

Số: 6028/QĐ- BHBV

Hà Nội, ngày 27 tháng 06 năm 2025

QUYẾT ĐỊNH**Ban hành Quy tắc “Bảo hiểm sức khỏe Khách hàng Doanh nghiệp”****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 13/08/2015 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 7663/BTC-QLBH ngày 03/06/2025 của Bộ Tài Chính về việc chấp thuận phương pháp, cơ sở tính phí sản phẩm “Bảo hiểm sức khỏe Khách hàng Doanh nghiệp”;

Xét đề nghị của Phó Giám đốc Phụ trách Ban Bảo hiểm Y tế, Tổng công ty Bảo hiểm Bảo Việt.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này Quy tắc “Bảo hiểm sức khỏe Khách hàng Doanh nghiệp” và Bảng quyền lợi bảo hiểm, Biểu phí bảo hiểm.

Điều 2. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày 01/07/2025.

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. *W*

Nơi nhận:

- Như điều 3;
- Ban TGD;
- Lưu VT, BHYT, GQQLBH.

TỔNG GIÁM ĐỐC

Nguyễn Hồng Tuấn
Nguyễn Hồng Tuấn

BẢO HIỂM SỨC KHỎE KHÁCH HÀNG DOANH NGHIỆP

*(Ban hành theo Quyết định số 6028/QĐ-BHBV ngày 27/06/2025
của Tổng Giám đốc Tổng công ty Bảo hiểm Bảo Việt)*

MỤC LỤC

PHẦN I. ĐỊNH NGHĨA	3
PHẦN II. PHẠM VI BẢO HIỂM VÀ QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	14
I. Bảo hiểm Sinh mạng	14
II. Tử vong, thương tật vĩnh viễn do tai nạn.....	14
III. Chi phí y tế do tai nạn	14
IV. Điều trị nội trú do bệnh, thai sản.....	15
V. Quyền lợi bảo hiểm bổ sung	16
1. Điều trị ngoại trú do bệnh, thai sản, điều trị răng	16
2. Chăm sóc răng toàn diện.....	17
3. Bảo hiểm Trợ cấp mất giảm thu nhập/Trợ cấp lương.....	18
PHẦN III. CÁC ĐIỂM LOẠI TRỪ CHUNG	19
PHẦN IV: QUY ĐỊNH CHUNG	23
I. Phạm vi địa lý	23
II. Điều kiện tham gia bảo hiểm	23
III. Ký kết hợp đồng bảo hiểm và tái tục hợp đồng bảo hiểm.....	24
IV. Các hợp đồng/loại hình bảo hiểm tương tự.....	24
V. Phí bảo hiểm và số tiền bảo hiểm	24
VI. Thời hạn thanh toán phí bảo hiểm.....	24
VII. Điều khoản về tiền tệ	24
VIII. Quyền lợi bảo hiểm	24
IX. Thay đổi quyền lợi	25
X. Điều khoản thăng chức, thay đổi cấp bậc	25
XI. Hiệu lực bảo hiểm/Thời gian chờ.....	26
XII. Kết thúc quyền lợi bảo hiểm.....	27
XIII. Bổ sung, sửa đổi hoặc hủy bỏ hợp đồng bảo hiểm.....	27
XIV. Điều khoản tự động thêm bớt nhân sự/người thân.....	27
XV. Điều khoản đảm bảo thanh toán phí và khôi phục hiệu lực hợp đồng	28
XVI. Nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm	29
XVII. Xác minh.....	29
XVIII. Luật chi phối và giải quyết tranh chấp	29
XIX. Bảo vệ và xử lý dữ liệu cá nhân	29
PHẦN V. THỦ TỤC YÊU CẦU BỒI THƯỜNG VÀ BẢO LÃNH VIỆN PHÍ	31
I. Hồ sơ yêu cầu bồi thường	31
II. Thủ tục trả tiền bồi thường và bảo lãnh viện phí.....	32
III. Thời hạn khiếu nại hợp đồng bảo hiểm.....	33
PHỤ LỤC I: BẢNG TỶ LỆ TRẢ TIỀN TỬ VONG/THƯƠNG TẬT VĨNH VIỄN	34

PHẦN I. ĐỊNH NGHĨA

1. Bác sĩ

Là bác sĩ được cấp giấy phép hành nghề hợp pháp, được luật pháp nước sở tại công nhận và bác sĩ đó đang điều trị, hành nghề trong phạm vi giấy phép được cấp và trong phạm vi chuyên ngành đào tạo của mình, loại trừ những bác sĩ chính là Người được bảo hiểm, hay vợ (chồng) hoặc người thân của Người được bảo hiểm. Một bác sĩ có thể là một bác sĩ chuyên khoa hay cổ vấn y tế.

2. Bảng tóm tắt hợp đồng bảo hiểm

Bảng tóm tắt hợp đồng bảo hiểm cung cấp các thông tin chi tiết của Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm, tóm tắt về quyền lợi bảo hiểm.

3. Bên mua bảo hiểm

Là tổ chức được thành lập và hoạt động hợp pháp tại Việt Nam giao kết hợp đồng bảo hiểm với Công ty bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm phải đáp ứng các điều kiện để mua bảo hiểm theo quy tắc, điều kiện, điều khoản bảo hiểm và đóng phí bảo hiểm cho Công ty bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm phải có quyền lợi có thể được bảo hiểm theo quy định của pháp luật.

4. Bệnh/Ôm đau

Là tình trạng cơ thể có dấu hiệu của một bệnh lý khác với tình trạng sức khỏe bình thường, được biểu hiện bằng các triệu chứng hay hội chứng có chẩn đoán của bác sĩ. Theo quy tắc bảo hiểm này, bệnh không bao gồm tình trạng liên quan đến thai sản và răng.

5. Bệnh bẩm sinh/Dị tật bẩm sinh

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

6. Bệnh có sẵn

Là tình trạng bệnh tật hoặc thương tật của Người được bảo hiểm có từ trước ngày bắt đầu được nhận bảo hiểm theo hợp đồng bảo hiểm và là bệnh/thương tật mà Người được bảo hiểm:

a. Đã được bác sĩ chẩn đoán hoặc điều trị trước ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm, và/hoặc

b. Dấu hiệu, triệu chứng của bệnh/thương tật khởi phát trong vòng 36 tháng trước ngày bắt đầu hiệu lực 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.

Việc xác định bệnh có sẵn phải căn cứ vào: hồ sơ y tế được lưu trữ tại bệnh viện hoặc cơ sở y tế được thành lập hợp pháp; các tài liệu y khoa được Bộ Y tế và các cơ quan có thẩm quyền ban hành; hoặc các thông tin do Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm tự kê khai trên hồ sơ yêu cầu bảo hiểm hoặc phiếu bổ sung thông tin; hoặc lịch sử bồi thường của Người được bảo hiểm.

7. Bệnh đặc biệt

Là các bệnh ung thư, u/bướu các loại; bệnh về huyết áp, các bệnh về tim, đột quỵ, suy/giãn tĩnh mạch; loét dạ dày, loét ruột; viêm gan A/B/C, xơ gan, suy gan; sỏi mật, sỏi thận và niệu quản, sỏi đường tiết niệu dưới; hội chứng thận hư, suy thận, chạy thận; lọc máu, thay máu, suy tủy, bạch cầu; viêm khớp mãn tính, thoái hóa cột sống; đục thủy tinh thể bệnh lý; Parkinson, Alzheimer, hội chứng mất trí nhớ; đái tháo đường; tràn khí màng phổi; lupus ban đỏ.

8. 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 Bộ Y tế và Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội hoặc cơ quan có thẩm quyền tương đương ban hành.

9. Bệnh viện

Là một cơ sở khám và điều trị bệnh hợp pháp được Nhà nước công nhận, và:

- Có khả năng và phương tiện chẩn đoán bệnh, điều trị và phẫu thuật.
- Có điều kiện thuận lợi cho việc điều trị nội trú và có hệ thống theo dõi sức khỏe hàng ngày cho các bệnh nhân điều trị nội trú.
- Không phải là nơi để an dưỡng phục hồi sức khỏe, mát xa, xông hơi hoặc là một nơi đặc biệt chỉ có mục đích duy nhất là phục vụ cho người già hoặc giúp đỡ cai nghiện rượu, thuốc phiện, ma túy hoặc để điều trị rối loạn tâm thần.

10. Biến chứng thai sản

Là tình trạng bất thường của bào thai, biến chứng do nguyên nhân 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 nở) phải điều trị theo chỉ định của bác sĩ. Biến chứng thai sản bao gồm các trường hợp sau:

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

11. Bộ phận giả

Là tất cả các bộ phận/thiết bị/chất liệu nhân tạo được lắp/đặt/cấy/trồng vào cơ thể con người để thay thế và thực hiện chức năng của một bộ phận cơ thể nào đó đã bị khiếm khuyết, mất đi, hoặc mất/giảm chức năng.

12. Các bộ phận/thiết bị/dụng cụ y tế phục vụ điều trị

Là các bộ phận/thiết bị/dụng cụ y tế:

- Được đặt/cấy/trồng vào bất cứ một bộ phận nào của cơ thể để hỗ trợ cho chức năng hoạt động của bộ phận đó, bao gồm những danh mục liệt kê dưới đây và/hoặc

các danh mục được liệt kê trong sửa đổi bổ sung như là một bộ phận đính kèm của quy tắc bảo hiểm/hợp đồng bảo hiểm như: stent, van tim, bộ máy tạo nhịp tim và phá rung, ống thông, lưới lọc, lưới thoát vị, lưới titanium 3D, cement (xi-măng) cột sống/đốt sống, miếng ghép cột sống/đốt sống, màng tái tạo mô, màng sinh học, chốt/trụ implant, nẹp/vis/chốt treo các loại, tấm nâng trực tràng, lưới (mesh).

- Có tính chất đặc thù, chỉ sử dụng riêng cho từng loại hình điều trị hoặc phẫu thuật, sử dụng một lần và không khấu hao, bao gồm những danh mục liệt kê dưới đây và/hoặc các danh mục được liệt kê trong sửa đổi bổ sung như là một bộ phận đính kèm của quy tắc bảo hiểm/hợp đồng bảo hiểm như: dao plasma, tay dao/dụng cụ coblator, dao/dụng cụ hummer, dụng cụ phẫu thuật trĩ phương pháp longo, dao bào phẫu thuật khớp, dao cắt sụn, lưới bào, đầu đốt, dao siêu âm, catheter các loại, dao harmonic mổ hở/nội soi, hệ thống robot, bóng nong, rọ tán sỏi, lưới shaver, trocar, dây dẫn, dao ligasure, bộ dụng cụ nội soi tán sỏi và vô đờ, thiết bị đốt sóng cao tần.

- Bên ngoài cơ thể có tác dụng hỗ trợ chức năng vận động hoặc các chức năng khác của cơ thể bao gồm những danh mục liệt kê dưới đây và/hoặc các danh mục được liệt kê trong sửa đổi bổ sung như là một bộ phận đính kèm của quy tắc bảo hiểm/hợp đồng bảo hiểm như: nạng, nẹp, xe lăn, thiết bị trợ thính, kính thuốc, máy hỗ trợ tim, máy ECMO.

- Các dụng cụ chỉnh hình mang tính chất thẩm mỹ khác.

13. Các hoạt động thể thao chuyên nghiệp

Là các hoạt động thể thao mang lại nguồn thu nhập chính và thường xuyên cho Người được bảo hiểm.

14. Các hoạt động thể thao mạo hiểm

Là các hoạt động trên không (trừ khi đi lại bằng đường hàng không), các môn thể thao mùa đông, môn thể thao bay lượn, săn bắn, hockey trên băng, nhảy dù, đấu vật, môn bóng ngựa, môn lướt ván, bơi thuyền buồm cách xa bờ 5 km, các cuộc đua (không bao gồm các cuộc đua mang tính chất từ thiện, các cuộc đua mang tính chất nội bộ do Bên mua bảo hiểm tổ chức).

15. Cấy ghép nội tạng

Là việc phẫu thuật để cấy ghép các cơ quan nội tạng như tim, phổi, gan, tuyến tụy, thận, bao gồm cả tủy xương cho Người được bảo hiểm tiến hành tại một bệnh viện bởi bác sĩ có bằng cấp được phép thực hiện loại phẫu thuật này. Các chi phí mua, vận chuyển, bảo quản cơ quan cấy ghép và toàn bộ các chi phí phát sinh cho người hiến bộ phận cơ thể không được bảo hiểm theo quy tắc bảo hiểm này.

16. Chi phí dưỡng nhi/chăm sóc trẻ sơ sinh

Là những chi phí cho em bé mới sinh bao gồm nhưng không giới hạn ở các chi phí thuốc dưỡng nhi, xét nghiệm dưỡng nhi, chi phí vệ sinh em bé tại bệnh viện ngay sau khi sinh với điều kiện người mẹ chưa xuất viện (không bao gồm bệnh bẩm sinh và vắc xin).

17. Chi phí khám trước khi nhập viện

Là các chi phí khám, 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 là cơ sở trực tiếp để bác sĩ đưa ra chỉ định nhập viện để điều trị. Chi phí khám trước khi nhập viện chỉ được chấp nhận một lần gần nhất được thực hiện trong vòng

30 ngày trước khi nhập viện trừ trường hợp có thỏa thuận khác trong hợp đồng bảo hiểm.

18. Chi phí tái khám sau khi xuất viện

Là các chi phí y tế phát sinh theo chỉ định của bác sĩ ngay khi Người được bảo hiểm xuất viện và có liên quan trực tiếp đến đợt điều trị nội trú trước đó. Các chi phí này bao gồm chi phí khám, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh và thuốc phát sinh trong vòng 30 ngày kể từ ngày Người được bảo hiểm xuất viện trừ trường hợp có thỏa thuận khác trong hợp đồng bảo hiểm.

19. Chi phí thông lệ và hợp lý

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

20. Chi phí y tá chăm sóc tại nhà

Là các chi phí cho dịch vụ chăm sóc y tế của một y tá được cấp giấy phép hành nghề hợp pháp, được hưởng ngay sau khi rời bệnh viện, tại nơi ở của Người được bảo hiểm, thực hiện theo chỉ định của bác sĩ điều trị trong vòng 30 ngày sau khi xuất viện.

21. Chi phí y tế thực tế

Là những chi phí hợp lý và cần thiết về mặt y tế, theo chỉ định của bác sĩ điều trị, phát sinh khi Người được bảo hiểm phải điều trị rủi ro thuộc phạm vi bảo hiểm.

22. Cơ sở y tế

Là một cơ sở khám chữa bệnh hợp pháp được luật pháp công nhận, có giấy phép điều trị nội trú và/hoặc ngoại trú, không phải là nơi dừng để nghỉ ngơi hoặc điều dưỡng hay một cơ sở đặc biệt dành riêng cho người già, hoặc để cai nghiện rượu, ma túy, chất kích thích.

23. Công ty bảo hiểm

Là Tổng công ty Bảo hiểm Bảo Việt (Bảo hiểm Bảo Việt) hoặc các công ty thành viên trực thuộc được thành lập và hoạt động theo pháp luật Việt Nam.

24. Dịch vụ xe cứu thương

Là việc sử dụng xe cứu thương/xe cấp cứu bằng đường bộ (không phải là dịch vụ vận chuyển bằng đường hàng không) trong trường hợp Người được bảo hiểm gặp tình trạng bệnh/tai nạn nguy kịch ảnh hưởng đến tính mạng buộc phải đưa Người được bảo hiểm đến bệnh viện/phòng khám gần nhất hoặc từ bệnh viện này đến bệnh viện khác theo chỉ định của bác sĩ.

