

QUY TẮC BẢO HIỂM “BẢO VIỆT AN GIA”

(Dành cho Khách hàng tham gia qua kênh Tư vấn viên Bảo Việt Nhân thọ theo Thỏa thuận hợp tác bán chéo sản phẩm)

An tâm tận hưởng cuộc sống





Bộ tài liệu gồm có

Quy tắc bảo hiểm “Bảo Việt An Gia”

Giấy yêu cầu bảo hiểm “Bảo Việt An Gia”

Giấy chứng nhận bảo hiểm “Bảo Việt An Gia”

Giấy yêu cầu Sửa đổi bổ sung bảo hiểm “Bảo Việt An Gia”

Giấy yêu cầu Bồi thường bảo hiểm “Bảo Việt An Gia”

QUY TẮC BẢO HIỂM "BẢO VIỆT AN GIA"

(Dành cho Khách hàng tham gia qua kênh Tư vấn viên Bảo Việt Nhân thọ
theo Thỏa thuận hợp tác bán chéo sản phẩm,

BAN HÀNH THEO QUYẾT ĐỊNH TRIỂN KHAI SỐ 4542 NGÀY 13 THÁNG 10 NĂM 2016
CỦA TỔNG GIÁM ĐỐC – TỔNG CÔNG TY BẢO HIỂM BẢO VIỆT)

Đây là Quy tắc bảo hiểm "Bảo Việt An Gia" dành cho những khách hàng cá nhân có yêu cầu tham gia bảo hiểm. Xin vui lòng kiểm tra và đọc kỹ để chắc chắn rằng Quý khách hàng đã hiểu toàn bộ các nội dung được quy định trong Quy tắc bảo hiểm này. Xin lưu ý, việc Quý khách hàng ký vào Giấy yêu cầu bảo hiểm là bằng chứng xác nhận việc Quý khách hàng đã hiểu rõ tất cả các nội dung được quy định trong Quy tắc bảo hiểm này.

MỤC LỤC

PHẦN I: QUY ĐỊNH CHUNG	02
PHẦN II: ĐIỀU KHOẢN BẢO HIỂM CHÍNH	10
PHẦN III: ĐIỀU KHOẢN BẢO HIỂM BỔ SUNG.....	11
PHẦN IV: CÁC ĐIỂM LOẠI TRỪ CHUNG.....	14
PHẦN V: THỦ TỤC YÊU CẦU TRẢ TIỀN BẢO HIỂM VÀ BẢO LÃNH.....	17
PHỤ LỤC I: BẢNG TỶ LỆ TRẢ TIỀN THƯƠNG TẬT	19

PHẦN I: QUY ĐỊNH CHUNG

I. THUẬT NGỮ

- 1. Công ty Bảo hiểm:** Là Tổng Công ty Bảo hiểm Bảo Việt (Bảo hiểm Bảo Việt) được thành lập và hoạt động theo pháp luật Việt Nam. Bảo hiểm Bảo Việt có các quyền và nghĩa vụ được nêu trong Hợp đồng bảo hiểm và bị ràng buộc bởi các điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm.
- 2. Người được bảo hiểm:** Là cá nhân có tính mạng hoặc tình trạng sức khỏe được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm. Người được bảo hiểm đã hoàn thành việc kê khai trong Giấy yêu cầu bảo hiểm và hiệu lực bảo hiểm đã được xác nhận.
- 3. Người yêu cầu bảo hiểm:** Là người đại diện như:
 - Bố/mẹ cho những người phụ thuộc là con dưới 18 tuổi;
 - Người giám hộ hợp pháp cho những Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi với điều kiện Người được bảo hiểm có Hợp đồng nhân thọ còn hiệu lực tại Công ty Bảo Việt Nhân thọ;
 - Vợ/chồng, con của Người được bảo hiểm từ 18 tuổi trở lên; đứng ra yêu cầu và ký kết Hợp đồng bảo hiểm với Bảo hiểm Bảo Việt và nộp phí bảo hiểm.
- 4. Người phụ thuộc:** Là con theo luật pháp của Người yêu cầu bảo hiểm/Người được bảo hiểm, có độ tuổi từ 15 ngày tuổi đến 18 tuổi hoặc 24 tuổi nếu đang theo học các khóa học dài hạn và chưa kết hôn, kể từ ngày Người yêu cầu bảo hiểm/Người được bảo hiểm nộp phí bảo hiểm cho nhân viên/Công ty bảo hiểm (đối với trường hợp tham gia mới), hoặc ngày nộp phí tái tục bảo hiểm (đối với trường hợp tái tục).
- 5. Người thụ hưởng:** Là cá nhân, hoặc nhóm cá nhân được Người yêu cầu bảo hiểm/Người được bảo hiểm chỉ định nhận toàn bộ hoặc một phần các quyền lợi bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm. Người thụ hưởng được ghi tên trong Giấy yêu cầu bảo hiểm, Giấy yêu cầu bồi thường và trong Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm. Trường hợp không có chỉ định người thụ hưởng Bảo hiểm Bảo Việt sẽ giải quyết theo các quy định về Thừa kế của Bộ Luật Dân sự.
- 6. Tuổi được bảo hiểm:** Là tuổi của Người được bảo hiểm, tính theo tuổi thực tế tại ngày sinh nhật liền trước ngày Người yêu cầu bảo hiểm/Người được bảo hiểm nộp phí bảo hiểm cho nhân viên/Công ty bảo hiểm (đối với trường hợp tham gia mới) hoặc ngày nộp phí tái tục bảo hiểm (đối với trường hợp tái tục).
- 7. Hợp đồng bảo hiểm:** Là hợp đồng được ký kết giữa Bảo hiểm Bảo Việt và Người yêu cầu bảo hiểm/Người được bảo hiểm, theo đó Người yêu cầu bảo hiểm/Người được bảo hiểm phải nộp phí bảo hiểm, Bảo hiểm Bảo Việt cung cấp dịch vụ bảo hiểm như được liệt kê trong Quy tắc bảo hiểm. Giấy yêu cầu bảo hiểm/ Biên nhận phí bảo hiểm/Quy tắc bảo hiểm/ Giấy chứng nhận bảo hiểm/Sửa đổi bổ sung là các bộ phận không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm.
- 8. Bảng quyền lợi bảo hiểm:** Bảng quyền lợi bảo hiểm cung cấp các thông tin tóm tắt về quyền lợi bảo hiểm. Bảng quyền lợi bảo hiểm được cấp cùng và là bộ phận không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm.
- 9. Tổng hạn mức quyền lợi bảo hiểm/Số tiền bảo hiểm:** Là hạn mức quyền lợi bảo hiểm của Bảo hiểm Bảo Việt đối với Người được bảo hiểm trong suốt thời hạn bảo hiểm. Hạn mức này được quy định trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc Bảng quyền lợi bảo hiểm đính kèm Quy tắc bảo hiểm này.
- 10. Giới hạn phụ:** Là giới hạn bồi thường tối đa cho mỗi hạng mục được quy định chi tiết trong Bảng quyền lợi bảo hiểm. Trong mọi trường hợp, tổng số tiền bồi thường các giới hạn phụ chi tiết không vượt quá Tổng hạn mức quyền lợi bảo hiểm.



- 11. Hiệu lực bảo hiểm:** Đối với trường hợp tham gia mới: Bảo hiểm có hiệu lực sau ba (03) ngày kể từ ngày Người yêu cầu bảo hiểm/Người được bảo hiểm nộp đủ phí bảo hiểm (ngày “T+3”, trong đó “T” là ngày Người yêu cầu bảo hiểm/Người được bảo hiểm nộp phí bảo hiểm ghi trên Biên nhận phí của Công ty bảo hiểm) và được kết thúc vào ngày hết hạn bảo hiểm ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.
- Đối với trường hợp tái tục: Bảo hiểm có hiệu lực vào ngày kế tiếp ngày hết hạn hiệu lực của Hợp đồng năm trước (với điều kiện ngày nộp phí tái tục xảy ra trước hoặc vào ngày hết hạn hiệu lực của Hợp đồng năm trước) và được kết thúc vào ngày hết hạn bảo hiểm ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.
- 12. Thời hạn bảo hiểm:** Thời hạn bảo hiểm được quy định cụ thể trong Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng 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.
- 13. 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 trường hợp thời điểm phát sinh rủi ro nằm trong thời gian chờ nhưng chi phí phát sinh hoặc quá trình của đợt điều trị rủi ro này lại kéo dài quá thời gian chờ quy định.
- 14. Phạm vi lãnh thổ:** Quy tắc bảo hiểm này cung cấp bảo hiểm trong trường hợp bị tai nạn/ốm đau và những chi phí y tế liên quan phát sinh trong lãnh thổ Việt Nam ngoại trừ có những quy định khác trong Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.
- 15. Tai nạn:** Là bất kỳ sự kiện bất ngờ hay không lường trước, gây ra bởi một lực từ bên ngoài, mạnh và có thể nhìn thấy được xảy ra trong thời hạn bảo hiểm, là nguyên nhân trực tiếp dẫn đến thương tật thân thể hoặc chết cho Người được bảo hiểm và xảy ra ngoài sự kiểm soát của Người được bảo hiểm.
- 16. Thương tật thân thể:** Thương tật thân thể gây ra trực tiếp bởi tai nạn trong thời hạn bảo hiểm dẫn đến Người được bảo hiểm bị thương tật.
- 17. 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.
- 18. 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.
- 19. Ốm đau, bệnh tật:** Là tình trạng cơ thể có dấu hiệu của một bệnh lý khác với tình trạng sức khỏe bình thường được biểu hiện bằng các triệu chứng hay hội chứng có chẩn đoán của bác sỹ.
- 20. Bệnh/thương tật có sẵn:** Là bệnh hoặc thương tật có từ trước ngày bắt đầu được nhận bảo hiểm theo hợp đồng bảo hiểm và là bệnh/thương tật mà Người được bảo hiểm:
- Đã phải điều trị trong vòng 03 năm gần đây.
 - Là bất cứ tình trạng sức khỏe đã được chẩn đoán; triệu chứng bệnh/thương tật đã xảy ra/xuất hiện trước ngày ký hợp đồng mà Người được bảo hiểm đã biết hoặc ý thức được cho dù Người được bảo hiểm có thực sự khám, điều trị hay không.
- 21. Bệnh đặc biệt:** Theo Quy tắc bảo hiểm này, những bệnh sau đây được hiểu là bệnh đặc biệt:
- Bệnh hệ thần kinh: Các bệnh viêm hệ thần kinh trung ương (não), teo hệ thống ảnh hưởng lên hệ thần kinh trung ương (bệnh Huntington, mất điều vận động di truyền, teo cơ cột sống và hội chứng liên quan), rối loạn vận động ngoài tháp (Parkison, rối loạn trương lực cơ, rối loạn

vận động và ngoại tháp khác), Alzheimer, hội chứng Apalic/mất trí nhớ, động kinh, hôn mê, các bệnh bại não và hội chứng liệt khác.

