

Số: 1659/2025/QĐ-BSH-BHCN

Hà Nội, ngày 01 tháng 07 năm 2025

QUYẾT ĐỊNH

V/v Ban hành Quy tắc Bảo hiểm Sức khỏe

TỔNG GIÁM ĐỐC

TỔNG CÔNG TY CỔ PHẦN BẢO HIỂM SÀI GÒN - HÀ NỘI

- Căn cứ Giấy phép thành lập và hoạt động số 56/GP/KDBH ngày 10 tháng 12 năm 2008 và các Giấy phép điều chỉnh của Bộ Tài chính đối với Tổng Công ty Cổ phần Bảo hiểm Sài Gòn - Hà Nội;
- Căn cứ Điều lệ tổ chức và hoạt động của Tổng Công ty Cổ phần Bảo hiểm Sài Gòn - Hà Nội;
- Căn cứ công văn số 9327/BTC-QLBH ngày 26/06/2025 của Bộ Tài chính v/v chấp thuận phương pháp, cơ sở tính phí sản phẩm Bảo hiểm sức khỏe toàn diện của Tổng Công ty Cổ phần Bảo hiểm Sài Gòn - Hà Nội;
- Theo đề nghị của Ban Bảo hiểm Con người;

QUYẾT ĐỊNH

- Điều 1:** Ban hành kèm theo Quyết định này Quy tắc Bảo hiểm sức khỏe;
- Điều 2:** Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày 01/07/2025 và được áp dụng thống nhất toàn hệ thống Tổng Công ty Cổ phần Bảo hiểm Sài Gòn – Hà Nội;
- Điều 3:** Các Phó Tổng Giám đốc, Kế toán trưởng, Giám đốc Ban Bảo hiểm con người, các Ban chức năng liên quan thuộc Trụ sở chính, Giám đốc, Phó Giám đốc các Đơn vị thành viên, Trung tâm Kinh doanh và các cá nhân có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:

- Như điều 3;
- HĐQT, BKS (để b/c);
- Ban điều hành;
- Lưu VT, Ban BHCN.

TỔNG GIÁM ĐỐC



Đoàn Kiên

QUY TẮC BẢO HIỂM SỨC KHOẺ

(Quyết định ban hành số 1659/2025/QĐ-BSH-BHCN ngày 01/07/2025 của
Tổng giám đốc Tổng Công ty Cổ phần Bảo hiểm Sài Gòn – Hà Nội theo công văn phê chuẩn số
9327/BTC-QLBH ngày 26/06/2025 của Bộ Tài chính)



A handwritten signature in blue ink is located in the bottom right corner of the page.

QUY TẮC BẢO HIỂM SỨC KHOẺ

(Quyết định ban hành số 1659/2025/QĐ-BSH-BHCN ngày 01/07/2025 của BSH)

MỤC LỤC

PHẦN I. QUY ĐỊNH CHUNG	3
Điều 1. Định nghĩa	3
Điều 2. Đối tượng tham gia bảo hiểm	12
Điều 3. Hợp đồng bảo hiểm	13
Điều 4. Quy tắc bảo hiểm - Thời hạn bảo hiểm – Thời gian chờ	15
PHẦN II. PHẠM VI VÀ QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	16
Điều 5. Phạm vi bảo hiểm	16
Điều 6. Quyền lợi bảo hiểm Tai nạn	17
Điều 7. Quyền lợi bảo hiểm Ốm bệnh	19
Điều 8. Quyền lợi bảo hiểm Thai sản	20
Điều 9. Quyền lợi bảo hiểm bổ sung	22
PHẦN III. SỐ TIỀN BẢO HIỂM VÀ PHÍ BẢO HIỂM	22
Điều 10. Số tiền bảo hiểm	22
Điều 11. Phí bảo hiểm	22
PHẦN IV. LOẠI TRỪ BẢO HIỂM	23
Điều 12. Loại trừ bảo hiểm	23
PHẦN V. BỒI THƯỜNG/TRẢ TIỀN BẢO HIỂM	27
Điều 13. Thời hạn thông báo, nộp hồ sơ yêu cầu bồi thường/trả tiền bảo hiểm	27
Điều 14. Thời hạn bồi thường/trả tiền bảo hiểm	27
Điều 15. Xác minh	27
Điều 16. Hồ sơ yêu cầu bồi thường/trả tiền bảo hiểm	28
PHẦN VI. QUYỀN & NGHĨA VỤ CỦA CÁC BÊN	29
Điều 17. Quyền và nghĩa vụ của BMBH/NĐBH	29
Điều 18. Quyền và nghĩa vụ của Công ty bảo hiểm	30
PHẦN VII. GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP	31
Điều 19. Luật áp dụng	31
Điều 20. Giải quyết tranh chấp	31
Điều 21. Thời hiệu khởi kiện	31

PHẦN I. QUY ĐỊNH CHUNG

Điều 1. Định nghĩa

Trong Quy tắc bảo hiểm này, những từ ngữ được định nghĩa như dưới đây đồng thời được viết hoa từ đầu tiên sẽ được hiểu giống nhau trong toàn bộ văn bản.

1. **Công ty bảo hiểm** là Tổng công ty cổ phần Bảo hiểm Sài Gòn – Hà Nội và các Công ty/Chi nhánh trực thuộc Tổng công ty cổ phần Bảo hiểm Sài Gòn – Hà Nội, sau đây gọi tắt là BSH.
2. **Bên mua bảo hiểm (BMBH)** là tổ chức, cá nhân giao kết Hợp đồng bảo hiểm với Công ty bảo hiểm và đóng phí bảo hiểm. BMBH phải có quyền lợi có thể được bảo hiểm với Người được bảo hiểm và tối thiểu từ đủ 18 tuổi trở lên.
3. **Người được bảo hiểm (NĐBH)** là cá nhân có tính mạng, sức khỏe được bảo hiểm và được thể hiện trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm (GCNBH).
4. **Người thụ hưởng** là tổ chức, cá nhân được BMBH hoặc NĐBH chỉ định nhận tiền bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm. Trường hợp BMBH, NĐBH không chỉ định người thụ hưởng thì người thụ hưởng được xác định là người thừa kế theo quy định của pháp luật.
5. **Sự kiện bảo hiểm** là sự kiện khách quan do các bên thỏa thuận hoặc pháp luật quy định mà khi sự kiện đó xảy ra thì Công ty bảo hiểm phải bồi thường, trả tiền bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm. Với mỗi Quy tắc bảo hiểm cụ thể, Sự kiện bảo hiểm được nêu trong mục phạm vi bảo hiểm.
6. **Số tiền bảo hiểm** là giới hạn trách nhiệm tối đa của Công ty bảo hiểm sẽ chi trả cho NĐBH/Người thụ hưởng khi xảy ra Sự kiện bảo hiểm. Số tiền bảo hiểm sẽ được ghi trên Hợp đồng bảo hiểm/GCNBH.
7. **Nhân viên** là thành viên của một công ty, tổ chức, có hợp đồng lao động hoặc hợp đồng thuê việc hoặc các thỏa thuận lao động được pháp luật Việt Nam công nhận với công ty, tổ chức đó.
8. **Người thân của NĐBH** là vợ hoặc chồng, cha/mẹ đẻ hoặc cha/mẹ vợ hoặc chồng của NĐBH, các con hợp pháp của NĐBH. Con của NĐBH có độ tuổi từ 15 ngày tuổi đến 18 tuổi hoặc đến 23 tuổi nếu đang theo học các khóa dài hạn và chưa kết hôn, kể từ ngày có bắt đầu thời hạn bảo hiểm hoặc ngày tái tục bảo hiểm. Tất cả người thân của NĐBH phải có tên trong danh sách yêu cầu bảo hiểm.
9. **Tuổi** là tuổi của NĐBH tính từ ngày sinh đến ngày sinh nhật liền trước với Thời điểm bắt đầu bảo hiểm. Trường hợp trong tháng không có ngày sinh nhật của NĐBH thì ngày cuối cùng của tháng sẽ được coi là ngày sinh nhật của NĐBH của năm đó.



10. **Thể thao chuyên nghiệp** là các hoạt động trong đó NĐBH lấy huấn luyện, biểu diễn, thi đấu thể thao là nghề nghiệp chính của mình và được hưởng lương.
11. **Thể thao nguy hiểm** là các hoạt động trên không (trừ khi đi lại bằng đường hàng không theo hành trình cố định), 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 hoặc các hoạt động có tính chất tương tự khác (không bao gồm các cuộc đua mang tính chất từ thiện, phong trào hoặc các cuộc đua mang tính chất nội bộ do công ty tổ chức).
12. **Tai nạn** là sự kiện bất ngờ gây ra bởi một tác nhân từ bên ngoài, hữu hình, không lường trước, ngoài tầm kiểm soát của NĐBH tác động lên thân thể của NĐBH và là nguyên nhân trực tiếp, duy nhất làm cho NĐBH tử vong hoặc thương tật thân thể. Tai nạn loại trừ bất cứ quá trình nào xảy ra do bệnh tật, thoái hoá hoặc sự lão hóa tự nhiên.
13. **Thời gian chờ** là thời gian mà các quyền lợi bảo hiểm không được chi trả bảo hiểm, bao gồm điều trị phát sinh trong thời gian chờ và kéo dài ngoài thời gian chờ.
- Thời gian chờ được tính kể từ Thời điểm bắt đầu bảo hiểm đến hết thời gian chờ được quy định cho từng rủi ro. Đối với các Hợp đồng bảo hiểm tái tục, Thời gian chờ được tính từ Thời điểm bắt đầu bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm đầu tiên. Thời gian chờ được quy định cụ thể tại Hợp đồng bảo hiểm/GCNBH.
14. **Cơ sở y tế/Bệnh viện** là cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã được cơ quan Nhà nước có thẩm quyền cấp giấy phép hoạt động hợp pháp trong đó:
- Cung cấp dịch vụ khám bệnh, chẩn đoán, điều trị và phẫu thuật;
 - Có điều kiện thuận lợi cho việc điều trị nội trú và có hệ thống theo dõi sức khỏe hàng ngày cho bệnh nhân điều trị nội trú;
 - Không phải là nơi để nghỉ ngơi hoặc điều dưỡng, phục hồi sức khỏe, spa, suối khoáng, thẩm mỹ, massage, xông hơi hay là nơi dành riêng phục vụ người già hoặc để cai nghiện rượu, ma túy, thuốc phiện, các chất kích thích hoặc điều trị rối loạn tâm thần hoặc các cơ sở có tính chất tương đương.
 - Đối với các chương trình bảo hiểm có quyền lợi trợ cấp nằm viện, Công ty bảo hiểm sẽ không trợ cấp nằm viện đối với việc Điều trị y tế tại các Cơ sở y tế/Bệnh viện không có chức năng điều trị nội trú.
15. **Phạm vi địa lý:** là phạm vi địa lý được bảo hiểm. Theo Quy tắc bảo hiểm này, phạm vi địa lý được bảo hiểm mặc định là lãnh thổ nước Cộng hoà Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam trừ trường hợp Công ty bảo hiểm có thỏa thuận khác bằng văn bản.
16. **Bệnh viện công lập** là Bệnh viện do Cơ quan nhà nước có thẩm quyền thành lập và quản lý theo quy định pháp luật, có tư cách pháp nhân, con dấu và chịu sự quản lý nhà nước trong lĩnh vực chuyên môn khám chữa bệnh.

