

CHƯƠNG 1. QUY ĐỊNH CHUNG

Điều 1. Giải thích từ ngữ

1. Doanh nghiệp bảo hiểm

Là Tổng Công ty Cổ phần Bảo hiểm Sài Gòn – Hà Nội và các công ty thành viên (Trong quy tắc này được gọi tắt là Bảo Hiểm BSH).

2. Bên mua bảo hiểm

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

3. Người được bảo hiểm

(Quy định về “Điều kiện tham gia bảo hiểm” của Người được bảo hiểm đã được thỏa thuận cụ thể trên Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm “**MAX CARE - HƠN CẢ YÊU THƯƠNG**”).

4. Tuổi được bảo hiểm

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

5. Người phụ thuộc

Là Vợ/ Chồng (loại trừ những người đã ly hôn theo pháp luật), bố mẹ đẻ hoặc bố mẹ chồng/ vợ theo pháp luật hoặc con của Người được bảo hiểm.

Trường hợp Người phụ thuộc có nhu cầu tham gia bảo hiểm theo quy tắc này phải được thông báo cho Bảo Hiểm BSH bằng văn bản và được Bảo Hiểm BSH chấp thuận bằng văn bản.

6. 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.

7. Ốm đau bệnh tật

Là tình trạng cơ thể có dấu hiệu của 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.

8. Tai nạn

Là các sự kiện bất ngờ gây ra bởi một lực từ bên ngoài và hữu hình lên thân thể Người được bảo hiểm xảy ra trong thời hạn bảo hiểm. Sự kiện này gây ra tổn hại trên thân thể Người được bảo hiểm và xảy ra ngoài ý muốn, ngoài tầm kiểm soát của Người được bảo hiểm, và là nguyên nhân trực tiếp làm cho Người được bảo hiểm bị chết hoặc thương tật thân thể.

9. Thương tật tạm thời

Là tổn thương thân thể do tai nạn gây ra làm cho Người được bảo hiểm không thể thực hiện công việc liên quan đến nghề nghiệp trong thời gian điều trị y tế.

10. Thương tật bộ phận vĩnh viễn

Là các thương tật bộ phận vĩnh viễn theo kết luận của bác sĩ được liệt kê trong Phụ lục 1- Bảng tỷ lệ trả tiền 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 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.

11. Thương tật toàn bộ vĩnh viễn

Là hậu quả đầu tiên do tổn thương thân thể sau tai nạn xảy ra trong thời hạn bảo hiểm ra làm cho Người được bảo hiểm mất hoàn toàn khả năng thực hiện các công việc thường nhật của Người đó hay bị mất hoàn toàn khả năng lao động trong bất kỳ loại lao động nào và kéo dài 104 tuần liên tục và không hy vọng vào sự tiến triển của thương tật đó.



Việc xác định Thương tật toàn bộ vĩnh viễn chỉ được xác định sau khi điều trị tổn thương thân thể gây ra thương tật đó đã kết thúc và trên cơ sở kết luận cuối cùng của Bác sĩ hoặc Hội đồng giám định y khoa cấp tỉnh, thành phố trung ương. Các trường hợp thương tật toàn bộ vĩnh viễn được liệt kê trong Phụ lục 1- Bảng tỷ lệ trả tiền thương tật.

12. Tình trạng có sẵn

Là ốm đau bệnh tật hoặc thương tật có từ trước ngày bắt đầu được nhận bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm và là bệnh tật/ thương tật mà Người được bảo hiểm:

- Đã phải điều trị trong vòng 12 tháng tính từ ngày bắt đầu tham gia bảo hiểm.
- Nhận biết triệu chứng bệnh tật/ thương tật đó hoặc nhận biết bệnh tật/ thương tật đó đã tồn tại trước ngày bắt đầu bảo hiểm cho dù Người được bảo hiểm có thực sự khám, điều trị hay không.

Hồ sơ y tế, tình trạng tiền sử bệnh được lưu trữ tại các Cơ sở khám chữa bệnh hoặc các thông tin do Người được bảo hiểm tự kê khai và/ hoặc kết luận của bác sĩ được xem là bằng chứng đầy đủ và hợp pháp về tình trạng có sẵn.

13. Bệnh đặc biệt

(Quy định về “Bệnh đặc biệt” đã được thỏa thuận cụ thể trên Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm “**MAX CARE - HƠN CẢ YÊU THƯƠNG**”).

14. Bệnh ung thư

a. Ung thư giai đoạn sớm

Là sự tăng trưởng độc lập, nguyên phát của các tế bào ác tính trên chính những tế bào mà nó phát sinh, chưa có xâm lấn sang các mô xung quanh. Xâm lấn nghĩa là thâm nhiễm và/ hoặc phá hủy mô bình thường vượt qua màng đáy. Chẩn đoán phải dựa trên kết quả giải phẫu bệnh lý, kết quả xét nghiệm tế bào học, thông qua sinh thiết khối Ung thư và tuân theo quy chuẩn của Hiệp hội IARC. Loại trừ các trường hợp:

- Chẩn đoán Ung thư chỉ dựa vào lâm sàng.
- Dị sản biểu mô cổ tử cung nhóm CIN-1, CIN-2, CIN-3 (loạn sản cổ tử cung nghiêm trọng tuy nhiên chưa dẫn đến ung thư biểu mô tại chỗ).
- Ung thư biểu mô tại chỗ của hệ thống đường mật.

b. Ung thư giai đoạn trễ

Là khối u ác tính được đặc trưng bởi sự tăng trưởng không thể kiểm soát được và lan rộng của những tế bào ác tính có sự xâm lấn và phá hủy mô lành xung quanh. Bệnh ung thư phải được chẩn đoán xác định dựa trên bằng chứng mô học mô tả sự ác tính bởi bác sĩ chuyên khoa Ung bướu hoặc giải phẫu bệnh học, và được Hội đồng y khoa có thẩm quyền, trong đó có ít nhất 3 thành viên có trình độ bác sĩ y khoa, xác nhận. Loại trừ những trường hợp sau:

- Ung thư cổ tử cung tại chỗ; di sản cổ tử cung nhóm CIN-1, CIN-2, CIN-3; và tất cả những giai đoạn tiền ung thư hay ung thư chưa xâm lấn khác của cổ tử cung;
- Giai đoạn sớm của ung thư tuyến tiền liệt với phân loại TNM là T1 (bao gồm T1a và T1b) hay phân loại tương đương;
- Ung thư nốt ruồi ác tính với chiều sâu dưới 1,5mm theo bảng phân loại Breslow, hay thuộc nhóm dưới 3 theo bảng phân loại.

15. 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 còn hiệu lực cho đến khi có quy định khác thay thế.

16. Dị tật bẩm sinh

Là bất kỳ dị tật nào theo kết luận của bác sĩ được hình thành trên thai nhi trong quá trình mang thai của người mẹ dưới tác động của yếu tố môi trường lên sự phát triển của thai nhi và có thể được cơ quan y tế mô tả dưới nhiều tên gọi khác nhau như “dị tật bẩm sinh”, “dị dạng/khuyết tật bẩm sinh” và “bất thường của Nhiễm sắc thể”.

17. Bệnh mãn tính

Là tình trạng bệnh xảy 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.

18. Bệnh cấp tính



Là tình trạng bệnh khởi phát nhanh, tồn tại trong khoảng thời gian ngắn và được xác định có thể chữa khỏi và thể hiện ở chẩn đoán của bác sĩ hoặc di chứng/tổn thương tồn tại trên cơ thể.

19. Tình trạng sức khỏe nguy kịch

Là một tình trạng sức khỏe nguy kịch theo ý kiến của bác sĩ chuyên môn/điều trị đánh giá cần phải điều trị khẩn cấp để duy trì sự sống tránh tử vong. Duy trì sự sống được hiểu là duy trì dấu hiệu sinh tồn về tuần hoàn và hô hấp.

20. Điều trị cấp cứu

Là dịch vụ cấp cứu được thực hiện tại phòng cấp cứu của một cơ sở khám chữa bệnh cho một tình trạng sức khỏe nguy kịch.

21. Cơ sở khám chữa bệnh

Bao gồm phòng khám đa khoa và chuyên khoa, bệnh viện đa khoa và chuyên khoa, nhà hộ sinh công lập hoặc ngoài công lập (bán công, tư nhân, liên doanh, quốc tế) 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.

22. Điều trị nội trú

Là việc bệnh nhân phải làm thủ tục nhập viện 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 24 giờ và theo đơn vị giường nằm trong Giấy 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 Cơ sở khám chữa bệnh như định nghĩa, không phải là phòng khám hay cơ sở điều trị ngoại trú.

23. Phòng chăm sóc đặc biệt (ICU)

Là phòng đặc biệt của bệnh viện luôn theo dõi 24/24 giờ mỗi ngày, cung cấp toàn bộ các dịch vụ y khoa chính yếu cho những trường hợp bệnh nặng phải duy trì hoặc khôi phục sự sống. Bệnh nhân tại phòng ICU là người có một hoặc nhiều vấn đề nghiêm trọng về sức khỏe, có thể tử vong trong tích tắc nếu không được chăm sóc kịp thời, cần được theo dõi cẩn thận một cách đặc biệt và liên tục (sau cuộc phẫu thuật lớn, bị tổn thương nghiêm trọng do chấn thương, chức năng sống của các cơ quan bị suy cấp tính như suy hô hấp, suy tim, suy thận, suy gan).