25. Điều trị cấp cứu

Là việc điều trị khẩn cấp tại cơ sở y tế trong vòng 24 giờ sau khi có tai nạn hoặc triệu chứng ốm đau/bệnh tật có thể nguy hiểm đến tính mạng, sức khỏe cần thiết phải điều trị khẩn cấp tại phòng cấp cứu, có phát sinh chi phí giường bệnh và hồ sơ có dấu xác nhận cấp cứu của cơ sở y tế.

Trường hợp điều trị tại phòng cấp cứu chỉ vì lý do ngoài giờ phục vụ của phòng khám/bệnh viện thì được coi là điều trị ngoại trú.

26. Điều trị ngoại trú

Là việc điều trị y tế tại một cơ sở y tế, bệnh viện/phòng khám như định nghĩa nhưng không nhập viện điều trị và không phát sinh chi phí giường bệnh như điều trị nội trú hoặc điều trị trong ngày. Trường hợp Người được bảo hiểm thực hiện nội soi/thủ thuật (bao gồm nội trú, trong ngày hoặc ngoại trú) chỉ nhằm mục đích chẩn đoán bệnh mà không điều trị chỉ được giải quyết theo quyền lợi điều trị ngoại trú.

27. Điều trị nội trú

Là việc Người được bảo hiểm phải nhập viện để điều trị rủi ro thuộc phạm vi bảo hiểm, có phát sinh chi phí giường bệnh và lưu trú tại bệnh viện ít nhất 24 giờ. Điều trị nội trú chỉ được chấp nhận khi Người được bảo hiểm thực hiện điều trị tại một Bệnh viện như định nghĩa, không phải là Phòng khám hay cơ sở điều trị ngoại trú. Trường hợp Người được bảo hiểm lưu trú tại bệnh viện để thực hiện xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, nội soi và các thủ thuật chỉ nhằm mục đích chẩn đoán bệnh mà không phát sinh điều trị nội trú sẽ không được coi là điều trị nội trú.

28. Điều trị phục hồi chức năng

Là phương pháp điều trị nhằm mục đích khôi phục lại tình trạng bình thường và/hoặc chức năng sau tổn thương cấp tính do tai nạn hoặc do bệnh kể từ khi người bệnh được bác sĩ chỉ định chuyển sang điều trị tại chuyên khoa phục hồi chức năng.

29. Điều trị trong ngày

Là việc Người được bảo hiểm nhập viện để điều trị rủi ro thuộc phạm vi bảo hiểm, có phát sinh chi phí giường bệnh nhưng không lưu trú tại bệnh viện qua đêm. Giấy xuất viện là chứng từ cần thiết để yêu cầu bồi thường cho quyền lợi này.

Các trường hợp lưu trú tại bệnh viện để thực hiện xét nghiệm hoặc chẩn đoán nhưng không điều trị sẽ không được coi là Điều trị trong ngày.

30. Điều trị y tế

Là việc sử dụng phương pháp chuyên môn kỹ thuật đã được công nhận và thuốc đã được cấp phép lưu hành, theo chỉ định của bác sĩ với mục đích duy nhất là chữa trị và/hoặc làm giảm nhẹ tình trạng tổn thương cơ thể hay mục đích điều trị y tế liên quan đến thai sản.

31. Đồng chi trả

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

Giới hạn chi phí được bảo hiểm sau khi áp dụng đồng chi trả tối đa bằng giới hạn của mức quyền lợi trong bảng quyền lợi bảo hiểm.

Khi hợp đồng bảo hiểm quy định áp dụng đồng chi trả theo cơ sở y tế, việc đồng chi trả này được áp dụng cho mọi chi phí phát sinh tại cơ sở y tế đó và các chi phí phát sinh liên quan do bác sĩ tại cơ sở y tế đó chỉ định.

Khi hợp đồng bảo hiểm quy định nhiều tỷ lệ đồng chi trả thì sẽ áp dụng đồng thời và lần lượt từng tỷ lệ đồng chi trả.

32. 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 tổng mức trách nhiệm bảo hiểm.

33. Hệ thống bảo lãnh viện phí

Là hệ thống các cơ sở y tế có ký kết thỏa thuận cung cấp dịch vụ bảo lãnh viện phí với Công ty bảo hiểm. Người được bảo hiểm khi khám và điều trị tại những cơ sở y tế này sẽ được Công ty bảo hiểm bảo lãnh thanh toán tùy theo chương trình bảo hiểm tham gia đối với các chi phí phát sinh thuộc phạm vi bảo hiểm và theo hạn mức quy định trong hợp đồng bảo hiểm. Người được bảo hiểm phải tự chi trả cho những chi phí không thuộc phạm vi bảo hiểm và/hoặc những chi phí vượt quá mức trách nhiệm đã tham gia trong hợp đồng bảo hiểm tại thời điểm điều trị. Danh sách các cơ sở y tế trong hệ thống bảo lãnh viện phí có thể thay đổi và được cập nhật thường xuyên trên trang thông tin điện tử chính thức của Công ty bảo hiểm.

34. Hợp đồng bảo hiểm

Là thỏa thuận giữa Bên mua bảo hiểm và Công ty bảo hiểm, theo đó Bên mua bảo hiểm phải đóng phí bảo hiểm và cam kết đã đọc kỹ và hiểu toàn bộ nội dung tại quy tắc bảo hiểm/hợp đồng bảo hiểm; Công ty bảo hiểm phải bồi thường, trả tiền bảo hiểm theo thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm.

35. Lần khám/điều trị

Là một lần người bệnh 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 và điều trị rủi ro thuộc phạm vi bảo hiểm.

- Trường hợp nhiều bác sĩ chuyên khoa cùng hội chẩn trước một người bệnh theo quy chế bệnh viện thì tất cả chỉ được tính là một lần khám/điều trị.
- Trường hợp người bệnh khám một chuyên khoa nhiều lần trong ngày thì tất cả 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 tất cả vẫn chỉ tính là một lần khám/điều trị.
- Trường hợp người bệnh khám/xét nghiệm ngày đầu tiên nhưng chưa có kết luận bệnh của bác sĩ được bác sĩ chỉ định khám/xét nghiệm thêm một số mục ở ngày sau đó để có cơ sở đưa ra kết luận bệnh, thì chi phí phát sinh trong tất cả các ngày này được tính là một lần khám/điều trị.
- Trường hợp người bệnh khám và điều trị tại một bệnh viện/phòng khám, nhưng được chỉ định lâm xét nghiệm/chẩn đoán hình ảnh ở bệnh viện/phòng khám khác thì tất cả chỉ tính là một lần khám/điều trị.

36. Mất tích

Người được bảo hiểm được xem như đã tử vong nếu như không được tìm thấy trong 24 tháng liên tục và có bằng chứng đầy đủ cho việc kết luận rằng sự kiện mất tích đó là do tai nạn gây ra. Tuy nhiên, nếu vào bất cứ thời điểm nào sau khi Công ty bảo

hiểm đã chi trả bồi thường cho trường hợp tử vong đó mà Người được bảo hiểm được phát hiện là vẫn còn sống thì số tiền này phải được Người thụ hưởng hoàn lại cho Công ty Bảo hiểm.

37. Ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm

Là ngày hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm đầu tiên (được tính từ 0 giờ 1 phút của ngày quy định trên hợp đồng) khi Bên mua bảo hiểm tham gia chương trình bảo hiểm này hoặc của hợp đồng bảo hiểm tái tục liên tục hàng năm. Đối với những hợp đồng bảo hiểm không được tái tục liên tục hàng năm, ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm đầu tiên là ngày hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm mới nhất trừ khi có thỏa thuận khác.

38. Người được bảo hiểm

Là cá nhân có tính mạng hoặc tình trạng sức khỏe được bảo hiểm theo hợp đồng bảo hiểm, thỏa mãn điều kiện tham gia bảo hiểm nêu tại quy tắc bảo hiểm và/hoặc hợp đồng bảo hiểm.

39. Người phụ thuộc (người thân)

Là vợ/chồng, bố/mẹ đẻ, bố mẹ vợ/chồng dưới 66 tuổi (đến 70 tuổi nếu tham gia tái tục trừ khi có thỏa thuận khác) của nhân viên được bảo hiểm, là con hợp pháp của nhân viên được bảo hiểm có độ tuổi từ 1 tuổi đến 18 tuổi, hoặc đến 24 tuổi nếu đang theo học các khóa học dài hạn tại Việt Nam và chưa kết hôn, kể từ ngày có hiệu lực bảo hiểm hoặc ngày tái tục bảo hiểm hàng năm tiếp theo. Tất cả người phụ thuộc phải có tên trong danh sách Người được bảo hiểm.

40. Người thụ hưởng

Là cá nhân, hoặc nhóm cá nhân được Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm chỉ định nhận toàn bộ hoặc một phần các quyền lợi bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm. Người thụ hưởng được ghi tên trong giấy yêu cầu bảo hiểm, giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm, hợp đồng bảo hiểm. Trường hợp Bên mua bảo hiểm không đồng thời là Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm phải có sự đồng ý bằng văn bản của Người được bảo hiểm khi chỉ định người thụ hưởng; trường hợp Người được bảo hiểm chưa thành niên thì việc chỉ định người thụ hưởng phải được người đại diện theo pháp luật đồng ý.

Trường hợp không có chỉ định người thụ hưởng, Công ty bảo hiểm sẽ giải quyết theo các quy định của pháp luật về thừa kế.

41. Nhân viên

Là những người có Hợp đồng lao động/Hợp đồng thử việc/Các thỏa thuận lao động với Bên mua bảo hiểm theo quy định của Luật lao động Việt Nam, làm việc cho Bên mua bảo hiểm và có tên trong danh sách Người được bảo hiểm trong suốt thời hạn bảo hiểm.

42. Phẫu thuật

Là một phương pháp khoa học để điều trị thương tật, 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, bao gồm nhưng không giới hạn ở các phương pháp mang lại kết quả tương đương phẫu thuật như mổ nội soi, tán sỏi ngoài cơ thể, tiểu phẫu, thủ thuật điều trị với các dụng cụ y tế tại cơ sở y tế.

Phẫu thuật bao gồm 03 loại:

- Phẫu thuật nội trú: là trường hợp phẫu thuật mà Người được bảo hiểm lưu trú tại viện từ 24 giờ trở lên;
- Phẫu thuật trong ngày: là trường hợp phẫu thuật mà Người được bảo hiểm lưu trú tại bệnh viện có phát sinh giường, phòng nhưng không đủ 24 giờ;
- Phẫu thuật ngoại trú: là trường hợp phẫu thuật mà Người được bảo hiểm lưu trú tại bệnh viện dưới 24 giờ nhưng không phát sinh tiền giường, phòng hoặc Người được bảo hiểm thực hiện tại phòng khám.

43. Phòng khám

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

Định nghĩa này không bao gồm phòng mạch bác sĩ tư.

44. Phòng và giường điều trị

Là các chi phí tiền giường nằm điều trị trong một phòng đơn và các khoản chi phí liên quan khác phục vụ cho Người được bảo hiểm điều trị, bao gồm cả phòng chăm sóc đặc biệt và các chi phí chăm sóc y tế cần thiết khác do một y tá có bằng cấp chăm sóc.

45. Số tiền bảo hiểm

Là tổng mức trách nhiệm bảo hiểm tối đa của Công ty bảo hiểm đối với Người được bảo hiểm trong suốt thời hạn bảo hiểm. Số tiền bảo hiểm được quy định trong hợp đồng bảo hiểm và/hoặc bảng quyền lợi bảo hiểm đính kèm quy tắc bảo hiểm/hợp đồng bảo hiểm.

46. Tai nạn

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

Theo quy tắc bảo hiểm này, sự kiện ngộ độc thức ăn, đồ uống hoặc hít phải hơi độc, khí độc, chất độc, khí gas, đuối nước, điện giật được coi là tai nạn.

47. Thai sản

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

48. Thời gian chờ

Là khoảng thời gian mà các sự kiện bảo hiểm xảy ra sẽ không được Công ty bảo hiểm chi trả đối với các quyền lợi bảo hiểm có liên quan, không chi trả cả những trường hợp thời điểm phát sinh rủi ro nằm trong thời gian chờ nhưng chi phí phát sinh hoặc hậu quả của đợt điều trị rủi ro này lại kéo dài quá thời gian chờ quy định. Thời gian chờ được tính kể từ Ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm. Đối với các hợp

đồng bảo hiểm tái tục liên tục hàng năm và không thay đổi quyền lợi bảo hiểm, thời gian chờ được tính từ Ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm của hợp đồng bảo hiểm năm đầu tiên.

49. Thời hạn bảo hiểm

Thời hạn bảo hiểm được tính từ thời điểm Công ty bảo hiểm bắt đầu nhận bảo hiểm cho đến khi kết thúc bảo hiểm. Thời hạn bảo hiểm bắt đầu từ 0 giờ 1 phút sáng ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm và được kết thúc vào 23 giờ 59 phút ngày hết hạn hiệu lực bảo hiểm. Thời hạn bảo hiểm là 01 năm hoặc ít hơn, và được quy định cụ thể trong hợp đồng bảo hiểm.

50. Thuốc theo kê đơn của bác sĩ

Là những thuốc được bán và sử dụng theo đơn của bác sĩ, theo quy định của pháp luật và không bao gồm thực phẩm chức năng, dược mỹ phẩm, mỹ phẩm, khoáng chất, chế phẩm không nằm trong danh mục thuốc điều trị của Bộ Y tế, thuốc bổ, vitamin. Tuy nhiên, Công ty bảo hiểm sẽ xem xét bồi thường cho vitamin với điều kiện vitamin có chỉ định của bác sĩ và chi phí cho các loại vitamin này không lớn hơn chi phí thuốc điều trị.

51. Thương tật bộ phận vĩnh viễn

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

Thương tật bộ phận vĩnh viễn chỉ được xác định sau khi điều trị tổn thương cơ thể gây ra thương tật đó đã kết thúc. Trong trường hợp thương tật bộ phận vĩnh viễn chưa được xác định ngay sau khi kết thúc việc điều trị tổn thương cơ thể, thương tật đó được coi là thương tật bộ phận vĩnh viễn nếu nó diễn biến kéo dài trong vòng 52 tuần liên tục kể từ ngày kết thúc điều trị.

Công ty bảo hiểm chỉ bảo hiểm cho các Thương tật bộ phận vĩnh viễn được liệt kê trong Bảng tỷ lệ trả tiền tử vong/thương tật vĩnh viễn đính kèm quy tắc bảo hiểm.

52. Thương tật toàn bộ vĩnh viễn

Là các tổn thương cơ thể 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 180 ngày liên tục kể từ ngày kết thúc điều trị và không hy vọng vào sự tiến triển của thương tật đó.

a) Quyền lợi thương tật toàn bộ vĩnh viễn được xem xét chi trả khi xảy ra một trong các trường hợp sau:

- Người được bảo hiểm bị mất hoàn toàn, liệt hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của: hai tay; hoặc hai chân; hoặc một tay và một chân; hoặc hai mắt; hoặc một tay và một mắt; hoặc một chân và một mắt. Trong trường hợp này, mất hoàn toàn, liệt hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của tay được tính từ cổ tay trở lên (theo chiều từ cổ tay đến vai); mất hoàn toàn, liệt hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của chân được tính từ mắt cá chân trở lên (theo chiều từ mắt cá chân đến đùi); mất hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của mắt được hiểu là mất hoàn toàn hoặc mù hoàn toàn;

- Người được bảo hiểm bị tổn thương cơ thể từ 81% trở lên dẫn đến 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 theo xác nhận của cơ quan y tế hoặc Hội đồng giám định Y khoa cấp tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương hoặc tổ chức giám định y tế hợp pháp được công ty bảo hiểm chấp thuận.

- Các trường hợp thương tật toàn bộ vĩnh viễn khác được liệt kê trong Bảng tỷ lệ trả tiền tử vong/thương tật vĩnh viễn đính kèm quy tắc bảo hiểm.

b) Việc chứng nhận người được bảo hiểm bị mất hoàn toàn bộ phận cơ thể (tay, chân hoặc mắt) có thể được thực hiện ngay sau khi sự kiện bảo hiểm xảy ra hoặc sau khi kết thúc việc điều trị.