17. **Bệnh viện ngoài công lập** là các cơ sở y tế được thành lập và sở hữu bởi tư nhân hoặc các tổ chức phi nhà nước, hoạt động theo các quy định của pháp luật và chịu sự quản lý, giám sát của nhà nước về chuyên môn y tế, chất lượng dịch vụ và an toàn cho người bệnh.
18. **Mạng lưới bảo lãnh viện phí** Là hệ thống Cơ sở y tế có ký kết thỏa thuận cung cấp dịch vụ bảo lãnh với Công ty bảo hiểm. Công ty bảo hiểm sẽ xem xét và thực hiện bảo lãnh chi phí y tế cho NDBH khi khám/điều trị tại các Cơ sở y tế này phù hợp với các quyền lợi của Hợp đồng bảo hiểm. Mạng lưới bảo lãnh viện phí sẽ được đính kèm trong Hợp đồng bảo hiểm/GCNBH.
19. **Bác sĩ** là người được cấp bằng bác sĩ và có giấy phép hành nghề hợp pháp, được pháp luật Việt Nam công nhận và người đó đang thực hành việc điều trị, hành nghề trong phạm vi giấy phép được cấp và trong phạm vi đào tạo chuyên ngành của mình. Bác sĩ không bao gồm những người sau đây:
- BMBH, NDBH;
 - Thành viên gia đình của NDBH hoặc BMBH (ông nội, bà nội, ông ngoại, bà ngoại, bố đẻ, mẹ đẻ, bố/mẹ vợ, bố/mẹ chồng, bố/mẹ nuôi hợp pháp, vợ, chồng, con đẻ, con nuôi hợp pháp, anh/chị/em ruột).
20. **Ôm bệnh** 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 và phải Điều trị y tế theo chỉ định của Bác sĩ. Ôm bệnh không bao gồm bất cứ tình trạng Thai sản/nha khoa/Tai nạn nào.
21. **Chi phí giường/phòng:** là chi phí giường hoặc phòng khi NDBH điều trị Ôm bệnh hoặc Thương tật tại Cơ sở y tế. Công ty bảo hiểm chi trả chi phí giường/phòng theo chi phí thực tế và theo giới hạn tiền phòng tiêu chuẩn. Chi phí phòng tiêu chuẩn là chi phí phòng đơn có giá thấp nhất tại Cơ sở y tế.
- Trường hợp NDBH điều trị tại phòng bao, phòng VIP, phòng chăm sóc đặc biệt hoặc các phòng có tính chất tương đương thì Công ty bảo hiểm sẽ chi trả đến giới hạn chi phí phòng tiêu chuẩn và không vượt quá giới hạn quyền lợi này trong Hợp đồng bảo hiểm/GCNBH. Trừ khi có thỏa thuận khác bằng văn bản.
22. **Giường bệnh**
- Là giường chuyên dụng dùng cho người bệnh điều trị y tế tại các Cơ sở y tế không bao gồm giường cho người trực, giường phòng khám, giường cho người nhà, giường cho người chăm sóc.
23. **Phẫu thuật** là một phương pháp y khoa dùng để điều trị Tai nạn, Ôm bệnh, Thai sản, Biến chứng Thai sản thuộc phạm vi bảo hiểm được thực hiện bởi những phẫu thuật viên có bằng cấp thông qua những ca mổ bằng tay với các dụng cụ y tế và/ hoặc bằng các thiết bị y tế tại Cơ sở y tế bao gồm nhưng không giới hạn bởi phẫu thuật nội soi, phẫu thuật bằng tia laser.

24. **Thủ thuật** là các phương pháp y khoa dùng để Điều trị y tế nhưng không phải phẫu thuật. Thủ thuật được quy chiếu theo danh mục thủ thuật của cơ quan chức năng và không bao gồm các thủ thuật chẩn đoán bệnh.
25. **Điều trị y tế** là việc NĐBH nằm viện và/hoặc phẫu thuật/chữa trị tình trạng Ốm bệnh/Thương tật/Thai sản/Nha khoa hoặc chỉ để chữa trị tình trạng Ốm bệnh/Thương tật/Thai sản/Nha khoa tại các Cơ sở y tế và phải có kết luận bệnh/thương tật và/hoặc chỉ định điều trị của Bác sĩ và điều trị.
26. **Chi phí y tế** là những chi phí cần thiết về mặt y tế, theo chỉ định của Bác sĩ để Điều trị y tế với điều kiện những chi phí đó phải là chi phí thông lệ, hợp lý. Theo Quy tắc bảo hiểm này, Chi phí y tế không bao gồm các chi phí khám, điều trị mang tính chất thẩm mỹ hoặc chi phí điều trị theo yêu cầu của NĐBH hoặc các chi phí theo chỉ định của Bác sĩ mang tính chất kiểm tra, tầm soát Ốm bệnh/Thương tật hoặc Cận lâm sàng (xét nghiệm/chẩn đoán hình ảnh/siêu âm) có kết quả bình thường.
27. **Chi phí thông lệ và hợp lý** là những chi phí y tế cần thiết không vượt quá mức chi phí thông thường của 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 tương tự.
28. **Nằm viện/Điều trị nội trú** là việc NĐBH phải làm thủ tục nhập viện để chữa trị tình trạng Ốm bệnh/Thương tật tại Bệnh viện theo chỉ định của Bác sĩ liên tục ít nhất hai mươi tư (24) giờ và phải có giấy ra viện (hoặc giấy tờ tương đương) do Bệnh viện cấp. Số ngày nằm viện được tính bằng (=) ngày ra (xuất) viện trừ (-) ngày vào (nhập) viện hoặc được tính bằng số ngày nằm viện được ghi trên Giấy ra viện (trường hợp Giấy ra viện ghi cụ thể số ngày nằm viện) hoặc bằng (=) kết quả của số giờ nằm viện chia (:) hai mươi tư (24) giờ, hoặc theo số ngày giường ghi trên Bảng kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh tùy số ngày nào ít hơn.
29. **Bảng quyền lợi bảo hiểm:** là bảng quy định quyền lợi bảo hiểm, giới hạn chi trả được nêu trong Hợp đồng bảo hiểm/GCNBH thể hiện mức giới hạn tối đa ứng với từng quyền lợi bảo hiểm mà Công ty bảo hiểm chi trả cho NĐBH.
30. **Bệnh đặc biệt** là những bệnh sau đây:
- Bệnh ung thư, u bướu các loại;
 - Các bệnh viêm hệ thần kinh trung ương (não), rối loạn vận động, Parkinson, Alzheimer, hội chứng Apalic/mất trí nhớ, động kinh, bại não hoặc hội chứng liệt, các hội chứng liệt, teo cơ cột sống và hội chứng liên quan;
 - Bệnh hô hấp bao gồm suy hô hấp mãn tính, vẹo vách ngăn, bệnh viêm VA/Amydan hoặc viêm VA/Amydan cần phải phẫu thuật, viêm xoang mãn tính, viêm/giãn phế

quản, hen/hen suyễn, suy phổi, tràn khí/dịch phổi, phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD), lao/sốt rét;

- d. Bệnh tim, tăng/cao huyết áp, tăng áp lực động mạch vô căn, các bệnh mạch máu não/dột quy và các hậu quả/di chứng của bệnh này;
- e. Bệnh viêm gan A, B, C, xơ gan, suy gan, sỏi mật, trĩ, loét dạ dày;
- f. Bệnh của cầu thận, ống thận, sỏi thận và niệu quản, sỏi đường tiết niệu dưới, suy thận hoặc viêm thận, chạy thận nhân tạo;
- g. Bệnh rối loạn tuyến giáp, bệnh tiểu đường, rối loạn nội tiết tuyến tụy, suy tụy/tuyến thượng thận, rối loạn các tuyến nội tiết khác;
- h. Bệnh của máu: Rối loạn đông máu, rối loạn chức năng của bạch cầu đa trung tính, bệnh bạch huyết, suy tủy/ghép tủy;
- i. Bệnh của da và mô liên kết: Bệnh Lupus ban đỏ, xơ cứng bì toàn thân, xơ cứng rải rác, xơ cứng biểu bì tiến triển/cột bên teo cơ, loạn dưỡng cơ và biến chứng của các bệnh này, Penphigus, vẩy nến, mề đay dị ứng mãn (có điều trị bằng kháng nguyên của nước ngoài);
- j. Bệnh xương khớp: Viêm khớp, thấp khớp, khô khớp, viêm xương, giảm/loãng xương, thoái hoá xương/khớp do bệnh lý
- k. Các bệnh khác gồm: các loại gai/sỏi/sạn/vôi hoá, xơ hoá các bộ phận cơ thể.

31. Bệnh có sẵn/thương tật có sẵn là bệnh hoặc thương tật có từ trước Thời điểm bắt đầu bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm hoặc trước Thời điểm bắt đầu bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm năm đầu tiên đối với Hợp đồng bảo hiểm tái tục và là bệnh hoặc thương tật mà NDBH:

- Đã phải điều trị trong vòng ba (3) năm trước Thời điểm bắt đầu bảo hiểm hoặc trước Thời điểm bắt đầu bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm năm đầu tiên đối với Hợp đồng bảo hiểm tái tục; hoặc
- Là bất cứ tình trạng sức khỏe đã được chẩn đoán; triệu chứng bệnh hoặc thương tật đã xảy ra hoặc đã xuất hiện trước ngày ký hợp đồng mà NDBH đã biết hoặc ý thức được cho dù NDBH có thực sự khám, điều trị hay không.

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

32. Bệnh mãn/mạn tính

Là tình trạng bệnh xảy ra từ từ, kéo dài, tiến triển chậm, hay tái phát, thời gian điều trị lâu dài nhưng khó hoặc không có khả năng chữa khỏi bệnh hoàn toàn và thể hiện ở chẩn đoán của Bác sĩ.



33. **Biến chứng thai sản**

Biến chứng thai sản là các biến chứng phát sinh trong quá trình mang thai, hoặc trong quá trình sinh con cần đến các thủ thuật sản khoa 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 trứng;
- Thai ngoài tử cung;
- Băng huyết sau khi sinh;
- Sốt nhau thai trong tử cung sau khi sinh;
- Phá thai do các bệnh lý di truyền/dị tật bẩm sinh của thai nhi hoặc phải chấm dứt thai kỳ để bảo vệ tính mạng của người mẹ theo chỉ định của bác sĩ;
- Doạ sinh non đối với thai từ tuần thứ 22 đến trước tuần 37 của thai kỳ;
- Nhiễm trùng hậu sản, sản giật, băng huyết sau khi sinh;
- Biến chứng của các nguyên nhân trên.
- Biến chứng thai sản không bao gồm việc kiểm tra/hỗ trợ thai sản trong thời gian mang thai trừ trường hợp Hợp đồng bảo hiểm có mở rộng cho quyền lợi này hoặc bất kỳ việc điều trị hoặc bất thường của việc điều trị do yêu cầu/kế hoạch hoá của NDBH/người thụ hưởng bảo hiểm.

34. **Bệnh HIV/AIDS** là một bệnh của hệ miễn dịch, gây ra do bị nhiễm virus suy giảm miễn dịch ở người. Cơ sở để xác định Bệnh HIV/AIDS được thể hiện qua chứng từ y tế và chẩn đoán, kết luận bởi các Bác sĩ chuyên khoa tại Cơ sở y tế.

35. **Điều trị trong ngày** là việc điều trị y tế khi NDBH cần thiết phải làm thủ tục nhập viện, có phát sinh chi phí tiền giường và thời gian lưu trú tại Bệnh viện dưới 24 (hai mươi tư) giờ. Giấy ra viện/xuất viện là chứng từ cần thiết để yêu cầu chi trả cho quyền lợi này.

36. **Điều trị ngoại trú** là việc điều trị y tế tại Cơ sở y tế nhưng không nhập viện Điều trị nội trú hoặc Điều trị trong ngày.

37. **Thuốc kê đơn của Bác sĩ** là thuốc, dược phẩm theo kê đơn của Bác sĩ với mục đích điều trị Ốm bệnh/Thương tật và đáp ứng được các quy định của pháp luật và không bao gồm thực phẩm chức năng, dược mỹ phẩm, mỹ phẩm, khoáng chất, thuốc bổ, vitamin, chế phẩm không thuộc danh mục thuốc điều trị của Bộ Y tế. Đối với thuốc bổ, vitamin sẽ được xem xét chi trả theo giới hạn điều khoản bổ sung (nếu có).