24. Phòng theo dõi liên tục (USC)

Là phòng chăm sóc hậu phẫu đặc biệt với nhân viên y tế có chuyên môn phù hợp theo dõi sát sao người bệnh 24/24 giờ.

25. Giường bệnh

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

26. Phẫu thuật/ Thủ thuật

Là một phương pháp khoa học để điều trị thương tật hoặc bệnh tật, thai sản được thực hiện bởi những phẫu thuật viên có chứng chỉ ngành nghề hợp pháp thông qua những ca mổ bằng tay với các dụng cụ y tế hoặc mổ bằng thiết bị y tế trong Cơ sở khám chữa bệnh, bao gồm cả hình thức mổ bằng tia laser, mổ nội soi. Các loại phẫu thuật phải thuộc danh mục phẫu thuật do Bộ Y Tế Việt Nam hoặc các nước tại nơi điều trị ban hành.

27. Chi phí điều trị trước khi nhập viện

Là các chi phí khám, cận lâm sàng và tiền thuốc theo chỉ định của bác sĩ, liên quan trực tiếp đến ốm đau, bệnh cần phải nhập viện, được thực hiện trước khi nhập viện trong vòng tối đa không vượt quá số ngày được ghi trên Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm.

28. Chi phí điều trị sau khi xuất viện

Là các chi phí khám, cận lâm sàng và tiền thuốc theo chỉ định của bác sĩ, liên quan trực tiếp đến ốm đau, bệnh ngay sau khi điều trị nội trú nhưng tối đa không vượt quá số ngày được ghi trên Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm bao gồm:

- Cận lâm sàng, đơn thuốc được kê liên tục ngay 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.

29. Dịch vụ Y tá chăm sóc tại nhà

Là các dịch vụ chăm sóc y tế của một y tá được cấp giấy phép hành nghề hợp pháp được thực hiện tại nhà của Người được bảo hiểm và ngay sau khi ra viện (thời gian nằm viện tối thiểu là 7 ngày). Dịch vụ này phải được thực hiện theo chỉ định của bác sĩ điều trị vì những lý do đặc thù của ngành y.

30. Vận chuyển cấp cứu

Là việc sử dụng xe cứu thương hoặc phương tiện vận chuyển khác (không phải là dịch vụ vận chuyển bằng đường hàng không) trong trường hợp Người được bảo hiểm trong tình trạng bệnh tật/ốm đau/tai nạn nguy kịch ảnh hưởng đến tính mạng buộc phải đưa người bệnh đến Cơ sở khám chữa bệnh gần nhất.

Công ty cứu trợ do Bảo hiểm BSH chỉ định sẽ thực hiện vận chuyển cấp cứu cho Người được bảo hiểm đang trong tình trạng sức khỏe nguy kịch tới một Cơ sở khám chữa bệnh gần nhất trong phạm vi lãnh thổ quy định trong Giấy chứng nhận bảo hiểm có phương tiện điều trị hợp lý.

31. Bộ phận giả

Là bất kỳ thành phần nhân tạo nào được cấy ghép, lắp đặt, thay thế vào cơ thể bao gồm thiết bị, dụng cụ, vật tư thay thế, bộ phận giả.

32. Cấy ghép bộ phận

Là việc phẫu thuật để cấy ghép tạng/bộ phận cơ thể cho Người được bảo hiểm được thực hiện tại bệnh viện bởi bác sĩ có trình độ chuyên môn phù hợp. Các chi phí để có được bộ phận cấy ghép và các chi phí phát sinh của người hiến bộ phận cơ thể không được bồi hoàn trong Quy tắc này.

33. Quê quán

Đối với Người được bảo hiểm, là quốc gia mà Người được bảo hiểm có hộ chiếu. Trường hợp Người được bảo hiểm có hơn 1 hộ chiếu, quê quán là quốc gia mà Người được bảo hiểm khai trong Giấy yêu cầu bảo hiểm.

34. Biến chứng thai sản

Là tình trạng bất thường trong quá trình mang thai và sinh con cần thiết phải can thiệp chuyên môn theo chỉ định của bác sĩ để giảm thiểu rủi ro hoặc bảo toàn tính mạng cho Người được bảo hiểm.

35. Chăm sóc dưỡng nhi

Là những Chi phí y tế liên quan đến điều trị bệnh cho trẻ sơ sinh ngay sau sinh tại Cơ sở khám chữa bệnh, loại trừ các chi phí tiêm phòng; khám; xét nghiệm kiểm tra, tầm soát, thuốc dự phòng cho em bé; chi phí vệ sinh, vật dụng cá nhân và chi phí thức ăn cho em bé.

36. Tiêm phòng

Là việc sử dụng vacxin điều trị ốm đau, bệnh tật, thai sản theo chỉ định của bác sĩ tại một Cơ sở khám chữa bệnh hợp pháp.

37. Lần khám, chữa bệnh

Là một lần Người được bảo hiểm cần được bác sĩ thăm khám lâm sàng có/hoặc không kết hợp với cận lâm sàng (xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng) hay các thủ thuật thăm dò khác nhằm mục đích chẩn đoán bệnh, chữa bệnh, không phụ thuộc lần khám kết thúc trong một hay nhiều ngày.

Một số 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 nhiều Cơ sở khám chữa bệnh 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 khám chữa bệnh, 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.



- f. 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.

38. Vật lý trị liệu và nắn xương khớp

Trong thời hạn hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm, các sự kiện bảo hiểm xảy ra do tai nạn, ốm đau hoặc bệnh tật nằm trong điều khoản quy định của Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm dẫn đến Người được bảo hiểm cần được điều trị bằng Vật lý trị liệu hoặc Phương pháp nắn xương khớp theo đề nghị bằng văn bản của bác sĩ tham gia điều trị (kỹ thuật viên y khoa), Bảo hiểm BSH sẽ trả các chi phí thông thường hợp lý phát sinh thực tế và các chi phí được chi trả này sẽ không vượt quá số tiền bảo hiểm và tùy thuộc vào số lần thăm khám tối đa được quy định trong Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm.

39. Điều trị phục hồi chức năng dài hạn

Không phải là phương pháp điều trị y tế thông thường, là phương pháp điều trị nhằm mục đích khôi phục lại tình trạng bình thường và/hoặc chức năng sau tổn thương nghiêm trọng phải phẫu thuật hoặc do ốm đau, bệnh, tai nạn kể từ khi Người được bảo hiểm được bác sĩ chỉ định chuyển sang điều trị tại chuyên khoa phục hồi chức năng và không giới hạn thời gian điều trị.

40. Bác sĩ

Là người có bằng cấp chuyên môn y khoa được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc thừa nhận được thực hành ngành y hợp pháp trong phạm vi giấy phép theo pháp luật của nước sở tại nơi Người được bảo hiểm tiến hành việc khám và điều trị. Bác sĩ không được đồng thời là vợ/chồng, cha/mẹ, con, anh/chị em ruột của Người được bảo hiểm/Bên mua bảo hiểm.

41. Chữa trị Đông y/Nắn xương/Châm cứu Đông y

Chữa trị 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 nước mà người đó hành nghề.

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 cứu nghĩa là dùng vật nhọn (như kim, que nhọn,...) đâm vào hoặc kích thích vào huyết đạo để điều trị bệnh. Quyền lợi này bao gồm chi phí tư vấn và thuốc điều trị tại Cơ sở khám chữa bệnh thực hiện việc điều trị đông y, nắn xương, châm cứu.

42. Thuốc

Là những thuốc, dược phẩm được bán và sử dụng theo đơn của Bác sĩ theo quy định tại thông tư 07/2017/TT-BYT ban hành ngày 03/05/2017 và không bao gồm: thuốc hỗ trợ điều trị, các loại thực phẩm chức năng, mỹ phẩm, các sản phẩm khác không nằm trong danh mục thuốc của Bộ Y tế. Tuy nhiên, Bảo hiểm BSH sẽ xem xét chi trả thuốc hỗ trợ điều trị khi thỏa mãn điều kiện các loại thuốc hỗ trợ điều trị này là thuốc điều trị chính có chỉ định của Bác sĩ điều trị. Danh mục thuốc sẽ được áp dụng theo thông tư mới nhất hoặc sửa đổi mới nhất của Bộ Y tế (nếu có).

43. Chi phí y tế

Là các chi phí y tế hợp lý cần thiết 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, dịch vụ đối với các bệnh tương tự.

Chi phí y tế cho việc khám, chữa bệnh trong các trường hợp ốm đau, bệnh, tai nạn (tùy thuộc vào lý do, triệu chứng) mà Người được bảo hiểm phải đi khám bệnh và điều trị theo chỉ định của bác sĩ thuộc phạm vi bảo hiểm quy định trong Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

44. Mạng lưới bảo lãnh viện phí

Là hệ thống các Cơ sở khám chữa bệnh có ký kết thỏa thuận cung cấp dịch vụ bảo lãnh với Bảo hiểm BSH. Người được bảo hiểm khi khám và điều trị tại những cơ sở này sẽ được Bảo hiểm BSH đồng ý bảo lãnh thanh toán các chi phí phát sinh thuộc phạm vi bảo hiểm và quy định trong Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

45. Đồng chi trả

Là số tiền theo tỷ lệ mà Bảo hiểm BSH và Người được bảo hiểm cùng chi trả khi phát sinh chi phí thuộc phạm vi bảo hiểm. Đồng chi trả được tính theo tỷ lệ phần trăm (%) trên tổng số tiền chi phí y tế hợp lý phát sinh thuộc phạm vi bảo hiểm hoặc giới hạn quy định trên Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

46. Điều trị bằng thủy lực

Là phương pháp vật lý dùng lực đẩy của nước để tạo điều kiện thuận lợi cho việc vận động, điều trị bệnh được dễ dàng hơn.