Việc chứng nhận bị liệt hoàn toàn và không thể phục hồi chức năng của các bộ phận cơ thể hoặc mù hoàn toàn hoặc bị tổn thương cơ thể từ 81% trở lên được thực hiện không sớm hơn 180 ngày kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm hoặc từ ngày bệnh lý được chẩn đoán.

53. Tình trạng nguy kịch

Là tình trạng sức khỏe mà theo ý kiến bác sĩ cần phải điều trị khẩn cấp để tránh tử vong.

54. Tổn thương cơ thể

Tổn thương cơ thể (hay tổn thương thân thể) là tổn hại về mặt sinh học đối với cơ thể con người do bất kỳ sự tác động nào gây ra. Tổn thương này có thể do tai nạn hoặc do bệnh lý gây ra. Theo quy tắc bảo hiểm này, tổn thương cơ thể không bao gồm tình trạng liên quan đến thai sản.

55. Trợ cấp nằm viện

Công ty bảo hiểm chi trả số tiền ghi trên bảng quyền lợi bảo hiểm cho mỗi ngày nằm viện điều trị nội trú hoặc điều trị trong ngày với điều kiện có giấy ra vào viện và có phát sinh tiền phòng/giường. Quyền lợi này không áp dụng cho trường hợp thai sản.

56. Trợ cấp ngày nghỉ trong quá trình điều trị

Là số tiền Công ty bảo hiểm sẽ trả bồi thường theo số ngày thực nghỉ để điều trị tổn thương thân thể theo chỉ định của bác sĩ, tối đa không vượt quá số tiền và thời hạn ghi trong hợp đồng bảo hiểm.

57. Trợ cấp mai táng

Trường hợp Người được bảo hiểm tử vong khi nằm viện thuộc phạm vi trách nhiệm bảo hiểm, Công ty Bảo hiểm sẽ trả tiền trợ cấp mai táng phí ghi trên hợp đồng bảo hiểm.

58. Tuổi được bảo hiểm

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

59. Vật lý trị liệu

Là phương pháp chữa bệnh bằng cách sử dụng các tác nhân vật lý, tự nhiên hay nhân tạo như: nước, không khí, nhiệt độ, điện, tia X, tia cực tím, tia hồng ngoại, siêu âm, các chất đồng vị phóng xạ, xoa bóp, cấy chỉ... Quy tắc bảo hiểm này không bảo hiểm các chi phí nhằm mục đích thư giãn, mát xa, spa, sửa dáng đi.

60. Vật tư tiêu hao

Là vật tư được sử dụng một lần hoặc nhiều lần nhằm mục đích hỗ trợ cho điều trị và khám chữa bệnh, không lắp đặt vĩnh viễn trong cơ thể ngoại trừ trường hợp các vật tư này tự tiêu trong cơ thể hoặc dễ dàng lấy ra khỏi cơ thể mà không ảnh hưởng đến chức năng hoạt động của cơ thể nhưng do cơ thể không đào thải nên không cần thiết phải lấy ra.

PHẦN II. PHẠM VI BẢO HIỂM VÀ QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Công ty bảo hiểm chi trả quyền lợi thuộc phạm vi bảo hiểm căn cứ theo các giới hạn phụ và số tiền bảo hiểm được ghi trong Hợp đồng bảo hiểm. Trong mọi trường hợp, số tiền chi trả bảo hiểm tối đa không vượt quá Số tiền bảo hiểm. Các khoản chi phí y tế phát sinh được giới hạn theo chi phí thực tế, thông lệ và hợp lý.

I. Bảo hiểm Sinh mạng

➤ Phạm vi bảo hiểm:

Bảo hiểm cho trường hợp tử vong/thương tật toàn bộ vĩnh viễn do mọi nguyên nhân, loại trừ nguyên nhân tai nạn và các điểm loại trừ theo quy tắc bảo hiểm/hợp đồng bảo hiểm.

➤ Quyền lợi bảo hiểm:

Trường hợp Người được bảo hiểm bị tử vong/thương tật toàn bộ vĩnh viễn thuộc phạm vi bảo hiểm, Công ty bảo hiểm trả toàn bộ số tiền bảo hiểm ghi trên hợp đồng bảo hiểm. Tổng số tiền bồi thường cho một Người được bảo hiểm không vượt quá 100% số tiền bảo hiểm tương ứng với quyền lợi bảo hiểm Sinh mạng.

II. Tử vong, thương tật vĩnh viễn do tai nạn

➤ Phạm vi bảo hiểm:

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 mà không bị loại trừ theo quy tắc bảo hiểm/hợp đồng bảo hiểm, và hậu quả của tai nạn trong vòng 104 tuần kể từ ngày xảy ra tai nạn (chỉ áp dụng cho quyền lợi Tử vong, thương tật toàn bộ vĩnh viễn).

➤ Quyền lợi bảo hiểm:

- Trường hợp Người được bảo hiểm bị tử vong hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, Công ty bảo hiểm trả toàn bộ số tiền bảo hiểm quy định tương ứng tại hợp đồng bảo hiểm.
- Trường hợp Người được bảo hiểm bị thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, Công ty bảo hiểm trả theo Phụ lục Bảng tỷ lệ trả tiền tử vong/thương tật vĩnh viễn đính kèm quy tắc bảo hiểm.
- 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 365 ngày kể từ ngày xảy ra tai nạn nếu Người được bảo hiểm bị tử vong do hậu quả của chính tai nạn đó, Công ty bảo hiểm sẽ trả phần chênh lệch giữa số tiền bảo hiểm ghi trong hợp đồng bảo hiểm với số tiền đã trả trước đó.
- Tổng số tiền bồi thường cho một Người được bảo hiểm không vượt quá 100% số tiền bảo hiểm tương ứng với quyền lợi bảo hiểm Tử vong/thương tật vĩnh viễn do tai nạn.

III. Chi phí y tế do tai nạn

➤ Phạm vi bảo hiểm:

Bảo hiểm cho các chi phí y tế thực tế, thông lệ và hợp lý cho tai nạn xảy ra trong thời hạn bảo hiểm mà không bị loại trừ theo quy tắc bảo hiểm/hợp đồng bảo hiểm, tối đa đến mức giới hạn được quy định trong hợp đồng bảo hiểm.

➤ **Quyền lợi bảo hiểm:**

Bao gồm chi phí điều trị y tế nội trú/ngoại trú, thuốc men, vật tư y tế cần thiết theo chỉ định của bác sĩ, dịch vụ vận chuyển cấp cứu (loại trừ đường hàng không và dịch vụ công ty cứu trợ) phát sinh cho việc điều trị tổn thương thân thể do tai nạn.

IV. Điều trị nội trú do bệnh, thai sản

➤ **Phạm vi bảo hiểm**

Bảo hiểm cho trường hợp bệnh, thai sản 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 quy tắc bảo hiểm/hợp đồng bảo hiểm.

➤ **Quyền lợi bảo hiểm**

1. Trường hợp nằm viện:

Trường hợp Người được bảo hiểm phải nằm viện điều trị (bao gồm cả điều trị trong ngày), Công ty bảo hiểm sẽ thanh toán cho Người được bảo hiểm tối đa không quá giới hạn phụ cho mỗi ngày điều trị quy định trong bảng quyền lợi bảo hiểm đối với những chi phí y tế phát sinh cần thiết và hợp lý theo chỉ định của bác sĩ cho rủi ro thuộc phạm vi bảo hiểm xảy ra trong thời hạn bảo hiểm trừ những điểm loại trừ quy định tại hợp đồng bảo hiểm/quy tắc bảo hiểm, bao gồm các chi phí sau:

- Chi phí phòng và giường, suất ăn theo tiêu chuẩn phòng tại bệnh viện.
- Chi phí phòng chăm sóc đặc biệt (ICU (Intensive Care Unit), HDU (High Dependency Unit), CCU (Coronary Care Unit)) và phòng mang tính chất tương tự, điều trị cấp cứu.
- Chi phí máu, oxy, huyết tương/huyết thanh.
- Chi phí thuốc và dược phẩm sử dụng trong khi nằm viện.
- Chi phí băng, nẹp bột.
- Chi phí tiêm truyền tĩnh mạch.
- Chi phí xét nghiệm hoặc chẩn đoán bằng hình ảnh như X-quang, MRI, CT, PET, siêu âm, nội soi và tương tự. Các xét nghiệm này phải do bác sĩ chỉ định là cần thiết để đánh giá tình trạng bệnh và là một phần của chi phí nằm viện điều trị.
- Chi phí đỡ đẻ.
- Các chi phí y tế liên quan khác.

2. Trường hợp phẫu thuật:

Công ty bảo hiểm sẽ chi trả cho Người được bảo hiểm các chi phí y tế thuộc phạm vi bảo hiểm phát sinh cho ca phẫu thuật/thủ thuật điều trị trong thời gian nằm viện hay điều trị trong ngày, bao gồm:

- Chi phí phẫu thuật/thủ thuật điều trị. Danh mục thủ thuật được quy định trong Bảng phân loại thủ thuật, phẫu thuật hiện hành của Bộ Y tế.
- Chi phí thuốc, vật tư y tế dùng trong phẫu thuật.
- Các thiết bị cần thiết và hợp lý theo chỉ định của bác sĩ mà không bị loại trừ bảo hiểm.
- Chi phí phòng mổ, phẫu thuật viên, các chi phí gây mê.
- Các chi phí hội chẩn trước khi mổ và hồi sức sau khi mổ, chi phí tái mổ.

- Chi phí cấy ghép nội tạng (không bao gồm các chi phí mua, vận chuyển, bảo quản cơ quan cấy ghép và toàn bộ các chi phí phát sinh cho người hiến bộ phận cơ thể).
- Các chi phí y tế khác cho ca phẫu thuật/thủ thuật điều trị.

Giới hạn số tiền chi trả cho trường hợp phẫu thuật không vượt mức giới hạn tối đa do Người được bảo hiểm lựa chọn khi tham gia bảo hiểm và được ghi cụ thể trong Hợp đồng bảo hiểm.

Chi phí phẫu thuật không bao gồm các thủ thuật chẩn đoán bệnh.

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

3. Chi phí khám trước khi nhập viện

4. Chi phí tái khám sau khi xuất viện

5. Chi phí y tá chăm sóc tại nhà ngay sau khi xuất viện

6. Trợ cấp nằm viện

7. Trợ cấp bổ sung tại bệnh viện công

8. Phục hồi chức năng

9. Dịch vụ xe cứu thương

10. Trợ cấp mai táng (tử vong khi nằm viện)

11. Chi phí dưỡng nhi/chăm sóc trẻ sơ sinh trong vòng 7 ngày sau khi sinh với điều kiện người mẹ vẫn nằm viện (chỉ áp dụng cho nhóm trên 50 người trở lên)

12. Quyền lợi thai sản (sinh con và biến chứng thai sản)

Sinh thường: Công ty bảo hiểm sẽ chi trả các chi phí y tế phát sinh cho việc sinh thường bao gồm và không giới hạn trong các chi phí đỡ đẻ, viện phí tổng hợp, bác sĩ chuyên khoa.

Phẫu thuật sinh mổ: chỉ được bảo hiểm nếu do bác sĩ chỉ định là cần thiết cho ca sinh đó, không bao gồm việc sinh mổ theo yêu cầu (hoặc phải mổ lại do việc yêu cầu mổ trước đó).

Biến chứng thai sản: Công ty bảo hiểm sẽ chi trả các chi phí y tế phát sinh do các biến chứng thai sản (như định nghĩa) trong quá trình mang thai, hoặc trong quá trình sinh nở theo chỉ định của bác sĩ.

V. Quyền lợi bảo hiểm bổ sung

1. Điều trị ngoại trú do bệnh, thai sản, điều trị răng

➤ **Phạm vi bảo hiểm**

Công ty bảo hiểm sẽ chi trả cho Người được bảo hiểm tham gia Quyền lợi bảo hiểm bổ sung này các chi phí y tế thực tế, thông lệ và hợp lý khi điều trị ngoại trú do bệnh, thai sản, điều trị răng trong thời hạn bảo hiểm theo mức bảo hiểm được ghi rõ trong hợp đồng bảo hiểm.

➤ **Quyền lợi bảo hiểm**

a. Điều trị ngoại trú do bệnh:

- Chi phí khám bệnh, tiền thuốc theo kê đơn của bác sĩ, chi phí cho các xét nghiệm, chụp X-quang, siêu âm, chẩn đoán hình ảnh trong việc điều trị rủi ro thuộc phạm vi bảo hiểm.
- Chi phí phẫu thuật/thủ thuật ngoại trú và trong ngày (không phát sinh chi phí tiền giường/phòng).

- Nội soi/thủ thuật (bao gồm nội trú, trong ngày hoặc ngoại trú) chỉ nhằm mục đích chẩn đoán bệnh mà không điều trị.
- Biến chứng thai sản ngoại trú.

b. Vật lý trị liệu:

Điều trị bằng các phương pháp vật lý trị liệu, trị liệu học bức xạ, nhiệt, cấy chỉ, liệu pháp ánh sáng, và các phương pháp điều trị khác tương tự do bác sĩ chỉ định.

c. Điều trị răng cơ bản:

- Khám, chụp X-quang.
- Viêm nướu (lợi), nha chu.
- Trám răng bằng chất liệu thông thường như amalgam, composite, fuji hoặc chất liệu tương tự.
- Điều trị tủy răng.
- Cạo vôi răng (lấy cao răng).
- Nhổ răng bệnh lý (bao gồm tiểu phẫu, phẫu thuật).

Giới hạn cơ sở y tế điều trị răng:

Hợp đồng bảo hiểm bồi thường cho các chi phí khám chữa răng hợp lý, hợp lệ và được thực hiện tại các cơ sở y tế theo quy định sau:

+ Chuyên khoa Nha tại tất cả các bệnh viện hoạt động hợp pháp trong phạm vi lãnh thổ Việt Nam.

+ Tại Thành phố Hà Nội và Thành Phố Hồ Chí Minh: ngoài Chuyên khoa nha tại tất cả các bệnh viện nói trên, Công ty bảo hiểm chỉ chấp thuận bồi thường cho các chi phí phát sinh tại các Phòng khám/Nha khoa trong hệ thống bảo lãnh viện phí của Công ty bảo hiểm.

+ Đối với các Tỉnh thành khác: ngoài Chuyên khoa Nha tại tất cả các bệnh viện nói trên, chấp thuận bồi thường cho các chi phí phát sinh tại các Phòng khám/Nha khoa có giấy phép đăng ký kinh doanh và giấy phép hành nghề hợp pháp và cấp được hóa đơn hợp lệ theo quy định của Bộ Tài Chính.

+ Công ty bảo hiểm không chi trả cho các chi phí khám và điều trị tại cơ sở y tế thuộc danh sách Cơ sở y tế không chi trả bảo hiểm được cập nhật tại trang thông tin điện tử chính thức của Công ty bảo hiểm.

d. Khám thai định kỳ trong quá trình mang thai phát sinh tại các cơ sở y tế, bao gồm:

- Chi phí khám.
- Chi phí siêu âm.
- Xét nghiệm nước tiểu liên quan đến thai kỳ.
- Chi phí xét nghiệm công thức máu.
- Thuốc điều trị theo chỉ định của bác sĩ.

2. Chăm sóc răng toàn diện

Trên cơ sở Người được bảo hiểm đã đóng phụ phí bảo hiểm, Công ty bảo hiểm sẽ thanh toán các chi phí chăm sóc răng sau đây phát sinh tại các các cơ sở y tế với giới hạn bảo hiểm được ghi trong hợp đồng bảo hiểm, bao gồm:

- Cạo vôi răng (2 lần/năm).
- Nhổ răng bệnh lý cần phẫu thuật.
- Lấy chân răng.
- Lấy u vôi răng (lấy vôi răng sâu dưới nướu).
- Phẫu thuật cắt chóp (phẫu thuật lấy đỉnh chân răng).