38. **Một lần khám/điều trị** là một lần đến khám tại một chuyên khoa của Cơ sở Y tế, được bác sĩ chẩn đoán, chỉ định làm các xét nghiệm liên quan đến bệnh/ triệu chứng bệnh và được Bác sĩ kê đơn thuốc để điều trị cho lần khám này. Một số trường hợp cụ thể như sau được coi là một lần khám/điều trị:



- Nhiều Bác sĩ chuyên khoa cùng hội chẩn trước một người bệnh theo quy chế bệnh viện thì được tính là một khám/điều trị. Hoặc;
 - NĐBH khám một hay nhiều lần một chuyên khoa trong một ngày tại một hoặc nhiều Cơ sở y tế khác nhau có cùng chẩn đoán/kết luận và điều trị bệnh. Hoặc;
 - NĐBH khám nhiều chuyên khoa khác nhau tại Cơ sở y tế dù có chỉ định của Bác sĩ trong cùng một Cơ sở y tế, thực hiện trong một hoặc nhiều ngày mà có cùng một chẩn đoán/kết luận bệnh được coi là 1 lần khám/điều trị.
 - Nếu NĐBH đã khám bệnh và có chẩn đoán/kết luận bệnh được Bác sĩ chỉ định phương pháp điều trị trong nhiều ngày thì kể từ ngày khám bệnh đến ngày kết thúc điều trị được coi là 01 (một) lần khám/điều trị.
 - Trường hợp tái khám ngay sau khi đợt điều trị hoặc ra viện theo chỉ định của Bác sĩ dù không còn bệnh hoặc không cần điều trị được coi như một lần khám.
39. **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 chi trả các giới hạn phụ chi tiết không vượt quá số tiền bảo hiểm.
40. **Vật lý trị liệu** là phương pháp chữa trị sử dụng các biện pháp vật lý nhằm giúp cơ thể phục hồi các chức năng hoạt động bình thường do bị hoặc hậu quả của Ốm bệnh/Thương tật. Vật lý trị liệu phải được chỉ định của Bác sĩ và được thực hiện tại Bệnh viện.
41. **Vận chuyển khẩn cấp** là việc chuyên chở NĐBH khi gặp Tình trạng khẩn cấp đến Cơ sở y tế gần nhất đủ phương tiện điều trị.
42. **Tình trạng khẩn cấp** là tình trạng Thương tật hoặc Ốm bệnh một cách đột ngột, ngẫu nhiên cần phải Nằm viện Điều trị y tế tại Phòng cấp cứu hoặc Điều trị y tế cho Thương tật từ 30% trở lên.
43. **Vận chuyển cấp cứu** là việc chuyên chở NĐBH bằng xe cứu thương (không bao gồm vận chuyển bằng đường hàng không) hoặc taxi khi NĐBH trong Tình trạng nguy kịch buộc phải đưa đến Cơ sở y tế.
44. **Tình trạng nguy kịch** là tình trạng Thương tật hoặc Ốm bệnh một cách đột ngột, ngẫu nhiên cần phải Nằm viện Điều trị y tế tại Phòng cấp cứu hoặc phẫu thuật để tránh đe dọa đến tính mạng hoặc để duy trì sự sống. Việc xác định Tình trạng nguy kịch thể hiện thông qua Hồ sơ điều trị tại Phòng cấp cứu/Phòng điều trị tích cực. Duy trì sự sống được hiểu là duy trì dấu hiệu sinh tồn về tuần hoàn và hô hấp.
45. **Dị tật/bệnh bẩm sinh** là những bất thường về cấu trúc, chức năng, hoặc vị trí của các bộ phận trong cơ thể con người, xuất hiện từ khi còn trong bào thai hoặc trong những giai đoạn đầu đời. Những bất thường này có thể do yếu tố di truyền, đột biến gen, hoặc các tác động từ môi trường trong quá trình phát triển thai nhi. Dị tật bẩm sinh có thể ảnh hưởng đến hình dạng, chức năng của cơ thể hoặc phát sinh những vấn đề về sức khỏe trong suốt cuộc đời của người bị ảnh hưởng.

Uch

46. **Điều trị bằng thủy lực** là phương pháp sử dụng nước điều trị thông qua việc tác động lên bề mặt ngoài cơ thể.
47. **Cấy ghép nội tạng** là việc cấy ghép tạng/ bộ phận cơ thể cho NDBH được thực hiện tại Bệnh viện bởi bác sĩ có trình độ chuyên môn phù hợp. Các chi phí để có cơ quan cấy ghép và toàn bộ các chi phí phát sinh cho người hiến bộ phận cơ thể không được bảo hiểm.
48. **Bộ phận giả** là bất kỳ chất liệu/thiết bị được làm giả/nhân tạo được lắp đặt, cấy ghép vào cơ thể nhằm thay thế cho bộ phận trong cơ thể bao gồm và không giới hạn bởi răng giả, chân tay giả, thủy tinh thể giả....
49. **Duy trì sự sống** được hiểu là duy trì sự tuần hoàn và hô hấp.
50. **Cấp cứu** là dịch vụ y tế đặc biệt được cung cấp bởi các Bệnh viện cho người bệnh trong Tình trạng nguy kịch.
51. **Thiết bị y tế** là các bộ phận/thiết bị/dụng cụ y tế:
- được đặt/cấy ghép/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 stent, van tim, bóng nong, đĩa đệm, nẹp, vít, chốt treo, máy tạo nhịp tim và/hoặc các bộ phận/thiết bị/dụng cụ y tế được quy định cụ thể trong Hợp đồng bảo hiểm/GCNBH; hoặc
 - có tính chất đặc thù, chỉ sử dụng riêng cho từng loại hình điều trị hoặc phẫu thuật, sử dụng một lần và không khấu hao, bao gồm dao cắt sụn, lưới bào, dao cắt gan siêu âm, dao cắt trĩ theo phương pháp Longo, rọ tán sỏi trong phẫu thuật lấy sỏi và/hoặc các bộ phận/thiết bị/dụng cụ y tế được quy định cụ thể trong Hợp đồng bảo hiểm/GCNBH; hoặc
 - bên ngoài cơ thể có tác dụng hỗ trợ chức năng vận động hoặc các chức năng khác của cơ thể bao gồm nạng, nẹp, xe lăn, thiết bị trợ tính, kính thuốc, máy hỗ trợ tim và/hoặc các bộ phận/thiết bị/dụng cụ y tế được quy định cụ thể trong Hợp đồng bảo hiểm/GCNBH; hoặc
 - các dụng cụ chỉnh hình mang tính chất thẩm mỹ hoặc theo yêu cầu của NDBH khác.
52. **Vật tư y tế** là vật tư được sử dụng một lần hoặc nhiều lần nhằm mục đích hỗ trợ cho việc điều trị và khám chữa bệnh, không lắp đặt vĩnh viễn trong cơ thể, ngoại trừ các trường hợp các vật tư này tự tiêu trong cơ thể hoặc lễ ra có thể 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 lấy ra.
53. **Đồng chi trả** là số tiền theo tỷ lệ mà Công ty bảo hiểm, NDBH cùng chi trả cho chi phí thuộc phạm vi bảo hiểm. Tỷ lệ đồng chi trả được ghi trên Hợp đồng bảo hiểm/GCNBH. Số tiền bồi thường/trả tiền bảo hiểm trong trường hợp Đồng chi trả được tính trên cơ sở tỷ lệ Đồng chi trả nhân với số tiền nào thấp hơn giữa số tiền bồi thường thuộc phạm vi bảo hiểm và hạn mức Số tiền bảo hiểm tương ứng với quyền lợi bảo hiểm đó.



54. **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 ã hội ban hành.
55. **Bệnh di truyền/Rối loạn di truyền** là một căn bệnh gây ra toàn bộ hoặc một phần sự thay đổi trình tự ADN khác với trình tự bình thường. Rối loạn di truyền có thể do đột biến ở một gen (rối loạn đơn gen, do đột biến ở nhiều gen (rối loạn di truyền đa yếu tố), do sự kết hợp giữa đột biến gen và các yếu tố môi trường hoặc do tổn thương nhiễm sắc thể (thay đổi số lượng hoặc cấu trúc của toàn bộ nhiễm sắc thể, cấu trúc mang gen).
56. **Thai sản** là việc mang thai và sinh đẻ của người phụ nữ.
57. **Thương tật:** Là những tổn thương thân thể xảy ra do nguyên nhân Tai nạn, không phải do Ốm bệnh, lão hoá/thoái hoá hoặc thần kinh theo thời gian, tuổi tác. Thương tật không giới hạn bởi Thương tật tạm thời, Thương tật bộ phận vĩnh viễn, Thương tật toàn bộ vĩnh viễn.
58. **Thương tật tạm thời:** là tình trạng NĐBH bị Thương tật do Tai nạn và NĐBH không thể thực hiện công việc trong một thời gian nhất định và/hoặc Thương tật có khả năng phục hồi mà không mất hoàn toàn chức năng của bộ phận cơ thể đó.
59. **Thương tật bộ phận vĩnh viễn** là tình trạng NĐBH bị Thương tật do Tai nạn làm cho NĐBH bị mất, cắt đứt, liệt, khuyết một phần hay toàn bộ bất kỳ bộ phận nào trên cơ thể và vĩnh viễn không có khả năng phục hồi hoàn toàn chức năng hoạt động của bộ phận cơ thể đó.
- Trường hợp bị mất, cắt đứt một bộ phận trên cơ thể, thương tật bộ phận vĩnh viễn được xác định ngay khi có đầy đủ chứng từ y tế của Bệnh viện xác định thương tật.
 - Các trường hợp không phải mất/cắt đứt, thương tật bộ phận vĩnh viễn được xác định sau 52 tuần liên tục và không hy vọng sự tiến triển của thương tật đó kể từ khi điều trị kết thúc. Giấy tờ y tế của Cơ sở y tế nơi NĐBH điều trị là căn cứ để Công ty bảo hiểm xem xét giải quyết quyền lợi bảo hiểm.
60. **Thương tật (hoặc tàn tật) toàn bộ vĩnh viễn** là tình trạng NĐBH bị Ốm bệnh hoặc Thương tật do Tai nạn dẫn đến việc cắt đứt hoặc mất hoàn toàn chức năng và không thể phục hồi của:
- Hai tay;
 - Hai Chân;
 - Mù hoặc mất hoàn toàn hai mắt;
 - Một tay và một chân;
 - Một tay và một mắt;
 - Một chân và một mắt;

Trong đó:



- Mất hoàn toàn chức năng, liệt hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của tay được tính từ cổ tay trở lên.
- Mất hoàn toàn chức năng, liệt hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của chân được tính từ mắt cá chân trở lên.
- Mất hoàn toàn chức năng và không thể phục hồi được chức năng của mắt được hiểu là mất hoàn toàn hoặc mù hoàn toàn (thị lực còn dưới 1/20).

Những trường hợp cắt cụt/mất bộ phận cơ thể, thương tật vĩnh viễn sẽ được xác định ngay khi có hồ sơ y tế của Cơ sở y tế xác định thương tật. Những trường hợp khác, việc xác định thương tật/tàn tật vĩnh viễn sẽ được xem xét sau 52 tuần liên tục và không hy vọng sự tiến triển của thương tật hoặc khôi phục chức năng của bộ phận cơ thể đó kể từ khi điều trị kết thúc.

Điều 2. Đối tượng tham gia bảo hiểm

Đối tượng tham gia bảo hiểm là công dân Việt Nam hoặc người nước ngoài đang cư trú hợp pháp trong phạm vi lãnh thổ nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam và không rời khỏi Việt Nam liên tiếp hơn 180 ngày (trừ đối tượng là du học sinh nước ngoài) và đáp ứng toàn bộ các điều kiện:

- Độ tuổi từ đủ 15 ngày tuổi tới 65 tuổi. Đối với độ tuổi trên 65 tuổi, BSH sẽ xem xét từng trường hợp và có thoả thuận bằng văn bản.
- Không bị bệnh động kinh, bệnh tâm thần, bệnh phong;
- Không bị Thương tật bộ phận vĩnh viễn từ tám mươi phần trăm (80%) trở lên.
- Không bị bệnh ung thư (áp dụng cho người tham gia bảo hiểm tại BSH lần đầu hoặc tái tục không liên tục tại BSH).
- Không đang trong thời gian điều trị bệnh đặc biệt (áp dụng cho NĐBH tham gia lần năm đầu tiên hoặc tái tục không liên tục)
- Đối với các Hợp đồng bảo hiểm BSH bảo hiểm cho Người phụ thuộc, BSH chỉ nhận bảo hiểm vào ngày bắt đầu Thời hạn bảo hiểm, không chấp nhận trường hợp tham gia bảo hiểm vào giữa Thời hạn bảo hiểm, ngoại trừ: Người phụ thuộc của nhân viên mới; Vợ/chồng mới cưới trong thời hạn bảo hiểm; Con đủ tuổi tham gia bảo hiểm trong Thời hạn bảo hiểm và người phụ thuộc chỉ được tham gia với chương trình bảo hiểm thấp hơn hoặc bằng mức quyền lợi của NĐBH.
- Trường hợp trẻ em từ đủ 15 ngày tuổi chỉ được bảo hiểm kể từ ngày sinh hoặc kể từ ngày xuất viện, tùy theo ngày nào đến sau.
- Trẻ em từ 6 tuổi trở xuống phải được tham gia bảo hiểm cùng bố hoặc mẹ.