- b. Bệnh hệ hô hấp: Bệnh suy phổi, tràn khí phổi.
- c. Bệnh hệ tuần hoàn: Bệnh tim, tăng/cao huyết áp, tăng áp lực động mạch vô căn, các bệnh mạch máu não/đột quy và các hậu quả/di chứng của bệnh này.
- d. Bệnh hệ tiêu hóa: Viêm gan A, B, C, xơ gan, suy gan, sỏi mật.
- e. Bệnh hệ tiết niệu: Bệnh của cầu thận, ống thận, sỏi thận và niệu quản, sỏi đường tiết niệu dưới, suy thận.
- f. Bệnh hệ nội tiết: Rối loạn tuyến giáp, đái tháo đường và nội tiết tuyến tụy, tuyến thượng thận, hôn mê, rối loạn các tuyến nội tiết khác.
- g. Bệnh khối U: Khối U/bướu lành tính các loại.
- h. Bệnh của máu: Rối loạn đông máu, rối loạn chức năng của bạch cầu đa trung tính, bệnh liên quan mô lưới bạch huyết và hệ thống lưới mô bào, ghép tủy.
- i. Bệnh của da và mô liên kết: Bệnh Lupus ban đỏ, xơ cứng bì toàn thân, xơ cứng rải rác, xơ cứng biểu bì tiến triển/cột bên teo cơ, loạn dưỡng cơ và biến chứng của các bệnh này, Penphygus, vẩy nến, mề đay dị ứng mãn (có điều trị bằng kháng nguyên của nước ngoài).

22. 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.

23. 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 sỹ thực hiện.

24. Bệnh bẩm sinh: Là bất kỳ bệnh/khuyết tật nào được hình thành trên thai nhi trong quá trình mang thai của người mẹ và có thể được cơ quan y tế mô tả dưới nhiều tên gọi khác nhau như “bệnh bẩm sinh, dị tật bẩm sinh, khuyết tật bẩm sinh và bất thường của Nhiễm sắc thể”. Việc xác định tình trạng bệnh bẩm sinh phải do bác sỹ thực hiện.

25. Dịch vụ 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 ốm đau/tai nạn nguy kịch ảnh hưởng đến tính mạng buộc phải đưa người bệnh đến bệnh viện/phòng khám gần nhất hoặc từ bệnh viện này đến bệnh viện khác.

26. Điều trị cấp cứu: Là việc điều trị khẩn cấp tại cơ sở y tế trong vòng 24 giờ sau khi có tai nạn hoặc triệu chứng ốm đau/bệnh tật có thể nguy hiểm đến tính mạng, sức khỏe cần thiết phải điều trị khẩn cấp tại phòng cấp cứu 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.

27. Bệnh viện: Là một cơ sở khám và điều trị bệnh hợp pháp được nhà nước công nhận và:

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

28. Bệnh viện công lập: Bệnh viện công lập là tổ chức 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.

- 29. 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.

- 30. Hệ thống bảo lãnh viện phí:** Là hệ thống các cơ sở y tế có ký kết thỏa thuận cung cấp dịch vụ bảo lãnh với Bảo hiểm Bảo Việt. Người được bảo hiểm khi khám và điều trị tại những cơ sở này sẽ được Bảo hiểm Bảo Việt bảo lãnh thanh toán các chi phí phát sinh thuộc phạm vi bảo hiểm và theo hạn mức quy định trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm. Người được bảo hiểm phải tự chi trả cho những chi phí vượt quá Mức trách nhiệm đã tham gia trong Quy tắc bảo hiểm tại thời điểm điều trị.

- 31. 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 24 giờ 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.

- 32. Tiền phòng và giường:** Các chi phí tiền giường nằm điều trị trong một phòng đơn và các khoản chi phí liên quan khác phục vụ cho Người được bảo hiểm điều trị (không chi trả chi phí phòng bao), 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.

- 33. Chi phí y tế hợp lý:** Các chi phí y tế phát sinh cần thiết hợp lý và chỉ liên quan đến việc điều trị y tế của Người được bảo hiểm trong trường hợp ốm đau, bệnh tật, tai nạn, biến chứng thai sản theo chỉ định của bác sỹ thuộc phạm vi bảo hiểm.

- 34. Chi phí điều trị trước khi nhập viện:** Là các chi phí khám, kiểm tra, siêu âm, chụp chiếu, xét nghiệm cơ bản và tiền thuốc theo chỉ định của bác sỹ, liên quan trực tiếp đến bệnh/thương tật cần phải nhập viện và cần theo dõi, chỉ được chấp nhận một lần gần nhất được thực hiện trong vòng 30 ngày trước khi nhập viện.

- 35. Chi phí điều trị sau khi xuất viện:** Là các chi phí y tế phát sinh theo chỉ định của bác sỹ ngay khi Người được bảo hiểm xuất viện và có liên quan trực tiếp đến đợt điều trị nội trú trước đó. Các chi phí này bao gồm chi phí khám, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, vật tư y tế và thuốc phát sinh trong vòng 30 ngày kể từ ngày Người được bảo hiểm xuất viện.

- 36. Trợ cấp bệnh viện công:** Là khoản tiền trợ cấp trong trường hợp Người được bảo hiểm nằm viện điều trị nội trú do ốm bệnh, tai nạn tại các bệnh viện công lập.

- 37. Điều trị y tế:** Là việc phẫu thuật, điều trị hoặc chữa trị theo chỉ định của bác sỹ với mục đích duy nhất là chữa trị hoặc làm giảm nhẹ tình trạng bệnh tật/thương tật.

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

- 39. Phẫu thuật:** Là một phương pháp khoa học để điều trị thương tật hoặc 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 24 giờ.

- Phẫu thuật ngoại trú: là hình thức bệnh nhân sau phẫu thuật chỉ lưu trú tại bệnh viện dưới 24 giờ.

40. 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 Quy tắc bảo hiểm này.

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

42. Thuốc kê theo 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. Tuy nhiên, Bảo Việt sẽ xem xét bồi thường thuốc bổ, vitamin tối đa 20% tổng chi phí của cả toa thuốc khi thỏa mãn các điều kiện sau:

- Các loại thuốc bổ và vitamin này được sự chỉ định của bác sĩ điều trị.

- Hỗ trợ cho việc điều trị bệnh/tai nạn.

- Trong toa thuốc phải có thuốc điều trị đi kèm.

43. Các bộ phận/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, lưỡi bào, dao cắt gan siêu âm, dao cắt trí 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.

44. 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.

45. Biến chứng thai sản: Là tình trạng bất thường của bào thai, biến chứng do nguyên nhân tai nạn hoặc bệnh lý phát sinh trong quá trình mang thai của Người được bảo hiểm (nhưng không liên quan đến việc điều trị vô sinh, sinh non, sinh nở) phải điều trị theo chỉ định của bác sĩ.

46. 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 bảo hiểm này không bảo hiểm các chi phí nhằm mục đích thư giãn, massage, spa, sửa dáng đi.

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

48. 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 điều trị nội trú.

Các trường hợp điều trị trong ngày, phẫu thuật/tiểu phẫu/nội soi chẩn đoán bệnh trong ngày được giải quyết theo quyền lợi điều trị ngoại trú.

49. Lần khám/điều trị: Là một lần người bệnh được bác sĩ thăm khám lâm sàng, thực hiện các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh hay các thủ thuật thăm dò khác và/hoặc sử dụng thuốc điều trị theo chỉ định của bác sĩ tại cùng một cơ sở y tế hợp pháp nhằm mục đích chẩn đoán bệnh/thương tật và điều trị.

- 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/điều trị.

- Trường hợp người bệnh khám một chuyên khoa nhiều lần trong ngày thì chỉ tính là một lần khám/điều trị.

- Trường hợp người bệnh phải khám nhiều chuyên khoa khác dù có chỉ định của bác sĩ trong cùng một cơ sở y tế, trong một ngày thì vẫn chỉ tính là một lần khám/điều trị.

50. 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 Quy tắc 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.

II. ĐỐI TƯỢNG THAM GIA BẢO HIỂM

Điều kiện được tham gia bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này:

1. Người được bảo hiểm là mọi công dân Việt Nam hoặc người nước ngoài cư trú tại Việt Nam từ mười lăm (15) ngày tuổi đến sáu mươi ba (63) tuổi tại thời điểm nộp phí bảo hiểm ghi trên Biên nhận phí của Công ty bảo hiểm và không quá sáu mươi lăm (65) tuổi tại thời điểm kết thúc hợp đồng bảo hiểm. Trường hợp Người được bảo hiểm trên sáu mươi (60) tuổi đến sáu mươi ba (63) tuổi tại thời điểm nộp phí bảo hiểm ghi trên Biên nhận phí của Công ty bảo hiểm thì chỉ được phép tham gia mới với điều kiện có hợp đồng Bảo hiểm Nhân thọ còn hiệu lực tại Công ty Bảo Việt Nhân thọ.

2. Trường hợp Người được bảo hiểm dưới mười tám (18) tuổi chỉ được nhận bảo hiểm với điều kiện phải tham gia bảo hiểm cùng hợp đồng với bố và/hoặc mẹ hoặc bố/mẹ đã tham gia ít nhất một loại hình Bảo hiểm Sức khỏe, Chi phí y tế còn hiệu lực tại Bảo hiểm Bảo Việt. Chương trình bảo hiểm của người phụ thuộc chỉ được áp dụng mức tương đương hoặc thấp hơn chương trình của Người được bảo hiểm.

3. Người được bảo hiểm từ 15 ngày tuổi đến 3 tuổi, quyền lợi chi phí y tế nội trú và ngoại trú áp dụng theo tỷ lệ đồng chi trả được quy định trong Bảng quyền lợi bảo hiểm đính kèm.

4. Người được bảo hiểm từ 15 ngày tuổi đến dưới 1 tuổi chỉ được tham gia với điều kiện: Cung cấp Giấy Yêu cầu bảo hiểm trong tình trạng sức khỏe tốt và khi Người được bảo hiểm đã xuất viện, tham gia cùng bố/mẹ như đã đề cập ở trên, chỉ được tham gia chương trình Bạch Kim/ Kim Cương, phí bảo hiểm bằng 150% phí của độ tuổi 1-3 theo chương trình tham gia tương ứng.

Trường hợp Người được bảo hiểm dưới mười tám (18) tuổi có hợp đồng Bảo hiểm Nhân thọ còn hiệu lực tại Công ty Bảo Việt Nhân thọ thì được phép tham gia độc lập (không bắt buộc phải tham gia cùng bố/mẹ).

III. KÝ KẾT/HỦY BỎ HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM VÀ TÁI TỤC HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

1. Khi có yêu cầu tham gia bảo hiểm, Người yêu cầu 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 Bảo Việt với Người được bảo hiểm.