47. Hoạt động thi đấu chuyên nghiệp

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

48. Hoạt động 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).

49. Bảo hiểm nhóm

Là bảo hiểm cho từ 5 người trở lên và những người này đáp ứng các điều kiện của Người được bảo hiểm quy định tại quy tắc này.

CHƯƠNG 2. ĐIỀU KIỆN CHUNG

Điều 2. Phạm vi lãnh thổ

Quy tắc bảo hiểm này cung cấp bảo hiểm trong trường hợp bị tai nạn/ốm đau/bệnh tật đối với quyền lợi bảo hiểm chính và thai sản đối với quyền lợi bổ sung và những chi phí y tế liên quan phát sinh trong lãnh thổ Việt Nam hoặc nước ngoài và được quy định cụ thể trên Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Điều 3. Hợp đồng bảo hiểm, thời hạn và hiệu lực bảo hiểm

1. Hợp đồng bảo hiểm

Hợp đồng bảo hiểm là sự thỏa thuận giữa Bên mua bảo hiểm và Bảo hiểm BSH, theo đó Bên mua bảo hiểm phải đóng phí bảo hiểm, Bảo hiểm BSH phải trả tiền bảo hiểm cho Người thụ hưởng khi xảy ra sự kiện bảo hiểm.

Hợp đồng bảo hiểm phải được lập thành văn bản là bằng chứng giao kết Hợp đồng bảo hiểm bao gồm: Hợp đồng bảo hiểm, Giấy chứng nhận bảo hiểm, điện báo, telex, fax và các hình thức khác do pháp luật quy định.

2. Hợp đồng bảo hiểm nhóm

Là Hợp đồng bảo hiểm cấp cho một nhóm Người được bảo hiểm từ 05 người trở lên. Có thể mở rộng để áp dụng cho Bố, Mẹ (vợ/ chồng), con hợp pháp của Người được bảo hiểm nếu thỏa mãn các điều kiện tham gia bảo hiểm như Người được bảo hiểm.

Tất cả những người tham gia bảo hiểm đều phải có tên trong Hợp đồng bảo hiểm như Người được bảo hiểm và chỉ được tham gia bảo hiểm với quyền lợi tương đương hoặc thấp hơn.

3. Sửa đổi bổ sung

Là phần không thể tách rời Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm và 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 hạn bảo hiểm và danh sách tăng/giảm của Người được bảo hiểm hoặc bất cứ thỏa thuận nào khác phù hợp với quy tắc này.

4. Thời hạn bảo hiểm

Thời hạn bảo hiểm là 01 năm. Thời hạn bảo hiểm được quy định cụ thể trong Hợp đồng bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm. Đối với các Hợp đồng bảo hiểm được tái tục liên tục hàng năm, ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm là ngày tái tục hợp đồng.

Điều 4. Phí bảo hiểm và Số tiền bảo hiểm

1. Phí bảo hiểm

Là khoản tiền mà Bên mua bảo hiểm phải đóng cho Doanh nghiệp bảo hiểm theo thời hạn và phương thức quy định trong Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Các quy định về đóng phí bảo hiểm áp dụng theo quy định của pháp luật hiện hành.

2. Số tiền bảo hiểm

Là số tiền bảo hiểm được Bên mua bảo hiểm và Doanh nghiệp bảo hiểm thỏa thuận trong Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm.

a. Quyền lợi bảo hiểm

Là phạm vi bảo hiểm được quy định trong Quy tắc này và bất cứ mở rộng hay giới hạn nào khác được ghi trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc bất cứ sửa, đổi bổ sung của Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm và phù hợp với quy tắc, điều khoản, biểu phí đã được Bộ Tài Chính phê chuẩn (nếu được áp dụng).

b. Giới hạn phụ

Là giới hạn bồi thường tối đa có thể chi trả cho mỗi hạng mục được quy định chi tiết trong Bảng quyền lợi bảo hiểm. Trong mọi trường hợp, tổng số tiền bồi thường các giới hạn phụ chi tiết không vượt quá Số tiền bảo hiểm quy định trong Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Điều 5. Thời gian chờ

Là thời gian mà các quyền lợi bảo hiểm có liên quan không được chi trả bảo hiểm khi thời điểm phát sinh Sự kiện bảo hiểm nằm trong thời gian chờ.

(Quy định về “Thời gian chờ” đã được thỏa thuận cụ thể trên Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm “**MAX CARE - HƠN CẢ YÊU THƯƠNG**”).

Điều 6. Quy định chung khác

1. Chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm

Các trường hợp chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm

Ngoài các trường hợp chấm dứt Hợp đồng theo quy định của Bộ Luật dân sự, Hợp đồng bảo hiểm còn được chấm dứt trong các trường hợp sau đây :

- a. Bên mua bảo hiểm không còn quyền lợi có thể được bảo hiểm. Bảo hiểm BSH sẽ hoàn lại phí bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm tương ứng với thời gian còn lại của Hợp đồng bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm đã đóng phí bảo hiểm, sau khi đã trừ các chi phí hợp lý có liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm.
- b. 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 tối thiểu 30 ngày kể từ ngày có ý định chấm dứt.
 - Đối với trường hợp Bên mua bảo hiểm đơn phương chấm dứt bảo hiểm trước thời hạn, Bảo hiểm BSH sẽ hoàn trả 80% phí bảo hiểm của thời gian hiệu lực còn lại với điều kiện Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm chưa có khiếu nại nào được Bảo hiểm BSH trả tiền.
 - Đối với trường hợp Bảo hiểm BSH đơn phương chấm dứt bảo hiểm trước thời hạn, Bảo hiểm BSH sẽ hoàn trả 100% phí bảo hiểm của thời gian hiệu lực còn lại với điều kiện Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm chưa có khiếu nại nào được Bảo hiểm BSH trả tiền.
- c. Bảo hiểm BSH có quyền đơn phương đình chỉ thực hiện Hợp đồng bảo hiểm và thu phí bảo hiểm đến thời điểm đình chỉ thực hiện Hợp đồng bảo hiểm khi Bên mua bảo hiểm có một trong những hành vi sau đây:
 - Cố ý cung cấp thông tin sai sự thật nhằm giao kết hợp đồng bảo hiểm để được trả tiền bảo hiểm hoặc được bồi thường;
 - Không thực hiện các nghĩa vụ trong việc cung cấp thông tin cho doanh nghiệp bảo hiểm.

2. Từ chối tái tục bảo hiểm

Tại thời điểm kết thúc thời hạn Bảo hiểm, Bảo hiểm BSH có quyền từ chối tái tục Hợp đồng bảo hiểm hoặc điều chỉnh các quyền lợi trong Hợp đồng bảo hiểm tái tục, hoặc đưa ra các điều kiện đặc biệt áp dụng riêng cho chương trình tái tục, với các điều kiện, điều khoản, giới hạn phụ này phải phù hợp với quy tắc, điều khoản, biểu phí đã được Bộ Tài Chính phê chuẩn và được thỏa thuận cụ thể tại Hợp đồng bảo hiểm. Các trường hợp từ chối tái tục sẽ được thỏa thuận cụ thể tại Hợp đồng bảo hiểm.



CHƯƠNG 3. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Điều 7. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM CHÍNH

1. TAI NẠN CÁ NHÂN

Trường hợp Người được bảo hiểm bị 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, Bảo hiểm BSH sẽ chi trả số tiền bảo hiểm theo tỷ lệ trong Bảng tỷ lệ trả tiền thương tật (Quy định chi tiết tại Phụ Lục 1).

Trường hợp Người được bảo hiểm bị thương tật bộ phận vĩnh viễn đã được Bảo hiểm BSH trả tiền bảo hiểm, trong vòng 01 năm kể từ ngày xảy ra tai nạn Người được bảo hiểm tử vong do hậu quả của chính tai nạn đó, Bảo hiểm BSH sẽ trả phần chênh lệch giữa Số tiền bảo hiểm tử vong/thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn ghi trong Hợp đồng bảo hiểm/ Giấy chứng nhận bảo hiểm với số tiền đã chi trả trước đó.

Các trường hợp thương tật không được liệt kê ở Phụ lục 1 sẽ được bồi thường theo tỷ lệ phần trăm mức độ thương tật căn cứ vào những trường hợp tương đương đã được liệt kê. Trong trường hợp không thống nhất về tỷ lệ thương tật, các bên đồng ý đưa vụ việc ra Hội đồng giám định y khoa để giải quyết.

