



An toàn để phát triển

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

Địa chỉ: Số 86 Bà Triệu, Phường Hàng Bài, Quận Hoàn Kiếm, Thành phố Hà Nội

Tel: 024.3793 1111 * Fax: 024.3793 1155 * Website: www.bshc.com.vn

Số: 3138/2020/QĐ-BSH-BHCN

Hà Nội, ngày 02 tháng 10 năm 2020

QUYẾT ĐỊNH

V/v: Ban hành Quy tắc Bảo hiểm kết hợp sức khỏe toàn diện

TỔNG GIÁM ĐỐC

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

- Căn cứ Bộ luật Dân sự số 91/2015/QH13 được Quốc hội nước CHXHCN Việt Nam thông qua ngày 24/11/2015 và các văn bản hướng dẫn thi hành;
- Căn cứ Luật Kinh doanh Bảo hiểm số 24/2000/QH10 ngày 09/12/2000 và Luật sửa đổi, bổ sung Luật Kinh doanh Bảo hiểm số 61/2010/QH12 ngày 24/11/2010 và các văn bản hướng dẫn thi hành;
- Căn cứ Giấy phép thành lập và hoạt động số 56 GP/KDBH ngày 10/12/2008 và các Giấy phép điều chỉnh của Bộ Tài chính cấp cho Tổng Công ty Cổ phần Bảo hiểm Sài Gòn – Hà Nội (BSH);
- 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 12017/BTC-QLBH của Bộ Tài chính ngày 01/10/2020 về việc phê chuẩn sản phẩm Bảo hiểm kết hợp sức khỏe toàn diện;
- Theo đề nghị của Ban Bảo hiểm Con người,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1: Ban hành Quy tắc Bảo hiểm kết hợp sức khỏe toàn diện.

Điều 2: Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký và được áp dụng thống nhất theo hướng dẫn của Ban Bảo hiểm Con người trên toàn hệ thống BSH.

Điều 3: Các Phó Tổng Giám đốc, Giám đốc, Phó Giám đốc phụ trách các Ban, Đơn vị thuộc Tổng Công ty và các cá nhân có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:

- Như Điều 3;
- HĐQT, BKS (để báo cáo);
- Ban Điều hành;
- Lưu: VT, Ban BH Con người.



Bùi Trung Kiên



QUY TẮC BẢO HIỂM KẾT HỢP SỨC KHỎE TOÀN DIỆN



(Được phê chuẩn theo công văn số 12047 BTC-QLBH ngày 1././10/2020 của Bộ Tài Chính)

MỤC LỤC	NỘI DUNG	Trang
I. NGUYÊN TẮC CHUNG		3
Điều 1: Đối tượng bảo hiểm và phạm vi địa lý		3
Điều 2: Các định nghĩa		3
II. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM		13
Điều 3: Quyền lợi bảo hiểm.		13
3.1 Quyền lợi bảo hiểm chính		13
3.2 Quyền lợi bảo hiểm bổ sung		14
3.3 Lưu ý đối với các Quyền lợi bảo hiểm		16
Điều 4: Thời gian chờ		17
III. LOẠI TRỪ BẢO HIỂM		17
Điều 5: Các điểm loại trừ trách nhiệm bảo hiểm.		18
IV. HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM, PHÍ BẢO HIỂM, SỐ TIỀN BẢO HIỂM VÀ HIỆU LỰC BẢO HIỂM		20
Điều 6: Hợp đồng bảo hiểm		20
Điều 7: Phí bảo hiểm và Số tiền bảo hiểm		20
Điều 8: Hiệu lực bảo hiểm		21
Điều 9: Ký kết, chấm dứt và tái tục Hợp Đồng Bảo Hiểm		21
V. QUYỀN VÀ TRÁCH NHIỆM CỦA CÁC BÊN		20
Điều 10: Quyền và trách nhiệm của BSH		22
Điều 11. Quyền và nghĩa vụ của Người được bảo hiểm		23
VI. THỦ TỤC TRẢ TIỀN BẢO HIỂM		23
Điều 12. Hồ sơ yêu cầu bồi thường		22
Điều 13: Trả tiền bảo hiểm		24
Điều 14: Thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm, thời hạn trả tiền bảo hiểm		24
Điều 15: Phương thức trả tiền bảo hiểm		25
Điều 16: Giám định y khoa và kiểm tra sức khỏe		25
Điều 17: Thời hạn khiếu nại và thời hiệu khởi kiện		25
VII. GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP		25
Điều 18: Giải quyết tranh chấp		25

I. NGUYÊN TẮC CHUNG

Điều 1: Đối tượng bảo hiểm và phạm vi địa lý:

1. Người được bảo hiểm là mọi công dân Việt Nam và người nước ngoài cư trú tại Việt Nam có độ tuổi từ 15 ngày tuổi đến 75 tuổi (tính theo năm dương lịch) tại thời điểm bắt đầu thời hạn bảo hiểm của Đơn bảo hiểm. Người được bảo hiểm chỉ được tham gia đến bảy mươi lăm (75) năm tuổi với điều kiện đã tham gia liên tục trước đó từ sáu mươi (60) tuổi.
2. Không nhận bảo hiểm cho các đối tượng:
 - a. Những người bị bệnh tâm thần, bệnh phong, ung thư
 - b. Những người bị tàn tật hoặc thương tật vĩnh viễn từ 80% trở lên
 - c. Người đang trong thời gian điều trị bệnh hoặc thương tật
3. Phạm vi địa lý: Việt Nam

Điều 2: Các định nghĩa

Các thuật ngữ sau đây trong Quy tắc bảo hiểm này được hiểu:

BSH:	Là Tổng Công ty Cổ phần Bảo hiểm Sài Gòn – Hà Nội.
Bên mua bảo hiểm:	Là tổ chức, cá nhân giao kết hợp đồng bảo hiểm với doanh nghiệp bảo hiểm và đóng phí bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm có thể đồng thời là người được bảo hiểm hoặc người thụ hưởng
Người được bảo hiểm (NĐBH):	Là tổ chức, cá nhân có tính mạng, sức khỏe được bảo hiểm theo hợp đồng bảo hiểm. Người được bảo hiểm có thể đồng thời là người thụ hưởng.
Người thụ hưởng:	Là tổ chức, cá nhân được bên mua bảo hiểm chỉ định để nhận tiền bảo hiểm theo hợp đồng bảo hiểm. Trường hợp NĐBH đồng thời là người thụ hưởng và người được bảo hiểm tử vong hoặc mất năng lực hành vi dân sự, hoặc không có chỉ định người thụ hưởng, BSH sẽ giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo các quy định của Bộ luật dân sự về đại diện và thừa kế.
Cơ sở y tế :	Cơ sở y tế là đơn vị được luật pháp nước sở tại công nhận, có giấy phép điều trị nội trú, ngoại trú, không phải là nơi dùng để nghỉ ngơi hoặc điều dưỡng, thẩm mỹ, spa, massage, xông hơi hay một cơ sở đặc biệt dành riêng cho người già, hoặc để điều trị, cai nghiện các chất kích thích, rượu, ma túy.
Bệnh viện:	Là cơ sở y tế có chức năng khám bệnh, chữa bệnh và chăm sóc sức khỏe cho người bệnh và có các nhiệm vụ sau: ➤ Là nơi tiếp nhận mọi người bệnh đến cấp cứu, khám bệnh, chữa bệnh nội trú và ngoại trú theo chế độ chính

sách Nhà nước quy định.

- Tổ chức khám sức khỏe và chứng nhận sức khỏe theo quy định của Nhà nước.

Bệnh viện công

Là bệnh viện do Cơ quan nhà nước có thẩm quyền thành lập và quản lý theo quy định của pháp luật, có tư cách pháp nhân, con dấu, tài khoản và tổ chức bộ máy kế toán theo quy định của pháp luật về kế toán để thực hiện nhiệm vụ cung cấp dịch vụ công hoặc phục vụ quản lý nhà nước trong các lĩnh vực chuyên môn khám chữa bệnh.

Phòng khám

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

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

Bác sỹ

Bác sỹ được cấp giấy phép hành nghề hợp pháp, được luật pháp nước sở tại công nhận và bác sỹ 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 sỹ chính là Người được bảo hiểm, hay vợ (chồng), bố mẹ, bố mẹ vợ/chồng hoặc con của Người được bảo hiểm. Một bác sỹ có thể là một bác sỹ chuyên khoa hay cổ vấn y tế.

