện hành. Mọi chi phí phát sinh liên quan đến việc giám định, xác minh sẽ do Bảo hiểm Bảo Việt chi trả. Tuy nhiên, quá trình thẩm định rủi ro, giám định, xác minh, nếu có, sẽ không thay thế nghĩa vụ cung cấp đầy đủ, chính xác và trung thực tất cả các thông tin theo yêu cầu của Bảo hiểm Bảo Việt quy định tại Khoản 2 Điều 21 của Quy tắc bảo hiểm.

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

CHƯƠNG IX. QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA CÁC BÊN

Điều 20. Quyền và nghĩa vụ của Bảo hiểm Bảo Việt

1. Quyền của Bảo hiểm Bảo Việt

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

- Yêu cầu Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm thực hiện các biện pháp ngăn chặn và giảm thiểu tổn thất theo quy định của Luật kinh doanh bảo hiểm và các quy định khác của pháp luật có liên quan;
- Các quyền khác theo quy định của pháp luật.

2. Nghĩa vụ của Bảo hiểm Bảo Việt

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

Điều 21. Quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm

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

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

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

- Thanh toán phí bảo hiểm đầy đủ theo phương thức và thời hạn thanh toán như thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm;
- kê khai đầy đủ, trung thực mọi chi tiết có liên quan đến hợp đồng bảo hiểm theo yêu cầu của Bảo hiểm Bảo Việt;
- Thông báo các trường hợp có thể làm tăng rủi ro hoặc tăng thêm trách nhiệm pháp lý của Bảo hiểm Bảo Việt trong quá trình thực hiện Hợp đồng theo yêu cầu của Bảo hiểm Bảo Việt;
- Thông báo cho Bảo hiểm Bảo Việt về sự kiện được bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng;
- Thực hiện các biện pháp ngăn chặn và giảm thiểu tổn thất theo quy định của Luật kinh doanh bảo hiểm và các quy định khác của pháp luật có liên quan;
- Các nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật.

CHƯƠNG X. CÁC QUY ĐỊNH KHÁC

Điều 22. Nghĩa vụ khai báo trung thực

Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm phải kê khai đầy đủ và trung thực tất cả các thông tin có liên quan đến Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm theo yêu cầu của Bảo hiểm Bảo Việt và chịu trách nhiệm về mọi thông tin được cung cấp. Việc kiểm tra y tế của Người được bảo hiểm (nếu có) theo yêu cầu của Bảo hiểm Bảo Việt sẽ không thay thế cho nghĩa vụ này.

Nếu Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm vi phạm nghĩa vụ cung cấp thông tin được quy định ở trên thì Bảo hiểm Bảo Việt có quyền đơn phương đình chỉ thực hiện Hợp đồng bảo hiểm và hoàn lại phí của thời gian còn lại tính từ thời điểm đình chỉ thực hiện hợp đồng sau khi trừ đi các quyền lợi bảo hiểm đã thanh toán và không phải chịu trách nhiệm về những rủi ro đã phát sinh đối với Người được bảo hiểm.

Theo đó, vi phạm nghĩa vụ cung cấp thông tin được hiểu là việc Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm cung cấp, kê khai không chính xác, không trung thực các thông tin trên Giấy yêu cầu bảo hiểm hoặc tham gia bảo hiểm không đúng đối tượng quy định tại Điều 2, Điều 7, Điều 9 của Quy tắc bảo hiểm này.

Điều 23. Giải quyết tranh chấp

Quy tắc bảo hiểm này chịu sự điều chỉnh của Pháp luật Việt Nam. Mọi tranh chấp có liên quan đến Quy tắc bảo hiểm này nếu các bên không giải quyết được bằng thương lượng, một trong hai bên có quyền khởi kiện tại Tòa án có thẩm quyền ở Việt Nam theo quy định pháp luật hiện hành (mọi chi phí liên quan đến án phí sẽ do tòa án quyết định).

Thời hiệu khởi kiện là 03 năm kể từ thời điểm phát sinh tranh chấp và có thể thay đổi theo quy định của pháp luật./.

BẢNG QUYỀN LỢI BẢO HIỂM AN TÂM VIỆN PHÍ

(Ban hành kèm theo Quyết định số 1188 /QĐ-BHBV ngày 17/03/2021 của Tổng Công ty Bảo hiểm Bảo Việt)

Đơn vị: VND

QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	CHƯƠNG TRÌNH BẠC	CHƯƠNG TRÌNH VÀNG	CHƯƠNG TRÌNH BẠCH KIM	CHƯƠNG TRÌNH KIM CƯƠNG
QUYỀN LỢI BẢO HIỂM CHÍNH (số tiền/năm)	25.000.000	50.000.000	75.000.000	100.000.000
1. Nằm viện do ốm đau, bệnh tật, tai nạn (số tiền/năm) <i>Tối đa 60 ngày nằm viện/năm (trong đó nằm viện tại Phòng chăm sóc đặc biệt - ICU tối đa 20 ngày/ năm) và 10 ngày nằm viện/đợt điều trị, bao gồm các giới hạn phụ sau:</i>	4.500.000	9.000.000	13.500.000	22.500.000
a. Bệnh viện nhóm 1 (số tiền/ngày nằm viện) <i>Gấp đôi nếu nằm viện tại Phòng chăm sóc đặc biệt - ICU</i>	100.000	200.000	300.000	500.000
b. Bệnh viện nhóm 2 (số tiền/ngày nằm viện) <i>Gấp đôi nếu nằm viện tại Phòng chăm sóc đặc biệt - ICU</i>	50.000	100.000	150.000	250.000
2. Phẫu thuật do ốm đau, bệnh tật, tai nạn (số tiền/năm)	25.000.000	50.000.000	75.000.000	100.000.000
<i>Số tiền/lần và tổng STBH không vượt quá STBH quyền lợi Phẫu thuật/năm</i>	2.500.000	5.000.000	7.500.000	10.000.000
3. An tâm giáo dục (số tiền/năm)	1.000.000	1.500.000	2.000.000	5.000.000