Trường hợp Người được bảo hiểm bị thương tật thân thể do Tai nạn có phát sinh các Chi phí y tế theo chỉ định của bác sĩ điều trị tại các Cơ sở khám chữa bệnh thuộc phạm vi bảo hiểm, Bảo hiểm BSH sẽ trả toàn bộ Chi phí y tế hợp lý không vượt quá Số tiền bảo hiểm được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Tổng số tiền chi trả cho các quyền lợi bảo hiểm bao gồm: tử vong, thương tật toàn bộ, thương tật bộ phận, chi phí y tế không vượt quá số tiền bảo hiểm quyền lợi bảo hiểm Tai nạn cá nhân quy định trong Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

2. ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ DO ỐM ĐAU, BỆNH TẬT

Bảo hiểm cho trường hợp ốm đau, bệnh tật phải nằm viện điều trị nội trú hoặc phẫu thuật, trừ những trường hợp loại trừ quy định ở Chương 4.

a. Chi phí nằm viện

Trường hợp Người được bảo hiểm phải nằm viện thuộc phạm vi bảo hiểm, Bảo hiểm BSH sẽ thanh toán:

- Các chi phí điều trị như: tiền phòng, giường, Điều trị nội trú của bệnh viện (nếu có);
- Các chi phí xét nghiệm hoặc các phương pháp chẩn đoán hình ảnh như X-quang, MRI, CT, PET, siêu âm, nội soi (các xét nghiệm này phải được bác sĩ chỉ định và phải là một phần của chi phí Điều trị nội trú);
- Thuốc điều trị, truyền máu, oxy, huyết thanh, quần áo bệnh viện và các chi phí y tế liên quan đến điều trị bệnh;

Tổng số ngày điều trị không quá 90 ngày/năm.

b. Chi phí phẫu thuật

Bảo hiểm BSH chi trả các chi phí y tế liên quan đến một ca phẫu thuật, bao gồm các chi phí như: chẩn đoán, gây mê, hồi sức sau phẫu thuật, dụng cụ, thiết bị, vật tư tiêu hao cần thiết, phòng mổ, phẫu thuật viên, cấy ghép nội tạng, chi phí tái mổ. Các chi phí để có được bộ phận cấy ghép và các chi phí phát sinh của người hiến bộ phận cơ thể không được bồi hoàn trong Quy tắc này ngoài trừ dụng cụ, thiết bị cấy ghép vào bên trong cơ thể để duy trì sự sống.

c. Các quyền lợi bảo hiểm khác

- Chi phí điều trị trước khi nhập viện trong vòng 90 ngày trước khi nhập viện;
- Chi phí điều trị sau khi xuất viện trong vòng 90 ngày sau khi xuất viện;
- Chi phí y tá chăm sóc tại nhà sau khi xuất viện (15 ngày/năm);
- Vận chuyển cấp cứu (loại trừ bằng đường hàng không);
- Trợ cấp mai táng phí trong trường hợp tử vong tại bệnh viện;

3. ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ DO ỐM ĐAU, BỆNH TẬT

Bảo hiểm BSH sẽ thanh toán cho Người được bảo hiểm các chi phí y tế điều trị ngoại trú do ốm đau, bệnh tật trong Thời hạn bảo hiểm, trừ những trường hợp loại trừ quy định ở Chương 4.

Chi phí điều trị ngoại trú bao gồm :

- a. Chi phí điều trị ngoại trú như chi phí khám bệnh, chi phí thuốc men theo kê đơn của Bác sĩ, chi phí xét nghiệm, chẩn đoán và điều trị bệnh do Bác sĩ chỉ định;



- b. Chi phí vật lý trị liệu và nắn xương khớp theo chỉ định của Bác sĩ theo giới hạn được ghi trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm;
- c. Chi phí chữa trị Đông y, nắn xương và châm cứu Đông y theo chỉ định của bác sĩ theo giới hạn được ghi trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Giới hạn trách nhiệm theo các quyền lợi được quy định cụ thể trong Bảng Quyền lợi/Giấy chứng nhận bảo hiểm và/hoặc Hợp đồng bảo hiểm đính kèm.

(Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm “**MAX CARE – HƠN CẢ YÊU THƯƠNG**” không bao gồm Quyền lợi bảo hiểm Chi phí chữa trị Đông y, nắn xương và châm cứu Đông y).

4. THAI SẢN

a. Chi phí biến chứng thai sản

Bảo hiểm BSH sẽ chi trả các chi phí y tế phát sinh do các biến chứng trong quá trình mang thai, hoặc trong quá trình sinh nở cần đến việc phẫu thuật/thủ thuật, chi phí chăm sóc mẹ trước và sau khi sinh tại Cơ sở khám chữa bệnh. Biến chứng thai sản bao gồm các trường hợp sau :

- Phá thai để điều trị cho người Mẹ là Người được bảo hiểm theo chỉ định của Bác sĩ do thai ngưng phát triển, thai lưu, dọa sảy thai, sảy thai;
- Thai trứng;
- Thai ngoài tử cung;
- Sốt nhau, băng huyết, tiền sản giật, sản giật, dọa vỡ tử cung, vỡ tử cung;
- Biến chứng của các nguyên nhân trên;
- Đẻ chỉ huy, giác hút, forceps;
- Đẻ non không bao gồm chi phí điều trị giữ thai do dọa sinh non.

b. Chi phí sinh thường

Bảo hiểm BSH chi trả các chi phí phát sinh cho việc sinh thường bao gồm các chi phí đỡ đẻ, viện phí, bác sĩ chuyên khoa, cắt may tầng sinh môn ngoại trừ may thẩm mỹ, chăm sóc mẹ trước và sau khi sinh tại Cơ sở khám chữa bệnh này.

c. Chi phí sinh mổ

Bảo hiểm BSH chi trả các Chi phí y tế phát sinh cho việc sinh mổ bao gồm các chi phí đỡ đẻ, viện phí, bác sĩ chuyên khoa, cắt may tầng sinh môn ngoại trừ may thẩm mỹ, chăm sóc mẹ trước và sau khi sinh tại Cơ sở khám chữa bệnh này. Thủ thuật sinh mổ chỉ được bảo hiểm nếu do bác sĩ chỉ định là cần thiết cho ca sinh đó, không bao gồm việc sinh mổ theo yêu cầu của Người được bảo hiểm (hoặc phải mổ lại do yêu cầu mổ trước đó).

d. Chi phí dưỡng nhi trong vòng 25 ngày kể từ ngày sinh

Bảo hiểm BSH chi trả các Chi phí y tế cần thiết cho việc điều trị nội trú cho trẻ sơ sinh liên quan đến những triệu chứng xuất hiện khi sinh hoặc có biểu hiện trong vòng 7 ngày sau khi sinh với điều kiện người mẹ vẫn nằm viện.

5. NHA KHOA

Bảo hiểm BSH sẽ thanh toán cho Người được bảo hiểm chi phí chăm sóc nha khoa. Các dịch vụ này phải được thực hiện bởi một Bác sĩ chuyên ngành răng hàm mặt tại một Cơ sở khám bệnh hợp pháp như:

- a. Kiểm tra răng định kỳ 1 lần/hiệu lực bảo hiểm.
Cạo vôi và đánh bóng răng được bảo hiểm mỗi năm 1 lần đối với mỗi Người được bảo hiểm.
- b. Quyền lợi nha khoa cơ bản: Nhổ răng, trám răng, chụp X- quang, cạo vôi răng.
- c. Quyền lợi nha khoa toàn diện: Nhổ răng mọc bất thường; Lấy tủy răng; Cắt nướu, cuống răng, phủ chóp răng và răng giả.

Các vật liệu sử dụng cho việc trám răng/bao răng/ răng giả được giới hạn ở hỗn hợp trám răng và sứ và không bao gồm kim loại quý hiếm.

(Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm “**MAX CARE - HƠN CẢ YÊU THƯƠNG**” đã quy định cụ thể về quyền lợi điều trị nha khoa trong Bảng quyền lợi bảo hiểm).



6. TỬ VONG/TÀN TẬT TOÀN BỘ VĨNH VIỄN DO ỐM ĐAU BỆNH TẬT VÀ THAI SẢN

Bảo hiểm BSH trả toàn bộ Số tiền ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc Hợp đồng bảo hiểm.

7. TRỢ CẤP TRONG THỜI GIAN ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ

Bảo hiểm BSH sẽ thanh toán khoản tiền trợ cấp trong trường hợp Người được bảo hiểm điều trị tai nạn ốm đau, bệnh tật, thai sản tại các Cơ sở khám chữa bệnh, bao gồm:

- Trợ cấp trong thời gian điều trị (đối với tai nạn, ốm đau, bệnh tật);
- Trợ cấp thai sản (đối với thai sản);

Thời gian trợ cấp nằm viện được xác định theo số ngày nằm viện thực tế. Số tiền chi trả cho từng hạng mục không vượt quá giới hạn phụ được quy định trong Bảng quyền lợi và tổng số tiền bảo hiểm quy định tại Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

(Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm “MAX CARE – HƠN CẢ YÊU THƯƠNG” không bao gồm Quyền lợi bảo hiểm Trợ cấp trong thời gian điều trị tai nạn và Trợ cấp thai sản).

ĐIỀU 8. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM BỔ SUNG

Bảo hiểm BSH sẽ chi trả tối đa trên số tiền bảo hiểm quyền lợi chính tương ứng với từng quyền lợi Bảo hiểm BSH sẽ tính thêm phụ phí đối với từng quyền lợi bảo hiểm bổ sung kèm theo quyền lợi bảo hiểm chính khi Bên mua bảo hiểm yêu cầu, bao gồm những quyền lợi sau:

1. Vận chuyển hồi hương thi hài

Trong trường hợp Người được bảo hiểm bị tử vong do tai nạn, Bảo hiểm BSH sẽ chi trả cho những chi phí hợp lý cho việc chôn cất hoặc hỏa táng thi hài Người được bảo hiểm ngoài lãnh thổ Việt Nam tại nước Người được bảo hiểm bị tử vong hoặc chi phí hợp lý để vận chuyển thi hài hoặc tro của Người được bảo hiểm trở về nơi xuất phát ban đầu. Quyền lợi bảo hiểm này được chi trả theo quyền lợi tai nạn cá nhân.

(Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm “MAX CARE – HƠN CẢ YÊU THƯƠNG” không bao gồm Quyền lợi bảo hiểm bổ sung này).

2. Thăm bệnh ở nước ngoài

Trường hợp Người được bảo hiểm phải nhập viện ở nước ngoài (khác với Quê quán của Người được bảo hiểm hoặc nước thường trú của người được bảo hiểm) trong tình trạng sức khỏe nguy kịch; bị thương tật do tai nạn; bệnh tật do ốm đau, trong các trường hợp thuộc phạm vi bao hiểm của Quy tắc này, Bảo hiểm BSH sẽ thanh toán chi phí đi lại để một người thân hoặc một người bạn của Người được bảo hiểm đến thăm Người được bảo hiểm VỚI ĐIỀU KIỆN được Bác sĩ chuyên ngành độc lập về việc thăm bệnh này cho là cần thiết dựa trên các cơ sở sức khỏe của Người được bảo hiểm và yêu cầu thăm viếng. Quyền lợi này chỉ được thanh toán khi đã có chấp thuận trước của Bảo hiểm BSH. Quyền lợi này chỉ được thanh toán khi đã có chấp thuận trước của Bảo hiểm BSH. Quyền lợi bảo hiểm này được chi trả theo quyền lợi điều trị nội trú do ốm đau, bệnh tật.

(Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm “MAX CARE – HƠN CẢ YÊU THƯƠNG” không bao gồm Quyền lợi bảo hiểm bổ sung này).

3. Điều trị ung thư giai đoạn sớm

Bảo hiểm BSH sẽ chi trả các chi phí điều trị ung thư giai đoạn sớm theo quyền lợi điều trị nội trú do ốm đau, bệnh tật.

4. Điều trị ung thư giai đoạn trễ

Bảo hiểm BSH sẽ chi trả các chi phí điều trị ung thư giai đoạn trễ theo quyền lợi điều trị nội trú do ốm đau, bệnh tật.

5. Điều trị HIV/AIDS

Bảo hiểm BSH sẽ chi trả các chi phí điều trị Vi-rút HIV (HIV) và các bệnh có liên quan kể cả Hội chứng Suy giảm Miễn dịch (AIDS), các biến chứng của bệnh và tất cả các bệnh/ căn bệnh do Vi-rút HIV gây ra và/hoặc có liên quan tới HIV phát sinh xảy ra trong Thời hạn bảo hiểm với điều kiện sau khi hợp đồng liên tục năm (05) năm kể từ Ngày Hiệu lực đầu tiên. Quyền lợi bảo hiểm này được chi trả theo quyền lợi điều trị nội trú do ốm đau, bệnh tật.

(Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm “MAX CARE – HƠN CẢ YÊU THƯƠNG” không bao gồm Quyền lợi bảo hiểm bổ sung này).

6. Điều trị phục hồi chức năng dài hạn

Bảo hiểm BSH sẽ chi trả chi phí điều trị phục hồi chức năng dài hạn theo quyền lợi điều trị nội trú do ốm đau, bệnh tật.



(Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm “**MAX CARE – HƠN CẢ YÊU THƯƠNG**” không bao gồm Quyền lợi bảo hiểm bổ sung này).

7. Phòng chăm sóc đặc biệt, phòng theo dõi liên tục

Bảo hiểm BSH sẽ chi trả các chi phí phòng chăm sóc đặc biệt, phòng theo dõi liên tục theo quyền lợi điều trị nội trú do ốm đau, bệnh tật.

8. Điều trị phẫu thuật trong ngày

Bảo hiểm BSH sẽ chi trả chi phí phẫu thuật để điều trị thương tật hoặc bệnh tật nhưng không đòi hỏi bệnh nhân phải nhập viện phẫu thuật để chăm sóc y khoa. Quyền lợi bảo hiểm này được chi trả theo quyền lợi điều trị nội trú do ốm đau, bệnh tật.

9. Thai sản bổ sung

Bảo hiểm BSH sẽ chi trả các chi phí khám thai định kỳ tại Cơ sở khám chữa bệnh hợp pháp để theo dõi quá trình mang thai và kịp thời phát hiện các bệnh tiềm ẩn của thai nhi. Quyền lợi bảo hiểm này được chi trả theo quyền lợi thai sản.

(Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm “**MAX CARE – HƠN CẢ YÊU THƯƠNG**” không bao gồm Quyền lợi bảo hiểm bổ sung này).

10. Bệnh bẩm sinh

Trường hợp Người được bảo hiểm phát hiện bị bệnh bẩm sinh sau khi tham gia bảo hiểm, Bảo hiểm BSH sẽ chi trả các chi phí điều trị bệnh bẩm sinh theo quyền lợi điều trị nội trú do ốm đau, bệnh tật.

(Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm “**MAX CARE – HƠN CẢ YÊU THƯƠNG**” không bao gồm Quyền lợi bảo hiểm bổ sung này).

CHƯƠNG 4. CÁC ĐIỂM LOẠI TRỪ BẢO HIỂM

Bảo hiểm BSH không chịu trách nhiệm chi trả tiền bảo hiểm đối với các trường hợp sau:

Điều 9. Các điểm loại trừ chung

1. Người được bảo hiểm bị tác động bởi chất kích thích, chất gây nghiện, thuốc cai nghiện, thuốc không được bác sĩ chuyên môn kê đơn thuốc, rượu, bia hoặc các chất có cồn và việc ảnh hưởng này là nguyên nhân trực tiếp gây ra tai nạn và các hậu quả liên quan khác.
2. Chiến tranh hoặc các hành động thù địch kể cả có tuyên chiến hay không, khủng bố, tác nhân hạt nhân hoặc do chất phóng xạ.
3. Động đất, núi lửa, sóng thần, dịch bệnh tại các khu vực địa lý cụ thể được công bố bởi cơ quan thẩm quyền nước sở tại, Tổ chức y tế thế giới.
4. Dịch vụ điều trị tại nhà (không bao gồm chi phí y tá chăm sóc tại nhà) hoặc tại Cơ sở khám chữa bệnh điều trị bằng thủy lực hay các phương pháp thiên nhiên, spa, điều dưỡng, an dưỡng, hoặc tại những nơi không phải là Cơ sở khám chữa bệnh.
5. Những chỉ định phẫu thuật có từ trước ngày bắt đầu bảo hiểm, điều trị và phẫu thuật theo yêu cầu của Người được bảo hiểm không liên quan tới chỉ định phẫu thuật cần thiết theo quy định chuyên môn.
6. Các chấn thương do các tác nhân hạt nhân gây ra hoặc do bị nhiễm phóng xạ.
7. Điều trị y tế không có chỉ định sử dụng thuốc của Bác sĩ trên “đơn thuốc” hay “sổ khám bệnh- chữa bệnh”; thuốc không được Bộ Y tế Việt Nam cho phép lưu hành, điều trị không được khoa học công nhận, điều trị thử nghiệm, vắc – xin, thuốc có tính chất ngăn ngừa, dự phòng bao gồm thuốc do bác sĩ kê đơn, thuốc kê đơn theo yêu cầu của người bệnh.
8. Tử vong do các sự cố sai sót y khoa trong quá trình điều trị bệnh và can thiệp thai sản và điều trị khắc phục hậu quả của chúng.
9. Thuốc hỗ trợ điều trị (loại trừ thuốc này là thuốc điều trị chính có chỉ định của Bác sĩ điều trị), thực phẩm chức năng, thực phẩm bổ sung vi chất dinh dưỡng, thực phẩm bổ sung, thực phẩm bảo vệ sức khỏe, sản phẩm dinh dưỡng y học, các loại vitamin tăng cường sức khỏe.
10. Các sản phẩm hỗ trợ điều trị đăng ký dưới dạng mỹ phẩm, thiết bị y tế.
11. Các chi phí cung cấp, bảo dưỡng hay lắp ráp sửa chữa các thiết bị hoặc bộ phận giả, dụng cụ chỉnh hình, các thiết bị trợ thính hoặc thị lực, nạng hay xe lăn, các dụng cụ phục vụ cá nhân Người được bảo hiểm để chẩn đoán hoặc



hỗ trợ điều trị y tế (máy khí dung, máy tạo nhịp tim, holter ... và các dụng cụ khác), ngoại trừ các dụng cụ, thiết bị cấy ghép vào bên trong cơ thể để duy trì sự sống như quy định trong quyền lợi chi phí phẫu thuật.

12. Khám và các xét nghiệm không có kết luận bệnh của Bác sĩ hoặc có kết luận bệnh của Bác sĩ điều trị nhưng không có chỉ định điều trị bệnh cụ thể.
13. Các chi phí điều trị bất hợp lý mà không tuân theo quy trình điều trị và các chỉ định của bác sĩ hoặc không cần thiết về mặt y tế.