Sự kiện bảo hiểm:

Là sự kiện xảy ra trong thời hạn bảo hiểm theo quy định về quyền lợi bảo hiểm mà không thuộc các điểm loại trừ, theo đó khi sự kiện này xảy ra thì BSH phải bồi thường cho người được bảo hiểm hoặc trả tiền bảo hiểm cho người thụ hưởng

Tái tục liên tục:

Là việc Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm mới có quyền lợi thấp hơn hoặc bằng quyền lợi bảo hiểm của Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm mà NĐBH đã tham gia trước đó và có ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm vào đúng ngày kế tiếp sau ngày hết hạn của Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm mà NĐBH đã tham gia trước đó tại BSH và các công ty bảo hiểm khác.

Số tiền bảo hiểm:

Là số tiền tối đa BSH có thể trả cho Người được bảo hiểm trong một sự kiện bảo hiểm, được nêu trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Thời gian chờ:

Là thời gian mà các quyền lợi bảo hiểm có liên quan không được chi trả bảo hiểm bao gồm cả những sự kiện bảo hiểm phát sinh trong thời gian chờ nhưng hậu quả xảy ra ngoài thời gian chờ hoặc việc điều trị kéo dài ngoài thời gian chờ và trong thời hạn bảo hiểm.

Thời gian chờ áp dụng cho một quyền lợi nào thì phải được thể hiện trên Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm

Ôm đau, bệnh tật

Là tình trạng cơ thể có dấu hiệu của bệnh lý khác với tình trạng sức khỏe bình thường. Việc xác định tình trạng bệnh lý theo chẩn đoán xác định của Cơ sở y tế hợp pháp.

Bệnh đặc biệt

Là những bệnh ung thư, u bướu các loại, huyết áp, tim mạch, viêm/ loét dạ dày, viêm xương/khớp, viêm loét ruột, viêm gan các loại, xơ gan, suy gan, viêm màng trong dạ con, trĩ, sỏi các loại trong hệ thống tiết niệu và đường mật, viêm xoang, bệnh đái tháo đường, Parkinson, bệnh liên quan đến hệ thống tạo máu, bệnh suy phổi, tràn khí phổi, các bệnh mạch máu não, đột quỵ, hôn mê, động kinh, Alzheimer, hội chứng mất trí nhớ, các bệnh bại não và hội chứng liệt khác, rối loạn tuyến giáp và nội tiết tuyến tụy, tuyến thượng thận, rối loạn nội tiết, đục nhân mắt, Lupus ban đỏ.

Bệnh có sẵn

a. Là tình trạng bệnh có từ trước ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm/ Giấy chứng nhận bảo hiểm mà Người được bảo hiểm:

- ❖ Đã phải điều trị trong vòng 3 năm gần đây, hoặc
- ❖ Triệu chứng bệnh/thời điểm khởi phát bệnh đã xuất hiện hoặc đã xảy ra từ trước ngày bắt đầu thời hạn 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.
- b. Bệnh có sẵn bao gồm bệnh mãn tính/ mạn tính (bao gồm đợt cấp tính của bệnh mãn tính/ mạn tính).
- c. Theo quy tắc bảo hiểm này, ngoài các bệnh có sẵn theo định nghĩa trên, một số bệnh sau được hiểu là Bệnh có sẵn: Viêm amygdal cần phải cắt; viêm VA cần phải nạo; vẹo vách ngăn cần phẫu thuật; viêm phế quản, tiểu phế quản, viêm phổi các loại, bệnh hen/ suyễn, viêm tai giữa/ viêm tai giữa cần phẫu thuật; sỏi vòm họng; rối loạn tiền đình; thoái hóa khớp/ đốt sống/ cột sống; thoát vị đĩa đệm; bệnh gout; viêm tĩnh mạch và viêm tắc/ nghẽn tĩnh mạch; giãn tĩnh mạch chi dưới; hội chứng ống cổ tay; mạch/ hạch bạch huyết, sỏi, polip; nang;

Các điều trị liên quan đến tái tạo dây chằng, rách sụn chêm (bao gồm cả tai nạn và bệnh lý).

Thương tật có sẵn

Là tình trạng mà người được bảo hiểm bị thương tật thân thể do nguyên nhân tai nạn xảy ra từ trước ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm mà Người được bảo hiểm đã biết hoặc ý thức được cho dù Người được bảo hiểm có thật sự khám và điều trị hoặc nhận biết được hay không.

Thương tật có sẵn được thể hiện ở chẩn đoán của bác sĩ tại hồ sơ bệnh án/chứng từ y tế hoặc di chứng/tổn thương tồn tại trên cơ thể hoặc theo ý kiến của cơ quan chuyên môn có liên quan.

Bệnh nghề nghiệp

Bệnh nghề nghiệp là bệnh phát sinh do điều kiện lao động có hại của nghề nghiệp tác động đối với người lao động. Danh mục các loại bệnh nghề nghiệp do Bộ Y tế và Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội ban hành.

Bệnh mãn tính/ mạn tính

Là tình trạng bệnh xảy ra từ từ, kéo dài, tiến triển chậm, thời gian điều trị lâu nhưng khó hoặc không có khả năng khỏi bệnh và được xác định theo kết luận cuối cùng của bác sĩ tại hồ sơ bệnh án/chứng từ y tế hoặc theo ý kiến của cơ quan chuyên môn liên quan.

Dị tật/ khuyết tật bẩm sinh

- Là các bất thường bộc lộ sớm hay tiềm ẩn, có thể xuất hiện muộn về di truyền, về gen, về hình dạng, về cấu trúc, về chức năng, về chuyển hóa hoặc vị trí của các bộ phận cơ thể trong giai đoạn phát triển bào thai hay xuất hiện muộn trong các giai đoạn phát triển cơ thể, kể cả trường hợp phát triển bất thường, sai lệch chức năng, vị trí của tế bào mầm.

- Dị tật/ khuyết tật bẩm sinh được xác định theo kết luận cuối cùng của bác sĩ tại hồ sơ bệnh án/chứng từ y tế hoặc theo ý kiến của cơ quan chuyên môn.

Bệnh di truyền

Là bất kỳ bệnh nào xuất hiện ở những người có cùng huyết thống hay sự chuyển những bệnh lý của bố, mẹ cho con cái thông qua gen của bố, mẹ và/hoặc được truyền từ đời này sang đời khác, từ thế hệ này sang thế hệ khác trong những người có cùng huyết thống. Việc xác định bệnh di truyền phải do bác sĩ thực hiện.

Tai nạn:

Là sự kiện/chuỗi sự kiện bất ngờ, không lường trước được, nằm ngoài ý muốn của Người được bảo hiểm, gây ra bởi một lực bên ngoài có thể nhìn thấy được xảy ra trong thời hạn bảo hiểm ghi trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm; là nguyên nhân trực tiếp tác động lên cơ thể của Người

được bảo hiểm làm cho Người được bảo hiểm bị tử vong hoặc thương tật thân thể. Sự kiện/ chuỗi sự kiện này không phải có nguyên nhân từ bệnh; suy giảm sức khỏe hoặc thần kinh hoặc thoái hoá theo thời gian, tuổi tác.

Thương tật thân thể:

Là những tổn thương đối với bất kỳ bộ phận, chức năng nào của cơ thể do nguyên nhân trực tiếp và duy nhất là tai nạn.

Thương tật/ tàn tật toàn bộ vĩnh viễn

Là thương tật/tàn tật làm cho Người được bảo hiểm bị cản trở hoàn toàn khi tham gia vào công việc của người đó hay bị mất hoàn toàn khả năng lao động trong bất kỳ loại lao động nào, kéo dài 104 tuần liên tục và không hy vọng vào sự tiến triển của thương tật/tàn tật đó.

Theo Quy tắc bảo hiểm này, Thương tật/ tàn tật toàn bộ vĩnh viễn chỉ được xác định sau khi điều trị tổn thương thân thể gây ra thương tật/ tàn tật đó kết thúc và căn cứ theo kết luận của Hội đồng giám định y khoa cấp tỉnh/ thành phố trở lên với tỉ lệ thương tật thân thể vĩnh viễn từ 81% trở lên

Thương tật bộ phận vĩnh viễn

Là các thương tật được liệt kê trong bảng tỷ lệ thương tật hoặc các tổn thương thân thể do tai nạn gây ra làm cho Người được bảo hiểm vĩnh viễn mất đi một phần khả năng lao động do hậu quả của việc bị cắt, mất hoặc mất khả năng sử dụng hoặc liệt một phần cơ thể mà với điều kiện y học hiện tại không có khả năng khắc phục và kéo dài trong vòng 52 tuần liên tục.