Điều 3. Hợp đồng bảo hiểm

1. Hợp đồng bảo hiểm

Hợp đồng bảo hiểm là sự thỏa thuận giữa BMBH và Công ty bảo hiểm, theo đó BMBH phải đóng phí bảo hiểm, Công ty bảo hiểm thực hiện trả tiền bảo hiểm/bồi thường cho NĐBH hoặc Người thụ hưởng khi xảy ra Sự kiện bảo hiểm.

Bộ hợp đồng bảo hiểm bao gồm Giấy yêu cầu bảo hiểm hoặc đề nghị giao kết hợp đồng bảo hiểm, Hợp đồng bảo hiểm, Giấy chứng nhận bảo hiểm (GCNBH), bản phụ lục, sửa đổi bổ sung, bảng quyền lợi bảo hiểm, Quy tắc bảo hiểm, tóm tắt Quy tắc bảo hiểm. Hợp đồng bảo hiểm được lập thành văn bản hoặc các hình thức khác theo quy định pháp luật.

2. Hợp đồng bảo hiểm tái tục

Hợp đồng bảo hiểm tái tục là Hợp đồng bảo hiểm/GCNBH được thiết lập lại trên cơ sở Hợp đồng bảo hiểm/GCNBH liền kề trước đó với nội dung thỏa mãn toàn bộ các điều kiện sau:

- NĐBH và quyền lợi bảo hiểm không thay đổi;
- Số tiền bảo hiểm nhỏ hơn hoặc bằng số tiền bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm/GCNBH liền kề trước;
- Thời hạn bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm/GCNBH liền kề trước tối thiểu đủ 12 tháng;
- Không có thời gian ngắt quãng giữa các Hợp đồng bảo hiểm/GCNBH.

Trường hợp số tiền bảo hiểm tăng hơn hoặc quyền lợi bảo hiểm bổ sung so số tiền bảo hiểm hoặc quyền lợi bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm/GCNBH liền kề trước thì số tiền bảo hiểm hoặc quyền lợi bảo hiểm bằng với số tiền bảo hiểm, quyền lợi bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm/GCNBH liền kề trước được coi là tái tục, phần tăng thêm phải áp dụng Thời gian chờ theo quy định tại Quy tắc bảo hiểm này.

3. Hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm

Khi giao kết Hợp đồng bảo hiểm, Công ty bảo hiểm có trách nhiệm cung cấp đầy đủ thông tin liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm, giải thích các điều kiện, điều khoản bảo hiểm cho BMBH; BMBH có trách nhiệm cung cấp đầy đủ thông tin liên quan đến đối tượng tham gia bảo hiểm cho Công ty bảo hiểm. Các bên chịu trách nhiệm về tính chính xác, trung thực của thông tin đó. Công ty bảo hiểm có trách nhiệm bảo mật thông tin do BMBH cung cấp.

Trường hợp BMBH cố ý cung cấp không đầy đủ thông tin hoặc cung cấp thông tin sai sự thật nhằm giao kết Hợp đồng bảo hiểm để được trả tiền bảo hiểm thì Công ty bảo hiểm có quyền hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm. Công ty bảo hiểm không phải trả tiền bảo hiểm và phải hoàn lại phí bảo hiểm cho BMBH sau khi trừ đi các chi phí quản lý của Công ty bảo hiểm. BMBH phải hoàn trả các khoản tiền mà Công ty bảo hiểm đã chi trả bảo hiểm (nếu có) và phải bồi thường thiệt hại phát sinh cho Công ty bảo hiểm (nếu có).



4. Chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm

Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt trong các trường hợp sau đây:

- a. Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt khi xảy ra các sự kiện sau, tùy sự kiện nào đến trước:
 - Hết Thời hạn bảo hiểm;
 - Thời điểm NĐBH tử vong hoặc thời điểm xác định NĐBH bị thương tật toàn bộ vĩnh viễn;
 - Hợp đồng bảo hiểm vi phạm thời hạn thanh toán phí bảo hiểm theo Phần III Điều 11.2 của Quy tắc này và Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt vào ngày kế tiếp ngày BMBH phải thanh toán phí bảo hiểm theo thỏa thuận tại Hợp đồng bảo hiểm/GCNBH.
- b. Đơn phương chấm dứt thực hiện hợp đồng: Trong thời hạn bảo hiểm, một trong hai bên có quyền đơn phương chấm dứt thực hiện Hợp đồng bảo hiểm theo quy định của pháp luật bằng cách thông báo bằng văn bản cho bên kia. Bên yêu cầu chấm dứt phải thông báo bằng văn bản cho bên kia biết trước ba mươi (30) ngày kể từ ngày có ý định chấm dứt và tuân thủ theo hai trường hợp sau:
 - Nếu hợp đồng chấm dứt theo yêu cầu của BMBH, Công ty bảo hiểm sẽ hoàn trả tám mươi phần trăm (80%) phí bảo hiểm tương ứng của thời gian còn lại của Hợp đồng bảo hiểm. Công ty bảo hiểm không phải hoàn phí bảo hiểm trong trường hợp đã xảy ra Sự kiện bảo hiểm và phát sinh trách nhiệm trả tiền bảo hiểm trước khi Hợp đồng bảo hiểm bị chấm dứt.
 - Nếu hợp đồng chấm dứt theo yêu cầu của Công ty bảo hiểm, Công ty bảo hiểm sẽ hoàn trả một trăm phần trăm (100%) phí bảo hiểm tương ứng với thời gian bảo hiểm còn lại của Hợp đồng bảo hiểm.

5. Hợp đồng nhóm

Là Hợp đồng bảo hiểm được thiết lập trên cơ sở một nhóm ngẫu nhiên được hình thành từ trước/không vì mục đích tham gia bảo hiểm như tổ chức, công ty hoặc là một phòng/ban của một tổ chức/công ty và có tối thiểu từ 10 người trở lên. Theo quy định này, Hợp đồng nhóm được mở rộng cho đối tượng là hộ gia đình, gồm các thành viên trong gia đình có cùng huyết thống tối thiểu từ 4 người trở lên.

6. Sửa đổi bổ sung

Sửa đổi bổ sung của Hợp đồng bảo hiểm là phần không thể tách rời Hợp đồng bảo hiểm/GCNBH và quy định các điểm thay đổi hoặc bổ sung của Hợp đồng bảo hiểm/GCNBH như thay đổi quyền lợi bảo hiểm, thời hạn bảo hiểm, tăng/giảm NĐBH.... Thời hạn bảo hiểm của sửa đổi bổ sung bắt đầu từ khi phát hành sửa đổi bổ sung đó.



7. Điều kiện, thủ tục chuyển đổi hợp đồng bảo hiểm nhóm thành hợp đồng bảo cá nhân (áp dụng cho Hợp đồng bảo hiểm nhóm)

Với điều kiện BMBH/NDBH đã thanh toán phí bảo hiểm đầy đủ cho Công ty bảo hiểm thì việc Công ty bảo hiểm sẽ cấp Giấy chứng nhận bảo hiểm (bao gồm cả hình thức điện tử) cho mỗi NDBH. Đây là chứng từ chuyển hợp đồng bảo hiểm nhóm thành hợp đồng bảo cá nhân giao kết giữa Công ty bảo hiểm với cá nhân NDBH đó.

Điều 4. Quy tắc bảo hiểm - Thời hạn bảo hiểm – Thời gian chờ

1. Quy tắc bảo hiểm

Là văn bản do Công ty bảo hiểm ban hành phù hợp với quy định của pháp luật, quy định chi tiết về điều kiện, điều khoản bảo hiểm, các điểm loại trừ và là một phần cấu thành của Hợp đồng bảo hiểm/GCNBH/Bộ Hợp đồng bảo hiểm.

2. Điều kiện phát sinh trách nhiệm bảo hiểm

Việc thực hiện và tuân thủ theo điều kiện điều khoản trong Quy tắc bảo hiểm (bao gồm cả việc thanh toán phí đầy đủ, đúng hạn theo điều khoản thanh toán phí trong Hợp đồng bảo hiểm/GCNBH) là điều kiện tiên quyết đối với mọi trách nhiệm phát sinh của Công ty bảo hiểm đối với NDBH.

3. Thời hạn bảo hiểm

Là khoảng thời gian được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/GCNBH hoặc Sửa đổi bổ sung mà trong thời hạn đó, NDBH được hưởng quyền lợi bảo hiểm. Thời hạn bảo hiểm tối đa là 1 năm.

- Thời điểm bắt đầu bảo hiểm là thời điểm đầu tiên của Thời hạn bảo hiểm và ghi trên Hợp đồng bảo hiểm/GCNBH.
- Thời điểm kết thúc bảo hiểm là thời điểm cuối cùng của Thời hạn bảo hiểm ghi trong Hợp đồng bảo hiểm/GCNBH.

4. Thời gian chờ

Thời gian chờ áp dụng như sau:

- a. Thời gian chờ áp dụng cho NDBH không thuộc Hợp đồng nhóm tham gia lần đầu hoặc tái tục không liên tục:
 - Tai nạn: không (0) ngày;
 - Bệnh khác ngoài Bệnh có sẵn, bệnh đặc biệt: ba mươi (30) ngày;
 - Bệnh tiểu phế quản, bệnh viêm phổi các loại: áp dụng thời gian chờ tối đa đến 180 ngày đối với NDBH dưới 6 tuổi;
 - Bệnh có sẵn: ba trăm sáu mươi lăm (365) ngày;
 - Thai sản:

- Biếng chứng thai sản: chín mươi (90) ngày;
 - Sinh đẻ: ba trăm sáu mươi lăm ngày (365) ngày.
- b. Thời gian chờ áp dụng cho NĐBH Hợp đồng nhóm ít hơn 50 người mà tham gia lần đầu hoặc tham gia tái tục không liên tục trừ các trường hợp tham gia các điều khoản mở rộng giảm thời gian chờ:
- Tai nạn: không (0) ngày;
 - Bệnh khác ngoài Bệnh có sẵn, bệnh đặc biệt: ba mươi (30) ngày;
 - Bệnh có sẵn: ba trăm sáu mươi lăm (365) ngày;
 - Thai sản:
 - Biếng chứng thai sản: chín mươi (90) ngày;
 - Sinh đẻ: hai trăm bảy mươi ngày (270) ngày.
- c. Thời gian chờ áp dụng cho NĐBH thuộc Hợp đồng nhóm từ 50 người trở lên tham gia lần đầu hoặc tham gia tái tục không liên tục trừ các trường hợp tham gia các điều khoản giảm thời gian chờ:
- Tai nạn: không (0) ngày;
 - Bệnh khác ngoài bệnh có sẵn, bệnh đặc biệt: không (0) ngày;
 - Điều trị bệnh có sẵn: không (0) ngày.
 - Tử vong do bệnh có sẵn: 365 ngày;
 - Thai sản:
 - Biếng chứng thai sản: quyền lợi bảo hiểm được tính theo tỉ lệ giữa số ngày từ khi bắt đầu bảo hiểm đến ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm chia cho chín mươi (90);
 - Sinh đẻ: quyền lợi bảo hiểm được tính theo tỉ lệ giữa số ngày từ khi bắt đầu bảo hiểm đến ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm chia cho hai trăm bảy mươi ngày (270).

PHẦN II. PHẠM VI VÀ QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Điều 5. Phạm vi bảo hiểm

BSH bảo hiểm cho NĐBH khi bị Tai nạn, Ốm bệnh, Thai sản, Nha khoa theo các quyền lợi bảo hiểm được quy định tại các điều 6,7,8,9 dưới đây. Rủi ro Tai nạn, Ốm bệnh, Thai sản, Nha khoa được xác định thuộc phạm vi bảo hiểm khi xảy ra trong Thời hạn bảo hiểm, không vi phạm các điểm loại trừ của Quy tắc bảo hiểm và dẫn đến việc NĐBH phải Điều trị y tế hoặc Tử vong trong Thời hạn bảo hiểm. Trường hợp tử vong không xảy ra trong Thời hạn bảo hiểm chỉ được xem xét đối với các trường hợp tử vong là hậu quả của Tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm và theo quyền lợi được quy định tại Điều 6.2 và Điều 6.3 dưới đây.