2. Trên cơ sở Giấy yêu cầu bảo hiểm, Bảo hiểm Bảo Việt 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.

3. Trường hợp một trong hai bên muốn hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm phải thông báo bằng văn bản cho bên kia biết trước 30 ngày kể từ ngày định hủy bỏ.

- Nếu Người yêu cầu bảo hiểm/Người được bảo hiểm yêu cầu hủy bỏ Hợp đồng, Bảo hiểm Bảo Việt sẽ hoàn trả 80% phí bảo hiểm của thời gian còn lại với điều kiện trong thời gian hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm chưa có khiếu nại đòi trả tiền bảo hiểm nào xảy ra.

- Nếu Bảo hiểm Bảo Việt yêu cầu hủy bỏ Hợp đồng, Bảo hiểm Bảo Việt sẽ hoàn trả toàn bộ phí bảo hiểm của thời gian còn lại cho dù có khiếu nại đòi trả tiền bảo hiểm hay chưa.

- Nếu Người được bảo hiểm hoặc đại diện Người được bảo hiểm có bất kỳ khiếu nại nào thể hiện gian lận hay không trung thực hoặc nếu có hành vi gian dối hoặc có mưu kế trục lợi bảo hiểm về bất kỳ phương diện nào nhằm lấy tiền bảo hiểm thì Hợp đồng bảo hiểm sẽ bị hủy bỏ ngay lập tức và Người được bảo hiểm sẽ mất toàn bộ Quyền lợi bảo hiểm, đồng thời Người yêu cầu bảo hiểm/Người được bảo hiểm phải hoàn trả tất cả Giấy chứng nhận bảo hiểm và thẻ bảo hiểm cho Bảo hiểm Bảo Việt. Bảo hiểm Bảo Việt hoàn lại 70% phí bảo hiểm của thời gian còn lại với điều kiện chưa có bồi thường nào được chi trả trước đó.

4. 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 sáu mươi lăm (65) của Người được bảo hiểm.

5. Cuối thời hạn bảo hiểm căn cứ lịch sử bồi thường của Người được bảo hiểm, Bảo hiểm Bảo Việt 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.

IV. BẢO HIỂM TRÙNG VÀ BẢO HIỂM KHÁC

Trong trường hợp chi phí y tế liên quan tới cùng thương tật, bệnh tật được bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này có thể đòi bồi thường từ các hợp đồng bảo hiểm Sức khỏe, Y tế khác, Bảo hiểm Bảo Việt chỉ thanh toán khoản tiền vượt quá mức được bồi thường theo các Quy tắc bảo hiểm khác đó hoặc theo tỷ lệ giữa số tiền bảo hiểm của Quy tắc bảo hiểm này với tổng giới hạn trách nhiệm của tất cả Quy tắc bảo hiểm khác.

V. PHÍ BẢO HIỂM VÀ SỐ TIỀN BẢO HIỂM

Phí bảo hiểm quy định trong Biểu phí đính kèm Quy tắc bảo hiểm này, phí bảo hiểm phụ thuộc vào chương trình bảo hiểm, độ tuổi của Người được bảo hiểm khi tham gia/tái tục bảo hiểm.

Thay đổi quyền lợi: Giới hạn trách nhiệm của các quyền lợi không thể thay đổi trong suốt thời

hạn Hợp đồng bảo hiểm. Những quyền lợi này chỉ có thể được thay đổi vào ngày tái tục của Hợp đồng bảo hiểm. Trường hợp tái 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 Bảo Việt 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.

VI. KẾT THÚC QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Tất cả các quyền lợi bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này sẽ chấm dứt hiệu lực vào 23 giờ 59 phút đêm của ngày cuối cùng của thời hạn bảo hiểm hoặc vào ngày chấm dứt hiệu lực bảo hiểm do Người yêu cầu bảo hiểm/ Người được bảo hiểm yêu cầu tùy theo thời điểm nào đến trước bao gồm cả những rủi ro phát sinh trong thời hạn bảo hiểm nhưng hậu quả xảy ra ngoài thời hạn bảo hiểm.

VII. TRƯỜNG HỢP ĐẶC BIỆT

Trong trường hợp Người được bảo hiểm tham gia các trận thi đấu hoặc các cuộc đua chuyên nghiệp như đua xe, đua ngựa, đá bóng, quyền anh, leo núi, lướt ván, lướt sóng hoặc tham gia vào các hoạt động khám phá không gian, khám phá các vùng đất mới, các khám phá khoa học, hoặc các hoạt động khác như săn bắn, thám hiểm trên núi, Nam/Bắc Cực, lực lượng thám hiểm khi xảy ra tai nạn, Bảo hiểm Bảo Việt sẽ không bảo hiểm trừ trường hợp đã được chấp nhận bằng văn bản của Bảo hiểm Bảo Việt và phí bảo hiểm bổ sung đó đã được thanh toán.

VIII. NGHĨA VỤ CỦA NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

1. Người yêu cầu bảo hiểm/Người được bảo hiểm phải kê khai trung thực đầy đủ các nội dung trong Giấy yêu cầu bảo hiểm của Bảo hiểm Bảo Việt.
2. Người yêu cầu bảo hiểm/Người được bảo hiểm phải cung cấp trung thực các thông tin và chứng cứ về rủi ro được bảo hiểm và mọi chi phí liên quan đến việc cung cấp hồ sơ không thuộc trách nhiệm của Bảo hiểm Bảo Việt.
3. Ủy quyền cho Bảo hiểm Bảo Việt thay mặt Người được bảo hiểm đến bệnh viện sao lưu hồ sơ phục vụ công tác bồi thường.
4. Người yêu cầu bảo hiểm/Người được bảo hiểm có nghĩa vụ thông báo cho Bảo hiểm Bảo Việt trong trường hợp sau:

- Bất kỳ thay đổi nào về địa chỉ, nghề nghiệp hay công việc đang làm.
- Bất kỳ tình trạng thương tật, ốm đau, khiếm khuyết hay khuyết tật cơ thể phát sinh cho dù trước khi tham gia bảo hiểm hay sau khi tham gia bảo hiểm.
- Bất kỳ loại hình bảo hiểm khác đang có hiệu lực của Người được bảo hiểm.

Trường hợp Người yêu cầu bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng quyền lợi bảo hiểm không trung thực và/hoặc không tuân thủ đúng các quy định trong Quy tắc bảo hiểm này, Bảo hiểm Bảo Việt từ chối chi trả tiền bảo hiểm.

IX. THỜI HẠN KHIẾU NẠI VÀ TRẢ TIỀN BẢO HIỂM

1. Thời hạn nộp hồ sơ yêu cầu bồi thường trong vòng sáu mươi (60) ngày kể từ ngày điều trị cuối cùng của một đợt điều trị của Người được bảo hiểm hoặc ngày Người được bảo hiểm tử vong và không quá một (01) năm kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm. Qua thời hạn trên, Bảo hiểm Bảo Việt có quyền từ chối một phần hoặc toàn bộ yêu cầu bồi thường. 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.
2. Bảo hiểm Bảo Việt có trách nhiệm giải quyết và chi trả tiền bảo hiểm trong vòng mười lăm (15) ngày làm việc kể từ ngày nhận được hồ sơ yêu cầu bồi thường đầy đủ, hợp lệ.
3. Người được bảo hiểm có quyền khiếu nại về việc trả tiền bảo hiểm của Bảo hiểm Bảo Việt trong

vòng sáu (06) tháng kể từ ngày nhận được thông báo của Bảo hiểm Bảo Việt và bất cứ khiếu nại/ khiếu kiện nào cũng không được vượt quá ba (03) năm kể từ ngày phát sinh tranh chấp.

4. Mọi tranh chấp phát sinh từ Quy tắc bảo hiểm này mà không thể giải quyết bằng thương lượng sẽ được giải quyết ở toà án của Việt Nam và theo luật pháp Việt Nam.

X. KIỂM TRA

Bảo hiểm Bảo Việt có quyền thông qua các chuyên viên y tế kiểm tra tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm vào bất kỳ lúc nào khi cần thiết trong suốt thời gian khiếu nại hoặc trong thời hạn bảo hiểm. Ngoài ra, Bảo hiểm Bảo Việt có quyền yêu cầu khám nghiệm tử thi trong trường hợp chết nếu việc khám nghiệm này không trái với pháp luật.

XI. LUẬT CHI PHỐI VÀ GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP

Bất kỳ mâu thuẫn ý kiến về chuyên môn y tế nào liên quan đến phương pháp điều trị tai nạn hoặc ốm đau được giải quyết bởi hai (02) chuyên gia y tế do các bên chỉ định bằng văn bản. Chi phí phát sinh phục vụ công tác giải quyết bồi thường sẽ do bên thuê chịu trách nhiệm. Nếu ý kiến của hai chuyên gia y tế trên không thống nhất thì sẽ được giải quyết thông qua một (01) trọng tài do hai chuyên gia y tế chỉ định bằng văn bản ngay từ ban đầu. Trường hợp các bên không thể giải quyết bằng thương lượng sẽ được giải quyết ở tòa án của Việt Nam và theo luật pháp Việt Nam (mọi chi phí liên quan đến án phí sẽ do tòa án quyết định).

PHẦN II: ĐIỀU KHOẢN BẢO HIỂM CHÍNH

ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ DO ỐM ĐAU, BỆNH TẬT, TAI NẠN

1. Quyền lợi bảo hiểm

- Bảo hiểm cho trường hợp ốm đau, bệnh tật, tai nạn bao gồm cả biến chứng thai sản xảy ra trong thời hạn bảo hiểm khiến Người được bảo hiểm phải nằm viện điều trị nội trú và hoặc phẫu thuật nội trú tại bệnh viện.
- Người được bảo hiểm từ 15 ngày tuổi đến 3 tuổi, quyền lợi này áp dụng theo tỷ lệ đồng chi trả được quy định trong Bảng quyền lợi bảo hiểm đính kèm.

a. Trường hợp nằm viện

Trường hợp Người được bảo hiểm phải nằm viện thuộc phạm vi bảo hiểm, Bảo hiểm Bảo Việt sẽ thanh toán các chi phí điều trị, tiền phòng và giường, tiền ăn theo tiêu chuẩn điều trị nội trú của bệnh viện (nếu có), 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 do bác sỹ chỉ định là biện pháp cần thiết để đánh giá tình trạng bệnh và phải là một phần của chi phí điều trị nằm viện), thuốc điều trị, truyền máu, ô xy, huyết thanh, quần áo bệnh viện và các chi phí y tế liên quan khác nhưng tối đa không quá giới hạn phụ cho mỗi ngày điều trị quy định trong Bảng quyền lợi hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm. Tổng số ngày điều trị được xét trả tiền bảo hiểm không quá 60 ngày/ năm và tổng số tiền không vượt quá số tiền bảo hiểm quy định của quyền lợi điều trị nội trú.

b. Trường hợp phẫu thuật

Trường hợp Người được bảo hiểm phẫu thuật phải nằm viện điều trị nội trú thuộc phạm vi bảo hiểm, Bảo hiểm Bảo Việt sẽ thanh toán toàn bộ các chi phí hội chẩn, gây mê, hồi sức, chi phí phẫu thuật bao gồm cả phẫu thuật cấy ghép nội tạng (không bảo hiểm cho chi phí mua các bộ phận nội tạng và chi phí hiến nội tạng). Giới hạn số tiền chi trả cho trường hợp phẫu thuật không vượt mức giới hạn tối đa do Người được bảo hiểm lựa chọn khi tham gia bảo hiểm và được ghi cụ thể trong Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

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

- c. Các quyền lợi bảo hiểm khác (giới hạn quyền lợi được liệt kê chi tiết trong Bảng quyền lợi bảo hiểm)
- Chi phí điều trị trước khi nhập viện phát sinh trong vòng 30 ngày trước khi nhập viện.
 - Chi phí điều trị sau khi xuất viện trong vòng 30 ngày sau khi xuất viện.
 - Dịch vụ xe cứu thương, xe cấp cứu bằng đường bộ.
 - Phục hồi chức năng.
 - Trợ cấp bệnh viện công.
 - Trợ cấp mai táng phí trong trường hợp tử vong tại bệnh viện.