Theo quy định của Quy tắc bảo hiểm này, Thương tật toàn bộ vĩnh viễn chỉ bao gồm những mục được liệt kê trong Phụ lục “Bảng tỉ lệ trả tiền bảo hiểm thương tật” đính kèm Quy tắc và chỉ được xác định sau khi điều trị tổn thương thân thể gây ra thương tật đó đã kết thúc

Chăm sóc thai sản:

Là tình trạng Người được bảo hiểm phát sinh rủi ro liên quan đến quá trình mang thai và sinh con kể cả sinh con có hỗ trợ sinh sản, bao gồm:

- a. Sinh con: sinh thường; sinh mổ (không bao gồm sinh mổ theo yêu cầu); sinh khó bằng các can thiệp chuyên môn;
- b. Biến chứng thai sản: bất thường trong quá trình mang thai theo chỉ định của bác sỹ để điều trị cho người được bảo hiểm: Thai ngừng phát triển, thai lưu, dọa xảy thai, xảy thai, chửa trứng, chửa ngoài tử cung, rau tiền đạo, rau bong non, dọa đẻ non, chửa vết mổ.

c. Bệnh lý phát sinh nguyên nhân do thai kỳ: đái tháo đường thai kỳ, cao huyết áp thai kỳ, nhiễm độc thai nghén không bao gồm nôn nhiều, nôn nặng.

d. Tai biến sản khoa: nhiễm trùng hậu sản các loại, tiền sản giật, sản giật, dọa vỡ tử cung, vỡ tử cung, chảy máu sau đẻ, phù phổi cấp, thuyên tắc ôi và các biến chứng của các nguyên nhân nêu trên.

Chăm sóc thai sản không bao gồm: quá trình thực hiện hỗ trợ sinh sản đến 12 tuần tuổi, bất thường trong quá trình mang thai do hỗ trợ sinh sản, hút/nạo thai theo yêu cầu/kế hoạch hoá gia đình.

Chi phí Chăm sóc trẻ sau sinh Là việc điều trị cho trẻ sơ sinh liên quan đến bệnh lý xuất hiện trong vòng 7 ngày sau khi sinh, với điều kiện mẹ vẫn nằm viện (không bao gồm các chi phí vệ sinh; vật dụng cá nhân và chi phí thức ăn cho em bé; tiêm phòng các loại; thuốc dự phòng và xét nghiệm kiểm tra tầm soát hoặc điều trị các bệnh bẩm sinh/di truyền).

Nằm viện/ điều trị nội trú: Là việc bệnh nhân phải lưu trú tại bệnh viện ít nhất là 24 giờ để điều trị. Trong trường hợp bệnh viện không cấp được Giấy nhập viện hoặc xuất viện, hồ sơ y tế hoặc hóa đơn thanh toán thể hiện rõ thời gian điều trị sẽ được coi như chứng từ thay thế. Đơn vị ngày nằm viện được tính bằng 24h và theo đơn vị giường nằm trong Giấy ra/xuất viện hoặc trong chứng từ viện phí chi tiết. Việc điều trị nội trú chỉ được chấp nhận khi bệnh nhân được thực hiện điều trị tại một bệnh viện như định nghĩa, không phải là phòng khám hay cơ sở điều trị ngoại trú.

Điều trị trong ngày: Là việc bệnh nhân cần thiết phải nhập viện để điều trị một bệnh đã được chẩn đoán xác định, có phác đồ điều trị và phát sinh chi phí giường bệnh nhưng không phải ở lại bệnh viện qua đêm.

Phẫu thuật: Là một phương pháp khoa học để điều trị thương tật thân thể hoặc ốm đau, bệnh tật được thực hiện bởi những phẫu thuật viên có bằng cấp thông qua những ca mổ bằng tay với các dụng cụ y tế hoặc bằng thiết bị y tế trong bệnh viện bao gồm những danh mục liệt kê dưới đây và/hoặc các danh mục được liệt kê trong Sửa đổi bổ sung như là một bộ phận đính kèm của Quy tắc/Hợp đồng bảo hiểm như mổ phanh, mổ nội soi, mổ bằng tia laser. Phẫu thuật bao gồm 02 loại:

- Phẫu thuật nội trú: là hình thức bệnh nhân sau phẫu thuật cần phải lưu trú tại bệnh viện ít nhất 24h.
- Phẫu thuật ngoại trú: là hình thức bệnh nhân sau phẫu thuật chỉ lưu trú tại bệnh viện dưới 24h.

Chi phí y tế thực tế:

Là những chi phí điều trị hợp lý và cần thiết về mặt y tế nhưng không vượt quá mức chi phí chung của cơ sở khám chữa bệnh tại nơi phát sinh những chi phí đó, khi cung cấp các dịch vụ tương đương hoặc mức độ điều trị với các bệnh tương tự. Chi phí y tế phải được thực hiện theo chỉ định của bác sĩ và phát sinh khi Người được bảo hiểm phải điều trị tại các Cơ sở y tế mà việc điều trị này được bảo hiểm (không bao gồm các chi phí khám và điều trị: mang tính chất thẩm mỹ, theo yêu cầu của Người được bảo hiểm, mang tính chất kiểm tra và tầm soát).

Tiền phòng và giường

Các chi phí tiền giường nằm điều trị trong một phòng tiêu chuẩn 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.

Theo quy tắc bảo hiểm này, Phòng tiêu chuẩn được giới hạn tới loại Phòng đơn có giá thấp nhất tại khoa của cơ sở y tế điều trị, không bao gồm các loại Phòng theo yêu cầu; Phòng VIP; phòng bao và các chi phí không phải chi phí y tế như điện thoại; báo chí; tiếp khách; mỹ phẩm....

Thuốc theo kê đơn của Bác sĩ

Là những thuốc, dược phẩm 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.

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 nội trú.

Lần khám/ điều trị

Là một lần người bệnh là người được bảo hiểm được bác sĩ thăm khám lâm sàng có hoặc không kết hợp với cận lâm sàng nhằm mục đích chẩn đoán bệnh, chữa bệnh, không phụ thuộc lần khám kết thúc trong một hay nhiều ngày. Các trường hợp cụ thể:

- Trường hợp nhiều bác sĩ chuyên khoa cùng hội chẩn trước

một người bệnh theo quy chế bệnh viện thì chỉ được tính là một lần khám, chữa bệnh.

- Trường hợp người bệnh khám một chuyên khoa nhiều lần trong ngày, tại một hay nhiều cơ sở y tế khác nhau có cùng 1 chẩn đoán/kết luận bệnh thì chỉ được tính là một lần khám, chữa bệnh.

- Trường hợp người bệnh phải khám nhiều chuyên khoa khác nhau dù có chỉ định của bác sĩ trong cùng một cơ sở y tế, thực hiện trong một ngày hay nhiều ngày mà có cùng 1 chẩn đoán/kết luận bệnh thì vẫn chỉ tính là một lần khám, chữa bệnh.

- Trường hợp người bệnh đã khám bệnh có chẩn đoán bệnh và bác sĩ chỉ định phương pháp điều trị trong nhiều ngày thì kể từ ngày khám bệnh đến ngày kết thúc điều trị được tính là 1 lần khám, chữa bệnh.

- Chỉ định tái khám ngay sau đó của bác sĩ cho dù cần phải tiếp tục điều trị, theo dõi hay không cần điều trị sẽ được tính như một lần khám, chữa bệnh độc lập.

- Trường hợp ra viện không phải dùng thuốc liên tục ngay sau khi ra viện thì chỉ định tái khám được coi là 1 lần khám, chữa bệnh độc lập.

Chi phí điều trị trước khi nhập viện

Là các chi phí khám, kiểm tra, siêu âm, chụp chiếu, xét nghiệm cơ bản theo chỉ định của bác sĩ, liên quan trực tiếp đến bệnh, thai sản cần phải nhập viện, được thực hiện trước khi nhập viện và trong vòng tối đa không vượt quá số ngày được ghi trên Hợp đồng/giấy chứng nhận bảo hiểm.

Chi phí điều trị 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 nhưng tối đa không vượt quá số ngày được ghi trên hợp đồng/giấy chứng nhận bảo hiểm. Các chi phí này bao gồm chi phí khám, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, vật tư y tế và thuốc được kê liên tục ngày sau khi xuất viện. Trường hợp không cần điều trị liên tục thì chi phí tái khám lần đầu tiên kể từ ngày xuất viện được tính vào quyền lợi này.

Chi phí y tá chăm sóc tại nhà

BSH chi trả chi phí cho người được bảo hiểm các dịch vụ chăm sóc y tế của một y tá (không bao gồm chi phí đi lại) được cấp giấy phép hành nghề hợp pháp, được thực hiện tại nhà của Người được bảo hiểm và ngay sau khi ra viện nhưng

tối đa không vượt quá số ngày ghi trên hợp đồng/giấy chứng nhận bảo hiểm. Dịch vụ này phải được thực hiện theo chỉ định của bác sĩ điều trị vì những lý do đặc thù của ngành y.