Các quyền lợi bảo hiểm được liệt kê dưới đây có thể cấp độc lập hoặc kết hợp với nhau theo thiết kế từng chương trình bảo hiểm.

Điều 6. Quyền lợi bảo hiểm Tai nạn

1. Tử vong/Thương tật toàn bộ vĩnh viễn do Tai nạn

- Trường hợp NĐBH bị tử vong/Thương tật toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, Công ty bảo hiểm chi trả toàn bộ Số tiền bảo hiểm được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm/GCNBH.
- Trường hợp NĐBH tham gia quyền lợi bảo hiểm này kèm với quyền lợi Thương tật bộ phận (vĩnh viễn và tạm thời) thì tổng số tiền bồi thường/NĐBH/Thời hạn bảo hiểm không vượt quá số tiền bảo hiểm quyền lợi tử vong.
- Thương tật toàn bộ vĩnh viễn chỉ được xác định sau 52 tuần liên tục kể từ khi NĐBH kết thúc điều trị và không thấy sự tiến triển của tàn tật đó.

2. Thương tật bộ phận vĩnh viễn do Tai nạn

- Trường hợp NĐBH bị Thương tật bộ phận vĩnh viễn thuộc phạm vi bảo hiểm, Công ty bảo hiểm chi trả quyền lợi theo tỷ lệ thương tật quy định trong Bảng tỷ lệ thương tật đính kèm Quy tắc bảo hiểm này với các điều kiện như sau:
 - Trường hợp có nhiều thương tật trên cùng một (1) bộ phận cơ thể thì tổng số tiền chi trả cho các thương tật đó không vượt quá tỷ lệ mất bộ phận đó.
 - Đối với trường hợp bị cứng hoặc dính các khớp ngón tay (ngoại trừ ngón cái và ngón trỏ) và dính khớp các ngón chân (ngoại trừ ngón cái): Công ty bảo hiểm chi trả 50% tỷ lệ thương tật bị cắt cụt ngón tay hoặc ngón chân đó.
 - Các trường hợp thương tật không được liệt kê trong Bảng tỷ lệ thương tật thì Công ty bảo hiểm xem xét theo tỷ lệ thương tật có tính chất tương đương. Trường hợp không thống nhất được tỷ lệ thương tật, các bên sẽ trưng cầu kết luận của Hội đồng giám định y khoa.
- Tổng số tiền chi trả cho một (1) NĐBH cho các thương tật trong thời hạn bảo hiểm trong mọi trường hợp không vượt quá Số tiền bảo hiểm.
- Trường hợp NĐBH bị Thương tật bộ phận vĩnh viễn đã được Công ty bảo hiểm chi trả quyền lợi bảo hiểm và trong vòng 1 năm kể từ khi xảy ra Tai nạn đó, NĐBH tử vong do hậu quả của Tai nạn đó, Công ty bảo hiểm sẽ chi trả phần chênh lệch giữa Số tiền bảo hiểm và số tiền đã chi trả cho Thương tật trước đó.
- Thương tật vĩnh viễn chỉ được xác định sau 52 tuần liên tục kể từ khi NĐBH kết thúc điều trị và không thấy sự tiến triển của tàn tật đó. Trường hợp đặc biệt, bộ phận cơ thể bị mất hoặc cắt cụt, việc xác định thương tật vĩnh viễn được xác định ngay kể từ khi có chứng từ y tế xác định việc thương tật đó.
- Tổng số tiền chi trả cho một (1) NĐBH cho các thương tật của quyền lợi bảo hiểm này trong thời hạn bảo hiểm bao gồm quyền lợi tử vong do tai nạn, thương tật toàn bộ vĩnh viễn, thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn trong mọi trường hợp không vượt quá Số tiền bảo hiểm.

3. Thương tật tạm thời do Tai nạn

- Trường hợp NDBH Thương tật do Tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, Công ty bảo hiểm chi trả quyền lợi bảo hiểm như sau:
 - o Đối với Số tiền bảo hiểm nhỏ ($<$) hoặc bằng ($=$) 30 triệu đồng: Công ty bảo hiểm chi trả quyền lợi bảo hiểm theo tỷ lệ thương tật quy định trong Bảng tỷ lệ thương tật đính kèm Quy tắc bảo hiểm này.
 - o Đối với Số tiền bảo hiểm lớn hơn ($>$) 30 triệu đồng: Công ty bảo hiểm chi trả toàn bộ chi phí y tế thực tế hợp lý cho việc điều trị Thương tật và trợ cấp ngày nằm viện điều trị Thương tật là 0,1% Số tiền bảo hiểm/ngày, tối đa 180 ngày/năm. Trong mọi trường hợp, tổng số tiền chi trả không vượt quá tỷ lệ trả tiền bảo hiểm theo tỷ lệ thương tật quy định trong Bảng tỷ lệ thương tật đính kèm Quy tắc bảo hiểm này.
- Trường hợp NDBH bị Thương tật tạm thời và đã được Công ty bảo hiểm chi trả quyền lợi bảo hiểm và trong vòng 1 năm kể từ khi xảy ra Tai nạn đó, NDBH từ vong do hậu quả của Tai nạn đó, Công ty bảo hiểm sẽ chi trả phần chênh lệch giữa Số tiền bảo hiểm và số tiền đã chi trả cho Thương tật trước đó.
- Tổng số tiền chi trả cho một (1) NDBH cho các thương tật của quyền lợi bảo hiểm này trong thời hạn bảo hiểm bao gồm quyền lợi từ vong do Tai nạn, thương tật toàn bộ vĩnh viễn, thương tật bộ phận vĩnh viễn do Tai nạn trong mọi trường hợp không vượt quá Số tiền bảo hiểm.

4. Chi phí y tế

- Trường hợp NDBH bị Thương tật thuộc phạm vi bảo hiểm, Công ty bảo hiểm chi trả Chi phí y tế điều trị Thương tật tối đa đến Số tiền bảo hiểm về Chi phí y tế quy định trong Hợp đồng bảo hiểm/GCNBH.

5. Trợ cấp trong thời gian điều trị Thương tật

- Theo điều khoản này, trường hợp NDBH bị Thương tật phải Điều trị y tế theo chỉ định của Bác sĩ, Công ty bảo hiểm sẽ trợ cấp theo giới hạn BMBH lựa chọn quy định trong Hợp đồng bảo hiểm/GCNBH. Cụ thể như sau:
 - o Trợ cấp điều trị Thương tật nội trú;
 - o Trợ cấp điều trị Thương tật ngoại trú (cấp kèm theo quyền lợi trợ cấp điều trị Thương tật nội trú).
- Đối với quyền lợi trợ cấp điều trị nội trú, số ngày trợ cấp điều trị nội trú được xác định theo định nghĩa Nằm viện/Điều trị nội trú và tối đa không vượt quá số ngày trợ cấp theo quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/GCNBH.
- Đối với quyền lợi trợ cấp điều trị ngoại trú, số ngày trợ cấp được tính theo số ngày điều trị theo chỉ định của Bác sĩ phù hợp với quy định của pháp luật và theo số ngày nghỉ điều trị thực tế tùy thời gian nào ngắn hơn.
- Số tiền trợ cấp được tính theo mức trợ cấp nằm viện cố định hoặc theo mức lương tùy theo lựa chọn của NDBH/BMBH quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/GCNBH. Trường hợp tham gia bảo hiểm theo mức lương thì số tiền lương mỗi ngày được tính

trên cơ sở mức lương tháng đã khai báo chia cho ba mươi (30) ngày. Trường hợp, BMBH không kê khai mức lương của từng NDBH khi tham gia bảo hiểm, Công ty bảo hiểm sẽ căn cứ theo mức lương bình quân của từng NDBH (là tổng quỹ lương tham gia bảo hiểm chia cho tổng số NDBH tại thời điểm tham gia bảo hiểm hoặc theo bản cập nhật tổng quỹ lương/danh sách NDBH của Hợp đồng bảo hiểm). Mức lương/ngày sẽ bằng lương tháng/30 ngày.

Điều 7. Quyền lợi bảo hiểm Ốm bệnh

1. Điều trị nội trú do Ốm bệnh

a. Điều trị nội trú do Ốm bệnh

- Trường hợp NDBH điều trị nội trú, điều trị trong ngày do Ốm bệnh, Công ty bảo hiểm sẽ chi trả các Chi phí y tế cần thiết và hợp lý, hợp lệ nhưng tối đa không quá số ngày điều trị theo quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/GCNBH và tổng số tiền chi trả không vượt quá STBH quy định cho quyền lợi bảo hiểm này tại Hợp đồng bảo hiểm/GCNBH.
- Các chi phí được chi trả bao gồm nhưng không giới hạn bởi chi phí điều trị, tiền phòng/giường và tiền ăn theo tiêu chuẩn điều trị nội trú tại Bệnh viện (nếu có), chi phí xét nghiệm hoặc các chi phí để chẩn đoán hình ảnh như Xquang, MRI, CT, PET, siêu âm, nội soi với điều kiện các xét nghiệm/chẩn đoán hình ảnh này phải do Bác sĩ chỉ định và phải là biện pháp cần thiết để đánh giá tình trạng bệnh, thuốc điều trị, truyền máu, oxy, huyết thanh, quần áo bệnh viện và các chi phí liên quan khác.

b. Phẫu thuật do Ốm bệnh

- Công ty bảo hiểm sẽ chi trả Chi phí y tế liên quan đến ca phẫu thuật nội trú hoặc phẫu thuật trong ngày, phẫu thuật ngoại trú bao gồm chi phí thuốc, vật tư tiêu hao, các thiết bị y tế/vật tư y tế cần thiết (không nằm trong điểm loại trừ), được cấy ghép vào bên trong cơ thể để duy trì sự sống hoặc các chi phí cần thiết giành cho phẫu thuật, chi phí phẫu thuật, phòng mổ, phẫu thuật viên, các chi phí gây mê và các chi phí thông thường trước và sau khi mổ, chi phí cấy ghép nội tạng. Chi phí phẫu thuật bao gồm cả các chi phí cho thủ thuật nhằm mục đích điều trị bệnh theo danh mục thủ thuật của BHYT và không bao gồm các thủ thuật chẩn đoán bệnh.

c. Khám trước khi nhập viện

- Công ty bảo hiểm chi trả cho một lần khám gồm chi phí khám, chẩn đoán, xét nghiệm cần thiết và liên quan trực tiếp đến tình trạng Ốm bệnh của NDBH với điều kiện NDBH cần nằm viện ngay sau đó và chẩn đoán này là cơ sở trực tiếp để Bác sĩ kết luận việc điều trị nằm viện là cần thiết. Việc khám, chẩn đoán như vậy không vượt quá ba mươi (30) ngày trước khi nhập viện điều trị.

d. Điều trị sau khi xuất viện

- Công ty bảo hiểm chi trả chi phí thuốc ngay sau khi xuất viện do Ốm bệnh hoặc Chi phí cho một lần khám, điều trị đầu tiên sau khi xuất viện do Ốm bệnh theo chỉ định của Bác sĩ và lần khám điều trị này liên quan trực tiếp đến đợt điều trị nội trú do Ốm bệnh trước đó và thời gian điều trị sau xuất viện phải đảm bảo trong vòng 30 ngày kể từ ngày NDBH xuất viện.

e. Y tá chăm sóc tại nhà

- Công ty bảo hiểm chi trả chi phí dịch vụ y tế chăm sóc tại nhà cho NĐBH theo chỉ định của Bác sĩ với điều kiện NĐBH đã phải điều trị nội trú do Ốm bệnh tối thiểu từ 07 ngày. Dịch vụ y tế chăm sóc tại nhà phải được thực hiện ngay khi NĐBH rời Bệnh viện và tại nơi ở của NĐBH do một Y tá được cấp giấy phép hành nghề hợp pháp thực hiện. Thời gian hỗ trợ chi phí y tế chăm sóc tại nhà tối đa là 30 ngày kể từ ngày xuất viện.

2. Điều trị ngoại trú do Ốm bệnh

Công ty bảo hiểm chi trả các Chi phí y tế phát sinh để điều trị ngoại trú do Ốm bệnh trong thời hạn bảo hiểm và không vi phạm các điểm loại trừ quy định tại Quy tắc bảo hiểm. Quyền lợi bảo hiểm quy định cụ thể trong Bảng quyền lợi bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm/GCNBH.