2. Hiệu lực bảo hiểm: Bảo hiểm có hiệu lực sau thời gian chờ dưới đây kể từ thời điểm bảo hiểm có hiệu lực theo quy định tại Điều 11, Mục I, Phần I Quy tắc bảo hiểm này:

- Ngay tại thời điểm bảo hiểm có hiệu lực theo quy định tại Điều 11, Mục I, Phần I Quy tắc bảo hiểm này đối với trường hợp tai nạn.
- 30 ngày đối với trường hợp ốm đau, bệnh tật (bao gồm cả thời gian phát bệnh cho đến khi kết thúc đợt điều trị/tính theo thời điểm có bệnh, không tính theo thời điểm điều trị).
- 90 ngày đối với biến chứng thai sản như định nghĩa kể từ ngày tham gia bảo hiểm.
- 365 ngày đối với bệnh có sẵn và các bệnh được liệt kê tại Điểm loại trừ chung số 36 của Quy tắc bảo hiểm.
- 365 ngày đối với bệnh đặc biệt theo định nghĩa.
- 180 ngày đối với Người được bảo hiểm đến 6 tuổi: bệnh viêm phế quản, tiểu phế quản, viêm phổi các loại.

PHẦN III: ĐIỀU KHOẢN BẢO HIỂM BỔ SUNG

Các quyền lợi bổ sung sau đây sẽ được cấp cùng với Quy tắc và là một bộ phận không thể tách rời Quy tắc bảo hiểm này.

Các quyền lợi bổ sung này chỉ được áp dụng trong trường hợp được ghi rõ ràng là được bảo hiểm trong Bảng tóm tắt Hợp đồng bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm và được giải quyết bồi thường căn cứ vào các định nghĩa, các điểm loại trừ được quy định trong phần Điều khoản bảo hiểm chính của Quy tắc bảo hiểm này nếu không có quy định nào khác.

ĐIỀU KHOẢN BỔ SUNG 1: ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ DO ỐM ĐAU, BỆNH TẬT, TAI NẠN

1. Quyền lợi bảo hiểm: Bảo hiểm Bảo Việt sẽ thanh toán cho Người được bảo hiểm 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 bao gồm:

- Chi phí khám, các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thủ thuật thăm dò, vật tư y tế tiêu hao thông thường theo chỉ định của bác sỹ.
- Chi phí thuốc theo kê đơn của bác sỹ.
- Chi phí phẫu thuật ngoại trú, nội soi chẩn đoán như định nghĩa của Quy tắc.
- Vật lý trị liệu, trị liệu học bức xạ, liệu pháp ánh sáng do bác sỹ chỉ định.

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.

Đối tượng Người được bảo hiểm từ 15 ngày tuổi đến 3 tuổi, quyền lợi này áp dụng theo tỷ lệ đồng chi trả được quy định trong Bảng quyền lợi bảo hiểm đính kèm.

2. Hiệu lực bảo hiểm: Bảo hiểm có hiệu lực sau thời gian chờ dưới đây kể từ thời điểm bảo hiểm có hiệu lực theo quy định tại Điều 11, Mục I, Phần I Quy tắc bảo hiểm này:

- Ngay tại thời điểm bảo hiểm có hiệu lực theo quy định tại Điều 11, Mục I, Phần I Quy tắc bảo hiểm này đối với trường hợp tai nạn.

- 30 ngày đối với trường hợp ốm đau, bệnh tật (bao gồm cả thời gian phát bệnh cho đến khi kết thúc đợt điều trị/tính theo thời điểm có bệnh, không tính theo thời điểm điều trị).

- 90 ngày đối với biến chứng thai sản như định nghĩa kể từ ngày tham gia bảo hiểm.

- 365 ngày đối với bệnh có sẵn và các bệnh được liệt kê tại Điểm loại trừ chung số 36 của Quy tắc bảo hiểm.

- 365 ngày đối với bệnh đặc biệt theo định nghĩa.

- 180 ngày đối với Người được bảo hiểm đến 6 tuổi : bệnh viêm phế quản, tiểu phế quản, viêm phổi các loại.

ĐIỀU KHOẢN BỔ SUNG 2: BẢO HIỂM TAI NẠN CÁ NHÂN

1. Quyền lợi bảo hiểm: Bảo hiểm cho trường hợp chết, thương tật toàn bộ vĩnh viễn hoặc thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn xảy ra trong thời hạn bảo hiểm.

- Trường hợp Người được bảo hiểm chết hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, Bảo hiểm Bảo Việt 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, Bảo hiểm Bảo Việt trả theo Phụ lục I - 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 365 ngày kể từ ngày xảy ra tai nạn Người được bảo hiểm bị chết do hậu quả của chính tai nạn đó, Bảo hiểm Bảo Việt 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.

2. Hiệu lực bảo hiểm: Bảo hiểm có hiệu lực ngay theo quy định tại Điều 11, Mục I, Phần I Quy tắc bảo hiểm này.

ĐIỀU KHOẢN BỔ SUNG 3: BẢO HIỂM SINH MẠNG

1. Phạm vi bảo hiểm: Bảo hiểm trường hợp chết hoặc tàn tật toàn bộ vĩnh viễn do nguyên nhân không phải là tai nạn xảy ra trong thời hạn bảo hiểm trừ những điểm loại trừ quy định tại Phần IV của Quy tắc bảo hiểm này.

2. Hiệu lực bảo hiểm: Bảo hiểm có hiệu lực sau chín mươi (90) ngày kể từ thời điểm bảo hiểm có hiệu lực theo quy định tại Điều 11, Mục I, Phần I Quy tắc bảo hiểm này đối với bệnh thông thường. Các hợp đồng bảo hiểm tái tục liên tục mặc nhiên có hiệu lực ngay sau khi Người yêu cầu bảo hiểm/ Người được bảo hiểm nộp phí cho kỳ tiếp theo.

Đối với trường hợp chết do bệnh đặc biệt, bệnh có sẵn, bệnh liệt kê tại Điểm loại trừ chung số 36 của Quy tắc này, biến chứng thai sản, Quy tắc bảo hiểm chỉ có hiệu lực đối với Người được bảo hiểm tham gia theo Quy tắc bảo hiểm này liên tục sau 365 ngày trở lên.

3. Quyền lợi bảo hiểm: Trường hợp Người được bảo hiểm chết hoặc tàn tật toàn bộ vĩnh viễn thuộc phạm vi bảo hiểm, Bảo hiểm Bảo Việt trả toàn bộ số tiền bảo hiểm ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm /Hợp đồng bảo hiểm.

ĐIỀU KHOẢN BỔ SUNG 4: BẢO HIỂM NHA KHOA

Bảo hiểm Bảo Việt sẽ thanh toán cho Người được bảo hiểm chi phí y tế điều trị răng bệnh lý

bao gồm:

- Khám và chẩn đoán bệnh
- Lấy cao răng
- Trám răng bằng các chất liệu thông thường
- Nhổ răng bệnh lý
- Lấy u vôi răng (lấy vôi răng sâu dưới nướu)
- Phẫu thuật cắt chóp răng
- Chữa tủy răng
- Điều trị viêm nướu, viêm nha chu

Điều trị răng được giới hạn tại các cơ sở khám chữa bệnh như sau:

- Tại Thành phố Hồ Chí Minh và Hà Nội: Bảo hiểm việc điều trị răng tại tất cả các bệnh viện theo định nghĩa trong Quy tắc. Riêng đối với phòng Nha/phòng khám, chỉ chấp nhận bảo hiểm điều trị răng tại các phòng Nha/phòng khám đã có Thỏa thuận hợp tác cung cấp dịch vụ thanh toán chi phí y tế với Bảo hiểm Bảo Việt.

- Tại các Tỉnh/Thành phố khác: mở rộng bảo hiểm việc điều trị răng tại các phòng Nha/phòng khám có giấy phép đăng ký hành nghề hợp pháp.

** Lưu ý: Bảo Việt không thanh toán cho điều trị răng tại: Phòng nha Hạnh Phúc (Happy) - 26 Hàm Nghi, Đà Nẵng; Nha khoa Việt Pháp - 24 Trần Duy Hưng, Hà Nội; Nha Khoa Đại Nam - 328 Ông Ích Khiêm, Thanh Khê, Đà Nẵng.*

ĐIỀU KHOẢN BỔ SUNG 5: BẢO HIỂM THAI SẢN

- Người được bảo hiểm có độ tuổi từ 18 đến 45 tuổi.
- Người được bảo hiểm phải tham gia Điều khoản chính, tương đương chương trình Bạch Kim hoặc chương trình Kim Cương.
- Đối với biến chứng thai sản: Ngoài việc được hưởng theo quyền lợi bảo hiểm bổ sung này, Người được bảo hiểm sẽ được hưởng thêm quyền lợi tối đa thuộc phạm vi bảo hiểm theo điều khoản chính và điều khoản điều trị ngoại trú với điều kiện cung cấp đầy đủ hồ sơ chứng từ về y tế và hóa đơn theo qui định.