Khi Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi bảo hiểm này, các chi phí Điều trị răng cơ bản dưới Quyền lợi điều trị ngoại trú sẽ không được áp dụng.

Các chi phí điều trị răng sau đây không được bảo hiểm theo quyền lợi bảo hiểm này:

- Răng giả (sửa, làm mới, chữa hay thay răng giả).
- Chỉnh hình răng hàm mặt thẩm mỹ.
- Tồn thương răng, trồng răng giả do hậu quả của tai nạn.
- Các điểm loại trừ khác trong quy tắc bảo hiểm.

3. Bảo hiểm Trợ cấp mất giảm thu nhập/Trợ cấp lương

Trợ cấp mất giảm thu nhập trong thời gian nghỉ điều trị do tai nạn và/hoặc ốm bệnh:

Do tai nạn: Bồi thường trợ cấp mất giảm thu nhập trong thời gian nghỉ điều trị nội trú và/hoặc ngoại trú theo chỉ định của bác sĩ điều trị, không vượt quá thời gian Người được bảo hiểm đã lựa chọn.

Do bệnh: Bồi thường trợ cấp mất giảm thu nhập trong thời gian nghỉ điều trị nội trú (nằm viện) theo chỉ định của bác sĩ điều trị, không vượt quá thời gian Người được bảo hiểm đã lựa chọn. Quyền lợi này không áp dụng với thai sản.

Bồi thường theo quyền lợi bảo hiểm này dựa trên cơ sở số ngày nghỉ thực tế để điều trị nội trú/ngoại trú do tai nạn hoặc điều trị nội trú do bệnh. Số ngày nghỉ phải có chỉ định của bác sĩ và xác nhận của bộ phận Nhân sự Bên mua bảo hiểm, và Công ty bảo hiểm chỉ chi trả tiền trợ cấp khi Bên mua bảo hiểm xác nhận không trả lương cho Người được bảo hiểm trong thời gian nghỉ điều trị. Số tiền bồi thường/ngày/người (bao gồm cả ngày thứ bảy, chủ nhật, và ngày lễ) sẽ được tính như sau:

(Giới hạn trách nhiệm tối đa/người/năm) / số ngày nghỉ được bảo hiểm qui định trong bảng quyền lợi bảo hiểm x số ngày nghỉ thực tế

Hoặc

(Lương tháng/người) / 30 ngày x số ngày nghỉ thực tế

Lưu ý: Mức lương (không bao gồm tiền làm thêm giờ, tiền thưởng hay các khoản thu nhập không mang tính cố định...) trên hợp đồng lao động hay trên chứng từ khác tương đương áp dụng để chi trả bồi thường đối với tất cả các quyền lợi bảo hiểm sẽ là mức lương tính tại thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm. Mức lương thay đổi phải có thông báo với Công ty Bảo hiểm và nộp phí đầy đủ.

PHẦN III. CÁC ĐIỂM LOẠI TRỪ CHUNG

Các điểm loại trừ dưới đây áp dụng với tất cả các quyền lợi bảo hiểm bao gồm cả quyền lợi bổ sung.

Công ty bảo hiểm không chịu trách nhiệm chi trả tiền bảo hiểm đối với những rủi ro, hạng mục được liệt kê sau đây và các chi phí phát sinh liên quan hay hậu quả của chúng:

1. Các chi phí điều trị bất hợp lý, không cần thiết về mặt y tế, không theo thông lệ hợp lý và không theo chỉ định của bác sĩ.
2. Các chi phí khám và điều trị từ trước ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm của hợp đồng.
3. Hành động cố ý của Người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp.
4. Người được bảo hiểm từ 14 tuổi trở lên vi phạm pháp luật bị khởi tố hình sự; vi phạm nội quy, quy định của chính quyền địa phương hoặc các tổ chức xã hội. Người được bảo hiểm vi phạm nội quy của cơ quan theo Luật lao động (chỉ áp dụng cho Quyền lợi từ vong).
5. Người được bảo hiểm điều khiển phương tiện tham gia giao thông mà trong máu hoặc hơi thở có nồng độ cồn vượt quá 50 miligam/100 mililit máu hoặc 0,25 miligam/1 lít khí thở; hoặc vi phạm những quy định khác của Luật trật tự, an toàn giao thông đường bộ (và các sửa đổi, bổ sung, thay thế nếu có).
6. Người được bảo hiểm bị tác động bởi chất kích thích, chất gây nghiện, thuốc cai nghiện, thuốc không được bác sĩ chuyên môn kê toa, rượu, bia hoặc các chất có cồn và việc ảnh hưởng này là nguyên nhân gây ra tai nạn.
7. Hậu quả của việc sử dụng ma túy, các chất có cồn; điều trị nghiện.
8. Các chi phí để có cơ quan cấy ghép nội tạng như cho, nhận, mua, vận chuyển, bảo quản nội tạng. Tuy nhiên, hợp đồng bảo hiểm này bảo hiểm cho các chi phí y tế cho việc cấy ghép nội tạng vào cơ thể.
9. Bất kỳ hành động cố ý phạm pháp hoặc ẩu đả của Người được bảo hiểm, trừ khi là hành động cứu người, bảo vệ tài sản hoặc tự vệ có văn bản xác nhận của cơ quan có thẩm quyền.
10. Các chi phí khám và điều trị liên quan đến răng bao gồm cả điều trị nội trú và ngoại trú, trừ trường hợp có tham gia quyền lợi bổ sung Điều trị răng cơ bản trong Điều trị ngoại trú hay quyền lợi Chăm sóc răng toàn diện.
11. Tham gia vào các hoạt động hàng không (trừ khi với tư cách là hành khách trên các chuyến bay thương mại), tham gia các cuộc diễn tập huấn luyện quân sự, tham gia chiến đấu của lực lượng vũ trang.
12. Những rủi ro mang tính chất thảm họa như động đất, núi lửa, sóng thần; nhiễm phóng xạ; dịch bệnh truyền nhiễm nhóm A,B/đại dịch/tình trạng y tế khẩn cấp theo công bố của WHO hoặc Cơ quan Nhà nước có thẩm quyền.
13. Các rủi ro phát sinh từ hoặc liên quan đến chiến tranh, nội chiến, đình công, khủng bố, bạo động, dân biến, tiến hành bạo động vũ trang làm rối loạn trật tự

xã hội, phiền 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.

14. Tham gia tập luyện hoặc tham gia thi đấu các hoạt động thể thao chuyên nghiệp, tham gia các hoạt động thể thao mạo hiểm, trừ trường hợp có thỏa thuận khác trong hợp đồng bảo hiểm.
15. Kiểm tra và điều trị các bệnh lây qua đường tình dục như: hạ cam mềm, u hạt bẹn, lậu, giang mai, herpes sinh dục, sùi mào gà (mồng gà), HPV sinh dục, bệnh do rận mu (chấy cua), chlamydia, trichomonas, trùng roi, bệnh hột xoài (u lympho sinh dục), nhiễm cytomegalo virus, u mềm lây ở người trên 10 tuổi, hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS), tình trạng và bệnh liên quan đến virut HIV, các bệnh lây qua đường tình dục khác; và mọi biến chứng/hậu quả liên quan đến những bệnh/hội chứng/tình trạng kể trên.
16. Bệnh bẩm sinh, khuyết tật bẩm sinh, dị tật bẩm sinh, các bệnh hoặc dị dạng thuộc về gen, tình trạng sức khỏe di truyền với các dấu hiệu từ lúc sinh.
17. Kiểm tra sức khỏe định kỳ, xét nghiệm định kỳ; kiểm tra sức khỏe tổng quát; tầm soát ung thư; giám định y khoa hoặc tư vấn y tế không liên quan đến điều trị bệnh hoặc thương tật, bao gồm cả kiểm tra phụ khoa/nam khoa; khám/điều trị cho tình trạng thiếu/rối loạn hoóc-môn sinh trưởng, tiền mãn kinh hay mãn kinh ở phụ nữ; khám định kỳ cho trẻ mới sinh; 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 (trừ trường hợp có thỏa thuận khác).
18. Đục thủy tinh thể do thoái hóa; lác mắt; Kiểm tra thị lực/thính lực thông thường; Lão hóa, thoái hóa, điều trị suy biến tự nhiên/không phải vì lý do bệnh lý cho việc suy giảm thính/thị lực, như: các tật khúc xạ như cận thị, viễn thị, loạn thị và bất kỳ điều trị/phẫu thuật để phục hồi hiệu chỉnh nào đối với các khuyết tật thoái hóa thính giác và thị giác. Riêng bệnh khô mắt, mỏi mắt điều tiết, rối loạn điều tiết mắt được bảo hiểm với tổng giới hạn cho một lần khám bằng 5% số tiền bảo hiểm quyền lợi điều trị ngoại trú, và không vượt quá số tiền bảo hiểm quyền lợi điều trị ngoại trú.
19. Điều trị và phẫu thuật theo yêu cầu của Người được bảo hiểm mà không liên quan tới điều kiện điều trị và phẫu thuật bình thường do ngành y tế quy định.
20. Khám và các xét nghiệm/chẩn đoán hình ảnh không có kết luận bệnh của bác sĩ, hoặc bác sĩ kết luận là không có bệnh (không áp dụng với lần tái khám đầu tiên sau khi xuất viện nội trú theo chỉ định của bác sĩ); các chi phí không liên quan đến rủi ro thuộc phạm vi bảo hiểm.
21. Điều trị thẩm mỹ, phẫu thuật thẩm mỹ, phẫu thuật tạo hình, các biến chứng của việc điều trị thẩm mỹ/phẫu thuật thẩm mỹ/phẫu thuật tạo hình; chỉnh hình (không bao gồm trường hợp phẫu thuật chỉnh hình nhằm mục đích tái tạo để phục hồi chức năng của cơ quan/bộ phận cơ thể bị tổn thương phát sinh trong thời hạn bảo hiểm).
22. Các điều trị tăng sắc tố (nám da), điều trị mụn/trứng cá, điều trị chứng rụng tóc bị loại trừ riêng đối với quyền lợi điều trị ngoại trú. Trường hợp Người được bảo hiểm bị những bệnh này phải điều trị nội trú thì vẫn được giải quyết theo quyền lợi điều trị nội trú.

23. Chi phí để mua, cung cấp, bảo dưỡng, sửa chữa hay thay thế: bộ phận giả, các bộ phận/thiết bị/dụng cụ y tế phục vụ điều trị như định nghĩa (trừ trường hợp có thỏa thuận khác trong hợp đồng bảo hiểm).
24. Thực phẩm chức năng, khoáng chất, các chất hữu cơ bổ sung cho chế độ dinh dưỡng hoặc phục vụ cho chế độ ăn kiêng có sẵn trong tự nhiên, các sản phẩm được mỹ phẩm, các loại vitamin (trừ trường hợp các loại vitamin đó được kê đơn kèm theo thuốc điều trị và chi phí cho các loại vitamin này không lớn hơn chi phí thuốc điều trị).
25. Kế hoạch hóa gia đình; khám và điều trị cho tình trạng vô sinh/hiếm muộn; điều trị bất lực; rối loạn chức năng sinh dục hay điều trị sinh lý; thụ tinh nhân tạo (bao gồm tất cả các hình thức), biến chứng thai sản trên Người được bảo hiểm có thai qua thụ tinh bằng phương pháp nhân tạo; điều trị các vấn đề về giới tính; hay bất cứ hậu quả hoặc biến chứng nào của các điều trị trên.
26. Khám và điều trị kiểm soát trọng lượng cơ thể (tăng hoặc giảm cân), suy dinh dưỡng, còi xương, béo phì.
27. Bệnh rối loạn tâm thần và hành vi, bệnh tâm thần, loạn thần kinh, bệnh về tâm lý, rối loạn dạng cơ thể, bệnh chậm phát triển, bệnh rối loạn thiếu tập trung, bệnh tự kỉ, rối loạn giấc ngủ, mất ngủ, ngủ ngáy không rõ nguyên nhân, suy nhược thần kinh và suy nhược cơ thể không có nguyên nhân bệnh lý, hội chứng căng thẳng (stress) hoặc các bệnh có liên quan từ hội chứng đó.
28. 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.
29. Trường hợp Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm kê khai/cung cấp thông tin không trung thực hay không đầy đủ về tình trạng bệnh/thương tật, Công ty bảo hiểm có quyền giám trách nhiệm toàn bộ hoặc một phần đối với khiếu nại bồi thường của hợp đồng bảo hiểm.
30. Mọi chi phí và quyền lợi liên quan đến các đối tượng không đủ điều kiện tham gia theo hợp đồng bảo hiểm.
31. Dịch vụ khám/điều trị tại nhà; Dịch vụ khám chữa bệnh từ xa của các bệnh viện/phòng khám; Khám và điều trị tại bệnh viện/phòng khám không đúng theo định nghĩa của quy tắc bảo hiểm, bao gồm cả việc chỉ định của bác sĩ tại bệnh viện/phòng khám này đối với việc mua thuốc/xét nghiệm/điều trị tại bệnh viện/phòng khám/nhà thuốc hợp pháp (Trừ trường hợp có thỏa thuận khác trong hợp đồng bảo hiểm).
32. Việc điều trị thử nghiệm, điều trị không được khoa học công nhận. Các chi y tế phát sinh từ dịch vụ điều trị miễn phí tại bất kỳ cơ sở y tế nào, khám/điều trị mang tính chất dự phòng.
33. Việc điều trị y tế do sai sót chuyên môn của bác sĩ.
34. Sử dụng thuốc không có đơn thuốc; điều trị y tế và/hoặc sử dụng thuốc không theo chỉ định của bác sĩ; các thuốc chưa được phép lưu hành hợp pháp tại Việt Nam.

35. Điều trị, phẫu thuật cho bệnh/thương tật bằng phương pháp cấy tế bào gốc như: chi phí chiết xuất, xử lý, cấy tế bào gốc, điều trị duy trì sau khi cấy tế bào gốc và hậu quả của phương pháp điều trị này. Phương pháp cấy tế bào gốc chỉ được bảo hiểm cho chi phí ngày nằm viện nội trú tại các bệnh viện công lập trừ khi có thỏa thuận khác trong Hợp đồng bảo hiểm.
36. Các quyền lợi phát sinh liên quan và chi phí theo chỉ định của các cơ sở y tế không được chi trả bảo hiểm được cập nhật trên trang thông tin điện tử chính thức của Công ty bảo hiểm và/hoặc được quy định trong hợp đồng bảo hiểm, nếu có sự khác biệt thì sẽ ưu tiên áp dụng theo quy định trong hợp đồng bảo hiểm.
37. Danh mục bệnh/thương tật loại trừ trong 365 ngày đầu tiên tham gia bảo hiểm: viêm Amidan cần phải cắt; viêm VA cần phải nạo; vẹo vách ngăn cần phẫu thuật; viêm tai giữa cần phẫu thuật; viêm xoang; bệnh hen/suyễn; rối loạn tiền đình; polyp các loại; thoát vị đĩa đệm; gút (gout); trĩ; hội chứng ống cổ tay phải phẫu thuật; rối loạn chuyển hóa các loại; khám/điều trị liên quan đến rách/đứt/tái tạo dây chằng và sụn chêm.
38. Chi phí cho đối tượng không phải là Người được bảo hiểm (như bao phòng giường người nhà, chi phí khác cho người nhà của Người được bảo hiểm).

PHẦN IV: QUY ĐỊNH CHUNG

I. Phạm vi địa lý

Phạm vi địa lý được bảo hiểm của quy tắc bảo hiểm này là lãnh thổ nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam, ngoại trừ có những quy định khác trong hợp đồng bảo hiểm/phụ lục hợp đồng. Quy định về phạm vi địa lý được áp dụng đối với cả rủi ro phát sinh và quá trình điều trị.