Điều 10. Miễn loại trừ đối với bảo hiểm tai nạn

1. Mất tích
2. Hành động cố ý gây tổn thương thân thể của Người được bảo hiểm hoặc người thụ hưởng của Người được bảo hiểm. 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, Bảo hiểm BSH vẫn trả tiền cho những người thụ hưởng khác theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm.
3. Người được bảo hiểm vi phạm pháp Luật phải thụ án hình sự và cố ý vi phạm Luật giao thông đường bộ hiện hành, vi phạm nội quy, quy định của chính quyền địa phương hoặc các tổ chức xã hội và là nguyên nhân trực tiếp của tai nạn.
4. Người được bảo hiểm tham gia các hoạt động Thể thao chuyên nghiệp hoặc các hoạt động Thể thao nguy hiểm, bất kỳ một hoạt động đua nào hay các hoạt động của lực lượng vũ trang.
5. Điều khiển hoặc thi hành công vụ trên máy bay, trừ khi là hành khách mua vé trên máy bay của một hãng hàng không chở khách hoặc thuê chuyển hoạt động.
6. Người được bảo hiểm điều khiển phương tiện giao thông trong tình trạng có nồng độ cồn vượt quá quy định của Luật giao thông là nguyên nhân trực tiếp dẫn đến người được bảo hiểm bị tử vong hoặc thương tật do tai nạn.
7. Bất kỳ hành động cố ý phạm pháp hoặc ấu dâm của Người được bảo hiểm, trừ khi là hành động cứu người, bảo vệ tài sản hoặc tự vệ chính đáng.
8. Tai nạn là hậu quả phát sinh từ việc ăn, uống, hít phải hơi độc, khí độc, chất độc.
9. Tai nạn là hậu quả của các Tình trạng có sẵn, bệnh tâm thần, rối loạn tâm lý, suy nhược thần kinh/suy nhược cơ thể không có nguyên nhân bệnh lý, mất ngủ bao gồm rối loạn giấc ngủ, mệt mỏi, mất điều tiết, căng thẳng thần kinh, chứng quên hay suy giảm trí nhớ theo kết luận của bác sĩ.

Điều 11. Miễn loại trừ đối với ốm đau bệnh tật và thai sản

1. Các dịch vụ điều trị ngoại trú. Miễn loại trừ này sẽ không áp dụng nếu Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi "Điều trị ngoại trú".
2. Kiểm tra sức khỏe định kỳ (trừ khi có thỏa thuận khác) bao gồm kiểm tra sức khỏe tổng quát, khám kiểm tra phụ khoa - nam khoa, khám thai định kỳ.
3. Kiểm tra khỏe trước khi kết hôn, đi du lịch hoặc đi làm.
4. Khám và xét nghiệm không có kết luận bệnh của bác sĩ, nằm viện hoặc tư vấn y tế chỉ với mục đích kiểm tra, tầm soát.
5. Các xét nghiệm theo yêu cầu hoặc chỉ định của bác sĩ mang tính chất kiểm tra, tầm soát, dự phòng phát sinh cùng trong một lần khám bệnh không liên quan đến chẩn đoán và điều trị bệnh đó.
6. Kiểm tra mắt thông thường, kiểm tra thính giác thông thường, các khuyết tật thoái hóa tự nhiên của mắt (bao gồm cận, viễn, loạn thị), bất kỳ phẫu thuật nào để hiệu chỉnh các khuyết tật thoái hóa thính giác và thị giác.
7. Các hình thức điều trị về răng và liên quan đến răng (nướu/lợi). Miễn loại trừ này không áp dụng nếu Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi "Điều trị ngoại trú" hoặc "Điều trị Nha khoa".
8. Kế hoạch hóa gia đình, thay đổi giới tính, rối loạn chức năng sinh dục, thoái hóa tự nhiên (liệu pháp hormone thay thế thời kỳ tiền mãn kinh, mãn kinh, tiền mãn dục, mãn dục) hay bất cứ hậu quả hoặc biến chứng nào của điều trị trên, điều trị bất lực tình dục.
9. Các phương pháp điều trị vô sinh, hỗ trợ sinh sản, giảm thai sau hỗ trợ sinh sản, chăm sóc thai sản thời kỳ đầu cho người có thai bằng hỗ trợ sinh sản.
10. Các bệnh lây truyền qua đường tình dục, bệnh phong, giang mai, lậu, AIDS và các hội chứng liên quan, bệnh hoa liễu khác.
11. Các hình thức tạo hình thẩm mỹ chỉnh hình, điều trị kiểm soát trọng lượng/chiều cao cơ thể và các hậu quả có liên quan. Các can thiệp liên quan đến chứng khó thở khi ngủ (ngủ ngáy và ngưng thở khi ngủ).



12. Các bệnh lý về tâm thần, rối loạn tâm lý, suy nhược thần kinh/suy nhược cơ thể không có nguyên nhân bệnh lý, mất ngủ bao gồm rối loạn giấc ngủ, mệt mỏi, mất điều tiết, căng thẳng thần kinh, chứng quên hay suy giảm trí nhớ theo kết luận của bác sĩ.
13. Khuyết tật, bệnh/dị tật bẩm sinh, các bệnh hoặc dị dạng thuộc về gen, tình trạng sức khỏe di truyền với các dấu hiệu bộc lộ từ lúc sinh hay tiềm ẩn hoặc phát hiện muộn ở các giai đoạn phát triển cơ thể.
14. Các chi phí như cho, nhận, mua, vận chuyển, bảo quản nội tạng/bộ phận cơ thể phục vụ Cấy ghép bộ phận cơ thể.

CHƯƠNG 5. ĐIỀU KHOẢN MỞ RỘNG

Điều khoản mở rộng này sẽ được áp dụng với điều kiện được ghi rõ trong Hợp đồng bảo hiểm và được tính phí bảo hiểm đối với các điều khoản mở rộng với quyền lợi tương ứng quyền lợi bảo hiểm chính.

Điều 12. Bảo hiểm các trường hợp ngộ độc

Theo điều khoản này, Bảo hiểm BSH đồng ý mở rộng bảo hiểm sự kiện ngộ độc (bao gồm và không hạn chế ngộ độc thức ăn, thức uống hoặc hít phải hơi độc, khí độc, chất độc) ngoại trừ trường hợp cố ý dẫn đến ngộ độc. Quyền lợi bảo hiểm được chi trả theo quyền lợi tai nạn cá nhân.

Điều 13. Điều khoản đình công, nổi loạn và bạo động dân sự

Điều khoản này đồng ý rằng Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm mở rộng bảo hiểm cho trường hợp Tử vong, thương tật xảy ra do hậu quả của đình công, nổi loạn và bạo động dân sự mà theo điều khoản này tử vong, thương tật là nguyên nhân trực tiếp của một trong số các hành động dưới đây:

- a. Hành động của bất kỳ người nào cùng tham gia với các người khác làm náo động sự yên bình của xã hội cho dù có liên quan tới cuộc đình công hoặc nổi loạn hay không.
- b. Hành động của người có thẩm quyền pháp lý trong việc đàn áp hoặc cố gắng ngăn chặn bất cứ sự nổi loạn hoặc giảm thiểu hậu quả của sự nổi loạn đó;
- c. Hành động cố ý của người tham gia đình công hoặc nổi loạn để kích động đình công hoặc chống lại việc đóng cửa nơi làm việc.
- d. Hành động của người có thẩm quyền trong việc ngăn chặn hoặc cố gắng ngăn chặn hành động hoặc giảm thiểu hậu quả của những hành động đó.

Quyền lợi bảo hiểm này được chi trả theo quyền lợi bảo hiểm tai nạn.

(Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm “**MAX CARE – HƠN CẢ YÊU THƯƠNG**” không áp dụng Điều khoản mở rộng này).

Điều 14. Điều trị tâm lý

BSH sẽ chi trả các chi phí điều trị tâm lý. Điều trị tâm lý là biện pháp y học nhằm đánh giá, chẩn đoán, điều trị, phòng bệnh và phục hồi chức năng các bệnh lý tâm thần nhằm mục đích giảm nhẹ những rối loạn tâm thần và cải thiện trạng thái sức khỏe tâm thần. Những biện pháp này phải được tiến hành tại những Cơ sở khám chữa bệnh chuyên khoa để đem lại hiệu quả điều trị tối ưu nhất. Quyền lợi bảo hiểm được chi trả theo quyền lợi điều trị nội trú do ốm đau, bệnh tật.

(Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm “**MAX CARE – HƠN CẢ YÊU THƯƠNG**” không áp dụng Điều khoản mở rộng này).

Điều 15. Thiết bị hỗ trợ y tế

BSH sẽ chi trả các chi phí để có được thiết bị hỗ trợ y tế. Thiết bị hỗ trợ y tế là các bộ phận/thiết bị/dụng cụ y tế:

- a. 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.
- b. Có tính chất đặc thù, chỉ sử dụng riêng cho từng loại hình điều trị hoặc phẫu thuật, sử dụng một lần và không khâu 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.



- c. 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 nặng, nẹp, xe lăn, thiết bị trợ thính, kính thuốc, máy hỗ trợ tim.
- d. Các dụng cụ chỉnh hình mang tính chất thẩm mỹ khác.

Quyền lợi bảo hiểm được chi trả theo quyền lợi điều trị nội trú do ốm đau, bệnh tật.

(Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm “**MAX CARE – HƠN CẢ YÊU THƯƠNG**” chỉ áp dụng Khoản (a) và (b) – đồng chi trả 50%, không áp dụng Khoản (c) và (d) của Điều khoản mở rộng này).

Điều 16. Liệu pháp thay thế nội tiết tố

Liệu pháp Thay thế nội tiết tố có nghĩa là bất kì dịch vụ tư vấn và thuốc men được cung cấp bởi Bác sĩ một cơ sở y tế để chữa trị việc mất cân bằng nội tiết tố liên quan đến các triệu chứng trước và sau mãn kinh. Quyền lợi bảo hiểm được chi trả theo quyền lợi điều trị ngoại trú do ốm đau, bệnh tật.

(Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm “**MAX CARE – HƠN CẢ YÊU THƯƠNG**” không áp dụng Điều khoản mở rộng này).

Điều 17. Dịch bệnh mang tính chất thảm họa

Tử vong hoặc bất kỳ ốm đau, bệnh tật, hay thương tật nào phát sinh trực tiếp từ các dịch bệnh mang tính chất thảm họa gây ra theo công bố của cơ quan có thẩm quyền. Quyền lợi bảo hiểm được chi trả theo quyền lợi điều trị nội trú do ốm đau, bệnh tật.

(Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm “**MAX CARE – HƠN CẢ YÊU THƯƠNG**” áp dụng Điều khoản mở rộng này đối với bệnh cúm gia cầm/ cúm gà/ cúm lợn/ Covid 19).

CHƯƠNG 6. QUY ĐỊNH VỀ TRẢ TIỀN BẢO HIỂM

Điều 18. Hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm

Hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm do Người được bảo hiểm, người đại diện hợp pháp của Người được bảo hiểm theo quy định pháp luật hoặc người thụ hưởng trong trường hợp Người được bảo hiểm tử vong thu nhập và cung cấp cho Bảo hiểm BSH.

Khi yêu cầu trả tiền bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc Người được ủy quyền phải gửi 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 Bảo hiểm BSH là bản sao y bản chính hợp lệ thì Bảo hiểm BSH có quyền yêu cầu xuất trình bản chính để kiểm tra, đối chiếu bao gồm:

1. Giấy yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm (theo mẫu của BSH);
2. Giấy chứng nhận bảo hiểm;
3. Giấy tờ hợp pháp chứng minh quyền thụ hưởng quyền lợi bảo hiểm, trường hợp Người được bảo hiểm ủy quyền cho người khác nhận tiền bảo hiểm thì phải có Giấy ủy quyền hợp pháp;
4. 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 ra tai nạn, Bảo hiểm BSH có quyền yêu cầu nội dung Biên bản tai nạn khác nhau;
5. Các chứng từ y tế phải có đầy đủ thông tin của người được bảo hiểm, có đầy đủ thông tin và thủ tục hành chính về khám bệnh, chữa bệnh theo đúng quy định của Bộ y tế;
6. Giấy ra viện (đối với Điều trị nội trú);
7. Giấy chứng nhận phẫu thuật/Phiếu phẫu thuật (trường hợp phải phẫu thuật theo chỉ định của bác sĩ);
8. Giấy chuyển viện (nếu có);
9. Giấy chứng thương (trường hợp thương tật vĩnh viễn);
10. Giấy chứng tử (trường hợp tử vong);
11. Chỉ định hoặc kết quả các cận lâm sàng xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng, Siêu âm, X-Quang, CT, MRI, PET...(nếu có);
12. Sổ khám bệnh/Đơn thuốc có chẩn đoán bệnh, kết luận bệnh và chỉ định điều trị;
13. Các chứng từ y tế khác như: báo cáo y tế, lịch sử bệnh, tóm tắt bệnh án, bệnh án photocopy hoặc tình trạng khi xuất viện;
14. Chứng từ thanh toán (bản gốc) bao gồm:



- a. Hóa đơn giá trị gia tăng.
- b. Hóa đơn khác gồm tem; vé; thẻ; phiếu thu tiền bảo hiểm.
- c. Phiếu thu tiền cước vận chuyển hàng không; chứng từ thu cước phí vận tải và các quy định thu phí của pháp luật có liên quan.
- d. Các giấy tờ cần thiết khác (nếu có) có liên quan đến việc giải quyết quyền lợi bảo hiểm phù hợp với các quy định của pháp luật và Quy tắc bảo hiểm này.

Lưu ý: trường hợp các hóa đơn, chứng từ thanh toán bằng tiếng nước ngoài phải nộp kèm một bản dịch tiếng Việt có công chứng.

Điều 19. Thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm, thời hạn trả tiền bảo hiểm

1. Thời hạn thông báo sự kiện bảo hiểm

Trong vòng 30 ngày kể từ thời điểm xảy ra Sự kiện bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc người thụ hưởng phải thông báo cho Bảo hiểm BSH bằng văn bản về việc có sự kiện bảo hiểm đã xảy ra.

2. Thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm

Thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm hoặc bồi thường 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 hoặc bồi thường. 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 quy định được tính từ ngày Bên mua bảo hiểm biết việc xảy ra sự kiện bảo hiểm đó.

3. Thời hạn trả tiền bảo hiểm

Khi xảy ra sự kiện bảo hiểm, Bảo hiểm BSH sẽ trả tiền bảo hiểm hoặc bồi thường theo thời hạn đã thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm; trong trường hợp không có thỏa thuận về thời hạn thì Bảo hiểm BSH sẽ trả tiền bảo hiểm hoặc bồi thường trong thời hạn 15 ngày, kể từ ngày nhận được đầy đủ hồ sơ hợp lệ về yêu cầu trả tiền bảo hiểm hoặc bồi thường.

Điều 20. Giám định - Xác minh

Doanh nghiệp bảo hiểm có quyền yêu cầu/Chỉ định giám định để xác định nguyên nhân và mức độ thiệt hại thực tế. Kết quả giám định phải lập thành văn bản có chữ ký của các bên liên quan. Doanh nghiệp Bảo hiểm chịu trách nhiệm về chi phí giám định.

Nếu cần thiết Doanh nghiệp bảo hiểm có quyền yêu cầu/Chỉ định giám định khám nghiệm tử thi trong trường hợp tử vong nếu việc khám nghiệm này không trái với pháp luật. Mọi chi phí phát sinh do Doanh nghiệp bảo hiểm chịu.

Trường hợp Người được bảo hiểm không thống nhất với quyết định của Doanh nghiệp bảo hiểm, hai bên thỏa thuận lựa chọn giám định độc lập thực hiện việc giám định.

- Kết luận của giám định độc lập khác với kết luận của Bảo hiểm BSH, Bảo hiểm BSH phải trả chi phí giám định.
- Kết luận của giám định độc lập trùng với kết luận của Doanh nghiệp bảo hiểm, Người được bảo hiểm phải trả chi phí giám định.

Đối với việc xác định Tình trạng có sẵn, trong trường hợp phát sinh tranh chấp, Doanh nghiệp bảo hiểm xác định trên cơ sở Giấy yêu cầu bảo hiểm, các chứng từ y tế và kết luận của giám định độc lập. Mọi chi phí phát sinh do Doanh nghiệp bảo hiểm chịu.

CHƯƠNG 7. QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CÁC BÊN

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

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

- a. 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.
- b. Yêu cầu Doanh nghiệp bảo hiểm trả tiền bảo hiểm cho Người được bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm khi xảy ra Sự kiện bảo hiểm.
- c. Đơn phương chấm dứt thực hiện Hợp đồng bảo hiểm theo quy định pháp luật.
- d. Được bồi thường thiệt hại phát sinh trong trường hợp Doanh nghiệp bảo hiểm cố ý cung cấp thông tin sai sự thật nhằm giao kết Hợp đồng bảo hiểm.



e. Các quyền khác theo quy định của pháp luật.

2. Nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm:

- a. Đóng phí bảo hiểm đầy đủ, theo thời hạn và phương thức đã thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm.
- b. 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.
- c. Thông báo kịp thời 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.
- d. Trung thực trong việc khai báo và cung cấp các chứng từ chính xác về rủi ro được bảo hiểm xảy ra.
- e. Phải có giấy ủy quyền hợp pháp trong trường hợp Người được bảo hiểm ủy quyền cho người khác thực hiện nghĩa vụ/quyền lợi quy định trong Hợp đồng bảo hiểm.
- f. Áp dụng các biện pháp đề phòng, hạn chế tổn thất theo quy định pháp luật;
- g. Các nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật.

Điều 22. Quyền và nghĩa vụ của Doanh nghiệp bảo hiểm

1. Quyền của Doanh nghiệp bảo hiểm

- a. Thu phí bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm;
- b. 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;
- c. Đơn phương đình chỉ, chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm theo quy định pháp luật;
- d. Từ chối trả tiền bảo hiểm 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 quy định tại Quy tắc;
- e. Yêu cầu Bên mua bảo hiểm áp dụng các biện pháp đề phòng, hạn chế tổn thất theo quy định của pháp luật;
- f. Các quyền khác theo quy định của pháp luật.

2. Nghĩa vụ của Doanh nghiệp bảo hiểm

- a. Giải thích cho Bên mua bảo hiểm về các điều kiện, điều khoản bảo hiểm; quyền, nghĩa vụ của bên mua bảo hiểm;
- b. Cấp cho Bên mua bảo hiểm Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm ngay sau khi giao kết Hợp đồng bảo hiểm;
- c. Trả tiền bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm;
- d. Giải thích bằng văn bản lý do từ chối trả tiền bảo hiểm;
- e. Các nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật.

CHƯƠNG 8. GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP

Điều 23. Luật áp dụng

Luật Việt Nam.