3. Nha khoa

Công ty bảo hiểm sẽ chi trả các Chi phí y tế điều trị răng bệnh lý phát sinh trong Thời hạn bảo hiểm, loại trừ làm răng giả, điều trị hoặc chỉnh răng mang tính thẩm mỹ. Chi phí y tế điều trị răng bao gồm:

a. Nha khoa cơ bản bao gồm:

- Khám và chẩn đoán bệnh lý về răng;
- Chụp Xquang;
- Trám răng (amalgam, composite, Fuji hoặc các chất liệu tương đương);
- Điều trị bệnh lý nha chu/viêm nướu;
- Nhổ răng bệnh lý (không phẫu thuật).

b. Nha khoa toàn diện bao gồm:

- Cạo vôi răng (2 lần/năm);
- Nhổ răng số 8 mọc lệch;
- Điều trị tủy răng;
- Nhổ răng bệnh lý (cần phẫu thuật);
- Phẫu thuật cắt chóp răng;
- Lấy u vôi răng (lấy vôi răng sâu dưới nướu).

Điều 8. Quyền lợi bảo hiểm Thai sản

1. Điều trị nội trú do Thai sản

Trường hợp NĐBH điều trị nội trú do Biến chứng thai sản hoặc Thai sản, Công ty bảo hiểm sẽ chi trả các Chi phí y tế trong quá trình điều trị nội trú. Chi phí viện phí không vượt quá giới hạn số tiền /ngày x (nhân) với số ngày điều trị thực tế. Chi phí Phẫu thuật và các chi phí khác giới hạn bởi Số tiền bảo hiểm của quyền lợi bảo hiểm đó. Tổng số tiền chi trả không vượt quá Số tiền bảo hiểm của quyền lợi bảo hiểm Thai sản được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm/GCNBH.

2. Phẫu thuật

Công ty bảo hiểm chi trả chi phí phẫu thuật do Biến chứng thai sản hoặc Thai sản theo chỉ định của Bác sĩ, không bao gồm việc phẫu thuật theo yêu cầu hoặc phải phẫu thuật lại do NĐBH đã sinh mổ trước đó.

Chi phí phẫu thuật là chi phí liên quan đến một ca phẫu thuật nội trú, phẫu thuật trong ngày hoặc phẫu thuật ngoại trú bao gồm chi phí thuốc dùng trong phẫu thuật, vật tư tiêu hao, các dụng cụ, thiết bị và vật tư thay thế cần thiết cấy ghép vào cơ thể để duy trì sự sống hoặc các thiết bị cần thiết trong phẫu thuật, chi phí phòng mổ, phẫu thuật viên, các chi phí gây mê và các chi phí thông thường cho việc chẩn đoán trước khi mổ và hồi sức sau khi mổ, chi phí cấy ghép nội tạng, chi phí tái mổ.

3. Khám trước khi nhập viện

Công ty bảo hiểm chi trả cho một lần khám cuối cùng trước khi nằm viện gồm chi phí khám, chẩn đoán, xét nghiệm cần thiết và liên quan trực tiếp đến Biến chứng thai sản/Thai sản của NĐBH với điều kiện NĐBH cần nằm viện ngay sau đó và chẩn đoán này là cơ sở trực tiếp để Bác sĩ kết luận việc điều trị nằm viện là cần thiết. Việc khám, chẩn đoán phải đảm bảo giới hạn trong vòng ba mươi (30) ngày trước khi nhập viện điều trị Biến chứng thai sản hoặc Thai sản.

4. Điều trị sau khi xuất viện

Công ty bảo hiểm chi trả chi phí thuốc ngay sau khi NĐBH xuất viện do Biến chứng thai sản/Thai sản hoặc chi phí cho một lần khám, điều trị đầu tiên sau khi xuất viện do Biến chứng thai sản/Thai sản theo chỉ định của Bác sĩ và lần khám điều trị này liên quan trực tiếp đến đợt điều trị nội trú do Biến chứng thai sản/Thai sản trước đó và thời gian điều trị sau xuất viện đảm bảo trong vòng ba mươi (30) ngày kể từ ngày NĐBH xuất viện.

5. Y tá chăm sóc tại nhà

Công ty bảo hiểm chi trả chi phí dịch vụ y tế chăm sóc tại nhà cho NĐBH theo chỉ định của Bác sĩ với điều kiện NĐBH đã phải điều trị nội trú do Biến chứng thai sản/Thai sản tối thiểu từ bảy (7) ngày. Dịch vụ y tế chăm sóc tại nhà phải được thực hiện ngay khi NĐBH rời Bệnh viện và tại nơi ở của NĐBH do một Y tá được cấp giấy phép hành nghề hợp pháp thực hiện. Thời gian hỗ trợ chi phí y tế chăm sóc tại nhà tối đa là 30 ngày kể từ ngày xuất viện.

6. Dưỡng nhi

Công ty bảo hiểm chi trả các chi phí y tế điều trị bệnh lý cho trẻ sơ sinh xuất hiện trong vòng bảy (7) ngày ngay sau khi sinh với điều kiện mẹ (NĐBH) vẫn nằm viện trong đó loại trừ các chi phí vệ sinh, vật dụng cá nhân, chi phí thức ăn cho em bé, chi phí thuốc dự phòng, chi phí tiêm phòng hoặc xét nghiệm kiểm tra tầm soát hoặc điều trị các bệnh bẩm sinh/di truyền.



7. Khám thai định kỳ

Trường hợp NĐBH thực hiện khám thai định kỳ khi mang thai, Công ty bảo hiểm chi trả các chi phí y tế bao gồm chi phí khám, siêu âm, xét nghiệm nước tiểu, xét nghiệm công thức máu theo chỉ định của Bác sĩ. Giới hạn số lần khám thai định kỳ tối đa năm (5) lần/năm và giới hạn chi trả theo giới hạn Số tiền bảo hiểm quy định trong Hợp đồng bảo hiểm/GCNBH.

Điều 9. Quyền lợi bảo hiểm bổ sung

1. Tử vong/tàn tật toàn bộ vĩnh viễn do Ốm bệnh/Thai sản

- Trường hợp NĐBH bị tử vong, tàn tật toàn bộ vĩnh viễn do Ốm bệnh/Thai sản và không thuộc các trường hợp bị loại trừ theo quy định tại Phần IV Loại trừ bảo hiểm của Quy tắc bảo hiểm này, Công ty bảo hiểm sẽ chi trả 100% số tiền bảo hiểm của quyền lợi bảo hiểm này được ghi trên Hợp đồng bảo hiểm/GCNBH.
- Quyền lợi tàn tật toàn bộ vĩnh viễn chỉ được xác định sau 52 tuần liên tục kể từ khi NĐBH kết thúc điều trị và không thấy sự tiến triển của tàn tật đó.

2. Trợ cấp khi NĐBH tử vong do Tai nạn/Ốm bệnh/Thai sản

- Theo điều khoản này, Công ty bảo hiểm sẽ chi trả Quyền lợi trợ cấp khi NĐBH tử vong do Tai nạn/Ốm bệnh/Thai sản bao gồm và không giới hạn bởi các quyền lợi: Trợ cấp mai táng, trợ cấp giáo dục, trợ cấp thân nhân. Số tiền chi trả bằng Số tiền bảo hiểm quyền lợi bảo hiểm này quy định trong Hợp đồng bảo hiểm/GCNBH.

3. Trợ cấp điều trị nội trú do Ốm Bệnh/Thai sản

- Theo điều khoản này, Công ty bảo hiểm sẽ chi trả Quyền lợi trợ cấp khi NĐBH điều trị nội trú do Ốm bệnh/Thai sản. Thời gian trợ cấp được xác định theo số ngày Nằm viện/Điều trị nội trú như được định nghĩa. Số tiền trợ cấp và giới hạn số ngày trợ cấp được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm/GCNBH.

PHẦN III. SỐ TIỀN BẢO HIỂM VÀ PHÍ BẢO HIỂM

Điều 10. Số tiền bảo hiểm

Số tiền bảo hiểm là số tiền bồi thường tối đa mà Công ty bảo hiểm có thể phải chi trả cho NĐBH hoặc người thụ hưởng khi xảy ra sự kiện bảo hiểm thuộc phạm vi bảo hiểm. Số tiền bảo hiểm được ghi trên Hợp đồng bảo hiểm/GCNBH.

Điều 11. Phí bảo hiểm

1. Phí bảo hiểm

Phí bảo hiểm là khoản tiền mà BMBH phải đóng cho Công ty bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm. Phí bảo hiểm được ghi trên Hợp đồng bảo hiểm/GCNBH.



2. 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, BMBH có nghĩa vụ đóng phí đầy đủ và đúng hạn theo quy định trong Hợp đồng bảo hiểm.
- Trường hợp phí bảo hiểm không được thanh toán đầy đủ và đúng thời hạn thanh toán phí bảo hiểm, Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm sẽ tự động chấm dứt hiệu lực vào 0h00 ngày kế tiếp ngày cuối cùng của thời hạn thanh toán phí bảo hiểm mà không cần có thông báo hoặc xác nhận nào của bất kỳ bên nào.

PHẦN IV. LOẠI TRỪ BẢO HIỂM

Điều 12. Loại trừ bảo hiểm

Công ty bảo hiểm không chịu trách nhiệm bồi thường/trả tiền bảo hiểm cho các Sự kiện bảo hiểm xảy ra hoặc phát sinh từ các nội dung dưới đây và hậu quả của chúng. Cụ thể như sau:

1. Điểm loại trừ áp dụng chung cho các quyền lợi bảo hiểm

- NĐBH không đáp ứng đủ các điều kiện của đối tượng tham gia bảo hiểm theo quy định của Quy tắc bảo hiểm;
- Sự kiện bảo hiểm hoặc Điều trị y tế do Tai nạn, Ốm bệnh ngoài phạm vi địa lý được bảo hiểm ghi trên Hợp đồng bảo hiểm/GCNBH trừ trường hợp có thỏa thuận khác bằng văn bản.
- NĐBH tự tử hoặc Sự kiện bảo hiểm xảy ra do hành động cố ý của NĐBH hoặc BMBH hoặc Người thụ hưởng/Người thừa kế hợp pháp của NĐBH, trừ trường hợp quy định tại khoản 2 Điều 40 Luật kinh doanh bảo hiểm năm 2022; NĐBH tử vong do bị thi hành án tử hình.
- NĐBH vi phạm pháp luật, vi phạm nội quy, quy định của chính quyền địa phương/cơ quan/đơn vị.
- NĐBH Điều trị y tế hoặc sử dụng thuốc không theo chỉ định của Bác sĩ hoặc không theo phác đồ điều trị của Bộ y tế; Điều trị không được khoa học công nhận; Điều trị mang tính thử nghiệm. Điều trị y tế theo yêu cầu của NĐBH.
- Tạo hình thẩm mỹ hoặc thẩm mỹ, chỉnh hình, làm giả các bộ phận của cơ thể và hậu quả liên quan (bao gồm nhưng không giới hạn: tay giả, chân giả, mắt giả, răng giả).
- Sự kiện bảo hiểm/Điều trị y tế/Phẫu thuật Ốm bệnh/Thương tật xảy ra trong Thời gian chờ theo quy định tại Quy tắc bảo hiểm trừ trường hợp là NĐBH tái tục hoặc tham gia theo điều khoản bổ sung giảm thời gian chờ hoặc Sự kiện bảo hiểm/Điều trị y tế phát sinh ngoài thời hạn bảo hiểm.
- NĐBH xảy ra Sự kiện bảo hiểm trong tình trạng sử dụng hoặc bị ảnh hưởng của ma