Đơn vị: VND

THAI SẢN	BẠCH KIM	KIM CƯƠNG
Giới hạn trách nhiệm tối đa cho một thời hạn bảo hiểm	21.000.000	31.500.000
Phí bảo hiểm/người /năm	4.800.000	5.500.000

1. Quyền lợi bảo hiểm

a. Biến chứng thai sản và sinh khó

Bảo hiểm Bảo Việt 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 các thủ thuật sản khoa, chi phí chăm sóc mẹ trước và sau khi sinh tại bệnh viện. Thủ thuật sinh mổ chỉ được bảo hiểm nếu do bác sỹ chỉ định là cần thiết cho ca sinh đó, không bao gồm việc sinh mổ theo yêu cầu (hoặc phải mổ lại do việc yêu cầu mổ trước đó). Biến chứng thai sản và sinh khó bao gồm và không giới hạn trong các trường hợp sau:

- Sảy thai hoặc thai nhi chết trong tử cung;
- Mang thai trứng nước;

- Thai ngoài tử cung;
- Băng huyết sau khi sinh;
- Sốt nhau thai trong tử cung sau khi sinh;
- Phá thai do điều trị bao gồm các trường hợp phá thai do các bệnh lý di truyền/dị tật bẩm sinh của thai nhi hoặc phải phá thai để bảo vệ tính mạng của người mẹ;
- Dọa sinh non;
- Sinh khó;
- Biến chứng của các nguyên nhân trên.

b. Sinh thường

Bảo hiểm Bảo Việt sẽ chi trả các chi phí y tế phát sinh cho việc Sinh thường bao gồm và không giới hạn trong các chi phí: đỡ đẻ, viện phí tổng hợp, bác sỹ chuyên khoa, chăm sóc mẹ trước và sau khi sinh tại bệnh viện, chi phí may thẩm mỹ đường rạch.

3. Hiệu lực bảo hiểm:

- Đối với sinh nở: Quyền lợi bảo hiểm này có hiệu lực sau 635 ngày kể từ thời điểm bảo hiểm có hiệu lực theo quy định tại Điều 11, Mục I, Phần I Quy tắc bảo hiểm này.
- Đối với biến chứng thai sản: Sau 90 ngày kể từ thời điểm bảo hiểm có hiệu lực theo quy định tại Điều 11, Mục I, Phần I Quy tắc bảo hiểm này.

Lưu ý: Các chi phí sinh mổ trọn gói phát sinh tại các Bệnh viện Phụ sản Hà nội, Bệnh viện Phụ sản Trung ương và bệnh viện công (nếu phát sinh tương tự) được thanh toán toàn bộ chi phí kể cả trường hợp không bóc tách được bảng kê chi tiết viện phí.

PHẦN IV: CÁC ĐIỂM LOẠI TRỪ CHUNG

(Áp dụng cho Điều khoản chính và tất cả các Điều khoản bổ sung)

Bảo hiểm Bảo Việt không chịu trách nhiệm chi trả tiền bảo hiểm đối với các rủi ro xảy ra do các nguyên nhân sau:

1. Hành động cố ý của Người được bảo hiểm hoặc Người thừa kế hợp pháp.
2. Người được bảo hiểm từ 14 tuổi trở lên vi phạm pháp luật phải thụ án hình sự và/ hoặc vi phạm Luật an toàn giao thông; vi phạm nội quy của cơ quan theo Luật lao động.
3. Người được bảo hiểm điều khiển phương tiện giao thông khi có nồng độ cồn trong máu vượt quá mức quy định của Luật an toàn giao thông và 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.
4. 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.
5. Hậu quả của tai nạn xảy ra ngoài thời hạn bảo hiểm áp dụng riêng đối với chi phí y tế.
6. 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.
7. 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.
8. 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).
9. 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.

10. Tham gia tập luyện hoặc tham gia thi đấu các môn thể thao chuyên nghiệp, bất kỳ hoạt động đua nào.
11. Bệnh lao các loại, bệnh sốt rét, bệnh nghề nghiệp, bệnh phong.
12. Bệnh ung thư.
13. Những người đang điều trị thương tật hoặc bệnh tật, người bị thương tật/tàn tật vĩnh viễn trên 50% tại thời điểm tham gia hoặc thời điểm hợp đồng bảo hiểm bắt đầu có hiệu lực.
14. Các bệnh suy tủy, bạch cầu, điều trị lọc máu, chạy thận nhân tạo và hậu quả hay biến chứng của các bệnh này.
15. Liệu pháp thay thế hooc-môn trong thời kỳ sinh trưởng hoặc tiền mãn kinh hay mãn kinh ở phụ nữ.
16. 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.
17. Điều trị và/hoặc phẫu thuật cho các bệnh bẩm sinh, bệnh di truyền/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.
18. 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; Xét nghiệm định kỳ, khám định kỳ cho trẻ mới sinh, tất cả các hình thức tiêm chủng, vắc-xin và thuốc phòng ngừa (trừ trường hợp tiêm vắc-xin sau khi bị tai nạn hay súc vật, côn trùng cắn).
19. Kiểm tra thị lực, 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 cho 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.
20. Bệnh khô mắt, mỏi mắt điều tiết được bảo hiểm với giới hạn 5% số tiền bảo hiểm điều khoản ngoại trú/lần khám và không vượt quá số tiền bảo hiểm điều khoản điều trị ngoại trú.
21. Sinh đẻ (bao gồm cả các trường hợp biến chứng hậu quả phải sinh đẻ, sinh non). Một số hậu quả sau khi sinh như bệnh sốt, nhiễm khuẩn, hậu sản, rong huyết, căng sữa, tắc sữa, áp xe vú, đau đầu, chân tay tê mỏi, đau nhức lưng, rối loạn đường tiết niệu. Điều khoản này chỉ được bảo hiểm trong trường hợp có tham gia Điều khoản bổ sung số 5 – Bảo hiểm thai sản.
22. Các chi phí điều trị liên quan đến răng bao gồm cả điều trị nội trú và ngoại trú trừ trường hợp có tham gia Điều khoản bổ sung số 4 - Bảo hiểm Nha khoa.
23. Điều trị hoặc phẫu thuật theo yêu cầu của Người được bảo hiểm mà không phải điều trị theo cách thông thường; Khám và xét nghiệm không có kết luận chẩn đoán bệnh hoặc kết luận không có bệnh cần điều trị của bác sỹ.

Riêng điều khoản loại trừ điều trị hoặc phẫu thuật theo yêu cầu của Người được bảo hiểm sẽ

không áp dụng đối với các chi phí phát sinh tại phòng khám dịch vụ, điều trị tự nguyện/theo yêu cầu thuộc bệnh viện công.

24. Các hình thức thẩm mỹ, phẫu thuật thẩm mỹ, chỉnh hình.
25. Các điều trị tăng sắc tố (nám da), điều trị mụn trứng cá, điều trị chứng rụng tóc bị loại trừ riêng đối với điều kiện ngoại trú. Trường hợp Người được bảo hiểm bị những bệnh này phải điều trị nội trú thì vẫn được giải quyết theo quyền lợi điều trị nội trú do ốm đau, bệnh tật.
26. Chi phí để cung cấp, bảo dưỡng, sửa chữa hay thay thế bộ phận/ thiết bị hỗ trợ điều trị hay bộ phận giả như định nghĩa.
27. Các chi phí liên quan đến phẫu thuật, điều trị bệnh/thương tật bằng phương pháp cấy tế bào gốc 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 chi phí chiết xuất, xử lý, cấy tế bào gốc, điều trị duy trì sau khi cấy tế bào và hậu quả của phương pháp điều trị này. Riêng trường hợp này chỉ bảo hiểm chi phí ngày nằm viện nội trú tại các bệnh viện công.
28. 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), thuốc tăng cường miễn dịch cơ thể, các loại chế phẩm y tế.
29. 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.
30. Điều trị kiểm soát trọng lượng cơ thể (tăng hoặc giảm cân); suy dinh dưỡng, còi xương, béo phì.
31. 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.
32. Điều trị tại phòng khám không đúng theo định nghĩa và bao gồm cả việc chỉ định của bác sĩ phòng khám này đối với mua thuốc hay xét nghiệm, điều trị tại phòng khám, bệnh viện, nhà thuốc hợp pháp.
33. Khám và điều trị không theo quy trình của bệnh viện, phòng khám và cơ sở y tế.
34. Bệnh có sẵn như định nghĩa trong Quy tắc này chỉ được bảo hiểm từ năm thứ hai tham gia liên tục.
35. Bệnh đặc biệt như định nghĩa trong Quy tắc này chỉ được bảo hiểm từ năm thứ hai tham gia liên tục.
36. Các bệnh sau đây sẽ không được bảo hiểm trong năm đầu tiên cho dù xảy ra trước hay sau khi hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, bao gồm:

Bệnh hệ hô hấp: Viêm V.A cần phải nạo, viêm xoang, vẹo vách ngăn, bệnh hen/suyễn.
Riêng bệnh viêm phế quản, tiểu phế quản, viêm phổi các loại áp dụng thời gian chờ 06 tháng cho đối tượng Người được bảo hiểm đến 6 tuổi.

Bệnh hệ tai: Viêm tai giữa cần phải phẫu thuật, sùi vòm họng, cắt bỏ xương xoắn.

Bệnh hệ mạch: Viêm tĩnh mạch và viêm tắc/ngẽn tĩnh mạch, giãn tĩnh mạch chi dưới, hội chứng ống cổ tay, mạch/hạch bạch huyết, trĩ.

Bệnh rối loạn chuyển hóa các loại

Bệnh hệ cơ, xương, khớp: Viêm khớp/đa khớp mãn tính, bệnh thoái hóa cột sống, thân đốt sống, thoát vị đĩa đệm, rối loạn mật độ và cấu trúc xương, bệnh gout.

Bệnh hệ tiêu hóa: Bệnh loét dạ dày, tá tràng.

Bệnh khác: Sỏi, nang, mụn cơm, nốt ruồi các loại, rối loạn tiền đình.

- 37. Các điều trị liên quan đến tái tạo dây chằng, rách sụn chêm không được bảo hiểm trong năm đầu và được bảo hiểm năm thứ hai liên tục với điều kiện bồi thường trên cơ sở đồng chi trả 70/30. Người được bảo hiểm chịu 30% chi phí theo định nghĩa đồng chi trả.
- 38. Các chi phí và điều trị cho đối tượng không đủ điều kiện tham gia bảo hiểm.
- 39. 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.