QUYỀN LỢI BẢO HIỂM BỔ SUNG				
1. Tử vong không phải do nguyên nhân tai nạn (số tiền/năm)	25.000.000	50.000.000	75.000.000	100.000.000
2. Tử vong/thương tật toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn (số tiền/năm)	25.000.000	50.000.000	75.000.000	100.000.000
3. Thai sản				
a. Trường hợp nằm viện <i>Tối đa 60 ngày nằm viện/năm và 10 ngày nằm viện/đợt điều trị</i>				
- Bệnh viện nhóm 1 (số tiền/ngày nằm viện)	100.000	200.000	300.000	500.000
- Bệnh viện nhóm 2 (số tiền/ngày nằm viện)	50.000	100.000	150.000	250.000
b. Trường hợp phẫu thuật <i>Số tiền/lần</i> <i>Tối đa 02 lần/năm</i>	2.500.000	5.000.000	7.500.000	10.000.000

BIỂU PHÍ BẢO HIỂM AN TÂM VIỆN PHÍ

(Ban hành kèm theo Quyết định số 1188/QĐ-BHBV ngày 17/03/2021 của Tổng Công ty Bảo hiểm Bảo Việt)

Đơn vị: VND

1. Biểu phí 1 năm:

Độ tuổi	CHƯƠNG TRÌNH BẠC	CHƯƠNG TRÌNH VÀNG	CHƯƠNG TRÌNH BẠCH KIM	CHƯƠNG TRÌNH KIM CƯƠNG
QUYỀN LỢI BẢO HIỂM CHÍNH				
Từ 01 - 06 tuổi	128.000	256.000	384.000	537.000
Từ 07 - 15 tuổi	108.000	215.000	322.000	451.000
Từ 16 - 20 tuổi	97.000	195.000	292.000	408.000
Từ 21 - 25 tuổi	97.000	195.000	292.000	408.000
Từ 26 - 30 tuổi	102.000	205.000	307.000	429.000
Từ 31 - 35 tuổi	102.000	205.000	307.000	429.000
Từ 36 - 40 tuổi	154.000	307.000	461.000	644.000
Từ 41 - 45 tuổi	256.000	512.000	768.000	1.074.000
Từ 46 - 50 tuổi	307.000	614.000	921.000	1.288.000
Từ 51 - 55 tuổi	359.000	717.000	1.075.000	1.503.000
Từ 56 - 65 tuổi	717.000	1.433.000	2.149.000	3.006.000
Từ 66 - 70 tuổi	820.000	1.638.000	2.456.000	3.435.000
QUYỀN LỢI BẢO HIỂM BỔ SUNG				
1. Tử vong không phải do nguyên nhân tai nạn				
Từ 01 - 06 tuổi	75.000	150.000	225.000	300.000
Từ 07 - 15 tuổi	69.000	138.000	206.000	275.000
Từ 16 - 20 tuổi	59.000	119.000	178.000	238.000
Từ 21 - 25 tuổi	59.000	119.000	178.000	238.000
Từ 26 - 30 tuổi	63.000	125.000	188.000	250.000
Từ 31 - 35 tuổi	63.000	125.000	188.000	250.000
Từ 36 - 40 tuổi	94.000	188.000	281.000	375.000

Từ 41 - 45 tuổi	125.000	250.000	375.000	500.000
Từ 46 - 50 tuổi	188.000	375.000	563.000	750.000
Từ 51 - 55 tuổi	250.000	500.000	750.000	1.000.000
Từ 56 - 65 tuổi	563.000	1.125.000	1.688.000	2.250.000
2. Tử vong/Thương tật toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn				
Từ 01-70 tuổi	38.000	75.000	113.000	150.000
3. Thai sản				
Từ 18-45 tuổi	512.000	1.024.000	1.535.000	2.147.000

2. Biểu phí ngắn hạn:

Đối với khách hàng cá nhân, hộ gia đình: không cấp bảo hiểm ngắn hạn

Đối với khách hàng tổ chức: áp dụng biểu phí sau:

Đối với thời hạn 1 tháng	=	1/4 phí bảo hiểm năm
Đối với thời hạn 2 tháng	=	3/8 phí bảo hiểm năm
Đối với thời hạn 3 tháng	=	1/2 phí bảo hiểm năm
Đối với thời hạn 4 tháng	=	5/8 phí bảo hiểm năm
Đối với thời hạn 6 tháng	=	3/4 phí bảo hiểm năm
Đối với thời hạn 8 tháng	=	7/8 phí bảo hiểm năm
Đối với thời hạn từ 8 tháng trở lên	=	phí bảo hiểm năm