Cấy ghép nội tạng

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

Điều trị phục hồi chức năng

Không phải là phương pháp điều trị y tế nhằm mục đích làm giảm triệu chứng hoặc khỏi bệnh mà là phương pháp điều trị nhằm mục đích khôi phục lại tình trạng bình thường và/hay chức năng sinh lý sau tổn thương cấp tính hoặc do bệnh, tai nạn kể từ khi người bệnh được bác sĩ chỉ định chuyển sang điều trị tại chuyên khoa phục hồi chức năng

Vật lý trị liệu

Là phương pháp phòng và chữa bệnh bằng cách sử dụng các tác nhân vật lý tự nhiên hay nhân tạo như: nước, không khí, nhiệt độ, khí hậu, độ cao, điện, tia X, tia cực tím, tia hồng ngoại, siêu âm, các chất đồng vị phóng xạ, xoa bóp, thể dục - thể thao, đi bộ, dưỡng sinh... Quy tắc này không bảo hiểm các chi phí nhằm mục đích thư giãn, massage, spa, sửa dáng đi.

Vật tư tiêu hao, vật tư thay thế

Là vật tư được sử dụng một lần hoặc nhiều lần nhằm mục đích hỗ trợ cho điều trị, thủ thuật, phẫu thuật và khám chữa bệnh, không/có lắp đặt vĩnh viễn trong cơ thể. Danh sách vật tư tiêu hao, vật tư thay thế được quy định tại phụ lục 03 đính kèm quy tắc bảo hiểm.

Dụng cụ/ thiết bị y tế hỗ trợ điều trị

- Là các bộ phận/thiết bị/dụng cụ y tế:
- Được đặt/cấy/trồng vào bất cứ một bộ phận nào của cơ thể để hỗ trợ cho chức năng hoạt động của bộ phận đó, bao gồm những danh mục liệt kê dưới đây và/hoặc các danh mục được liệt kê trong Sửa đổi bổ sung như là một bộ phận đính kèm của Quy tắc/Hợp đồng bảo hiểm như stent, van tim, bóng nong, đĩa đệm, nẹp, vis, chốt treo, máy tạo nhịp tim.
- Có tính chất đặc thù, chỉ sử dụng riêng cho từng loại hình điều trị hoặc phẫu thuật, sử dụng một lần và không khấu hao, bao gồm những danh mục liệt kê dưới đây và/hoặc các danh mục được liệt kê trong Sửa

đổi bổ sung như là một bộ phận đính kèm của Quy tắc/Hợp đồng bảo hiểm như 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.

- 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/Hợp đồng bảo hiểm như nạng, nẹp, xe lăn, thiết bị trợ thính, kính thuốc, máy hỗ trợ tim.

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

Bộ phận giả

Là các bộ phận/thiết bị/chất liệu được làm giả để thay thế cho các bộ phận 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/Hợp đồng bảo hiểm như răng giả, chân tay giả, thủy tinh thể giả.

Điều trị Đông Y/ Nắn xương/ Châm cứu Đông Y

Là Phương pháp khám bệnh, chữa bệnh của một bác sĩ hoặc một người hành nghề được cấp phép hành nghề đông y theo quy định của pháp luật tại Việt Nam

Nắn xương là việc điều trị hệ thống xương, mô liên kết và mô mềm bị chấn thương bên trong hoặc bên ngoài cơ thể do tai nạn gây ra.

Châm cứu đông y có nghĩa là một trong những liệu pháp điều trị bệnh trong y học cổ truyền Phương Đông, châm có nghĩa là dụng vật nhọn (như kim, que nhọn...) đâm vào hoặc kích thích vào huyết đạo để điều trị bệnh.

Điều trị cấp cứu

Là việc điều trị khẩn cấp tại cơ sở y tế trong vòng 24h 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 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.

Trợ cấp mai táng phí

Là khoản trợ cấp trong trường hợp NDBH bị tử vong do rủi ro thuộc phạm vi bảo hiểm, với điều kiện NDBH có phát sinh chi phí y tế trước khi tử vong

Đồng chi trả

Đồng chi trả là số tiền theo tỷ lệ mà Công ty bảo hiểm, Người được bảo hiểm cùng chi trả khi phát sinh chi phí thuộc phạm vi bảo hiểm của Đơn bảo hiểm. Đồng chi trả được tính theo tỷ lệ phần trăm (%) trên tổng số tiền chi phí phát sinh thuộc phạm vi bảo hiểm hoặc trên các mức giới hạn phụ của quyền lợi ngoại trú (hoặc nội trú) tùy theo mức nào thấp hơn thì được áp dụng. Giới hạn chi phí được bảo hiểm sau khi đồng chi trả tối đa bằng giới hạn của mục quyền lợi trong Bảng quyền lợi bảo hiểm.

Thể thao chuyên nghiệp:

Là hoạt động thể thao do hiệp hội hoặc liên đoàn thể thao tổ chức, trong đó huấn luyện viên, vận động viên lấy huấn luyện, biểu diễn, thi đấu thể thao làm nghề của mình nghĩa là họ được hưởng lương hàng tháng, được thưởng khi đạt thành tích trong thi đấu.

Thể thao nguy 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 công ty tổ chức).

II. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

(Quy định chi tiết trong Phụ lục số 01: Bảng quyền lợi bảo hiểm)

Điều 3: Quyền lợi bảo hiểm.**3.1 Quyền lợi bảo hiểm chính****❖ Điều kiện A: Tử vong/ thương tật toàn bộ, thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn**

- Bảo hiểm cho trường hợp tử vong, thương tật toàn bộ vĩnh viễn hoặc thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn xảy ra trong thời hạn bảo hiểm trừ những trường hợp loại trừ quy định ở phần III dưới đây
 - Trường hợp Người được bảo hiểm tử vong hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, BSH trả toàn bộ số tiền bảo hiểm trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc 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, BSH trả theo Bảng tỷ lệ trả tiền thương tật tại Quy tắc bảo hiểm này.
 - Trường hợp Người được bảo hiểm bị tai nạn dẫn đến thương tật bộ phận vĩnh viễn đã được trả tiền bảo hiểm, trong vòng một (01) năm kể từ ngày xảy ra tai nạn Người được bảo hiểm bị tử vong do hậu quả của chính tai nạn đó, BSH sẽ trả phần chênh

lệch giữa số tiền bảo hiểm ghi trong Hợp đồng hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm với số tiền đã trả trước đó.

❖ **Điều kiện B: Tử vong/ tàn tật toàn bộ vĩnh viễn do ốm đau, bệnh tật**

- Bảo hiểm trường hợp tử vong hoặc tàn tật toàn bộ vĩnh viễn do nguyên nhân ốm đau, bệnh tật xảy ra trong thời hạn bảo hiểm trừ những điểm loại trừ quy định tại Phần III dưới đây.

❖ **Điều kiện C: Thương tật tạm thời do tai nạn**

- Trường hợp NĐBH bị thương tật thân thể do tai nạn phải điều trị và thuộc phạm vi bảo hiểm, BSH sẽ thanh toán theo giới hạn được ghi trong Hợp đồng bảo hiểm/ Giấy chứng nhận bảo hiểm.

❖ **Điều kiện D: Nằm viện điều trị/ phẫu thuật do ốm đau, bệnh tật**

- Bảo hiểm cho trường hợp ốm đau, bệnh tật thuộc phạm vi bảo hiểm xảy ra trong thời hạn bảo hiểm khiến Người được bảo hiểm phải nằm viện điều trị nội trú và hoặc phẫu thuật, BSH sẽ thanh toán theo giới hạn ghi trong Hợp đồng bảo hiểm/ Giấy chứng nhận bảo hiểm. Bao gồm các quyền lợi bảo hiểm sau:
 - Chi phí điều trị nội trú
 - Trợ cấp nằm viện
 - Phẫu thuật
 - Dịch vụ xe cứu thương
 - Các Quyền lợi bảo hiểm khác bao gồm:
 - Chi phí điều trị trước nhập viện phát sinh trong vòng 45 ngày trước khi nhập viện;
 - Chi phí điều trị sau khi xuất viện trong vòng 45 ngày ngay sau khi xuất viện
 - Chi phí y tá chăm sóc tại nhà trong vòng 45 ngày sau khi xuất viện
 - Phục hồi chức năng
 - Mai táng phí

3.2 Quyền lợi bảo hiểm bổ sung

3.2.1 Bổ sung 001 (BS 001): Điều trị ngoại trú (không bao gồm chăm sóc răng)

- BSH sẽ thanh toán cho NĐBH tham gia Điều khoản bổ sung này các chi phí y tế phát sinh điều trị ngoại trú do ốm đau, bệnh tật, tai nạn bao gồm cả biến chứng thai sản trong thời hạn bảo hiểm. Quyền lợi được quy định cụ thể trong Bảng Quyền lợi/Giấy chứng nhận bảo hiểm và/hoặc Hợp đồng bảo hiểm.