II. Điều kiện tham gia bảo hiểm

1. Đối tượng tham gia bảo hiểm

1.1. Nhân viên của Bên mua bảo hiểm như định nghĩa.

1.2. Người thân của Nhân viên như định nghĩa.

- Nhân viên chỉ được đăng ký bảo hiểm cho người thân của mình một lần vào đầu hiệu lực hợp đồng.
- Đăng ký sau ngày bắt đầu hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm chỉ áp dụng đối với các trường hợp sau:
 - Người thân của nhân viên mới vào làm việc;
 - Vợ hoặc chồng của nhân viên mới kết hôn;
 - Con mới sinh đủ tuổi và đủ điều kiện tham gia;
 - Người thân của nhân viên qua thời gian thử việc/tăng cấp giữa thời hạn bảo hiểm được phép mua cho người thân theo chính sách của công ty.
- Quyền lợi bảo hiểm của người thân tự động chấm dứt cùng thời điểm chấm dứt quyền lợi bảo hiểm của nhân viên.
- Tất cả người thân chỉ được tham gia bảo hiểm khi nhân viên cùng có tên trong danh sách tham gia bảo hiểm và chỉ được tham gia chương trình bằng hoặc thấp hơn nhân viên đó.

Bên mua bảo hiểm có trách nhiệm khai báo danh sách nhân viên và người thân phù hợp với các quy định nêu trên. Bất cứ sự vi phạm nào có thể dẫn tới việc Công ty bảo hiểm từ chối bồi thường, hủy bảo hiểm đối với các trường hợp cụ thể.

2. Điều kiện tham gia bảo hiểm

- Từ 12 tháng tuổi đến dưới 66 tuổi; Trường hợp mở rộng độ tuổi từ 15 ngày tuổi đến dưới 1 tuổi và tái tục trên 65 tuổi sẽ áp dụng tăng phí bảo hiểm từ 1% đến 50%
- Không bị các bệnh tâm thần, phong
- Không bị các bệnh ung thư (chỉ áp dụng cho người tham gia năm đầu tiên)
- Không bị thương tật vĩnh viễn từ 80% trở lên (chỉ áp dụng cho người tham gia năm đầu tiên)
- Không đang trong thời gian điều trị nội trú các bệnh đặc biệt theo định nghĩa (chỉ áp dụng cho người tham gia năm đầu tiên)
- Là người Việt Nam hoặc người nước ngoài cư trú hợp pháp trong lãnh thổ Việt Nam và không rời khỏi Việt Nam liên tiếp hơn 180 ngày

Trường hợp Người tham gia không đúng theo đối tượng và điều kiện tham gia như đề cập, Công ty bảo hiểm có quyền chấm dứt bảo hiểm và không chịu trách nhiệm với quyền lợi bảo hiểm đã đăng ký.

III. Ký kết hợp đồng bảo hiểm và tái tục hợp đồng bảo hiểm

1. Khi có yêu cầu tham gia bảo hiểm, đại diện Bên mua bảo hiểm cam kết Bên mua bảo hiểm đã được giải thích rõ ràng và đầy đủ về quyền lợi sản phẩm bảo hiểm, đồng thời đã thông báo lại cho Người được bảo hiểm, và gửi cho Công ty bảo hiểm danh sách những Người được bảo hiểm. Danh sách Người được bảo hiểm là một bộ phận không tách rời của hợp đồng bảo hiểm.

2. Cuối thời hạn bảo hiểm, Công ty bảo hiểm có quyền từ chối tái tục hợp đồng hoặc điều chỉnh phí bảo hiểm và các điều kiện, điều khoản, giới hạn phụ các quyền lợi trong hợp đồng bảo hiểm.

IV. Các hợp đồng/loại hình bảo hiểm tương tự

Hợp đồng bảo hiểm cấp theo quy tắc này là ưu tiên đầu tiên. Nếu tại thời điểm phát sinh bồi thường bảo hiểm, Người được bảo hiểm đang được một hợp đồng bảo hiểm khác có hiệu lực chi trả cho cùng những chi phí và tổn thất đòi khiếu nại, Người được bảo hiểm có quyền yêu cầu bồi thường ở bất kỳ hợp đồng bảo hiểm nào có hiệu lực. Trong trường hợp bồi thường đã được thanh toán bởi hợp đồng khác thì hợp đồng bảo hiểm cấp theo quy tắc này sẽ chỉ chi trả cho Người được bảo hiểm các khoản không được thanh toán dưới hợp đồng bảo hiểm khác đó. Tuy nhiên, quy định này sẽ không áp dụng đối với quyền lợi bảo hiểm tử vong và thương tật vĩnh viễn.

V. Phí bảo hiểm và số tiền bảo hiểm

Biểu phí và Số tiền bảo hiểm được tính bằng Việt Nam đồng. Việc tính toán phí bảo hiểm và chi trả tiền bảo hiểm thực hiện theo đúng quy định Nhà nước hiện hành về quản lý ngoại hối.

VI. Thời hạn thanh toán phí bảo hiểm

Phí bảo hiểm và Thời hạn thanh toán phí bảo hiểm được quy định cụ thể tại hợp đồng bảo hiểm và phù hợp với quy định của pháp luật. Trong mọi trường hợp, Bên mua bảo hiểm có nghĩa vụ đóng phí bảo hiểm đầy đủ và đúng thời hạn quy định trong hợp đồng bảo hiểm.

Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm đồng ý rằng, trong quá trình thực hiện hợp đồng bảo hiểm, Công ty bảo hiểm không có nghĩa vụ phải gửi thông báo nhắc đóng phí.

VII. Điều khoản về tiền tệ

Theo điều khoản này, các bên thỏa thuận rằng, phí bảo hiểm và tiền bồi thường theo điều khoản điều kiện của hợp đồng có thể được thanh toán bằng loại tiền tệ khác với loại tiền tệ được thể hiện trên hợp đồng bảo hiểm với tỷ giá là tỷ giá bán của Ngân hàng ngoại thương Việt Nam tại thời điểm thanh toán phí hoặc thời điểm chi trả tiền bồi thường.

VIII. Quyền lợi bảo hiểm

a) Thời hạn bảo hiểm bằng một năm: được sử dụng quyền lợi bảo hiểm một năm.

b) Thời hạn bảo hiểm dưới một năm:

Bên mua bảo hiểm lựa chọn một trong hai trường hợp dưới đây:

1. Phí bảo hiểm tính theo tỷ lệ:

Quyền lợi bảo hiểm: được sử dụng quyền lợi bảo hiểm theo tỷ lệ khoảng thời gian tham gia bảo hiểm trên một năm (áp dụng cho số tiền bảo hiểm, mức trách nhiệm phụ và các giới hạn phụ).

Phí bảo hiểm = tỷ lệ khoảng thời gian tham gia bảo hiểm trên một năm nhân với phí bảo hiểm năm

2. Phí bảo hiểm tính theo biểu phí ngắn hạn:

Quyền lợi bảo hiểm: được sử dụng quyền lợi bảo hiểm một năm.

Biểu phí ngắn hạn:

- | | |
|----------------------------------|------------------------|
| • Thời hạn bảo hiểm đến 1 tháng | = 1/4 phí bảo hiểm năm |
| • Thời hạn bảo hiểm đến 2 tháng | = 3/8 phí bảo hiểm năm |
| • Thời hạn bảo hiểm đến 3 tháng | = 1/2 phí bảo hiểm năm |
| • Thời hạn bảo hiểm đến 4 tháng | = 5/8 phí bảo hiểm năm |
| • Thời hạn bảo hiểm đến 6 tháng | = 3/4 phí bảo hiểm năm |
| • Thời hạn bảo hiểm đến 8 tháng | = 7/8 phí bảo hiểm năm |
| • Thời hạn bảo hiểm trên 8 tháng | = phí bảo hiểm năm |

IX. Thay đổi quyền lợi

Giới hạn trách nhiệm của các quyền lợi không thể thay đổi trong suốt thời hạn hợp đồng bảo hiểm. Những quyền lợi này chỉ có thể được thay đổi vào ngày tái tục của hợp đồng bảo hiểm trên cơ sở có xác nhận của Công ty bảo hiểm.

Quy định này không áp dụng đối với trường hợp Người được bảo hiểm thay đổi vị trí trong công tác/thay đổi cấp bậc theo chính sách nhân sự của Bên mua bảo hiểm. Quyền lợi bảo hiểm sẽ thay đổi với các điều kiện sau:

- Nằm trong giới hạn của các nhóm quyền lợi đã khai báo đầu hiệu lực hợp đồng.
- Yêu cầu có sửa đổi bổ sung và nộp phí bổ sung khi có sự thay đổi lương/thay đổi cấp; trong trường hợp cần thiết, khách hàng phải cung cấp được các chứng từ chứng minh việc thay đổi này theo chính sách nhân sự của Bên mua bảo hiểm.
- Lịch sử bồi thường sẽ được tính tiếp vào nhóm quyền lợi mới.

Trường hợp tái tục với Số tiền bảo hiểm/hạn mức phụ cao hơn và/hoặc tham gia thêm quyền lợi mới so với năm trước phải được sự chấp thuận của Công ty bảo hiểm; phần chênh lệch về số tiền bảo hiểm/hạn mức phụ cũng như quyền lợi tham gia thêm mới sẽ không được coi là tái tục liên tục, và thời gian chờ đối với phần chênh lệch về số tiền bảo hiểm/hạn mức phụ cũng như quyền lợi tham gia thêm mới sẽ được tính từ thời điểm hợp đồng tái tục (có số tiền bảo hiểm/hạn mức phụ cao hơn và/hoặc tham gia thêm quyền lợi mới) có hiệu lực, trừ trường hợp có thỏa thuận khác trong hợp đồng bảo hiểm.

X. Điều khoản thăng chức, thay đổi cấp bậc

Trường hợp nhân viên được thăng chức/bổ nhiệm ở vị trí cấp cao hơn hoặc giảm cấp bậc trong thời gian tham gia bảo hiểm, Công ty bảo hiểm đồng ý thay đổi cấp bảo hiểm cho Người được bảo hiểm giữa thời hạn bảo hiểm với điều kiện Bên mua bảo hiểm phải cập nhật việc thay đổi cho Công ty bảo hiểm đúng hạn khai báo hàng tháng (trước ngày 15 của tháng tiếp theo) và cung cấp được thông tin về quyết định thăng chức/thay đổi cấp bậc. Thời gian chờ được áp dụng cho mức trách nhiệm, quyền lợi tăng thêm (nếu có) của cấp mới so với cấp cũ trừ khi có thỏa thuận khác bằng văn bản.

Quyền lợi bảo hiểm đối với trường hợp điều chỉnh cấp được giải quyết như sau:

- Quyền lợi sẽ được tính theo ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm, khi đó Người được bảo hiểm thuộc cấp nào sẽ được hưởng quyền lợi của cấp đó.
- Đối với những trường hợp tăng cấp, Người được bảo hiểm sẽ chỉ được sử dụng mức quyền lợi của cấp mới sau khi trừ đi phần quyền lợi mà Người được bảo hiểm đó đã sử dụng ở cấp cũ.
- Đối với những trường hợp giảm cấp:
 - Người được bảo hiểm sẽ được sử dụng mức quyền lợi của cấp mới sau khi trừ đi phần quyền lợi mà Người được bảo hiểm đó đã sử dụng ở cấp cũ nếu phần quyền lợi này chưa vượt quá mức giới hạn của cấp mới.
 - Nếu Người được bảo hiểm đã sử dụng vượt quá mức quyền lợi của cấp mới thì Người được bảo hiểm đó sẽ không được hưởng chi trả bảo hiểm nữa và Công ty bảo hiểm chỉ ghi nhận việc giảm cấp của trường hợp này.

XI. Hiệu lực bảo hiểm/Thời gian chờ

1. Đối với hợp đồng bảo hiểm dưới 50 nhân viên:

a. Bảo hiểm tai nạn:

Bảo hiểm có hiệu lực ngay kể từ ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm.

b. Bảo hiểm sinh mạng:

- 30 ngày đối với bệnh thông thường, điều trị răng.
- 365 ngày đối với bệnh có sẵn, bệnh đặc biệt, thai sản, bệnh liệt kê trong điểm loại trừ chung số 37 của quy tắc bảo hiểm.

c. Điều trị nội trú:

- 30 ngày đối với bệnh thông thường.
- 365 ngày đối với bệnh có sẵn, bệnh đặc biệt, bệnh liệt kê trong điểm loại trừ chung số 37 của quy tắc bảo hiểm.
- 90 ngày đối với điều trị biến chứng thai sản.
- 270 ngày đối với trường hợp sinh con.

d. Điều trị ngoại trú:

- 30 ngày đối với bệnh thông thường, điều trị răng.
- 365 ngày đối với bệnh có sẵn, bệnh đặc biệt, bệnh liệt kê trong điểm loại trừ chung số 37 của quy tắc bảo hiểm.
- 90 ngày đối với điều trị biến chứng thai sản.

e. Trợ cấp mất giảm thu nhập:

- 30 ngày đối với bệnh thông thường.
- 365 ngày đối với bệnh có sẵn, bệnh đặc biệt, bệnh liệt kê trong điểm loại trừ chung số 37 của quy tắc bảo hiểm.

2. Đối với hợp đồng bảo hiểm trên 50 nhân viên:

a. Bảo hiểm tai nạn:

Bảo hiểm có hiệu lực ngay kể từ ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm.

b. Bảo hiểm sinh mạng:

- 30 ngày đối với bệnh thông thường, điều trị răng.
- 365 ngày đối với bệnh có sẵn, bệnh đặc biệt, thai sản, bệnh liệt kê trong điểm loại trừ chung số 37 của quy tắc bảo hiểm.

c. Điều trị nội trú:

- Không áp dụng đối với bệnh thông thường.
- Không áp dụng đối với bệnh có sẵn, bệnh đặc biệt, bệnh liệt kê trong điểm loại trừ chung số 37 của quy tắc bảo hiểm.

- 90 ngày đối với điều trị biến chứng thai sản: bồi thường theo tỉ lệ giữa thời gian tính từ ngày tham gia bảo hiểm đến ngày bắt đầu điều trị biến chứng thai sản với 90 ngày.
- 270 ngày đối với trường hợp sinh con: bồi thường theo tỉ lệ giữa thời gian tính từ ngày tham gia bảo hiểm đến ngày sinh con với 270 ngày.

d. Điều trị ngoại trú:

- Không áp dụng đối với bệnh thông thường, điều trị răng.
- Không áp dụng đối với bệnh có sẵn, bệnh đặc biệt, bệnh liệt kê trong điểm loại trừ chung số 37 của quy tắc bảo hiểm.
- 90 ngày đối với điều trị biến chứng thai sản: bồi thường theo tỉ lệ giữa thời gian tính từ ngày tham gia bảo hiểm đến ngày bắt đầu điều trị biến chứng thai sản với 90 ngày.

e. Trợ cấp mất giảm thu nhập:

- Không áp dụng đối với bệnh thông thường.
- Không áp dụng đối với bệnh có sẵn, bệnh đặc biệt, bệnh liệt kê trong điểm loại trừ chung số 37 của quy tắc bảo hiểm.

Công ty bảo hiểm có thể điều chỉnh thời gian chờ để phù hợp với đặc điểm của khách hàng đồng thời đảm bảo khả năng thanh toán của Công ty bảo hiểm.

XII. Kết thúc quyền lợi bảo hiểm

Tất cả các quyền lợi bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này sẽ chấm dứt hiệu lực vào 23 giờ 59 phút của ngày cuối cùng của thời hạn bảo hiểm hoặc vào ngày chấm dứt hiệu lực bảo hiểm tùy theo thời điểm nào đến trước.