PHẦN V: THỦ TỤC YÊU CẦU TRẢ TIỀN BẢO HIỂM VÀ BẢO LÃNH

1. HỒ SƠ YÊU CẦU TRẢ TIỀN BẢO HIỂM

Khi yêu cầu Bảo hiểm Bảo Việt trả tiền bảo hiểm, hồ sơ yêu cầu bồi thường phải được gửi tới Bảo hiểm Bảo Việt trong vòng sáu mươi (60) ngày kể từ ngày điều trị cuối cùng của một đợt điều trị của Người được bảo hiểm hoặc ngày Người được bảo hiểm tử vong và không quá một (01) năm kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm. Các chứng từ này sẽ thuộc sở hữu của Bảo hiểm Bảo Việt và Bảo hiểm Bảo Việt không trả lại dù bằng bất kỳ hình thức nào. Hồ sơ yêu cầu bồi thường gồm có:

- a. Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm (theo mẫu của Bảo hiểm Bảo Việt) phải do chính Người được bảo hiểm hoặc Người yêu cầu bồi thường là người thừa kế/người thụ hưởng/người được chỉ định trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/người được ủy quyền hợp pháp của Người được bảo hiểm kê khai và ký tên (trừ trường hợp Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi do bố mẹ/ người giám hộ hợp pháp kê khai).
- b. Bản gốc hoặc bản sao các chứng từ y tế liên quan đến việc điều trị: đơn thuốc, sổ khám bệnh, giấy ra viện, phiếu điều trị, phiếu chỉ định xét nghiệm, kết quả xét nghiệm hoặc chẩn đoán hình ảnh, phiếu mổ (trong trường hợp phải mổ). Trong mọi trường hợp, Bảo hiểm Bảo Việt có quyền yêu cầu cung cấp bản chính để đối chiếu. Trường hợp toa thuốc/ đơn thuốc phải có chữ ký của bác sĩ và dấu của bệnh viện/ phòng khám.
- c. Các chứng từ là bản gốc liên quan đến việc thanh toán chi phí y tế: hóa đơn tài chính, biên lai, phiếu thu theo quy định của Bộ Tài Chính, Tổng cục Thuế và bảng kê chi tiết kèm theo. Hóa đơn mua thuốc/ điều trị phải được xuất trong vòng 30 ngày kể từ ngày kê đơn thuốc/điều trị và thể hiện số lượng, chủng loại thuốc đúng theo đơn thuốc bác sĩ điều trị. Bảo hiểm Bảo Việt không chấp nhận các phiếu thu/biên lai bán lẻ cộng gộp cho mỗi hồ sơ yêu cầu bồi thường.
- d. Đối với trường hợp Tai nạn:
 - Tai nạn sinh hoạt, tai nạn lao động: Bản tường trình tóm tắt về tai nạn, không yêu cầu xác nhận của cơ quan chính quyền địa phương.
 - Tai nạn giao thông không phát sinh bên thứ ba (trừ trường hợp tử vong): Bản tường trình tóm tắt về tai nạn, không yêu cầu xác nhận của cơ quan chính quyền địa phương; Giấy phép lái xe trong trường hợp Người được bảo hiểm bị tai nạn trong khi điều khiển xe cơ giới trên 50cc.
 - Tai nạn giao thông không phát sinh bên thứ ba nhưng dẫn đến tử vong hoặc tai nạn giao thông có phát sinh bên thứ ba: Bản tường trình tai nạn theo quy định của pháp luật; Hồ sơ giải quyết tai nạn của cơ quan công an; Giấy phép lái xe trường hợp Người được bảo hiểm bị tai nạn trong khi điều khiển xe cơ giới trên 50cc.
- e. Đối với trường hợp tử vong:
 - Bản gốc hoặc bản sao có công chứng Giấy chứng tử.
 - Bản gốc hoặc bản sao có công chứng Giấy xác nhận quyền thừa kế hợp pháp (trường hợp Người được bảo hiểm không chỉ định Người thụ hưởng).

- f. Các chứng từ khác có liên quan phục vụ việc giải quyết bồi thường theo yêu cầu của Bảo hiểm Bảo Việt.

2. THỦ TỤC TRẢ TIỀN BẢO HIỂM VÀ BẢO LÃNH

- a. **Trường hợp ứng tiền trước, bồi thường sau:** Trường hợp Người được bảo hiểm khám và điều trị tại các cơ sở y tế hợp pháp không thuộc hệ thống bảo lãnh thanh toán của chương trình, Người được bảo hiểm phải thanh toán mọi chi phí điều trị, sau đó gửi hồ sơ cho Bảo hiểm Bảo Việt để thanh toán phần chi phí thuộc phạm vi bảo hiểm.

- b. **Thời hạn bồi thường:** Bảo hiểm Bảo Việt có trách nhiệm giải quyết và chi trả tiền bảo hiểm trong thời hạn tối đa mười lăm (15) ngày làm việc kể từ ngày nhận được hồ sơ yêu cầu bồi thường đầy đủ và hợp lệ, cụ thể như sau:

- Thời gian gửi thông báo nhận hồ sơ trong vòng ba (03) ngày làm việc kể từ ngày nhận đầy đủ hồ sơ.

- Thời gian gửi thông báo bổ sung hồ sơ trong vòng sáu (06) ngày làm việc kể từ ngày nhận đầy đủ hồ sơ.

- Thời gian gửi thông báo bồi thường trong vòng mười (10) ngày làm việc kể từ ngày nhận đầy đủ hồ sơ.

- Thời gian chuyển khoản trong vòng mười lăm (15) ngày làm việc kể từ ngày nhận đầy đủ hồ sơ.

- Thời gian yêu cầu hoàn trả hồ sơ trong trường hợp bị từ chối bồi thường là tối đa sáu mươi (60) ngày kể từ ngày Bảo hiểm Bảo Việt gửi thông báo.

- Thời gian để Bảo hiểm Bảo Việt xác minh hồ sơ tối đa chín mươi (90) ngày làm việc kể từ ngày nhận đầy đủ hồ sơ.

- Thời hạn để khách hàng bổ sung hồ sơ trong vòng ba mươi (30) ngày làm việc kể từ ngày nhận hồ sơ.

- c. **Thông tin chung về chi trả bảo hiểm:** Tất cả các chứng từ và tài liệu mà Bảo hiểm Bảo Việt yêu cầu hỗ trợ cho việc chi trả bảo hiểm sẽ được cung cấp miễn phí cho Bảo hiểm Bảo Việt trước khi bất kỳ việc chi trả bảo hiểm nào được hoàn tất.

Trường hợp thiếu thông tin y tế/chứng từ y tế, Người được bảo hiểm phải có trách nhiệm bổ sung các thông tin/chứng từ y tế cần thiết và hợp lý phục vụ công tác giải quyết bồi thường cho Bảo hiểm Bảo Việt và Bảo hiểm Bảo Việt không phải chịu chi phí cho việc có thêm thông tin đó.

Tiền bảo hiểm sẽ được chi trả cho Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng/Người được ủy quyền hợp pháp theo đúng quy định của Pháp luật.

- d. **Trường hợp bảo lãnh (áp dụng cho chương trình có dịch vụ bảo lãnh):** Trường hợp Người được bảo hiểm khám và điều trị tại các bệnh viện, phòng khám trong hệ thống bảo lãnh thanh toán của chương trình, Người được bảo hiểm cần thực hiện những bước sau:

- Xuất trình thẻ BaoVietCare và chứng minh nhân dân hoặc hộ chiếu, giấy khai sinh (nếu là Người được bảo hiểm dưới 15 tuổi) cho bệnh viện, phòng khám.

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

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

PHỤ LỤC I : BẢNG TỶ LỆ TRẢ TIỀN THƯƠNG TẬT

(Áp dụng cho quyền lợi Bảo hiểm Tai nạn cá nhân)

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 hông hoặc đầu gối xuống).....	100%
5. Mất cả hai 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)	75-85%
9. Cắt cụt cánh tay từ dưới vai xuống.....	70-80%
10. Cắt cụt một cánh tay từ khuỷu xuống (tháo khớp khuỷu).....	65-75%
11. Mất trọn một bàn tay hoặc toàn bộ cả 5 ngón tay	60-70%
12. Mất đồng thời cả bốn ngón tay của một bàn tay.....	40-50%
13. Mất đồng thời cả ngón cái và ngón trỏ.....	35-45%
14. Mất 3 ngón: 3 - 4 - 5	30-35%
15. Mất ngón cái và 2 ngón khác.....	35-40%
16. Mất ngón cái và một ngón khác	30-35%
17. Mất ngón trỏ và hai ngón khác	35-40%
18. Mất ngón trỏ và một ngón giữa.....	30-35%
19. Mất trọn ngón cái và đốt bàn.....	25-30%
Mất trọn ngón cái	20-25%
Mất cả đốt ngoài	10-15%
Mất nửa đốt ngoài.....	07-10%
20. Mất ngón trỏ và đốt bàn.....	20-25%
Mất ngón trỏ.....	18-22%
Mất hai đốt 2 và 3	10-12%

Mất đốt 2.....	08-10%
21. Mất trọn ngón giữa hoặc ngón nhẫn (bao gồm cả đốt bàn).....	18-22%
Mất trọn ngón giữa hoặc ngón nhẫn.....	15-18%
Mất hai đốt 2 và 3.....	08-12%
Mất đốt 2.....	04-07%
22. Mất cả ngón út và đốt bàn.....	15-20%
Mất cả ngón út.....	10-15%
Mất hai đốt 2 và 3.....	08-10%
Mất đốt 2.....	04-07%
23. Cứng khớp bả vai.....	30-40%
24. Cứng khớp khuỷu tay.....	25-35%
25. Cứng khớp cổ tay.....	20-30%
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.....	25-35%

CHI DƯỚI

27. Mất một chân từ háng xuống (tháo khớp không một đùi).....	75-85%
28. Cắt cụt một đùi	
1/3 trên.....	70-80%
1/3 giữa hoặc dưới.....	55-75%
29. Cắt cụt một chân từ gối xuống (tháo khớp gối).....	60-70%
30. Tháo khớp cổ chân hoặc mất một bàn chân.....	55-65%
31. Mất xương sên.....	35-40%
32. Mất xương gót.....	35-45%
33. Mất đoạn xương chày, mác gây khớp giả cẳng chân.....	35-45%
34. Mất đoạn xương mác.....	20-30%
35. Mất mắt cá chân: Mắt cá ngoài.....	10-15%
Mắt cá trong.....	15-20%
36. Mất cả 5 ngón chân.....	45-55%
37. Mất 4 ngón chân bao gồm cả ngón cái.....	38-48%
38. Mất bốn ngón trừ ngón cái.....	35-45%
39. Mất ba ngón 3 – 4 – 5.....	25-30%
40. Mất ba ngón 1 – 2 – 3.....	30-35%
41. Mất một ngón cái và ngón 2.....	20-25%
42. Mất một ngón cái.....	15-20%
43. Mất một ngón ngoài ngón cái.....	10-15%
44. Mất một đốt ngón cái.....	08-12%
45. Cứng khớp hông.....	45-55%
46. Cứng khớp gối.....	30-40%
47. Mất phần lớn xương bánh chè và giới hạn nhiều khả năng duỗi cẳng chân trên đùi.....	45-55%