3.2.2 Bổ sung 002 (BS 002): Chăm sóc răng

- BSH sẽ thanh toán cho NDBH tham gia quyền lợi bảo hiểm bổ sung này các chi phí y tế chăm sóc và điều trị răng phát sinh trong thời hạn bảo hiểm. Quyền lợi được quy định cụ thể trong Bảng Quyền lợi/Giấy chứng nhận bảo hiểm và/hoặc Hợp đồng bảo hiểm.
- Ngoài việc áp dụng các điểm loại trừ theo quy định tại phần III của Quy tắc bảo hiểm, quyền lợi bảo hiểm này còn áp dụng thêm các điểm loại trừ sau:
 - Làm răng giả;
 - Điều trị hoặc chỉnh răng mang tính thẩm mỹ.

3.2.3 Bổ sung 003 (BS 003): Thai sản

BSH sẽ thanh toán theo giới hạn quy định trong Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm cho NDBH tham gia quyền lợi bảo hiểm bổ sung các chi phí y tế chăm sóc thai sản tại các cơ sở y tế nhà nước hoặc tư nhân có giấy phép hoạt động hợp pháp trên lãnh thổ Việt Nam phát sinh trong thời hạn bảo hiểm. Quyền lợi được quy định cụ thể trong Bảng Quyền lợi/Giấy chứng nhận bảo hiểm và/hoặc Hợp đồng bảo hiểm.

3.2.4 Bổ sung 004 (BS 004): Ngộ độc thức ăn hoặc hít phải chất độc, khí độc

- BSH đồng ý mở rộng theo quyền lợi bảo hiểm tai nạn (Điều kiện bảo hiểm A và/ hoặc Điều kiện C) cho rủi ro tử vong và thương tật của NDBH liên quan đến ngộ độc thức ăn, đồ uống hoặc do ngạt thở bởi hít phải khí độc, khói độc.
- BSH sẽ không chịu trách nhiệm đối với rủi ro tử vong và thương tật liên quan đến ngộ độc thức ăn, đồ uống hoặc do ngạt thở bởi hít phải khí độc, khói độc là hậu quả của một hành động cố ý hay sai sót của Người được bảo hiểm.

3.2.5 Bổ sung 005 (BS 005): Thể thao nguy hiểm

- BSH đồng ý mở rộng bảo hiểm theo quyền lợi bảo hiểm tai nạn (Điều kiện A và/ hoặc Điều kiện C) cho rủi ro của NDBH liên quan đến việc tham gia các môn thể thao nguy hiểm theo định nghĩa của quy tắc này.

3.2.6 Bổ sung 006 (BS 006): Quyền lợi gia tăng khi tham gia Phương tiện công cộng

- BSH đồng ý mở rộng bảo hiểm theo quyền lợi bảo hiểm tai nạn (Điều kiện A) cho rủi ro của NDBH khi sử dụng các phương tiện giao thông công cộng như xe buýt; tàu hỏa; tàu thủy với tư cách là hành khách có vé. Quyền lợi được quy định cụ thể trong Bảng Quyền lợi/Giấy chứng nhận bảo hiểm và/hoặc Hợp đồng bảo hiểm.

3.2.7 Bổ sung 007 (BS 007): Quyền lợi trợ cấp trong quá trình nằm viện do tai nạn.

- BSH đồng ý mở rộng bảo hiểm theo quyền lợi bảo hiểm tai nạn (Điều kiện C). Quyền lợi được quy định cụ thể trong Bảng Quyền lợi/Giấy chứng nhận bảo hiểm và/hoặc Hợp đồng bảo hiểm.

3.2.8 Bổ sung 008 (BS 008): Mở rộng phạm vi địa lý.

- BSH đồng ý mở rộng phạm vi địa lý ngoài Việt Nam áp dụng với điều kiện A và/ hoặc điều kiện C. Quyền lợi được quy định cụ thể trong Bảng Quyền lợi/Giấy chứng nhận bảo hiểm và/hoặc Hợp đồng bảo hiểm.

3.2.9 Bổ sung 009 (BS 009): Lương trong quá trình điều trị thương tật.

Trong trường hợp người được bảo hiểm bị Thương tật tạm thời như trong định nghĩa, BSH sẽ trả một số tiền mỗi ngày như nêu trong Hợp đồng bảo hiểm (cho dù sau đó thương tật này có được xác định là vĩnh viễn hay không). Tiền bảo hiểm trả cho thời gian nghỉ điều trị này không quá số tiền, thời hạn đã chọn trong Hợp đồng.

Tính từ ngày thương tật xảy ra, số tiền chi trả bảo hiểm sẽ được căn cứ vào số tiền mặt chi trả đã chọn hoặc số tiền lương mỗi ngày căn cứ vào mức lương tháng của Người được bảo hiểm như ghi tại Hợp đồng bảo hiểm.

Số tiền lương mỗi ngày được tính trên cơ sở mức lương tháng trên hợp đồng lao động hoặc theo khai báo mới nhất của Người được bảo hiểm (đã được BSH xác nhận) tại thời điểm xảy ra tai nạn (không tính tiền thưởng, tiền thêm giờ hay các khoản thu nhập không cố định khác .v.v...) theo công thức sau:

$$\frac{\text{Lương tháng (như thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm)}}{30 \text{ ngày}}$$

3.3 Lưu ý đối với các quyền lợi bảo hiểm:

- Trường hợp tham gia Quyền lợi bảo hiểm chính: NĐBH phải tham gia ít nhất 2/4 điều kiện bảo hiểm chính thuộc Mục 3.1;
- Trường hợp tham gia Quyền lợi bảo hiểm bổ sung: NĐBH phải tham gia ít nhất 2/4 điều kiện bảo hiểm chính thuộc Mục 3.1 và được quy định như sau:
 - o BS 001: Chỉ mở rộng khi tham gia tối thiểu Điều kiện D
 - o BS 002: Chỉ mở rộng khi tham gia tối thiểu Điều kiện D và BS 001
 - o BS 003: Chỉ mở rộng khi tham gia tối thiểu Điều kiện D
 - o BS 004: Chỉ mở rộng khi tham gia tối thiểu Điều kiện A và/ hoặc C
 - o BS 005: Chỉ mở rộng khi tham gia tối thiểu Điều kiện A và/ hoặc C
 - o BS 006: Chỉ mở rộng khi tham gia tối thiểu Điều kiện A
 - o BS 007: Chỉ mở rộng khi tham gia tối thiểu Điều kiện C
 - o BS 008: Chỉ mở rộng khi tham gia tối thiểu Điều kiện A và/ hoặc C
 - o BS 009: Chỉ mở rộng khi tham gia tối thiểu Điều kiện A và/ hoặc C
- Đối với rủi ro thai sản: chỉ áp dụng đối với Người được bảo hiểm từ đủ 16 tuổi trở lên.
- Đối với trường hợp tham gia bảo hiểm dài hạn/ngắn hạn, số ngày tối đa được hưởng trợ cấp nằm viện sẽ được xác định cụ thể như sau:

$$\frac{\text{Số ngày tham gia bảo hiểm}}{365 \text{ ngày}} \times \text{Số ngày trợ cấp được hưởng tối đa của quyền lợi tương ứng}$$

Điều 4: Thời gian chờ

❖ Thời gian chờ đối với chương trình cơ bản:

- 0 ngày đối với trường hợp tai nạn
- 30 ngày đối với trường hợp ốm đau, bệnh tật.
- 90 ngày đối với bất thường trong quá trình mang thai và/ hoặc bệnh lý phát sinh do thai kỳ
- 270 ngày đối với sinh con và/ hoặc tai biến sản khoa
- 365 ngày đối với bệnh đặc biệt và bệnh có sẵn/ Thương tật có sẵn
- Các hợp đồng bảo hiểm tái tục liên tục mặc nhiên có hiệu lực ngay sau khi Người tham gia bảo hiểm đóng phí cho kỳ tiếp theo. Các hợp đồng có số lượng người tham gia từ 50 người trở lên không áp dụng thời gian chờ.
- Thời gian chờ nói trên áp dụng cho cả quyền lợi bảo hiểm chính và quyền lợi bảo hiểm mở rộng bao gồm cả điều trị và tử vong/ thương tật/ tàn tật.