- túy, chất gây nghiện, chất kích thích tương tự hoặc rượu/bia/chất có cồn từ 10,9 mmol/L (tương đương 50 mg/100 ml máu) trở lên, các chất kích thích khác mà pháp luật cấm sử dụng hoặc hậu quả của việc sử dụng các chất đó.
- i. Đột tử (trừ trường hợp xác định được nguyên nhân tử vong) hoặc tử vong không rõ nguyên nhân.
 - j. Điều trị y tế tại các nơi không phải là Cơ sở y tế hoặc Nằm/Nằm viện hoặc Điều trị y tế y tế tại các Cơ sở y tế không có chức năng điều trị nội trú.
 - k. Điều trị y tế tại các Cơ sở y tế nằm trong danh sách Cơ sở y tế không được chi trả (blacklist) của BSH.
 - l. Các chi phí cung cấp, lắp ráp, sửa chữa, bảo dưỡng các Thiết bị y tế hoặc Bộ phận giả ngoại trừ các thiết bị y tế được cấy ghép vào bên trong cơ thể để duy trì sự sống theo quyền lợi Phẫu thuật.
 - m. Các chi phí cung cấp, bảo dưỡng, sửa chữa các thiết bị hoặc dụng cụ chỉnh hình, các thiết bị trợ thính hoặc thị lực, nạng hay xe lăn, các máy móc phục vụ cá nhân NĐBH để chẩn đoán bệnh hoặc hỗ trợ điều trị y tế (máy tạo nhịp tim, máy khí dung, holter...).
 - n. Thuốc hỗ trợ điều trị, thực phẩm chức năng, các chất bổ sung như vitamin, thuốc bổ, khoáng chất và các chất hữu cơ, thuốc tăng cường miễn dịch cơ thể, các loại chế phẩm y tế trừ khi có thỏa thuận khác bằng văn bản.
 - o. Điều trị liên quan đến phẫu thuật/điều trị Ôm bệnh/Thương tật bằng cấy ghép tế bào gốc bao gồm chi phí chiết xuất, xử lý, cấy tế bào gốc, điều trị duy trì sau khi cấy tế bào và hậu quả của phương pháp điều trị này.
 - p. Tử vong do các sự cố sai sót y khoa trong quá trình Điều trị y tế.
 - q. Các chi phí y tế/điều trị hoặc phẫu thuật theo yêu cầu của NĐBH. Khám và xét nghiệm không có kết luận chẩn đoán bệnh của Bác sĩ/Cơ sở y tế hay kết luận khám/xét nghiệm có kết quả bình thường hoặc có kết luận bệnh của Bác sĩ nhưng không có chỉ định điều trị.
 - r. BMBH/NĐBH kê khai/cung cấp thông tin không trung thực hoặc không đầy đủ về tình trạng bệnh/tình trạng sức khỏe tại giấy yêu cầu bảo hiểm, Công ty bảo hiểm có thể giảm trừ toàn bộ hoặc một phần quyền lợi bảo hiểm hoặc chấm dứt hợp đồng bảo hiểm.

2. Điểm loại trừ áp dụng riêng cho quyền lợi Tai nạn

- a. NĐBH gây rối trật tự công cộng hoặc chống người thi hành công vụ và/hoặc thực hiện các hành vi phạm tội theo kết luận của Cơ quan nhà nước có thẩm quyền.
- b. NĐBH vi phạm Luật giao thông bao gồm các hành vi sau:
 - Điều khiển xe cơ giới không có giấy phép lái xe theo quy định;

- Đi vào đường cấm hoặc khu vực cấm, vượt xe trong đường cấm vượt, xe đi ngược chiều;
 - Điều khiển phương tiện giao thông vượt đèn đỏ hoặc không chấp hành theo hiệu lệnh của người điều khiển giao thông, xe đi đêm không có đèn chiếu sáng theo quy định;
 - Đua xe (hợp pháp hoặc bất hợp pháp) trừ khi có thoả thuận khác bằng văn bản với Công ty bảo hiểm hoặc Thương tật khi bị tai nạn do xe được sử dụng làm Phương tiện trong các hoạt động trộm/cướp, chở hàng trái phép hoặc hàng cấm theo quy định của pháp luật;
 - Điều khiển các phương tiện giao thông không có giấy chứng nhận kiểm định an toàn kỹ thuật và bảo vệ môi trường phương tiện giao thông cơ giới đường bộ hợp lệ theo quy định của pháp luật hiện hành;
 - Điều khiển phương tiện tham gia giao thông đường bộ mà trong cơ thể có chất ma túy, trong máu hoặc hơi thở có nồng độ cồn trên 10,9 mmol/L (tương đương 50 mg/100 ml máu), có các chất kích thích khác mà pháp luật cấm sử dụng.
- c. NĐBH bị Ốm bệnh, Thai sản, Nha khoa.
- d. NĐBH tham gia đánh nhau, ẩu đả trừ khi chứng minh được hành động đánh nhau, ẩu đả đó chỉ với mục đích tự vệ.
- e. Sự kiện bảo hiểm xảy ra khi tập luyện hoặc tham gia thi đấu Thể thao chuyên nghiệp hoặc Thể thao nguy hiểm hoặc bất kỳ hoạt động đua nào hoặc Sự kiện bảo hiểm xảy ra khi tham gia các hoạt động hàng không (trừ khi với tư cách là hành khách của các chuyến bay có lịch trình cố định), tham gia các cuộc diễn tập, huấn luyện quân sự/quốc phòng, tham gia chiến đấu của các lực lượng vũ trang.
- f. Gãy răng/Mất răng (trừ trường hợp điều trị răng gắn liền với việc điều trị Thương tật vùng hàm mặt do Tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm). Trường hợp NĐBH tham gia quyền lợi răng thì các rủi ro về răng không gắn kèm với Tai nạn sẽ được xem xét bồi thường/trả tiền bảo hiểm theo quyền lợi bảo hiểm răng.
- g. NĐBH bị mất tích (trừ trường hợp Tòa án có quyết định tuyên bố NĐBH mất tích kèm điều kiện thoả thuận bổ sung bằng văn bản).
- h. Ngộ độc thức ăn, đồ uống hoặc hít phải hơi độc, khí độc, chất độc trừ khi có thoả thuận bổ sung bằng văn bản.
- i. Động đất, núi lửa, sóng thần, ô nhiễm hóa học; nhiễm phóng xạ, hạt nhân hoặc các rủi ro có tính chất tương đương hoặc mang tính chất thảm họa hoặc các sự kiện bảo hiểm phát sinh liên quan từ các rủi ro này.
- j. Chiến tranh, nội chiến và các sự kiện mang tính chiến tranh khác hoặc các hoạt động dân sự hoặc hành động của bất kỳ người cầm đầu của tổ chức nhằm lật đổ, đe dọa chính quyền, kiểm soát bằng vũ lực.
- k. Đình công, khủng bố, nổi loạn, bạo động dân sự hoặc sát hại/tấn công vô cớ trừ khi có thoả thuận bổ sung bằng văn bản.



3. Điểm loại trừ áp dụng riêng cho quyền lợi Ốm bệnh/Thai sản/Nha khoa

- a. Thương tật/Điều trị y tế do Thương tật hoặc tử vong do Tai nạn.
- b. Điều trị ngoại trú trừ trường hợp NDBH tham gia quyền lợi 'Điều trị ngoại trú' hoặc Điều trị răng trừ trường hợp tham gia quyền lợi 'Nha khoa'
- c. Kiểm tra thị lực/thính lực/thị giác/thính giác, các khuyết tật thoái hóa/lão hoá thính giác và thị giác, các tật khúc xạ của mắt (bao gồm nhưng không giới hạn: cận thị, loạn thị, viễn thị, lác...), các bệnh lý về mắt như khô mắt, mỏi mắt do điều tiết, hoặc bất kỳ phẫu thuật nào nhằm phục hồi hoặc hiệu chỉnh các khiếm khuyết nêu trên; đục thủy tinh thể không do nguyên nhân bệnh lý, thoái hoá/lão hoá tự nhiên các bộ phận khác của cơ thể.
- d. Điều trị kiểm soát trọng lượng cơ thể (tăng hoặc giảm cân) hoặc chiều cao, suy dinh dưỡng, còi xương, béo phì.
- e. Kiểm tra sức khoẻ định kỳ (nội trú hoặc ngoại trú), kiểm tra sức khoẻ tổng quát. Tầm soát ung thư/bệnh hoặc kiểm tra phụ khoa/nam khoa. Xét nghiệm định kỳ, khám định kỳ cho trẻ mới sinh; tiêm chủng, tiêm vắc-xin và thuốc phòng ngừa (trừ trường hợp tiêm vắc-xin uốn ván sau khi bị tai nạn hoặc tiêm phòng do súc vật/côn trùng cắn). Giám định y khoa hoặc tư vấn y tế không liên quan đến việc điều trị Ốm bệnh/Thương tật trừ trường hợp có thỏa thuận khác bằng văn bản.
- f. Điều trị/đốt: nốt ruồi, mụn thịt, nốt chai trên tay/chân hoặc tăng sắc tố (nám da); điều trị mụn trứng cá; điều trị chứng rụng tóc.
- g. Dịch bệnh theo công bố của cơ quan có thẩm quyền (bao gồm và không giới hạn bởi SARS, H5N1, EBOLA).
- h. Liệu pháp thay thế hooc-mon trong thời kỳ sinh trưởng hoặc tiền mãn kinh hay mãn kinh ở phụ nữ.
- i. Các bệnh lý về tâm thần, rối loạn tâm lý, mệt mỏi, mất ngủ (bao gồm rối loạn giấc ngủ), suy nhược thần kinh, suy nhược cơ thể, hội chứng căng thẳng (stress) và các bệnh liên quan đến hội chứng đó, bệnh ngủ gáy, bệnh nghề nghiệp hoặc sự kiện bảo hiểm từ các bệnh lý này. Đối với bệnh nghề nghiệp sẽ không bị loại trừ khi có thỏa thuận khác bằng văn bản.
- j. Bệnh lây nhiễm qua đường tình dục bao gồm và không giới hạn bởi bệnh giang mai, lậu, HIV..., các bệnh có liên quan đến hội chứng suy giảm miễn dịch (HIV/AIDS) và các bệnh, biến chứng có liên quan đến HIV/AIDS hoặc điều trị các bệnh rối loạn chức năng sinh dục trừ khi có các thỏa thuận khác bằng văn bản.
- k. Dị tật/bệnh bẩm sinh/Bệnh di truyền/Rối loạn di truyền bao gồm và không giới hạn bởi các bệnh Down, hở môi, hở hàm ếch, tích nước trong não, hẹp hậu môn, hẹp bao quy đầu, vẹo vách ngăn bẩm sinh và/hoặc các biến chứng của Dị tật/bệnh bẩm sinh.

- l. Thực hiện các biện pháp kế hoạch hóa gia đình, hậu quả của phá thai do nguyên nhân tâm lý hay xã hội, điều trị vô sinh nam/nữ, thụ tinh nhân tạo/ống nghiệm, điều trị bất lực/liệt dương, hoặc thay đổi giới tính và bất kỳ hậu quả hay biến chứng nào từ những điều trên. Các điều trị thai sản, chăm sóc thai sản cho NĐBH có thai bằng biện pháp thụ tinh nhân tạo, thụ tinh ống nghiệm hay bất kỳ hậu quả hoặc bất kỳ biến chứng nào phát sinh từ việc trên.
- m. Sự kiện bảo hiểm hoặc Điều trị y tế do Bệnh đặc biệt, Bệnh mãn/mạn tính xảy ra trong vòng 365 ngày kể từ khi bắt đầu Thời hạn bảo hiểm trừ trường hợp Hợp đồng bảo hiểm tái tục hoặc có quy định khác thể hiện trên Hợp đồng bảo hiểm/GCNBH.

PHẦN V. BỒI THƯỜNG/TRẢ TIỀN BẢO HIỂM

Điều 13. Thời hạn thông báo, nộp hồ sơ yêu cầu bồi thường/trả tiền bảo hiểm

1. Thời hạn thông báo bồi thường/trả tiền bảo hiểm

Trong thời gian sớm nhất có thể và tối đa trong vòng bảy (7) ngày kể từ ngày tử vong và trong vòng ba mươi (30) ngày đối với trường hợp Thương tật/Ốm bệnh/Thai sản/Nha khoa kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm mà có thể dẫn đến yêu cầu bồi thường/trả tiền bảo hiểm, BMBH/NĐBH hoặc Người thụ hưởng phải thông báo cho Công ty bảo hiểm bằng văn bản về sự kiện bảo hiểm bao gồm thời gian, địa điểm, diễn biến rủi ro và nơi điều trị của NĐBH trừ trường hợp BMBH cung cấp được bằng chứng chứng minh lý do chậm thông báo là do sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan.