48. Gãy chân can lệch hoặc mất xương làm ngắn chi ít nhất 5 cm	40-45%
Từ 3 đến 5 cm	35-40%
49. Liệt hoàn toàn dây thần kinh hông khoeo ngoài.....	35-45%
50. Liệt hoàn toàn dây thần kinh hông khoeo trong	25-35%
CỘT SỐNG	
51. Cắt bỏ cung sau của một đốt sống	35-40%
của 2 – 3 đốt sống trở lên	45-60%
SỌ NÃO	
52. Khuyết xương sọ (chưa có biểu hiện thần kinh, tâm thần) gây ra đau đầu kéo dài.....	35-45%
LÔNG NGỰC	
53. Cắt bỏ 1 -2 xương sườn	15-20%
54. Cắt bỏ từ 3 xương sườn trở lên	25-35%
55. Cắt bỏ đoạn mỗi xương sườn.....	08-10%
56. Cắt toàn bộ một bên phổi	70-80%
57. Cắt nhiều thùy phổi ở 2 bên, DTS giảm trên 50%	65-75%
58. Cắt nhiều thùy phổi ở 2 bên	50-60%
59. Cắt một thùy phổi.....	35-45%
BỤNG	
60. Cắt toàn bộ dạ dày	75-85%
61. Cắt đoạn dạ dày.....	50-60%
62. Cắt gần hết ruột non (còn lại dưới 1 m)	75-85%
63. Cắt đoạn ruột non	40-50%
64. Cắt toàn bộ đại tràng.....	75-85%
65. Cắt đoạn đại tràng.....	50-60%
66. Cắt bỏ gan phải Quy tắc thuận.....	70-80%
67. Cắt bỏ gan trái Quy tắc thuận.....	60-70%
68. Cắt phần thùy gan, tùy vị trí, số lượng và kết quả phẫu thuật.....	40-60%
69. Cắt bỏ túi mật.....	45-55%
70. Cắt bỏ lá lách	40-50%
71. Cắt bỏ đuôi tụy, lách.....	60-70%
CƠ QUAN TIẾT NIỆU, SINH DỤC	
72. Cắt bỏ một thận, thận còn lại bình thường	50-60%
73. Cắt bỏ một thận, thận còn lại bị thương hoặc bệnh lý	70-80%
74. Cắt một phần thận trái hoặc phải.....	30-40%
75. Cắt một phần bàng quang.....	27-35%
76. Mất dương vật và 2 tinh hoàn ở người:	
Đến 55 tuổi chưa có con	70-80%
Đến 55 tuổi đã có con	55-65%
Trên 55 tuổi	35-40%

77. Cắt bỏ dạ con và buồng trứng ở người:

Đến 45 tuổi chưa có con	60-70%
Đến 45 tuổi đã có con	30-40%
Trên 45 tuổi	25-30%

78. Cắt vú ở nữ:

Đến 45 tuổi: một bên	20-30%
hai bên	45-55%
Trên 45 tuổi: một bên	15-30%
hai bên	30-40%

MẮT

79. Mất hoặc mù hoàn toàn một mắt

Không lắp được mắt giả	55-65%
Lắp được mắt giả	50-60%
80. Mất hoặc mù hoàn toàn một mắt nhưng trước khi xảy ra tai nạn này đã mất hoặc mù một mắt rồi	80-90%

TAI – MŨI – HỌNG

81. Điếc 2 tai, hoàn toàn không phục hồi được	75-85%
Nặng (nói to hoặc thét vào tai người nghe)	60-70%
Vừa (nói to 1-2m vẫn có khả năng nghe)	35-45%
Nhẹ (nói to 2-4m vẫn có khả năng nghe)	15-20%
82. Điếc một tai, hoàn toàn không phục hồi được	30-40%
Vừa	15-20%
Nhẹ	08-15%
83. Mất vành tai hai bên	20-40%
84. Mất vành tai một bên	10-25%
85. Mất mũi, biến dạng mũi	18-40%

MẮT

86. Mất toàn bộ xương hàm trên và một phần xương hàm dưới từ cành cao trở xuống

Khác bên	80-90%
Cùng bên	70-80%
87. Mất toàn bộ xương hàm trên hoặc dưới	70-80%
88. Mất một phần xương hàm trên hoặc một phần xương hàm dưới từ 1/3 đến 1/2 bị mất từ cành cao trở xuống	35-45%
89. Mất răng: trên 6 cái không lắp được răng giả	30-40%
Từ 5 – 7 răng	15-25%
90. Mất 3/4 lưỡi, còn gốc lưỡi	75-85%
91. Mất 2/3 lưỡi từ đầu lưỡi	50-60%
92. Mất 1/3 lưỡi ảnh hưởng đến phát âm	15-25%
93. Mất một phần nhỏ lưỡi (dưới 1/3) ảnh hưởng đến phát âm	10-15%



NGUYÊN TẮC XÉT TRẢ TIỀN BẢO HIỂM

Việc xét giải quyết trả tiền theo Bảng này sẽ căn cứ trên các chứng từ điều trị của khách hàng cung cấp cho Công ty bảo hiểm và các quy định dưới đây:

1. Mất hẳn chức năng của từng bộ phận hoặc hỏng vĩnh viễn chi được coi như mất từng bộ phận đó hoặc mất chi.
2. Những trường hợp thương tật không liệt kê trong Bảng sẽ được bồi thường theo tỷ lệ trên cơ sở so sánh tính nghiêm trọng của nó với những trường hợp khác có trong Bảng.
3. Vết thương điều trị bình thường, vết thương không bị nhiễm trùng sẽ được trả tiền bảo hiểm tương ứng với mức thấp nhất của thang tỷ lệ trả tiền bảo hiểm quy định cho trường hợp này.
4. Vết thương điều trị phức tạp, vết thương bị nhiễm trùng hoặc sau khi điều trị còn để lại di chứng thì tùy theo mức độ nặng, nhẹ được trả cao dần cho tới mức tối đa của thang tỷ lệ trả tiền bảo hiểm quy định cho trường hợp này.
5. Trường hợp đa vết thương được trả tiền bảo hiểm cho từng vết thương nhưng tổng số tiền trả cho Người được bảo hiểm không vượt quá số tiền bảo hiểm. Trường hợp đa vết thương ở cùng một chi, tổng số tiền trả cho các vết thương không được vượt quá tỷ lệ mất chi đó.
6. Những trường hợp phải mổ lại, đập can xương làm lại được trả thêm 50% mức tối thiểu của thang tỷ lệ trả cho trường hợp đó nhưng tổng số tiền chi trả không vượt quá số tiền bảo hiểm.

BẢNG QUYỀN LỢI BẢO HIỂM “BẢO VIỆT AN GIA”

(Ban hành theo Quyết định triển khai số 4542 ngày 13 tháng 10 năm 2016 của Tổng Giám đốc- Tổng Công ty Bảo hiểm Bảo Việt)

Đơn vị: VND

CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM	ĐỒNG	BẠC	VÀNG	BẠCH KIM	KIM CƯƠNG
A. ĐIỀU KHOẢN BẢO HIỂM CHÍNH – Điều trị nội trú do ốm bệnh, tai nạn					
Tổng hạn mức quyền lợi bảo hiểm chính/ng/năm	93.800.000 /ng/năm	137.600.000 /ng/năm	230.000.000 /ng/năm	342.000.000 /ng/năm	454.000.000 /ng/năm
Phạm vi lãnh thổ	Việt Nam	Việt Nam	Việt Nam	Việt Nam	Việt Nam
1. Chi phí nằm viện • Chi phí phòng, giường bệnh • Chi phí phòng chăm sóc đặc biệt • Các chi phí bệnh viện tổng hợp	2.000.000 /ngày Lên đến 40.000.000 /năm, không quá 60 ngày/năm.	3.000.000 /ngày Lên đến 60.000.000 /năm không quá 60 ngày/năm	5.000.000 /ngày Lên đến 100.000.000 /năm không quá 60 ngày/năm	7.500.000 /ngày Lên đến 150.000.000 /năm không quá 60 ngày/năm	10.000.000 /ngày Lên đến 200.000.000 /năm không quá 60 ngày/năm
2. Chi phí khám và điều trị trong vòng 30 ngày trước khi nhập viện (01 lần gần nhất)	2.000.000 /năm	3.000.000 /năm	5.000.000 /năm	7.500.000 /năm	10.000.000 /năm
3. Chi phí tái khám và điều trị trong vòng 30 ngày sau khi xuất viện	2.000.000 /năm	3.000.000 /năm	5.000.000 /năm	7.500.000 /năm	10.000.000 /năm
4. Dịch vụ xe cứu thương, xe cấp cứu bằng đường bộ	5.000.000 /năm	5.000.000 /năm	10.000.000 /năm	10.000.000 /năm	10.000.000 /năm
5. Chi phí Phẫu thuật (không bảo hiểm chi phí mua các bộ phận nội tạng và chi phí hiến các bộ phận nội tạng)	40.000.000 /năm	60.000.000 /năm	100.000.000 /năm	150.000.000 /năm	200.000.000 /năm
6. Phục hồi chức năng	4.000.000 /năm	6.000.000 /năm	10.000.000 /năm	15.000.000 /năm	20.000.000 /năm
7. Trợ cấp bệnh viện công	80.000 /ngày Không quá 60 ngày/năm	120.000 /ngày Không quá 60 ngày/năm	200.000 /ngày Không quá 60 ngày/năm	300.000 /ngày Không quá 60 ngày/năm	400.000 /ngày Không quá 60 ngày/năm
8. Trợ cấp mai táng phí trong trường hợp tử vong tại bệnh viện	500.000/vụ	500.000/vụ	500.000/vụ	500.000/vụ	500.000/vụ
B. ĐIỀU KHOẢN BẢO HIỂM BỔ SUNG					

1. Điều trị ngoại trú do ốm bệnh, tai nạn	6.000.000 /năm	6.000.000/ năm	6.000.000/ năm	10.000.000/ năm	15.000.000/ năm
• Giới hạn /lần khám	1.200.000/lần Không quá 10 lần/năm	1.200.000/lần Không quá 10 lần/năm	1.200.000/lần Không quá 10 lần/năm	2.000.000/lần Không quá 10 lần/năm	3.000.000/lần Không quá 10 lần/năm
• Điều trị vật lý trị liệu	50.000/ngày Không quá 60 ngày/năm	50.000/ngày Không quá 60 ngày/năm	50.000/ngày Không quá 60 ngày/năm	100.000/ngày Không quá 60 ngày/năm	150.000/ngày Không quá 60 ngày/năm
• Bệnh khô mắt, mỏi mắt điều tiết	300.000/ lần Không quá tổng STBH ngoại trú	300.000/ lần Không quá tổng STBH ngoại trú	300.000/ lần Không quá tổng STBH ngoại trú	500.000/ lần Không quá tổng STBH ngoại trú	750.000/ lần Không quá tổng STBH ngoại trú
2. Bảo hiểm Tai nạn cá nhân STBH /người/vụ	Tối đa 200.000.000	Tối đa 300.000.000	Tối đa 500.000.000	Tối đa 700.000.000	Tối đa 1.000.000.000
3. Bảo hiểm Sinh mạng cá nhân STBH/người/vụ	Tối đa 200.000.000	Tối đa 300.000.000	Tối đa 500.000.000	Tối đa 700.000.000	Tối đa 1.000.000.000
4. Bảo hiểm Nha khoa • Khám và chẩn đoán bệnh về răng • Lấy cao răng • Trám răng bằng các chất liệu thông thường • Nhổ răng bệnh lý • Lấy u vôi răng (lấy vôi răng sâu dưới nướu) • Phẫu thuật cắt chóp răng • Chữa tủy răng • Điều trị viêm nướu, viêm nha chu	2.000.000 /năm 1.000.000 /lần khám	2.000.000 /năm 1.000.000 /lần khám	5.000.000 /năm 2.500.000 /lần khám	10.000.000 /năm 5.000.000 /lần khám	15.000.000 /năm 7.500.000 /lần khám
5. Bảo hiểm Thai sản	Không	Không	Không	21.000.000 /năm	31.500.000 /năm