XIII. Bổ sung, sửa đổi hoặc hủy bỏ hợp đồng bảo hiểm

- Trường hợp một trong hai bên muốn sửa đổi, bổ sung hợp đồng này phải thông báo cho bên kia bằng văn bản trước 30 ngày kể từ ngày hợp đồng sẽ được sửa đổi, bổ sung. Các sửa đổi bổ sung sẽ được lập thành phụ lục của hợp đồng.
- Trường hợp Bên mua bảo hiểm không trung thực trong việc thực hiện các quy định trong bộ hợp đồng bảo hiểm, hợp đồng bảo hiểm sẽ bị hủy bỏ. Trong trường hợp này, Công ty bảo hiểm không chịu trách nhiệm bồi thường những rủi ro đã phát sinh. Công ty bảo hiểm sẽ hoàn lại 70% phí bảo hiểm của thời gian hiệu lực còn lại với điều kiện tại thời điểm đó hợp đồng bảo hiểm chưa phát sinh bồi thường.
- Trường hợp một trong hai bên đề nghị chấm dứt hợp đồng bảo hiểm, bên yêu cầu chấm dứt phải thông báo bằng văn bản cho bên kia biết trước 30 ngày kể từ ngày có ý định chấm dứt. Việc chấm dứt hợp đồng phải phù hợp với quy định của Luật kinh doanh bảo hiểm, Bộ luật dân sự và tuân thủ theo hai trường hợp sau:
 - Nếu hợp đồng được hai bên thỏa thuận chấm dứt theo yêu cầu chấm dứt hợp đồng bảo hiểm của Bên mua bảo hiểm, Công ty bảo hiểm sẽ hoàn trả 80% phí bảo hiểm của thời gian hiệu lực còn lại, với điều kiện đến thời điểm đó hợp đồng bảo hiểm chưa phát sinh bồi thường.
 - Nếu hợp đồng được hai bên thỏa thuận chấm dứt theo yêu cầu chấm dứt hợp đồng bảo hiểm của Công ty bảo hiểm, Công ty bảo hiểm sẽ hoàn trả 100% phí bảo hiểm của thời gian hiệu lực còn lại dù trước đó có phát sinh bồi thường hay không.

XIV. Điều khoản tự động thêm bớt nhân sự/người thân

Tự động mở rộng bảo hiểm cho bất cứ nhân viên nào của Bên mua bảo hiểm kể từ ngày bắt đầu làm việc cho Bên mua bảo hiểm với số tiền bảo hiểm không vượt quá số tiền bảo hiểm đối với nhân viên cùng tính chất công việc, đồng thời bảo hiểm cũng sẽ tự

động hủy bỏ kể từ ngày kết thúc hợp đồng lao động đối với bất kỳ nhân viên nào nghỉ việc, với điều kiện là Bên mua bảo hiểm có trách nhiệm thông báo cho Công ty bảo hiểm về sự thay đổi nhân viên hàng tháng trước ngày thứ 15 của tháng tiếp theo trong thời hạn bảo hiểm.

Thông tin cần thiết phải khai báo gồm tên, ngày, tháng, năm sinh, ngày tham gia hoặc ngày nghỉ việc, số căn cước công dân/hộ chiếu hoặc giấy tờ tùy thân tương đương, chức vụ, chương trình bảo hiểm, lương và các thông tin khác theo yêu cầu của Công ty bảo hiểm.

Các bên cũng thỏa thuận áp dụng điều khoản tự động điều chỉnh lương theo hợp đồng lao động của Bên mua bảo hiểm với nhân viên, với điều kiện Bên mua bảo hiểm phải cập nhật việc thay đổi tổng quỹ lương hoặc chi tiết lương từng tháng trước ngày thứ 15 của tháng tiếp theo trong thời hạn bảo hiểm. Tổng phí bảo hiểm sẽ được điều chỉnh theo quỹ lương thay đổi.

Điều khoản tự động bảo hiểm này chỉ áp dụng đối với nhân viên mới có mức lương dưới 140.000.000 đồng/tháng hoặc số tiền bảo hiểm quyền lợi tử vong và thương tật vĩnh viễn dưới 4.200.000.000 đồng/người/cả đời. Trường hợp mức lương hoặc số tiền bảo hiểm cao hơn, Bên mua bảo hiểm phải thông báo và chỉ được bảo hiểm kể từ ngày Công ty bảo hiểm xác nhận bằng văn bản. Bên mua bảo hiểm chỉ cần khai báo về lương khi hợp đồng bảo hiểm có các quyền lợi áp dụng theo lương.

Người thân thuộc đối tượng được tăng mới/người thân giảm trong thời hạn bảo hiểm được cập nhật hàng tháng cùng thời điểm khai báo với nhân viên (trước ngày thứ 15 của tháng tiếp theo trong thời hạn bảo hiểm). Vợ chồng mới cưới/con cái mới sinh của nhân viên cũ khai báo trong vòng 30 ngày kể từ ngày đăng ký kết hôn/ngày con cái đủ điều kiện tham gia bảo hiểm. Hiệu lực bảo hiểm cho các trường hợp người thân tăng giữa kỳ được tính từ ngày người thân đủ điều kiện tham gia bảo hiểm (ngày nhân viên mới ký hợp đồng/ngày nhân viên đăng ký kết hôn/ngày con mới sinh đủ điều kiện tham gia/ngày nhân viên qua thời gian thử việc - tăng cấp đủ điều kiện mua bảo hiểm cho người thân theo chính sách của công ty).

XV. Điều khoản đảm bảo thanh toán phí và khôi phục hiệu lực hợp đồng

Nếu xảy ra sự kiện bảo hiểm trong thời hạn thanh toán phí bảo hiểm quy định trong hợp đồng này, Công ty bảo hiểm có trách nhiệm trả tiền bảo hiểm cho Người được bảo hiểm với điều kiện là Bên mua bảo hiểm đảm bảo phí bảo hiểm sẽ được thanh toán toàn bộ và đúng hạn theo quy định của hợp đồng.

Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm không thanh toán đủ phí bảo hiểm trong thời hạn thanh toán phí đã quy định, hợp đồng bảo hiểm sẽ tự động chấm dứt hiệu lực khi hết thời hạn thanh toán phí và Bên mua bảo hiểm có trách nhiệm đóng đủ phí bảo hiểm đến thời điểm hợp đồng bảo hiểm tự động chấm dứt hiệu lực.

Các bên cũng thỏa thuận rằng trong trường hợp phí bảo hiểm nói trên được thanh toán đầy đủ cho Công ty bảo hiểm (hoặc bên được Công ty bảo hiểm ủy quyền thu phí) sau thời hạn thanh toán phí quy định, Hợp đồng bảo hiểm được xem xét khôi phục hiệu lực kể từ thời điểm phí bảo hiểm được thanh toán đầy đủ cho Công ty bảo hiểm (hoặc bên được Công ty bảo hiểm ủy quyền thu phí) dựa trên cơ sở có xác nhận bằng văn bản của Công ty bảo hiểm. Trong mọi trường hợp, Công ty bảo hiểm không chịu trách nhiệm chi trả bồi thường/bảo lãnh đối với mọi rủi ro phát sinh trong thời gian Bên mua bảo hiểm quá hạn thanh toán phí bảo hiểm cho đến thời điểm Hợp đồng bảo hiểm được khôi phục hiệu lực theo xác nhận của Công ty bảo hiểm (và hậu quả liên quan của những rủi ro này).

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

- a) Khai đầy đủ, trung thực mọi thông tin có liên quan đến hợp đồng bảo hiểm theo yêu cầu của Công ty bảo hiểm;
- b) Đọc và hiểu rõ điều kiện, điều khoản bảo hiểm, quyền, nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm khi giao kết hợp đồng bảo hiểm và nội dung khác của hợp đồng bảo hiểm;
- c) Đóng phí bảo hiểm đầy đủ, đúng hạn theo thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm;
- e) Áp dụng các biện pháp đề phòng, hạn chế tổn thất theo quy định của Luật Kinh doanh bảo hiểm và quy định khác của pháp luật có liên quan;
- f) Bên mua bảo hiểm trong hợp đồng bảo hiểm doanh nghiệp chịu trách nhiệm thu thập chữ ký/ủy quyền của Người được bảo hiểm về việc đồng ý để Bên mua bảo hiểm thu xếp bảo hiểm cho bản thân Người được bảo hiểm.
- g) Nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật.

XVII. Xác minh

Công ty bảo hiểm có quyền chỉ định chuyên gia y khoa và/hoặc chuyên gia giám định tổn thất để tiến hành kiểm tra sức khỏe của Người được bảo hiểm và các thông tin có liên quan đến việc giải quyết khiếu nại vào bất cứ lúc nào. Thêm vào đó, công ty bảo hiểm có quyền yêu cầu tiến hành khám nghiệm tử thi trong trường hợp xảy ra tử vong nếu việc này không vi phạm pháp luật hiện hành hoặc không ảnh hưởng đến tín ngưỡng và thuần phong mỹ tục. Công ty bảo hiểm có quyền chấm dứt hợp đồng bảo hiểm tại bất kỳ thời điểm nào mà không phải chi trả bồi thường hoặc hoàn lại phí bảo hiểm nếu Người được bảo hiểm hoặc người đại diện có hành vi gian dối, khai báo không trung thực hoặc có mưu kế trục lợi bảo hiểm theo hợp đồng bảo hiểm. Ngoài ra, nếu các quyền lợi bảo hiểm đó được chi trả do các hành vi trục lợi nói trên, Người được bảo hiểm hoặc người đại diện phải có nghĩa vụ hoàn trả lại cho Công ty bảo hiểm.

XVIII. Luật chi phối và giải quyết tranh chấp

Mọi tranh chấp phát sinh từ quy tắc bảo hiểm/hợp đồng bảo hiểm mà 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).

XIX. Bảo vệ và xử lý dữ liệu cá nhân

Khi tham gia các quyền lợi bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này, bằng việc xác nhận đồng ý/ký vào Giấy yêu cầu bảo hiểm và/hoặc Hợp đồng bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm:

- (i) Đồng ý nhận tài liệu “Điều khoản và điều kiện chung về bảo vệ và xử lý dữ liệu cá nhân” do Bảo hiểm Bảo Việt cung cấp/bàn giao dưới hình thức tự chủ động tiếp cận/đọc/tải xuống tài liệu này trên trang thông tin điện tử chính thức của Bảo hiểm Bảo Việt; và
- (ii) Tự nguyện, biết rõ và đồng ý với danh mục các loại dữ liệu cá nhân được xử lý, mục đích xử lý dữ liệu cá nhân, quyền, nghĩa vụ của chủ thể dữ liệu đã được liệt kê cụ thể tại “Điều khoản và điều kiện chung về bảo vệ và xử lý dữ liệu cá nhân” của Bảo hiểm Bảo Việt; và
- (iii) Đồng ý để Bảo hiểm Bảo Việt tiếp cận, thu thập (trực tiếp thu thập; thuê, sử dụng bất kỳ bên thứ ba nào do Bảo hiểm Bảo Việt chủ động quyết định mà không phải thông báo cho Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm để thu thập; hoặc cách thức thu thập khác phù hợp với quy định pháp luật), kiểm soát, xử lý (trực tiếp xử lý; thuê, sử dụng bất kỳ bên thứ ba nào do Bảo hiểm Bảo Việt chủ động quyết định mà không phải thông báo cho Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm để xử lý; hoặc cách thức xử

lý dữ liệu khác phù hợp với quy định pháp luật) và lưu trữ dữ liệu cá nhân theo nội dung tại “Điều khoản và điều kiện chung về bảo vệ và xử lý dữ liệu cá nhân” và với các mục đích xử lý dữ liệu cá nhân đã được liệt kê tại “Điều khoản và điều kiện chung về bảo vệ và xử lý dữ liệu cá nhân” trên trang thông tin điện tử chính thức của Bảo hiểm Bảo Việt.

PHẦN V. THỦ TỤC YÊU CẦU BỒI THƯỜNG VÀ BẢO LÃNH VIỆN PHÍ

I. Hồ sơ yêu cầu bồi thường

Trừ trường hợp có thỏa thuận khác trong hợp đồng bảo hiểm, khi yêu cầu bồi thường, Người được bảo hiểm/Người thừa kế/Người thụ hưởng/Người được ủy quyền hợp pháp; bố/mẹ của trẻ em dưới 18 tuổi phải gửi cho Công ty bảo hiểm hồ sơ yêu cầu bồi thường theo yêu cầu dưới đây bằng tiếng Việt hoặc tiếng Anh không quá 1 năm kể từ ngày Người được bảo hiểm điều trị ổn định/hoặc xuất viện/hoặc tử vong. Trường hợp ngôn ngữ sử dụng trong hồ sơ yêu cầu bồi thường không phải 1 trong 2 ngôn ngữ trên, Người được bảo hiểm có trách nhiệm cung cấp cho Công ty bảo hiểm bản dịch sang tiếng Việt/tiếng Anh có công chứng để Công ty bảo hiểm có cơ sở giải quyết bồi thường, phí dịch thuật do Người được bảo hiểm tự chi trả. Quá thời hạn nộp hồ sơ theo quy định trên, hồ sơ bồi thường sẽ bị từ chối một phần hoặc toàn bộ số tiền bồi thường, trừ trường hợp bất khả kháng:

1. Giấy yêu cầu bồi thường (theo mẫu của Công ty bảo hiểm, có chữ ký và con dấu của đại diện Bên mua bảo hiểm) do Người được bảo hiểm/Người thừa kế/Người thụ hưởng/Người được ủy quyền hợp pháp của Người được bảo hiểm kê khai và ký tên. Trường hợp Người được bảo hiểm là trẻ em dưới 18 tuổi sẽ do bố/mẹ (là nhân viên của Bên mua bảo hiểm) kê khai và ký tên.

2. Trường hợp tai nạn:

- Tai nạn sinh hoạt: Người được bảo hiểm phải có Bản tường trình về tai nạn, không yêu cầu xác nhận của Bên mua bảo hiểm hay Cơ quan chính quyền địa phương.
- Tai nạn lao động: Người được bảo hiểm phải có Bản tường trình về tai nạn có xác nhận của Bên mua bảo hiểm.
- Tai nạn giao thông: nếu còn đủ điều kiện về sức khỏe và năng lực hành vi, Người được bảo hiểm phải có Bản tường trình về tai nạn; hồ sơ giải quyết tai nạn của cơ quan công an (trong trường hợp có cơ quan công an tham gia hoặc trường hợp tử vong); Đăng ký xe và giấy phép lái xe (yêu cầu trong trường hợp Người được bảo hiểm bị tai nạn trong khi điều khiển xe cơ giới, trừ trường hợp xe cơ giới dưới 50cc).

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

4. Các chứng từ y tế:

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

- Giấy chứng nhận phẫu thuật/Phiếu mổ (trong trường hợp phải phẫu thuật/mổ)
 - Và các chứng từ y tế khác có liên quan theo yêu cầu của Công ty bảo hiểm.
- Tất cả các chứng từ y tế trên yêu cầu phải là bản gốc, có chữ ký, đóng dấu của cơ sở y tế (trừ đơn thuốc tại bệnh viện công có in mã vạch). Trường hợp không cung cấp được bản gốc có thể cung cấp bản sao của các chứng từ y tế trên có công chứng hoặc bản sao có xác nhận của Công ty bảo hiểm. Trong mọi trường hợp, Công ty bảo hiểm có quyền yêu cầu Người được bảo hiểm cung cấp bản gốc để kiểm tra.