Điều 24. Giải quyết tranh chấp

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

Điều 25. Thời hiệu khởi kiện

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

PHỤ LỤC 1: BẢNG TỶ LỆ TRẢ TIỀN THƯƠNG TẬT

(Ban hành kèm theo quyết định số 2828/2018/QĐ-BSH ngày 27/12/2018
của Tổng giám đốc Tổng Công Ty Cổ Phần Bảo hiểm Sài Gòn - Hà Nội
được phê chuẩn theo Công văn số 15599/BTC-QL.BH ngày 14/12/2018 của Bộ tài Chính)

Quyền lợi	Tỷ lệ trả tiền
I. CHẾT	100%
II. THƯƠNG TẬT TOÀN BỘ VĨNH VIỄN	
1. Mất hoặc mù hoàn toàn 2 mắt	100%
2. Rối loạn tâm thần hoàn toàn không thể chữa được	100%
3. Hông toàn bộ chức năng nhai và nói	100%
4. Mất hoặc liệt hoàn toàn 2 tay (từ vai hoặc khuỷu xuống) hoặc 2 chân (từ háng hoặc đầu gối xuống)	100%
5. Mất cả 2 bàn tay hoặc hai bàn chân hoặc mất một cánh tay hoặc một bàn chân hoặc mất một cánh tay và một cẳng chân hoặc một bàn tay và một cẳng chân hoặc một bàn tay và một bàn chân	100%
6. Mất hoàn toàn khả năng lao động mà không thể làm bất cứ việc gì(toàn bộ bị tê liệt, bị thương dẫn đến tình trạng nằm liệt giường hoặc dẫn đến tàn tật toàn bộ vĩnh viễn)	100%
7. Cắt toàn bộ một bên phổi và một phần phổi bên kia	100%
III. THƯƠNG TẬT BỘ PHẬN VĨNH VIỄN	
CHI TRÊN	
8. Mất một cánh tay từ vai xuống(Tháo khớp vai)	64%
9. Cắt cụt cánh tay từ dưới vai xuống	60%
10. Cắt cụt một cánh tay từ khuỷu xuống (Tháo khớp khuỷu)	56%
11. Mất trọn một bàn tay hoặc toàn bộ cả 5 ngón tay	52%
12. Mất đồng thời cả bốn ngón tay của một bàn tay	40%
13. Mất đồng thời cả ngón cái và ngón trỏ	35%
14. Mất 3 ngón: 3 – 4 – 5	30%
15. Mất ngón cái và 2 ngón khác	30%
16. Mất ngón cái và một ngón khác	26%
17. Mất ngón trỏ và hai ngón khác	30%
18. Mất ngón trỏ và một ngón giữa	26%
19. Mất trọn ngón cái và đốt bàn	22%
- Mất trọn ngón cái	18%
- Mất cả đốt ngoài	10%
- Mất nửa đốt ngoài	07%
20. Mất ngón trỏ và đốt bàn	18%
- Mất ngón trỏ	17%
- Mất hai đốt 2 và 3	07%
- Mất đốt 3	04%
21. Mất trọn ngón giữa hoặc ngón nhẫn (bao gồm cả đốt bàn)	16%
- Mất trọn ngón giữa hoặc ngón nhẫn	14%
- Mất hai đốt 2 và 3	08%
- Mất đốt 3	04%
22. Mất cả ngón út và đốt bàn	14%



Quyền lợi	Tỷ lệ trả tiền
- Mất cả ngón út	10%
- Mất hai đốt 2 và 3	07%
- Mất đốt 3	04%
23. Cứng khớp bả vai	25%
24. Cứng khớp khuỷu tay	20%
25. Cứng khớp cổ tay	20%
26. Gãy tay can lệch hoặc mất xương làm chi ngắn trên 3cm và chức năng quay sấp ngửa hạn chế hoặc tạo thành khớp giả	20%
CHI DƯỚI	
27. Mất một chân từ háng xuống (Tháo khớp háng một đùi)	64%
28. Cắt cụt một đùi	
- 1/3 trên	55%
- 1/3 giữa hoặc dưới	50%
29. Cắt cụt một chân từ gối xuống (Tháo khớp gối)	52%
30. Tháo khớp cổ chân hoặc mất một bàn chân	48%
31. Mất xương sên	32%
32. Mất xương gót	32%
33. Mất đoạn xương chày, mác gây khớp giả cẳng chân	32%
34. Mất đoạn xương mác	20%
35. Mất mắt cá chân: Mất cá ngoài hoặc trong	10%
36. Mất cả 5 ngón chân	40%
37. Mất 4 ngón chân bao gồm cả ngón cái	34%
38. Mất bốn ngón trừ ngón cái	32%
39. Mất ba ngón 3 – 4 – 5	22%
40. Mất ba ngón 1 – 2 – 3	26%
41. Mất một ngón cái và ngón 2	18%
42. Mất một ngón cái	14%
43. Mất một ngón ngoài ngón cái	10%
44. Mất một đốt ngón cái	08%
45. Cứng khớp háng	40%
46. Cứng khớp gối	28%
47. Mất phần lớn xương bánh chè và giới hạn nhiều khả năng duỗi cẳng chân trên đùi	40%
48. Gãy chân can lệch hoặc mất xương làm ngắn chi	
- Ít nhất 5cm	35%
- Từ 3 đến 5cm	30%
49. Liệt hoàn toàn dây thần kinh hông khoeo ngoài	32%
50. Liệt hoàn toàn dây thần kinh hông khoeo trong	24%
CỘT SỐNG	
51. Cắt bỏ cung sau của một đốt sống	28%
- Cửa 2 – 3 đốt sống trở lên	40%
SỌ NÃO	
52. Khuyết xương sọ (chưa có biểu hiện thần kinh, tâm thần) gây ra đau đầu kéo dài	25%



Quyền lợi	Tỷ lệ trả tiền
53. Cắt bỏ bán cầu não	48%
54. Cắt bỏ bộ phận hay toàn bộ phận thủy não	40%
LÒNG NGỰC	
55. Cắt bỏ 1 – 2 xương sườn	14%
56. Cắt bỏ từ 3 xương sườn trở lên	20%
57. Cắt bỏ đoạn mỗi xương sườn	07%
58. Cắt toàn bộ một bên phổi	70%
59. Cắt nhiều thủy phổi ở 2 bên, dung tích sống (DTS) giảm trên 50%	56%
60. Cắt nhiều thủy phổi ở 2 bên	50%
61. Cắt một thủy phổi	32%
BỤNG	
62. Cắt toàn bộ dạ dày	64%
63. Cắt đoạn dạ dày	44%
64. Cắt gần hết ruột non(còn lại dưới 1m)	64%
65. Cắt đoạn ruột non	36%
66. Cắt toàn bộ đại tràng	64%
67. Cắt đoạn đại tràng	44%
68. Cắt bỏ gan phải đơn thuần	60%
69. Cắt bỏ gan trái đơn thuần	52%
70. Cắt 1/2 của 1 thủy gan	48%
71. Cắt 1/3 của một thủy gan	32%
72. Cắt dưới 1/3 của một thủy gan	24%
73. Cắt bỏ túi mật	21%
74. Cắt bỏ lá lách	36%
75. Cắt bỏ đuôi tụy, lách	52%
CƠ QUAN TIẾT NIỆU, SINH DỤC	
76. Cắt bỏ một thận, thận còn lại bình thường	44%
77. Cắt bỏ một thận, Thận còn lại bị thương hoặc bệnh lý	60%
78. Cắt một phần thận trái hoặc phải	28%
79. Cắt một phần bàng quang	24%
80. Mất dương vật và 2 tinh hoàn ở người:	
- Dưới 55 tuổi chưa có con	60%
- Dưới 55 tuổi đã có con	48%
- Trên 55 tuổi	32%
81. Cắt bỏ dạ con và buồng trứng ở người:	
- Dưới 45 tuổi chưa có con	52%
- Dưới 45 tuổi đã có con	28%
- Trên 45 tuổi	22%
82. Cắt vú ở nữ:	
- Dưới 45 tuổi: Một bên	20%
- Dưới 45 tuổi: Hai bên	40%



Quyền lợi	Tỷ lệ trả tiền
- Trên 45 tuổi: Một bên	14%
- Trên 45 tuổi: Hai bên	28%
MẮT	
83. Mất hoặc mù hoàn toàn một mắt	
- Không lắp được mắt giả	48%
- Lắp được mắt giả	44%
84. Mất hoặc mù hoàn toàn một mắt nhưng trước khi xảy ra tai nạn này đã mất hoặc mù một mắt rồi	72%
TAI – MŨI – HỌNG	
85. Đứt 2 tai, hoàn toàn không phục hồi được	64%
86. Đứt một tai, hoàn toàn không phục hồi được	28%
87. Mất vành tai hai bên	20%
88. Mất vành tai một bên	10%
89. Mất mũi hoàn toàn	32%
90. Cắt bỏ hoặc bấm các dây nói	10%
MẶT	
91. Mất toàn bộ xương hàm trên và một phần xương hàm dưới từ cạnh cao trở xuống	
- Khác bên	68%
- Cùng bên	60%
92. Mất toàn bộ xương hàm trên hoặc dưới	60%
93. Mất một phần xương hàm trên hoặc một phần xương hàm dưới từ 1/3 đến 1/2 bị mất từ cạnh cao trở xuống	32%
94. Mất hoàn toàn răng: từ 8 cái trở lên	25%
95. Mất 3/4 lưỡi, còn gốc lưỡi	64%
96. Mất 2/3 lưỡi từ đầu lưỡi	44%
97. Mất 1/3 lưỡi ảnh hưởng đến phát âm	16%
98. Mất một phần nhỏ lưỡi(dưới 1/3) ảnh hưởng đến phát âm	08%