❖ Thời gian chờ đối với chương trình bảo hiểm nâng cao thanh toán theo chi phí điều trị thực tế:

- 0 ngày đối với trường hợp tai nạn
- 30 ngày đối với trường hợp ốm đau, bệnh tật, nha khoa
- 90 ngày đối với bất thường trong quá trình mang thai và/ hoặc bệnh lý phát sinh do thai kỳ
- 270 ngày đối với sinh con và/ hoặc tai biến sản khoa
- 365 ngày đối với bệnh đặc biệt và bệnh có sẵn/ Thương tật có sẵn
- Các hợp đồng bảo hiểm tái tục liên tục mặc nhiên có hiệu lực ngay sau khi Người tham gia bảo hiểm đóng phí cho kỳ tiếp theo.
- Các hợp đồng có số lượng người tham gia từ 50 người trở lên áp dụng thời gian chờ như sau:
 - 0 ngày đối với trường hợp tai nạn, ốm đau, bệnh tật, nha khoa.
 - 0 ngày đối với trường hợp bệnh đặc biệt và bệnh có sẵn/ Thương tật có sẵn
 - Thanh toán theo tỷ lệ 90 ngày đối với bất thường trong quá trình mang thai và/ hoặc bệnh lý phát sinh do thai kỳ

- Thanh toán theo tỷ lệ 270 ngày đối với sinh con và/ hoặc tai biến sản khoa
- 365 ngày đối với tử vong do ốm đau bệnh tật, bệnh đặc biệt và bệnh có sẵn/ Thương tật có sẵn

III. LOẠI TRỪ BẢO HIỂM

(Áp dụng cho Quyền lợi chính và tất cả các quyền lợi bổ sung)

Điều 5: Các điểm loại trừ trách nhiệm bảo hiểm

BSH không chịu trách nhiệm trả tiền bảo hiểm cho Người được bảo hiểm/Người thụ hưởng và Người thừa kế hợp pháp trong trường hợp Người được bảo hiểm xảy ra rủi ro do các nguyên nhân sau (áp dụng chung cho tất cả các Quyền lợi bảo hiểm trừ trường hợp tham gia Quyền lợi bảo hiểm bổ sung được thể hiện trong Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm):

1. Điều trị ngoài phạm vi địa lý được quy định (Trừ khi tham gia điều khoản bổ sung BS 008);
2. Hành động cố ý là nguyên nhân dẫn đến sự kiện bảo hiểm, gây thiệt hại của Người được bảo hiểm/Người thụ hưởng và Người thừa kế hợp pháp của Người được bảo hiểm. Trong trường hợp một hoặc một số người thụ hưởng cố ý gây ra cái chết hay thương tật vĩnh viễn cho người được bảo hiểm, doanh nghiệp bảo hiểm vẫn phải trả tiền bảo hiểm cho những người thụ hưởng khác theo thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm;
3. Người được bảo hiểm từ 14 tuổi trở lên vi phạm pháp luật phải thụ án hình sự; vi phạm pháp luật về giao thông;
4. Người được bảo hiểm bị ảnh hưởng bởi rượu, bia hoặc các chất kích thích, các chất gây nghiện khác là nguyên nhân dẫn đến tai nạn hoặc ốm bệnh theo kết luận của bác sỹ/ cơ quan có thẩm quyền;
5. Các hành động đánh nhau của Người được bảo hiểm, trừ khi chứng minh được hành động đánh nhau đó chỉ với mục đích tự vệ;
6. Hậu quả của tai nạn dẫn đến phát sinh chi phí y tế xảy ra ngoài thời hạn bảo hiểm (trừ trường hợp tham gia bảo hiểm tái tục liên tục).
7. Điều trị y tế hoặc sử dụng thuốc không có đơn thuốc và sự chỉ dẫn của bác sỹ; các loại thuốc đông y không rõ nguồn gốc, các phòng khám, chẩn trị đông y tư nhân. Điều trị tại cơ sở y tế không đúng theo định nghĩa và bao gồm cả việc chỉ định của bác sỹ cơ sở y tế này đối với mua thuốc hay xét nghiệm, điều trị tại cơ sở y tế, nhà thuốc hợp pháp. Việc điều trị thử nghiệm, điều trị không được khoa học công nhận và các dịch vụ điều trị miễn phí tại bất kỳ bệnh viện nào.
8. Tham gia vào các hoạt động hàng không (trừ khi với tư cách là hành khách), tham gia các cuộc diễn tập huấn luyện quân sự, tham gia chiến đấu của lực lượng vũ trang.
9. Sự kiện bảo hiểm phát sinh do những rủi ro mang tính chất thảm họa như động đất, núi lửa, sóng thần, nhiễm phóng xạ, dịch bệnh theo công bố của cơ quan có thẩm quyền (bao gồm SARS, H5N1, Ebola).

10. Sự kiện bảo hiểm phát sinh do chiến tranh, nội chiến, đình công, khủng bố, bạo động, dân biến, phiến loạn, các hoạt động dân sự hoặc hành động của bất kỳ người cầm đầu của tổ chức nào nhằm lật đổ, đe dọa chính quyền, kiểm soát bằng vũ lực.
11. Sự kiện bảo hiểm phát sinh bởi NĐBH tham gia tập luyện hoặc tham gia thi đấu các môn thể thao chuyên nghiệp, thể thao nguy hiểm, hoặc bất kỳ hoạt động đua nào.
12. Bệnh lao các loại, bệnh sốt rét, bệnh nghề nghiệp, bệnh phong. Các bệnh suy tủy, bạch cầu, điều trị lọc máu, chạy thận nhân tạo và hậu quả hay biến chứng của các bệnh này. Liệu pháp thay thế hooc-môn trong thời kỳ sinh trưởng hoặc tiền mãn kinh hay mãn kinh ở phụ nữ.
13. Các chi phí và điều trị cho đối tượng không đủ điều kiện tham gia bảo hiểm. Những người đang điều trị thương tật hoặc bệnh tật, người bị thương tật vĩnh viễn trên 80% tại thời điểm tham gia hoặc thời điểm hợp đồng bảo hiểm bắt đầu có hiệu lực.
14. Điều trị các bệnh lây lan qua đường tình dục như bệnh giang mai, bệnh lậu, rối loạn chức năng sinh dục hay điều trị sinh lý, ốm đau liên quan đến các bệnh thuộc hội chứng suy giảm miễn dịch (HIV) bao gồm các hội chứng liên quan đến AIDS và/hoặc bất cứ biến chứng hoặc biến đổi nào, hoặc bệnh lây truyền qua đường tình dục hay bất cứ hội chứng liên quan đến AIDS hoặc các bệnh liên quan đến AIDS khác.
15. Điều trị và/hoặc phẫu thuật cho các dị tật/ khuyết tật bẩm sinh, bệnh dị dạng về gen và mọi biến chứng, hậu quả liên quan đến những bệnh này, những chỉ định phẫu thuật có từ trước ngày bắt đầu bảo hiểm; bao gồm những danh mục liệt kê dưới đây và/ hoặc các danh mục được liệt kê trong Sửa đổi bổ sung như là một bộ phận đính kèm của Quy tắc/Hợp đồng bảo hiểm như bệnh tim bẩm sinh, bệnh Down, hở môi, hở hàm ếch, tích nước trong não, hẹp hậu môn, hẹp bao quy đầu, vẹo vách ngăn bẩm sinh.
16. Kiểm tra sức khỏe định kỳ (nội trú hay ngoại trú); kiểm tra sức khỏe tổng quát, tầm soát ung thư kết quả bình thường, giám định y khoa hoặc tư vấn y tế không liên quan đến điều trị ốm đau hoặc thương tật, bao gồm cả kiểm tra phụ khoa/nam khoa; 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);
17. Kiểm tra thị lực, khô mắt, mỏi mắt điều tiết, đục thủy tinh thể, thính giác thông thường, lão hóa, thoái hóa, điều trị suy biến tự nhiên/không phải vì lý do bệnh lý của việc suy giảm thính thị lực, bao gồm những danh mục liệt kê dưới đây và/hoặc các danh mục khác được liệt kê trong Sửa đổi bổ sung như là một bộ phận đính kèm của Quy tắc/Hợp đồng bảo hiểm như các tật khúc xạ như cận thị, viễn thị và loạn thị và bất kỳ phẫu thuật để phục hồi hiệu chỉnh nào đối với các khuyết tật thoái hóa thính giác và thị giác;
18. Điều trị thai sản (Trừ khi Người được bảo hiểm tham gia điều khoản bổ sung BS 003 và Người được bảo hiểm từ 16 tuổi trở lên);
19. Các chi phí điều trị hoặc phẫu thuật theo yêu cầu của Người được bảo hiểm. Khám và xét nghiệm không có kết luận chẩn đoán bệnh hoặc kết luận không có bệnh cần điều trị của bác sĩ;