5. Các chứng từ thanh toán:

Hóa đơn tài chính/biên lai/phiếu thu theo quy định của Bộ Tài chính và bảng kê chi tiết kèm theo. Các giấy tờ trên phải là bản gốc và sẽ thuộc sở hữu của Công ty bảo hiểm (Không yêu cầu bắt buộc cung cấp bản gốc các bảng kê chi tiết của hóa đơn nếu số tiền trên bảng kê khớp với số tiền trên hoá đơn). Hóa đơn mua thuốc/điều trị phải thể hiện số lượng thuốc và loại thuốc đúng theo kê đơn của bác sĩ điều trị. Công ty bảo hiểm không chấp nhận các phiếu thu/biên lai bán lẻ cho hồ sơ yêu cầu bồi thường.

Gói sinh mổ tại các bệnh viện phụ sản Hà Nội, Phụ sản Trung Ương và bệnh viện công (nếu phát sinh tương tự) được thanh toán toàn bộ tới hạn mức tương ứng trong bảng quyền lợi, và công ty bảo hiểm không yêu cầu cung cấp bảng kê chi tiết gói sinh mổ từ các bệnh viện này. Các chi phí khác liên quan đến ca sinh mổ vẫn chi trả theo quy định của hợp đồng và hóa đơn chứng từ hợp lệ.

6. Các chứng từ liên quan đến Trợ cấp mất giảm thu nhập:

Chỉ định nghỉ của bác sĩ điều trị trên toa thuốc/giấy ra viện/chứng từ y tế tương đương; bảng chấm công (hoặc giấy xác nhận nghỉ), bảng lương có xác nhận của Bên mua bảo hiểm; Hợp đồng lao động/Thỏa thuận lao động; Quyết định tăng lương/Bảng kê lương (quy định này không áp dụng đối với trường hợp trợ cấp ngày nghỉ không tính theo lương).

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

8. Giấy tờ chứng minh quan hệ nhân thân (đối với các hồ sơ khiếu nại bồi thường của người thân) trong trường hợp Công ty bảo hiểm yêu cầu.

9. Các chứng từ khác có liên quan phục vụ việc giải quyết bồi thường theo yêu cầu của Công ty bảo hiểm.

II. Thủ tục trả tiền bồi thường và bảo lãnh viện phí

1. Trường hợp ứng tiền trước, nộp hồ sơ yêu cầu bồi thường sau:

Trường hợp Người được bảo hiểm không sử dụng hoặc không được sử dụng dịch vụ bảo lãnh viện phí trực tiếp, hoặc khám và điều trị tại các bệnh viện/phòng khám hợp

pháp nhưng không thuộc hệ thống bảo lãnh viện phí của chương trình, Người được bảo hiểm phải thanh toán mọi chi phí khám/điều trị trước, sau đó gửi toàn bộ hồ sơ cho Công ty bảo hiểm để thanh toán phần chi phí thuộc phạm vi bảo hiểm.

a. Thời hạn chi trả bồi thường:

Khi xảy ra sự kiện bảo hiểm, Công ty bảo hiểm có trách nhiệm giải quyết và chi trả tiền bảo hiểm theo thời hạn đã thoả thuận trong Hợp đồng bảo hiểm; trong trường hợp không có thoả thuận trong hợp đồng thì Công ty bảo hiểm thông báo kết quả và giải quyết bồi thường cho người được bảo hiểm, người thừa kế, hoặc người đại diện hợp pháp trong thời hạn tối đa 15 ngày làm việc, kể từ ngày nhận được bộ hồ sơ đầy đủ hợp lệ.

b. Thông tin chung về chi trả bảo hiểm:

- Tất cả các chứng từ và tài liệu (bao gồm các hóa đơn gốc, giấy chứng nhận, các chiếu chụp X-quang...) mà Công ty bảo hiểm yêu cầu hỗ trợ cho việc chi trả bảo hiểm (bồi thường), bao gồm cả các kết quả về sức khỏe và bất kỳ các chi tiết nào về các tiền sử sức khỏe của Người được bảo hiểm sẽ phải được cung cấp miễn phí cho Công ty bảo hiểm, nếu được yêu cầu, trước khi bắt kỳ việc chi trả bảo hiểm (bồi thường) nào được hoàn tất. Trường hợp thiếu thông tin y tế hoặc cần làm rõ hồ sơ, Người được bảo hiểm phải có trách nhiệm bổ sung các thông tin đó cho Công ty bảo hiểm và Công ty bảo hiểm không phải chịu chi phí cho việc có thêm thông tin đó.

- Tiền bảo hiểm sẽ được chi trả cho Người được bảo hiểm hoặc Người thừa kế/Người thụ hưởng/Người được ủy quyền hợp pháp của Người được bảo hiểm theo đúng quy định của Pháp luật. Trong trường hợp Người được bảo hiểm không chỉ định Người thụ hưởng, hoặc Người thụ hưởng đã qua đời hoặc mất tích trong một thời gian nhất định, Công ty bảo hiểm trả tiền bồi thường cho Người thừa kế hợp pháp theo pháp luật về thừa kế.

- Trường hợp yêu cầu bồi thường cho người thân, nhân viên được thay mặt người thân để yêu cầu Công ty bảo hiểm chi trả bồi thường và nhận tiền bồi thường trừ trường hợp bồi thường cho quyền lợi tử vong phải theo quy định của Pháp luật về quyền thừa kế.

2. Trường hợp bảo lãnh viện phí (áp dụng cho chương trình có dịch vụ bảo lãnh)

Trừ trường hợp có quy định khác trong hợp đồng bảo hiểm, nếu Người được bảo hiểm khám và điều trị tại các bệnh viện, phòng khám trong hệ thống bảo lãnh viện phí của chương trình, Người được bảo hiểm cần thực hiện những bước sau:

- Xuất trình thẻ bảo lãnh và Chứng minh nhân dân/Thẻ căn cước/Thẻ cư trú/Hộ chiếu), Giấy khai sinh (nếu Người được bảo hiểm là trẻ em) cho bệnh viện/phòng khám.

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

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

III. Thời hạn khiếu nại hợp đồng bảo hiểm

Người được bảo hiểm có quyền khiếu nại về việc trả tiền bảo hiểm của Công ty bảo hiểm trong vòng 6 tháng kể từ ngày nhận được thông báo của Công ty bảo hiểm và bất cứ khiếu nại/khiếu kiện nào cũng không được vượt quá 3 năm kể từ ngày người có quyền yêu cầu biết hoặc phải biết quyền và lợi ích hợp pháp của mình bị xâm phạm.

PHỤ LỤC I: BẢNG TỶ LỆ TRẢ TIỀN TỬ VONG/THƯƠNG TẬT VĨNH VIỄN

STT	QUYỀN LỢI	TỶ LỆ TRẢ TIỀN
I -	TỬ VONG	100%
II -	THƯƠNG TẬT TOÀN BỘ VĨNH VIỄN	
1	Hỏng toàn bộ chức năng nhai và nói	100%
2	Mất hoàn toàn, liệt hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của: cả 2 bàn tay, hoặc cả 2 bàn chân, hoặc mất 1 cánh tay và 1 bàn chân, hoặc mất 1 cánh tay và 1 cẳng chân, hoặc mất 1 bàn tay và 1 cẳng chân, hoặc mất 1 bàn tay và 1 bàn chân	100%
3	Cắt toàn bộ một bên phổi và một phần phổi bên kia	100%
4	Tổn thương cơ thể từ 81% trở lên dẫn đến 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 được đối chiếu theo định nghĩa Thương tật toàn bộ vĩnh viễn	100%
III -	THƯƠNG TẬT BỘ PHẬN VĨNH VIỄN	
	CHI TRÊN	
5	Mất một cánh tay từ vai xuống (Tháo khớp vai)	75%
6	Cắt cụt cánh tay từ dưới vai xuống	70%
7	Cắt cụt một cánh tay từ khuỷu xuống (Tháo khớp khuỷu)	65%
8	Mất trọn một bàn tay hoặc toàn bộ cả 5 ngón tay	60%
9	Mất đồng thời cả bốn ngón tay của một bàn tay	40%
10	Mất đồng thời cả ngón cái và ngón trỏ	35%
11	Mất 3 ngón: ngón trỏ, ngón giữa và ngón đeo nhẫn	30%
12	Mất ngón cái và 2 ngón khác	35%
13	Mất ngón cái và một ngón khác	30%
14	Mất ngón trỏ và hai ngón khác	35%
15	Mất ngón trỏ và một ngón khác	25%
16	Mất ngón giữa và ngón đeo nhẫn	19%
17	Mất ngón giữa và ngón út	18%
18	Mất ngón đeo nhẫn và ngón út	18%
19	Mất trọn ngón cái và đốt bàn	25%
20	Mất trọn ngón cái	20%
21	Mất cả đốt ngoài của ngón cái	10%
22	Mất nửa đốt ngoài của ngón cái	07%
23	Mất trọn ngón trỏ và đốt bàn	20%
24	Mất trọn ngón trỏ	18%
25	Mất hai đốt 2 và 3 của ngón trỏ	10%
26	Mất đốt 3 của ngón trỏ	08%

27	Mất trọn ngón giữa hoặc ngón đeo nhẫn (bao gồm cả đốt bàn)	18%
28	Mất trọn ngón giữa hoặc ngón đeo nhẫn	15%
29	Mất hai đốt 2 và 3 của ngón giữa hoặc ngón đeo nhẫn	08%
30	Mất đốt 3 của ngón giữa hoặc ngón đeo nhẫn	04%
31	Mất cả ngón út và đốt bàn	15%
32	Mất trọn ngón út	10%
33	Mất hai đốt 2 và 3 của ngón út	08%
34	Mất đốt 3 của ngón út	04%
35	Cứng khớp bả vai	30%
36	Cứng khớp khuỷu tay	25%
37	Cứng khớp cổ tay	20%
38	Gãy tay can lệch hoặc mất xương làm chi ngắn trên 3cm và chức năng quay sấp ngửa hạn chế hoặc tạo thành khớp giả	25%
	CHI DƯỚI	
39	Mất một chân từ háng xuống (Tháo khớp không một đùi)	75%
40	Cắt cụt một đùi	
	- Cắt cụt một đùi 1/3 trên	70%
	- Cắt cụt một đùi 1/3 giữa hoặc dưới	55%
41	Cắt cụt một chân từ gối xuống (Tháo khớp gối)	60%
42	Tháo khớp cổ chân hoặc mất một bàn chân	55%
43	Mất xương sên	35%
44	Mất xương gót	35%
45	Mất đoạn xương chày, mác gây khớp giả căng chân	35%
46	Mất đoạn xương mác	20%
47	Mất mắt cá chân: Mất cá ngoài	10%
48	Mất mắt cá chân: Mất cá trong	15%
49	Mất cả năm ngón chân	45%
50	Mất bốn ngón chân bao gồm cả ngón cái	38%
51	Mất bốn ngón chân không bao gồm ngón cái	35%
52	Mất ba ngón chân không bao gồm ngón cái	25%
53	Mất ba ngón chân bao gồm cả ngón cái	30%
54	Mất một ngón cái và ngón 2	20%
55	Mất một ngón cái và một ngón khác (trừ ngón 2)	16%
56	Mất một ngón 2 và ngón khác (trừ ngón cái)	11%
57	Mất hai ngón 3 và 4; hoặc mất hai ngón 3 và 5; hoặc mất hai ngón 4 và 5	6%
58	Mất một ngón cái	15%
59	Mất một ngón ngoài ngón cái	10%
60	Mất một đốt ngoài của ngón cái	8%
61	Mất một đốt của ngón khác	1%
62	Mất hai đốt của ngón khác	2%

63	Cứng khớp hông	45%
64	Cứng khớp gối	30%
65	Mất phần lớn xương bánh chè và giới hạn nhiều khả năng duỗi cẳng chân trên đùi	45%
66	Gãy chân can lệch hoặc mất xương làm ngắn chi	
	Gãy chân can lệch hoặc mất xương làm ngắn chi: Ít nhất 5 cm	40%
	Gãy chân can lệch hoặc mất xương làm ngắn chi: Từ 3 cm đến 5 cm	35%
67	Liệt hoàn toàn dây thần kinh hông khoeo ngoài	35%
68	Liệt hoàn toàn dây thần kinh hông khoeo trong	25%
	CỘT SỐNG	
69	Cắt bỏ cung sau của một đốt sống	35%
70	Cắt bỏ cung sau của hai – ba đốt sống trở lên	45%
	SỌ NÃO	
71	Khuyết xương sọ (chưa có biểu hiện thần kinh, tâm thần) gây ra đau đầu kéo dài	35%
	LÒNG NGỰC	
72	Cắt bỏ một - hai xương sườn	15%
73	Cắt bỏ từ ba xương sườn trở lên	25%
74	Cắt bỏ đoạn mỗi xương sườn	08%
75	Cắt toàn bộ một bên phổi	70%
76	Cắt nhiều thùy phổi ở 2 bên, dung tích sống giảm trên 50%	65%
77	Cắt nhiều thùy phổi ở 1 bên	50%
78	Cắt một thùy phổi	35%
	BỤNG	
79	Cắt toàn bộ dạ dày	75%
80	Cắt đoạn dạ dày	50%
81	Cắt gần hết ruột non (còn lại dưới 1 m)	75%
82	Cắt đoạn ruột non	40%
83	Cắt toàn bộ đại tràng	75%
84	Cắt đoạn đại tràng	50%
85	Cắt bỏ gan phải đơn thuần	70%
86	Cắt bỏ gan trái đơn thuần	60%
87	Cắt phần thùy gan	40%
88	Cắt bỏ túi mật	45%
89	Cắt bỏ lá lách	40%
90	Cắt bỏ đuôi tụy, lách	60%
	CƠ QUAN TIẾT NIỆU, SINH DỤC	

91	Cắt bỏ một thận, thận còn lại bình thường	45%
92	Mất một bên tinh hoàn/ buồng trứng	11%
93	Mất cả hai bên tinh hoàn/ buồng trứng	36%
94	Mất hoàn toàn dương vật	41%
95	Cắt tử cung hoàn toàn	41%
96	Cắt bỏ một thận, thận còn lại bị thương hoặc bệnh lý	70%
97	Cắt một phần thận trái hoặc phải	30%
98	Cắt một phần bàng quang	27%
99	Mất dương vật và 2 tinh hoàn ở người	
	Mất dương vật và 2 tinh hoàn ở người: Dưới 55 tuổi chưa có con	70%
	Mất dương vật và 2 tinh hoàn ở người: Dưới 55 tuổi đã có con	55%
	Mất dương vật và 2 tinh hoàn ở người: Trên 55 tuổi	35%
100	Cắt bỏ dạ con và buồng trứng ở người	
	Cắt bỏ dạ con và buồng trứng ở người: Dưới 45 tuổi chưa có con	60%
	Cắt bỏ dạ con và buồng trứng ở người: Dưới 45 tuổi đã có con	30%
	Cắt bỏ dạ con và buồng trứng ở người: Trên 45 tuổi	25%
101	Cắt vú ở nữ:	
	Dưới 45 tuổi: một bên	20%
	Dưới 45 tuổi: hai bên	45%
	Trên 45 tuổi: một bên	15%
	Trên 45 tuổi: hai bên	30%
	MẮT	
102	Mất hoặc mù hoàn toàn một mắt và	
	- Không lắp được mắt giả	55%
	- Lắp được mắt giả	50%
103	Mất hoặc mù hoàn toàn một mắt nhưng trước khi xảy ra tai nạn này đã mất hoặc mù một mắt rồi	80%
	TAI – MŨI – HỌNG	
104	Điếc hai tai, hoàn toàn không phục hồi được	75%
105	Điếc hai tai Nặng (Nói to hoặc thét vào tai còn nghe được)	60%
106	Điếc hai tai Vừa (Nói to 1-2m còn nghe)	35%
107	Điếc hai tai Nhẹ (Nói to 2-4m còn nghe)	15%
108	Điếc một tai, hoàn toàn không phục hồi được	30%
109	Điếc một tai Nặng (Nói to hoặc thét vào tai còn nghe được)	20%
110	Điếc một tai Vừa (Nói to 1-2m còn nghe)	15%
111	Điếc một tai Nhẹ (Nói to 2-4m còn nghe)	08%
112	Mất vành tai hai bên	20%
113	Mất vành tai một bên	10%
114	Mất hoàn toàn mũi	18%

	MẮT	
115	Mất toàn bộ xương hàm trên và một phần xương hàm dưới từ cạnh cao trở xuống:	
	- Khác bên	80%
	- Cùng bên	70%
116	Mất toàn bộ xương hàm trên hoặc dưới	70%
117	Mất một phần xương hàm trên hoặc một phần xương hàm dưới từ 1/3 đến 1/2 bị mất từ cạnh cao trở xuống	35%
118	Mất 3/4 lưỡi, còn gốc lưỡi (từ đường gai V trở ra)	75%
119	Mất 2/3 lưỡi từ đầu lưỡi	50%
120	Mất 1/3 lưỡi ảnh hưởng đến phát âm	15%
121	Mất một phần nhỏ lưỡi (dưới 1/3) ảnh hưởng đến phát âm	10%

Nguyên tắc xét trả tiền bảo hiểm:

a) Trường hợp có nhiều thương tật ở cùng một bộ phận cơ thể, tổng số tiền trả cho các thương tật không được vượt quá tỷ lệ mất bộ phận cơ thể đó.

b) Trường hợp Người được bảo hiểm bị một thương tật vĩnh viễn mà thương tật vĩnh viễn này được liệt kê trong nhiều quyền lợi chi trả khác nhau, thì mức chi trả cho phần thương tật nằm trong hạng mục nào cao hơn (hoặc cao nhất) sẽ được áp dụng. Nếu quyền lợi bảo hiểm đã được chi trả cho việc mất toàn bộ bộ phận cơ thể, thì sẽ không còn quyền lợi chi trả cho việc mất một phần của bộ phận cơ thể đó nữa.

c) Trường hợp hậu quả của tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm bị trầm trọng hơn do bệnh tật có sẵn của Người được bảo hiểm, hoặc điều trị thương tật thân thể không kịp thời và không theo chỉ dẫn của cơ sở y tế thì Công ty bảo hiểm chỉ xem xét trả tiền bảo hiểm như đối với loại thương tật tương tự ở người có sức khỏe bình thường được điều trị một cách hợp lý.