2. Thời hạn nộp hồ sơ yêu cầu bồi thường/trả tiền bảo hiểm

BMBH hoặc NĐBH hoặc Người thụ hưởng phải nộp đầy đủ hồ sơ yêu cầu bồi thường/trả tiền bảo hiểm ngay khi có thể và không muộn hơn ba trăm sáu mươi lăm (365) ngày kể từ khi kết thúc điều trị hoặc tử vong. Thời gian xảy ra sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan không tính vào thời hạn nộp hồ sơ yêu cầu bồi thường/trả tiền bảo hiểm.

Điều 14. Thời hạn bồi thường/trả tiền bảo hiểm

Trong trường hợp không có thỏa thuận nào khác thì thời hạn bồi thường/trả tiền bảo hiểm của Công ty bảo hiểm là mười lăm (15) ngày làm việc kể từ khi Công ty bảo hiểm nhận được hồ sơ yêu cầu bồi thường/trả tiền bảo hiểm đầy đủ, hợp lệ và tối đa ba mươi (30) ngày làm việc trong trường hợp cần thiết phải thu thập, xác minh thông tin trừ khi có thỏa thuận khác bằng văn bản.

Điều 15. Xác minh

Công ty bảo hiểm có quyền chỉ định chuyên gia y khoa và/hoặc chuyên gia giám định để kiểm tra sức khỏe của NĐBH và tiến hành xác minh, kiểm tra các thông tin liên quan đến việc giải quyết yêu cầu bồi thường/trả tiền bảo hiểm hoặc khiếu nại của NĐBH nếu thấy cần thiết.



Ngoài ra, Công ty bảo hiểm có thể yêu cầu khám nghiệm tử thi trong trường hợp xảy ra tử vong nếu việc này không vi phạm pháp luật hiện hành.

Trường hợp BMBH/NĐBH không thống nhất với kết quả xác minh/giám định của Công ty bảo hiểm, hai bên lựa chọn giám định độc lập để thực hiện giám định. Kết luận của giám định độc lập khác với kết luận của Công ty bảo hiểm, Công ty bảo hiểm chịu chi phí giám định. Kết luận của giám định độc lập trùng với kết luận của Công ty bảo hiểm, BMBH/NĐBH chịu chi phí giám định.

Điều 16. Hồ sơ yêu cầu bồi thường/trả tiền bảo hiểm

Khi yêu cầu bồi thường/ trả tiền bảo hiểm, BMBH/NĐBH/Người thụ hưởng phải gửi cho Công ty bảo hiểm ngay khi có thể các giấy tờ sau đây:

1. Chứng từ chung và một số quy định về hồ sơ bồi thường

- a. Giấy yêu cầu bồi thường/trả tiền bảo hiểm (theo mẫu của Công ty bảo hiểm) hoặc kê khai thông tin yêu cầu bồi thường/trả tiền bảo hiểm theo hướng dẫn của Công ty bảo hiểm.
- b. Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm kèm danh sách NĐBH.
- c. Giấy tờ tùy thân của Người yêu cầu bồi thường/trả tiền bảo hiểm, NĐBH: Căn cước công dân/Hộ chiếu, giấy khai sinh, giấy đăng ký kết hôn.
- d. Giấy uỷ quyền hợp pháp trường hợp người thụ hưởng uỷ quyền cho người khác yêu cầu bồi thường/trả tiền bảo hiểm hoặc nhận tiền bảo hiểm.
- e. Một số quy định chung:
 - Bộ chứng từ bồi thường là bản gốc hoặc bản sao công chứng trừ các trường hợp khác được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm/GCNBH.
 - Chứng từ Đơn thuốc được xuất ngay hoặc tối đa trong vòng năm (05) ngày kể từ khi kết thúc điều trị trừ trường hợp có thoả thuận khác bằng văn bản.
 - Hoá đơn tài chính được xuất ngay khi sử dụng dịch vụ trừ trường hợp có thoả thuận khác bằng văn bản.
 - Các chứng từ yêu cầu bồi thường bằng tiếng nước ngoài (ngoại trừ tiếng Anh) khi gửi đến Công ty bảo hiểm phải được dịch sang tiếng Việt và đảm bảo tính pháp lý. Chi phí dịch hồ sơ trả tiền bảo hiểm/bồi thường hoặc chi phí lấy các chứng từ trả tiền bảo hiểm/bồi thường do NĐBH chi trả.
 - Ngoài các giấy tờ quy định cho từng trường hợp dưới đây, Công ty bảo hiểm có thể yêu cầu các giấy tờ/ bằng chứng chứng minh rủi ro khác cho từng trường hợp cụ thể.

2. Chứng từ riêng theo rủi ro

- a. Giấy ra viện, Giấy chứng thương.
- b. Sổ khám bệnh/Đơn thuốc có chẩn đoán bệnh, kết luận bệnh và chỉ định điều trị.
- c. Phiếu chỉ định và kết quả các cận lâm sàng, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng, siêu âm, X-Quang, MRI, PET...
- d. Bảng kê chi phí khám bệnh/chữa bệnh, Hóa đơn tài chính.



- e. Các chứng từ y tế khác như báo cáo y tế, báo cáo lịch sử bệnh, tóm tắt hồ sơ bệnh án, báo cáo tình trạng xuất viện.
- f. Giấy phép lái xe (đối với tai nạn giao thông).
- g. Trường hợp Thương tật do tai nạn: bổ sung Bản tường trình tai nạn ghi rõ thời gian, địa điểm, diễn biến, nguyên nhân, hậu quả của tai nạn có xác nhận.
- h. Trường hợp Tử vong/Thương tật (Tàn tật) toàn bộ vĩnh viễn do Tai nạn/Ốm bệnh/Thai sản bổ sung các giấy tờ sau:
 - Biên bản kết luận nguyên nhân tai nạn của công an giao thông (tai nạn giao thông) hoặc Biên bản điều tra tai nạn lao động của Hội đồng điều tra (đối với tai nạn lao động) hoặc Biên bản kết luận nguyên nhân tai nạn của công an điều tra (tai nạn khác);
 - Giấy báo tử của Cơ sở y tế (trường hợp tử vong tại Bệnh viện);
 - Giấy chứng tử (trường hợp tử vong);
 - Giấy xác nhận quyền thừa kế hợp pháp/Văn bản phân chia di sản (trường hợp tử vong).
- i. Trường hợp yêu cầu trả tiền cho quyền lợi Trợ cấp trong thời gian điều trị bao gồm trợ cấp lương hoặc trợ cấp mất giảm thu nhập, bổ sung các chứng từ sau:
 - Giấy nghỉ hưởng bảo hiểm xã hội;
 - Hợp đồng lao động;
 - Bảng chấm công;
 - Sao kê lương hàng tháng.
- j. Trường hợp vận chuyển cấp cứu/hồi hương thi hài, bổ sung các chứng từ liên quan: Hoá đơn tiền cước vận chuyển, hoá đơn tài chính.

PHẦN VI. QUYỀN & NGHĨA VỤ CỦA CÁC BÊN

Điều 17. Quyền và nghĩa vụ của BMBH/NĐBH

1. BMBH/NĐBH có quyền:

- a. Yêu cầu Công ty bảo hiểm cung cấp bản yêu cầu bảo hiểm, bảng câu hỏi và trả lời liên quan đến rủi ro được bảo hiểm, đối tượng bảo hiểm, quy tắc, điều kiện, điều khoản bảo hiểm và giải thích các điều kiện, điều khoản bảo hiểm liên quan.
- b. Yêu cầu Công ty bảo hiểm cung cấp Bộ hợp đồng bảo hiểm, GCNBH.
- c. Yêu cầu Công ty bảo hiểm cấp hóa đơn thu phí bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm và quy định của pháp luật có liên quan và thỏa thuận trong Bộ hợp đồng bảo hiểm.
- d. Hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm hoặc đơn phương chấm dứt thực hiện Hợp đồng bảo hiểm theo quy định của Luật kinh doanh bảo hiểm.

- e. Yêu cầu Công ty bảo hiểm trả tiền bảo hiểm khi xảy ra Sự kiện bảo hiểm.
- f. Các quyền khác theo quy định của pháp luật.

2. BMBH/NĐBH có nghĩa vụ:

- a. Khai báo trung thực, đầy đủ 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 BMBH khi giao kết Hợp đồng bảo hiểm và nội dung khác của Bộ hợp đồng bảo hiểm.
- c. Đóng phí bảo hiểm đầy đủ, đúng hạn theo thỏa thuận trong Bộ hợp đồng bảo hiểm.
- d. Thông báo cho Công ty bảo hiểm những trường hợp có thể làm tăng rủi ro hoặc giảm rủi ro hoặc làm phát sinh thêm trách nhiệm của Công ty bảo hiểm, trong quá trình thực hiện Hợp đồng bảo hiểm.
- e. Thông báo cho Công ty bảo hiểm các thông tin liên quan tới Sự kiện bảo hiểm.
- f. Phối hợp với Công ty bảo hiểm trong việc thu thập, xác minh thông tin liên quan tới Sự kiện bảo hiểm.
- g. Nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật.

Điều 18. Quyền và nghĩa vụ của Công ty bảo hiểm

1. Công ty bảo hiểm có quyền:

- a. Thu phí bảo hiểm theo thỏa thuận trong Bộ hợp đồng bảo hiểm.
- b. Yêu cầu BMBH cung cấp đầy đủ, trung thực các thông tin liên quan đến việc giao kết và thực hiện Hợp đồng bảo hiểm.
- c. Hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm hoặc đơn phương chấm dứt thực hiện Hợp đồng bảo hiểm theo quy định của Luật kinh doanh bảo hiểm và thỏa thuận trong Bộ hợp đồng bảo hiểm.
- d. Từ chối, trả tiền bảo hiểm trong trường hợp không thuộc phạm vi trách nhiệm bảo hiểm hoặc trường hợp loại trừ trách nhiệm bảo hiểm theo thỏa thuận trong Bộ hợp đồng bảo hiểm.
- e. Quyền khác theo quy định của pháp luật.

2. Công ty bảo hiểm có nghĩa vụ:

- a. Cung cấp cho BMBH bản yêu cầu bảo hiểm, bảng câu hỏi và trả lời liên quan đến rủi ro được bảo hiểm, đối tượng bảo hiểm, quy tắc, điều kiện, điều khoản bảo hiểm.
- b. Giải thích rõ ràng, đầy đủ cho BMBH về quyền lợi bảo hiểm, điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm, quyền và nghĩa vụ của BMBH khi giao kết Hợp đồng bảo hiểm.
- c. Cung cấp cho BMBH Bộ hợp đồng bảo hiểm.



- d. Cấp hóa đơn thu phí bảo hiểm cho BMBH theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm và quy định của pháp luật có liên quan.
- e. Trả tiền bảo hiểm khi xảy ra Sự kiện bảo hiểm.
- f. Giải thích bằng văn bản lý do từ chối trả tiền bảo hiểm.
- g. Bảo mật thông tin do BMBH, NĐBH cung cấp, trừ trường hợp theo yêu cầu của Cơ quan nhà nước có thẩm quyền hoặc được sự đồng ý của BMBH, NĐBH.
- h. Công ty bảo hiểm có trách nhiệm thông báo kết quả và giải quyết hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm cho NĐBH hoặc người thụ hưởng, hoặc người thừa kế, hoặc người đại diện hợp pháp của NĐBH trong thời hạn tối đa 15 ngày làm việc, kể từ ngày nhận được bộ hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm đầy đủ và hợp lệ và tối đa 30 ngày làm việc trong trường hợp cần thiết phải thu thập, xác minh thông tin trừ khi có thỏa thuận khác bằng văn bản.
- i. Các nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật.

PHẦN VII. GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP

Điều 19. Luật áp dụng

Luật của Nước cộng hoà Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam.

Điều 20. Giải quyết tranh chấp

Mọi tranh chấp xảy ra giữa các bên liên quan đến Bộ hợp đồng bảo hiểm sẽ được giải quyết thông qua thương lượng giữa các bên. Trường hợp không thương lượng được thì tranh chấp được giải quyết thông qua Tòa án có thẩm quyền, nơi có trụ sở của Công ty bảo hiểm để giải quyết.

Điều 21. Thời hiệu khởi kiện

Thời hiệu khởi kiện về Bộ hợp đồng bảo hiểm là 03 (ba) năm kể từ thời điểm phát sinh tranh chấp giữa các bên.

TỔNG CÔNG TY CỔ PHẦN BẢO HIỂM SÀI GÒN – HÀ NỘI

TỔNG GIÁM ĐỐC



Đoàn Kiên