QUY ĐỊNH ĐỒNG CHI TRẢ ĐỐI VỚI TRẺ EM TỪ 15 NGÀY TUỔI ĐẾN 3 TUỔI

- Tỷ lệ áp đồng chi trả : 70/30 (Bảo Việt chi trả 70%, Người được bảo hiểm tự chi trả 30%)
- Quy định này không áp dụng trong trường hợp Người được bảo hiểm khám và điều trị tại các cơ sở y tế/bệnh viện công lập (trừ các khoa điều trị tự nguyện/điều trị theo yêu cầu của Bệnh viện công lập)

BIỂU PHÍ BẢO HIỂM “BẢO VIỆT AN GIA”

(Ban hành theo Quyết định triển khai số 4542 ngày 13 tháng 10 năm 2016
của Tổng Giám đốc- Tổng Công ty Bảo hiểm Bảo Việt)

Đơn vị: VND/người/năm

CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM	ĐỒNG	BẠC	VÀNG	BẠCH KIM	KIM CƯƠNG	
A. ĐIỀU KHOẢN BẢO HIỂM CHÍNH – Điều trị nội trú do ốm bệnh, tai nạn						
• Từ 1 đến 3 tuổi	2.585.000	3.707.000	5.616.000	7.582.000	9.267.000	
• Từ 4 đến 6 tuổi	1.450.000	2.081.000	3.153.000	4.257.000	5.203.000	
• Từ 7 đến 9 tuổi	1.320.000	1.900.000	2.867.000	3.870.000	4.730.000	
• Từ 10 đến 18 tuổi	1.255.800	1.801.800	2.730.000	3.685.500	4.504.500	
• Từ 19 đến 30 tuổi	1.196.000	1.716.000	2.600.000	3.510.000	4.290.000	
• Từ 31 đến 40 tuổi	1.315.600	1.887.600	2.860.000	3.861.000	4.719.000	
• Từ 41 đến 50 tuổi	1.375.400	1.973.400	2.990.000	4.036.500	4.933.500	
• Từ 51 đến 60 tuổi	1.435.200	2.059.200	3.120.000	4.212.000	5.148.000	
• Từ 61 đến 65 tuổi	1.554.800	2.230.800	3.380.000	4.563.000	5.577.000	
B. ĐIỀU KHOẢN BẢO HIỂM BỔ SUNG						
1. Điều trị ngoại trú do ốm bệnh, tai nạn	ĐỒNG	BẠC	VÀNG	BẠCH KIM	KIM CƯƠNG	
• Từ 1 đến 3 tuổi	3.370.000	3.370.000	3.370.000	5.516.000	8.424.000	
• Từ 4 đến 6 tuổi	1.900.000	1.900.000	1.900.000	3.153.000	4.730.000	
• Từ 7 đến 9 tuổi	1.720.000	1.720.000	1.720.000	2.867.000	4.300.000	
• Từ 10 đến 18 tuổi	1.638.000	1.638.000	1.638.000	2.730.000	4.095.000	
• Từ 19 đến 30 tuổi	1.560.000	1.560.000	1.560.000	2.600.000	3.900.000	
• Từ 31 đến 40 tuổi	1.716.000	1.716.000	1.716.000	2.860.000	4.290.000	
• Từ 41 đến 50 tuổi	1.794.000	1.794.000	1.794.000	2.990.000	4.485.000	
• Từ 51 đến 60 tuổi	1.872.000	1.872.000	1.872.000	3.120.000	4.680.000	
• Từ 61 đến 65 tuổi	2.028.000	2.028.000	2.028.000	3.380.000	5.070.000	
2. BH Tai nạn cá nhân	0,09% STBH	0,09% STBH	0,09% STBH	0,09% STBH	0,09% STBH	
3. BH Sinh mạng cá nhân	0,2% STBH	0,2% STBH	0,2% STBH	0,2% STBH	0,2% STBH	
4. Bảo hiểm Nha khoa	Từ 1 đến 18 tuổi	600.000	600.000	1.500.000	2.600.000	3.900.000
	Từ 19 đến 65 tuổi	490.000	490.000	1.200.000	2.000.000	3.000.000
5. Bảo hiểm Thai sản	Từ 18 đến 45 tuổi	Không	Không	Không	4.800.000	5.500.000

(Dành cho khách hàng tham gia qua kênh Tư vấn viên Bảo Việt Nhân thọ theo Thỏa thuận hợp tác bán chéo sản phẩm)

Giấy yêu cầu Sửa đổi bổ sung này là một phần không tách rời của HĐBH/ GCNBH số

1. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI YÊU CẦU SỬA ĐỔI BỔ SUNG

Họ và tên

Số CMND (hoặc hộ chiếu) Điện thoại

Địa chỉ

2. THÔNG TIN VỀ HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

Số HĐBH / GCNBH

Thời hạn bảo hiểm Từ ... / ... / ... đến ... / ... / ...

Tên Người thụ hưởng Số CMND (hoặc hộ chiếu)

3. YÊU CẦU SỬA ĐỔI, BỔ SUNG

<input type="checkbox"/> Sửa đổi thông tin cá nhân	<input type="checkbox"/> Hủy hợp đồng BH	<input type="checkbox"/> Sửa đổi khác <i>(phải được sự chấp thuận của Bảo Việt)</i>
Thông tin hiện tại:	Hủy từ ngày: ... / ... /
Thông tin mới:

4. PHƯƠNG THỨC NHẬN TIỀN HOÀN PHÍ

Nhận tiền tại Công ty

- Người nhận tiền Điện thoại

- Số CMND Ngày cấp Nơi cấp

Ủy quyền cho TVV nhận tiền hộ

- Họ tên TVV Mã TVV

- Số CMND Ngày cấp Nơi cấp

Chuyển khoản

- Chủ tài khoản Số tài khoản

- Ngân hàng Chi nhánh

5. CAM KẾT CỦA NGƯỜI YÊU CẦU SỬA ĐỔI BỔ SUNG

Tôi xác nhận hiểu và đồng ý với những điểm sau:

- Tôi cam kết những thông tin kê khai trên đây là chính xác và không nhầm lẫn. Tôi sẽ bổ sung những chứng từ cần thiết nếu Bảo Việt yêu cầu cung cấp.
- Sửa đổi bổ sung do Bảo Việt cấp sẽ có hiệu lực kể từ ngày ký.
- Trong trường hợp hủy Hợp đồng Bảo hiểm theo yêu cầu của Người yêu cầu bảo hiểm/Người được bảo hiểm, Bảo hiểm Bảo Việt sẽ hoàn trả 80% phí bảo hiểm của thời gian còn lại với điều kiện trong thời gian hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm chưa có khiếu nại đòi trả tiền bảo hiểm nào xảy ra.

Ngày tháng năm

NGƯỜI YÊU CẦU SỬA ĐỔI BỔ SUNG

(ký và ghi rõ họ tên)

(Dành cho Khách hàng tham gia qua kênh Tư vấn viên Bảo Việt Nhân thọ theo Thỏa thuận hợp tác bán chéo sản phẩm)
Vui lòng đọc kỹ và điền đầy đủ thông tin theo những nội dung dưới đây.

Gửi tới: Công ty Bảo Việt

Chú ý: Người yêu cầu bồi thường phải là Người được bảo hiểm hoặc người thừa kế/người thụ hưởng/người được chỉ định trên GCNBH/người được ủy quyền hợp pháp của Người được bảo hiểm hoặc bố/mẹ/người giám hộ hợp pháp trong trường hợp Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi.

Người yêu cầu bồi thường Quan hệ với NĐBH

Địa chỉ nhận thư

Số điện thoại di động Email

(để nhận tin nhắn về tình trạng hồ sơ từ Bảo Việt)

(để nhận thư điện tử về tình trạng hồ sơ từ Bảo Việt)

NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

Họ và tên Ngày sinh: / /

Số thẻ/GCNBH Hiệu lực từ: / / đến / /

Số CMND Công ty

SỰ KIỆN BẢO HIỂM

Nơi khám/Điều trị

Ngoại trú ngày / /

Nội trú từ / / đến / /

Nguyên nhân/

Chẩn đoán của bác sỹ

SỐ TIỀN YÊU CẦU BỒI THƯỜNG

HÌNH THỨC NHẬN TIỀN BỒI THƯỜNG (CHỌN 1 TRONG 3 HÌNH THỨC DƯỚI ĐÂY)

Nhận tiền tại Công ty

Người nhận

Số CMND Ngày cấp / / Nơi cấp

Ủy quyền cho Tư Vấn Viên nhận tiền

Tên TVV Mã TVV

Số CMND Ngày cấp / / Nơi cấp

Chuyển khoản

Tên tài khoản

Số tài khoản

Ngân hàng Chi nhánh

CAM KẾT: Người yêu cầu bồi thường cam đoan rằng những thông tin trên là chính xác, đầy đủ và chịu trách nhiệm về các thông tin trên trước pháp luật.

Người được bảo hiểm đồng ý rằng bằng việc ký/ủy quyền ký Giấy yêu cầu bồi thường này, Người được bảo hiểm cho phép Bảo hiểm Bảo Việt và/hoặc đại diện của họ tiếp cận với các bên thứ ba hoặc cung cấp các thông tin trong hồ sơ cho bên thứ ba để thu thập thông tin cần thiết cho việc xét bồi thường này bao gồm, nhưng không giới hạn ở các bác sỹ đã và đang điều trị cho Người được bảo hiểm.

Ngày..... tháng năm

NGƯỜI YÊU CẦU BỒI THƯỜNG

(ký và ghi rõ họ tên)



3.000++

CÁN BỘ NHÂN VIÊN
CÓ TRÌNH ĐỘ CHUYÊN
MÔN CAO, VÀ KHÔNG
NGỪNG TRẺ HÓA



75++

CÔNG TY THÀNH VIÊN
TẠI TẤT CẢ CÁC TỈNH,
THÀNH PHỐ TRÊN CẢ NƯỚC

300++

PHÒNG KINH DOANH



BAOVIET  **Insurance**
BẢO HIỂM BẢO VIỆT

Trụ sở chính 35 Hai Bà Trưng, Quận Hoàn Kiếm, Hà Nội

Tel +844 3826 2614 | **Fax** +844 3825 7188

Email bvn@baoviet.com.vn

Hotline 1900 558899

Website www.baoviet.com.vn/baohiem

www.baovietonline.com.vn