BẢNG QUYỀN LỢI BẢO HIỂM - BẢO HIỂM SỨC KHỎE KHÁCH HÀNG DOANH NGHIỆP (Ban hành theo Quyết định số 6028/QĐ-BHBV/ ngày 27/06/2025 của Tổng Giám đốc Tổng công ty Bảo hiểm Bảo Việt) (Bắt buộc tham gia ít nhất 02 quyền lợi bảo hiểm chính trong đó phải có quyền lợi Điều trị nội trú)	
NỘI DUNG QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	MỨC TRÁCH NHIỆM (MTN) đơn vị tính: Việt Nam đồng
I. Bảo hiểm Sinh mạng Từ vong, thương tật toàn bộ vĩnh viễn do mọi nguyên nhân (loại trừ nguyên nhân tai nạn và các điểm loại trừ)	Theo số tiền bảo hiểm (STBH) lựa chọn tối đa không quá 6.600.000.000, hoặc theo tháng lương MTN/người/năm
1. Từ vong	100% số tiền bảo hiểm
2. Thương tật toàn bộ vĩnh viễn	100% số tiền bảo hiểm
II. Từ vong, thương tật vĩnh viễn do tai nạn	Theo số tiền bảo hiểm lựa chọn hoặc theo tháng lương MTN/người/năm
1. Từ vong	100% số tiền bảo hiểm
2. Thương tật toàn bộ vĩnh viễn	100% số tiền bảo hiểm
3. Thương tật bộ phận vĩnh viễn	% số tiền bảo hiểm theo Bảng tỷ lệ trả tiền từ vong/thương tật vĩnh viễn
III. Chi phí y tế do tai nạn	Theo số tiền bảo hiểm lựa chọn từ 20.000.000 - 1.000.000.000 MTN/người/năm
Bao gồm chi phí điều trị y tế nội/ngoại trú, thuốc men, vật tư y tế cần thiết theo chỉ định của bác sĩ, dịch vụ vận chuyển cấp cứu (loại trừ đường hàng không và dịch vụ công ty cứu trợ) phát sinh do việc điều trị tổn thương thân thể do tai nạn	Theo chi phí thực tế, hợp lý, không vượt quá số tiền bảo hiểm
IV. Điều trị nội trú do bệnh, thai sản Mức trách nhiệm tối đa/năm và theo các giới hạn phụ sau:	Số tiền bảo hiểm từ 120.000.000 - 1.800.000.000
	MTN phụ/người/năm = Mức trách nhiệm 1. Nằm viện = Mức trách nhiệm 2. Phẫu thuật = STBH/3 (gọi chung là MTN phụ)
1. Nằm viện do bệnh, sinh thường, sinh mổ, biến chứng thai sản (Tối đa 60 ngày/năm) Chi phí y tế phát sinh cần thiết và hợp lý theo chỉ định của bác sĩ trong thời gian nằm viện, bao gồm cả điều trị trong ngày: - Chi phí phòng và giường, suất ăn theo tiêu chuẩn phòng tại bệnh viện. - Chi phí phòng chăm sóc đặc biệt (ICU (Intensive Care Unit), HDU (High Dependency Unit), CCU (Coronary Care Unit)) và phòng mang tính chất tương tự, điều trị cấp cứu. - Chi phí máu, oxy, huyết tương/huyết thanh. - Chi phí thuốc và dược phẩm sử dụng trong khi nằm viện. - Chi phí băng, nẹp bột. - Chi phí tiêm truyền tĩnh mạch. - Chi phí xét nghiệm hoặc chẩn đoán bằng hình ảnh như X-quang, MRI, CT, PET, siêu âm, nội soi và tương tự. Các xét nghiệm này phải do bác sĩ chỉ định là cần thiết để đánh giá tình trạng bệnh và là một phần của chi phí nằm viện điều trị. - Chi phí đồ đạc. - Các chi phí y tế liên quan khác.	Giới hạn/ngày nằm viện = 5% MTN phụ và không quá MTN phụ/người/năm (Đối với KH dưới 100 nhân viên: Tại bệnh viện tư, bệnh viện quốc tế, khoa tự nguyện/khoa điều trị theo yêu cầu/khoa dịch vụ/khoa quốc tế tại bệnh viện công: tiền giường phòng/ngày: tối đa 3% MTN phụ)
2. Phẫu thuật do bệnh, sinh mổ, biến chứng thai sản - Chi phí phẫu thuật/thủ thuật điều trị. Danh mục thủ thuật được quy định trong Bảng phân loại thủ thuật, phẫu thuật hiện hành của Bộ Y tế. - Chi phí thuốc, vật tư y tế dùng trong phẫu thuật. - Các thiết bị cần thiết và hợp lý theo chỉ định của bác sĩ mà không bị loại trừ bảo hiểm; - Chi phí phòng mổ, phẫu thuật viên, các chi phí gây mê. - Các chi phí hội chẩn trước khi mổ và hồi sức sau khi mổ, chi phí tái mổ. - Chi phí cấy ghép nội tạng (không bao gồm các chi phí mua, vận chuyển, bảo quản cơ quan cấy ghép và toàn bộ các chi phí phát sinh cho người hiến bộ phận cơ thể). - Các chi phí y tế khác cho ca phẫu thuật/thủ thuật điều trị.	Giới hạn/người/năm: Chi phí thực tế, tối đa đến MTN phụ
3. Chi phí khám trước khi nhập viện (1 lần khám duy nhất trong vòng 30 ngày trước khi nhập viện)	Giới hạn/người/năm: 5% MTN phụ
4. Chi phí tái khám sau khi xuất viện (trong vòng 30 ngày kể từ ngày xuất viện)	Giới hạn/người/năm: 5% MTN phụ
5. Chi phí y tá chăm sóc tại nhà ngay sau khi xuất viện (tối đa 30 ngày/năm)	Giới hạn/người/năm: 5% MTN phụ
6. Trợ cấp nằm viện (tối đa 60 ngày/ năm) Chỉ áp dụng 1 trong 3 loại trợ cấp dưới đây	
a. Trợ cấp nằm viện tại bệnh viện tư, bệnh viện quốc tế, khoa điều trị tự nguyện/khoa điều trị theo yêu cầu/khoa dịch vụ/khoa quốc tế của bệnh viện công	Giới hạn/người/ngày: 0,1% MTN phụ
b. Trợ cấp nằm viện tại bệnh viện công (loại trừ khoa điều trị tự nguyện/khoa điều trị theo yêu cầu/khoa dịch vụ/khoa quốc tế của bệnh viện công)	Giới hạn/người/ngày: 0,2% MTN phụ
c. Trợ cấp nằm viện tại bệnh viện công với điều kiện bảo hiểm y tế Nhà nước chi trả từ 60% tổng chi phí trở lên. (loại trừ khoa điều trị tự nguyện/khoa điều trị theo yêu cầu/khoa dịch vụ/khoa quốc tế của bệnh viện công)	Giới hạn/người/ngày: 0,3% MTN phụ
7. Trợ cấp bổ sung tại bệnh viện công:	
7.1. Trợ cấp sinh con tại Bệnh viện công (loại trừ khoa tự nguyện, khoa điều trị theo yêu cầu, khoa dịch vụ, khoa quốc tế của bệnh viện công)	Sinh thường: 1.000.000/người/năm Sinh mổ: 2.000.000/người/năm
7.2. Trợ cấp phẫu thuật nội trú cho trường hợp bệnh sử dụng thẻ BHYT bắt buộc tại bệnh viện công, đã được BHYT chi trả tối thiểu 60% tổng chi phí khám chữa bệnh	2.000.000/người/năm
8. Phục hồi chức năng	Giới hạn/người/năm: 10% MTN phụ
9. Dịch vụ xe cứu thương (không bao gồm đường hàng không và dịch vụ công ty cứu trợ)	Giới hạn/người/năm: Tối đa MTN phụ
10. Trợ cấp mai táng (từ vong khi nằm viện)	2.000.000/vụ
11. Chi phí dưỡng nhi/chăm sóc trẻ sơ sinh: Là những chi phí bao gồm nhưng không giới hạn ở các chi phí thuốc dưỡng nhi, xét nghiệm dưỡng nhi, chi phí vệ sinh em bé tại bệnh viện ngay sau khi sinh với điều kiện người mẹ chưa xuất viện (không bao gồm bệnh bẩm sinh và vắc xin)	Giới hạn/người/năm: 1% MTN phụ
12. Quyền lợi thai sản (sinh con và biến chứng thai sản)	
- Sinh thường - Sinh mổ - Biến chứng thai sản	Chi trả theo giới hạn phụ 1, hạn mức/ngày nằm viện, giới hạn phụ 2, phẫu thuật, giới hạn phụ 3, chi phí khám trước khi nhập viện phía trên, tối đa quyền lợi thai sản/năm: 50% MTN phụ
V. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM BỔ SUNG	
1. Điều trị ngoại trú do bệnh, thai sản, điều trị răng Mức trách nhiệm tối đa/năm và theo các giới hạn phụ sau:	Số tiền bảo hiểm từ 4.000.000 - 30.000.000 MTN/người/năm

1.1. Điều trị ngoại trú do bệnh: - Chi phí khám bệnh, tiền thuốc theo kê đơn của bác sĩ, chi phí cho các xét nghiệm, chụp X-quang, siêu âm, chẩn đoán hình ảnh trong việc điều trị bệnh thuộc phạm vi bảo hiểm. - Chi phí phẫu thuật/thủ thuật ngoại trú và trong ngày (không phát sinh chi phí tiền giường/phòng). - Nội soi/thủ thuật (bao gồm nội trú, trong ngày hoặc ngoại trú) chỉ nhằm mục đích chẩn đoán bệnh mà không điều trị. - Biến chứng thai sản ngoại trú 500,000/năm	Giới hạn cho 1 lần khám và điều trị: 20% STBH Không giới hạn số lần khám/năm	
1.2. Điều trị bằng các phương pháp vật lý trị liệu, trị liệu học bức xạ, nhiệt, cấy chỉ, liệu pháp ánh sáng, và các phương pháp điều trị khác tương tự do bác sĩ chỉ định.	Giới hạn/người/ngày: 2% STBH Tối đa 60 ngày/năm	
1.3. Điều trị răng cơ bản bao gồm: - Khám, chụp X-quang; - Viêm nướu (lợi), nha chu; - Trám răng bằng chất liệu thông thường như amalgam, composite, fuji hoặc chất liệu tương tự; - Điều trị tủy răng; - Cạo vôi răng (lấy cao răng) 500,000/năm; - Nhổ răng bệnh lý (bao gồm tiểu phẫu, phẫu thuật).	Giới hạn/người/năm: 20% STBH	
1.4. Khám thai định kỳ bao gồm các chi phí:: - Chi phí khám; - Siêu âm; - Xét nghiệm nước tiểu liên quan đến thai kỳ; - Xét nghiệm công thức máu; - Thuốc theo chỉ định của bác sĩ.	Giới hạn/người/năm: 5% STBH	
2. Chăm sóc răng toàn diện, bao gồm: - Cạo vôi răng (2 lần/năm); - Nhổ răng bệnh lý cần phẫu thuật; - Lấy chân răng; - Lấy u vôi răng (lấy vôi răng sâu dưới nướu); - Phẫu thuật cắt chóp (phẫu thuật lấy đỉnh chân răng); Khi Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi bảo hiểm này, các chi phí Điều trị răng cơ bản dưới Quyền lợi điều trị Ngoại trú sẽ không được áp dụng. Các chi phí điều trị răng sau đây không được bảo hiểm theo quyền lợi bảo hiểm này: - Răng giả (sửa, làm mới, chữa hay thay răng giả); - Chính hình răng hàm mặt thẩm mỹ; - Tổn thương răng, trồng răng giả do hậu quả của tai nạn; - Các điểm loại trừ khác trong quy tắc bảo hiểm.	Giới hạn/người/năm: 3.000.000 - 20.000.000/năm	
3. Trợ cấp mất giảm thu nhập/trợ cấp lương trong thời gian nghỉ điều trị do tai nạn và/hoặc ốm bệnh Mức trách nhiệm tối đa/người/năm	Theo số tiền bảo hiểm lựa chọn tối đa không quá 1.000.000.000/năm, hoặc theo tháng lương MTN/người/năm	
3.1. Trợ cấp mất giảm thu nhập/trợ cấp lương trong thời gian nghỉ điều trị nội trú và/hoặc ngoại trú do tai nạn theo chỉ định của bác sĩ điều trị (tối đa 180 ngày/năm)	Trợ cấp/ngày = Số tiền bảo hiểm/Tổng số ngày	
3.2. Trợ cấp mất giảm thu nhập/trợ cấp lương trong thời gian nghỉ điều trị nội trú do ốm bệnh (không áp dụng cho thai sản) theo chỉ định của bác sĩ điều trị (tối đa 180 ngày/năm)	Trợ cấp/ngày = Số tiền bảo hiểm/Tổng số ngày	
Ghi chú chung với tất cả các quyền lợi bảo hiểm: (*) Trong mọi trường hợp, số tiền chi trả bảo hiểm tối đa không vượt quá Số tiền bảo hiểm. (**) Tại các Cơ sở y tế (CSYT) Y học cổ truyền, CSYT Vật lý trị liệu, CSYT Phục hồi chức năng: Quyền lợi Trợ cấp nằm viện và quyền lợi Trợ cấp mất giảm thu nhập trong thời gian nghỉ điều trị do tai nạn/ốm bệnh (nếu có) chỉ áp dụng tối đa 05 ngày/đợt nằm viện, không quá 03 đợt nằm viện/năm trừ trường hợp có thỏa thuận khác trong hợp đồng bảo hiểm.		

1