20. Các hình thức thẩm mỹ, phẫu thuật thẩm mỹ, chỉnh hình thẩm mỹ. Điều trị kiểm soát trọng lượng cơ thể (tăng hoặc giảm cân); suy dinh dưỡng, còi xương, béo phì. Các chất bổ sung hoặc thay thế phục vụ cho việc ăn kiêng có sẵn trong tự nhiên và có thể được mua mà không cần chỉ định, bao gồm những danh mục liệt kê tại đây và/hoặc các danh mục khác tương tự như vậy như các loại vitamin, thuốc bổ, khoáng chất và các chất hữu cơ thực phẩm chức năng (glucosamine, omega3, herblife, amkey), thuốc tăng cường miễn dịch cơ thể, các loại chế phẩm y tế;
21. Thực hiện các biện pháp kế hoạch hóa gia đình, hậu quả của phá thai do nguyên nhân tâm lý hay xã hội, điều trị vô sinh nam/nữ, thụ tinh nhân tạo, điều trị bất lực/liệt dương, hoặc thay đổi giới tính và bất kỳ hậu quả hay biến chứng nào từ những điều trị trên;
22. Điều trị bệnh rối loạn tâm thần và hành vi, bệnh tâm thần/loạn thần kinh hoặc bệnh chậm phát triển, bệnh rối loạn thiếu tập trung, bệnh tự kỉ. Điều trị rối loạn giấc ngủ, mất ngủ, ngủ ngáy không rõ nguyên nhân, suy nhược và hội chứng căng thẳng (stress) hoặc các bệnh có liên quan từ hội chứng đó;
23. Ngộ độc thức ăn, đồ uống hoặc hít phải hơi độc, khí độc, chất độc (trừ khi Người được bảo hiểm tham gia điều khoản bổ sung BS 004);
24. Bệnh có sẵn/ Thương tật có sẵn, bệnh đặc biệt như định nghĩa trong Quy tắc này. Điểm loại trừ này sẽ không áp dụng nếu Người được bảo hiểm tham gia liên tục từ năm thứ hai và các hợp đồng bảo hiểm tham gia từ 50 người trở lên;
25. Vật tư y tế thay thế được quy định tại Phụ lục 03 - trừ khi có thỏa thuận khác.
26. Những sản phẩm theo quy định của Bộ Y Tế được đăng ký dưới dạng trang thiết bị y tế; vật tư y tế thay thế, cấy ghép nhân tạo; các thiết bị hoặc bộ phận giả thay thế chức năng sinh lý của bộ phận cơ thể;

IV. HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM, PHÍ BẢO HIỂM, SỐ TIỀN BẢO HIỂM VÀ HIỆU LỰC BẢO HIỂM

Điều 6: Hợp đồng bảo hiểm

6.1 Hợp đồng bảo hiểm

- Hợp đồng bảo hiểm là sự thoả thuận giữa bên mua bảo hiểm và BSH, theo đó bên mua bảo hiểm phải đóng phí bảo hiểm, BSH phải trả tiền bảo hiểm cho người thụ hưởng khi xảy ra sự kiện bảo hiểm thuộc phạm vi bảo hiểm theo quy tắc này. Giấy yêu cầu bảo hiểm/Quy tắc bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm /phụ lục hợp đồng/ Sửa đổi bổ sung (nếu có) là một bộ phận không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm.
- Giấy chứng nhận bảo hiểm là văn bản ghi tóm tắt các thông tin của Hợp đồng bảo hiểm, thể hiện việc BSH chấp nhận bảo hiểm cho Người được bảo hiểm theo các quy định của Quy tắc bảo hiểm và các nội dung được kê khai, cam kết trên Giấy yêu cầu bảo hiểm

6.2 Sửa đổi bổ sung

- Là phần không thể tách rời Hợp đồng bảo hiểm/ Giấy chứng nhận bảo hiểm cung cấp các thông tin liên quan đến những thay đổi hoặc bổ sung đối với Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm như thay đổi quyền lợi, thời gian bảo hiểm và danh sách tăng/giảm người được bảo hiểm... hoặc bất cứ thỏa thuận nào khác với Quy tắc bảo hiểm.

Điều 7: Phí bảo hiểm và Số tiền bảo hiểm

- Phí bảo hiểm và số tiền bảo hiểm được quy định tại **Phụ lục 02: Biểu phí và số tiền bảo hiểm** đính kèm Quy tắc bảo hiểm này, phí bảo hiểm phụ thuộc vào các quyền lợi bảo hiểm của Người được bảo hiểm khi tham gia bảo hiểm
- **Thay đổi quyền lợi:** Số tiền bảo hiểm của các quyền lợi bảo hiểm 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. Trường hợp tái tục liên tục với Số tiền bảo hiểm cao hơn hoặc tham gia thêm quyền lợi bổ sung so với năm trước phải được sự chấp thuận của Bảo hiểm BSH và phần chênh lệch về số tiền bảo hiểm cũng như quyền lợi tham gia thêm mới sẽ không được coi là tái tục liên tục và được áp dụng thời gian chờ theo quy định.

Điều 8: Hiệu lực bảo hiểm

8.1 Ngày hiệu lực bảo hiểm

- Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực ngay sau khi Người tham gia bảo hiểm đóng phí bảo hiểm đầy đủ trừ khi có thỏa thuận khác theo quy định của pháp luật.

8.2 Thời hạn bảo hiểm

- Thời hạn bảo hiểm được quy định cụ thể trong Hợp đồng bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm. Thời hạn bảo hiểm là một (01) năm, không chấp nhận các trường hợp tham gia ngắn hạn hoặc bổ sung quyền lợi giữa kỳ.

Điều 9: Ký kết, chấm dứt và tái tục Hợp Đồng Bảo Hiểm

9.1 Ký kết Hợp đồng bảo hiểm

- Khi có yêu cầu tham gia bảo hiểm, Người được bảo hiểm phải kê khai trung thực đầy đủ nội dung trên Giấy yêu cầu bảo hiểm. Giấy yêu cầu bảo hiểm là một bộ phận không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm. Việc kê khai trung thực và chính xác là điều kiện tiên quyết quyết định trách nhiệm của Bảo hiểm BSH với Người được bảo hiểm.
- Trên cơ sở Giấy yêu cầu bảo hiểm và NDBH đã nộp phí đầy đủ theo quy định/thỏa thuận tại Hợp đồng bảo hiểm, BSH sẽ cấp cho mỗi Người được bảo hiểm một Giấy chứng nhận bảo hiểm. Giấy chứng nhận bảo hiểm được coi là bằng chứng giao kết Hợp đồng bảo hiểm.

9.2 Chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm

- Trường hợp một trong hai bên đề nghị chấm dứt hợp đồng bảo hiểm, bên yêu cầu chấm dứt phải thông báo bằng văn bản cho bên kia 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 và tuân thủ theo hai trường hợp sau:

- a. Nếu hợp đồng được hai bên thỏa thuận chấm dứt theo yêu cầu chấm dứt hợp đồng bảo hiểm của người được bảo hiểm, BSH 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 được chi trả quyền lợi bảo hiểm.
- b. Nếu hợp đồng được hai bên thỏa thuận chấm dứt theo yêu cầu chấm dứt hợp đồng bảo hiểm của BSH, BSH sẽ hoàn trả 100% phí bảo hiểm của thời gian hiệu lực còn lại.

9.3 Tái tục Hợp đồng bảo hiểm

- Trong trường hợp Hợp đồng bảo hiểm tái tục liên tục, hiệu lực bảo hiểm sẽ chấm dứt vào ngày hết hạn đầu tiên sau ngày sinh nhật thứ bảy mươi lăm (75) của Người được bảo hiểm.
- Cuối thời hạn bảo hiểm, căn cứ lịch sử bồi thường của Người được bảo hiểm, Bảo hiểm BSH có quyền từ chối tái tục hợp đồng hoặc điều chỉnh các điều kiện, giới hạn phụ các quyền lợi bảo hiểm trong Hợp đồng bảo hiểm.

V. QUYỀN VÀ TRÁCH NHIỆM CỦA CÁC BÊN

Điều 10: Quyền và trách nhiệm của BSH

BSH bảo hiểm có quyền:

- ✓ Thu phí bảo hiểm theo thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm;
- ✓ Yêu cầu bên mua bảo hiểm cung cấp đầy đủ, trung thực thông tin liên quan đến việc giao kết và thực hiện hợp đồng bảo hiểm;
- ✓ Đơn phương đình chỉ thực hiện hợp đồng bảo hiểm theo quy định tại khoản 2 Điều 19, khoản 2 Điều 20, khoản 2 Điều 35 và khoản 3 Điều 50 của Luật kinh doanh bảo hiểm;
- ✓ Từ chối trả tiền bảo hiểm cho người thụ hưởng hoặc từ chối bồi thường cho người được bảo hiểm trong trường hợp không thuộc phạm vi trách nhiệm bảo hiểm hoặc trường hợp loại trừ trách nhiệm bảo hiểm theo thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm;
- ✓ Yêu cầu bên mua bảo hiểm áp dụng các biện pháp đề phòng, hạn chế tổn thất theo quy định của Luật này và các quy định khác của pháp luật có liên quan;
- ✓ Yêu cầu người thứ ba bồi hoàn số tiền bảo hiểm mà doanh nghiệp bảo hiểm đã bồi thường cho người được bảo hiểm do người thứ ba gây ra đối với tài sản và trách nhiệm dân sự;
- ✓ Các quyền khác theo quy định của pháp luật.

BSH có nghĩa vụ:

- ✓ Giải thích cho bên mua bảo hiểm về các điều kiện, điều khoản bảo hiểm; quyền, nghĩa vụ của bên mua bảo hiểm;

- ✓ Cấp cho bên mua bảo hiểm giấy chứng nhận bảo hiểm, đơn bảo hiểm ngay sau khi giao kết hợp đồng bảo hiểm;
- ✓ Trả tiền bảo hiểm kịp thời cho người thụ hưởng hoặc bồi thường cho người được bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm thuộc phạm vi bảo hiểm;
- ✓ Giải thích bằng văn bản lý do từ chối trả tiền bảo hiểm hoặc từ chối bồi thường;
- ✓ Phối hợp với bên mua bảo hiểm để giải quyết yêu cầu của người thứ ba đòi bồi thường về những thiệt hại thuộc trách nhiệm bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm;
- ✓ Các nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật.

Điều 11. Quyền và nghĩa vụ của Người được bảo hiểm

Người được bảo hiểm có quyền:

- ✓ Lựa chọn doanh nghiệp bảo hiểm hoạt động tại Việt Nam để mua bảo hiểm;
- ✓ Yêu cầu doanh nghiệp bảo hiểm giải thích các điều kiện, điều khoản bảo hiểm; cấp giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc đơn bảo hiểm;
- ✓ Đơn phương đình chỉ thực hiện hợp đồng bảo hiểm theo quy định tại khoản 3 Điều 19, khoản 1 Điều 20 của Luật kinh doanh bảo hiểm;
- ✓ Yêu cầu doanh nghiệp bảo hiểm trả tiền bảo hiểm cho người thụ hưởng hoặc bồi thường cho người được bảo hiểm theo thoả thuận trong hợp đồng bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm;
- ✓ Chuyển nhượng hợp đồng bảo hiểm theo thoả thuận trong hợp đồng bảo hiểm hoặc theo quy định của pháp luật;
- ✓ Các quyền khác theo quy định của pháp luật.

Người được bảo hiểm có nghĩa vụ:

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

VI. THỦ TỤC TRẢ TIỀN BẢO HIỂM

Điều 12. Hồ sơ yêu cầu bồi thường:

- Khi yêu cầu BSH trả tiền bảo hiểm, NDBH hoặc người thụ hưởng hợp pháp phải gửi cho BSH toàn bộ các chứng từ, tài liệu bản chính và thông tin liên quan cho Bảo hiểm BSH, kể cả các chứng từ, tài liệu liên quan hoặc đang lưu trữ tại Cơ sở khám chữa bệnh hoặc từ các doanh nghiệp bảo hiểm khác. Trường hợp chứng từ y tế nộp cho BSH là bản sao y của bản chính hợp lệ thì BSH có quyền yêu cầu xuất trình bản chính để kiểm tra, đối chiếu bao gồm:
 - Giấy yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm;
 - Giấy chứng nhận bảo hiểm;
 - Giấy tờ hợp pháp chứng minh quyền thụ hưởng quyền lợi bảo hiểm, trường hợp NDBH ủy quyền cho người khác nhận tiền bảo hiểm thì phải có Giấy ủy quyền hợp pháp;
 - Biên bản tai nạn có xác nhận của cơ quan và/ hoặc chính quyền địa Phương hoặc công an nơi xảy ra tai nạn. Căn cứ theo nguyên nhân gây tai nạn, BSH có quyền yêu cầu nội dung Biên bản tai nạn khác nhau;
 - Các chứng từ y tế: Giấy ra viện, phiếu điều trị (trường hợp điều trị nội trú nếu cần làm rõ), phiếu mổ/ giấy chứng nhận phẫu thuật (trường hợp phẫu thuật), giấy chuyển viện; giấy chứng thương sỗ khám bệnh, đơn thuốc, chỉ định và kết quả xét nghiệm....Trường hợp không cung cấp được bản chính thì cung cấp bản sao có xác nhận hợp lệ hoặc xác nhận đã đối chiếu bản gốc của BSH.
 - Các chứng từ thanh toán (bản gốc theo quy định của Bộ Tài Chính và Tổng cục Thuế): hóa đơn, biên lai thu tiền, phiếu thu, bảng kê chi tiết, chứng từ hợp lệ khác.
 - Trường hợp các hóa đơn, chứng từ y tế, chứng từ thanh toán bằng tiếng nước ngoài, NDBH phải nộp kèm một bản dịch tiếng Việt có công chứng.
 - Giấy chứng từ (bản chính hoặc bản sao có xác nhận hợp lệ hoặc xác nhận đã đối chiếu bản gốc của BSH) và giấy xác nhận quyền thừa kế hợp pháp trong trường hợp NDBH tử vong.
- Tất cả các thông tin, bằng chứng chứng từ mà BSH yêu cầu phải được cung cấp miễn phí và theo hình thức mẫu do BSH đưa ra. Khi giải quyết bồi thường, nếu được yêu cầu, NDBH phải nhanh chóng thực hiện giám định y tế với sự chỉ định và chi phí của BSH

Điều 13: Trả tiền bảo hiểm

Trường hợp Người được bảo hiểm phát sinh rủi ro thuộc phạm vi bảo hiểm, BSH trả tiền bảo hiểm cho người được bảo hiểm hoặc người thụ hưởng bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp theo quy định pháp luật trong phạm vi số tiền bảo hiểm được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/ Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Điều 14: Thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm, thời hạn trả tiền bảo hiểm

14.1 Thời hạn thông báo sự kiện bảo hiểm

- Trong vòng 60 ngày kể từ thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc người thụ hưởng hoặc người thừa kế hợp pháp phải thông báo cho BSH bằng văn bản về việc có sự kiện bảo hiểm đã xảy ra

14.2 Thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm

- Thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm theo hợp đồng bảo hiểm là một năm, kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm. Thời gian xảy ra sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan khác không tính vào thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm.
- Trong trường hợp bên mua bảo hiểm chứng minh được rằng bên mua bảo hiểm không biết thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm thì thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm được tính từ ngày bên mua bảo hiểm biết việc xảy ra sự kiện bảo hiểm đó.

14.3 Thời hạn giải quyết yêu cầu trả tiền bảo hiểm

- Khi xảy ra sự kiện bảo hiểm, BSH phải trả tiền bảo hiểm trong thời hạn 15 ngày, kể từ ngày nhận được đầy đủ hồ sơ hợp lệ về yêu cầu trả tiền bảo hiểm.
- Trong trường hợp từ chối bồi thường, BSH phải trả lời bằng văn bản và nêu rõ lý do từ chối.

Điều 15: Phương thức trả tiền bảo hiểm

BSH quy định rõ phương thức trả tiền bảo hiểm theo yêu cầu của Người được bảo hiểm trên Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm

Điều 16: Giám định y khoa và kiểm tra sức khỏe

- Kiểm tra sức khỏe:** BSH, thông qua đại diện y tế của mình, có quyền kiểm tra sức khỏe của bất kỳ Người được bảo hiểm nào vào bất kỳ lúc nào, với mức độ thường xuyên một cách hợp lý trong thời gian có yêu cầu bồi thường.
- Giám định y khoa:** BSH có quyền yêu cầu thực hiện thêm các xét nghiệm và/hoặc đánh giá khi cho rằng yêu cầu bồi thường có thể liên quan trực tiếp hoặc gián tiếp đến một điều kiện loại trừ và BSH sẽ thanh toán chi phí này.

Điều 17: Thời hạn khiếu nại và thời hiệu khởi kiện

- Thời hạn NĐBH hoặc người thụ hưởng hợp pháp yêu cầu BSH trả tiền bảo hiểm là 12 tháng kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm
- Thời hiệu khởi kiện về hợp đồng bảo hiểm là 03 năm kể từ thời điểm xảy ra sự kiện.

VII. GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP

Điều 18: Giải quyết tranh chấp

Mọi tranh chấp có liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm, nếu các bên không thỏa thuận được bằng thương lượng thì một trong hai bên được quyền đưa vụ việc ra giải quyết tại tòa án có thẩm quyền để giải quyết tranh chấp theo quy định của pháp luật Việt Nam.