BAOVIET Insurance

TỔNG CÔNG TY BẢO HIỂM BẢO VIỆT

Số: 6036/QĐ- BHBV

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh Phúc

Hà Nội, ngày 27 tháng 06 năm 2025

QUYẾT ĐỊNH

Ban hành Quy tắc "Bảo Việt Intercare"

TỔNG GIÁM ĐỐC TỔNG CÔNG TY BẢO HIỂM BẢO VIỆT

Căn cứ Điều lệ Tổng công ty Bảo hiểm Bảo Việt ban hành kèm theo Quyết định số 1151/2015/QĐ-HĐQT ngày 13/08/2015 của Hội Đồng quản trị Tập đoàn Bảo Việt;

Căn cứ Giấy phép thành lập và hoạt động số 45GP/KDBH do Bộ trưởng Bộ Tài Chính cấp ngày 23/11/2007 về việc thành lập Tổng Công ty Bảo hiểm Bảo Việt;

Căn cứ công văn số 9263/BTC-QLBH ngày 26 tháng 06 năm 2025 của Bộ Tài Chính về việc chấp thuận phương pháp, cơ sở tính phí sản phẩm "Bảo Việt Intercare",

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

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo quyết định này Quy tắc "Bảo Việt Intercare" kèm theo Bảng quyền lợi bảo hiểm, Biểu phí bảo hiểm.

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

Điều 3. Các Ban, Trung tâm Trụ sở chính và Công ty thành viên Tổng Công ty Bảo hiểm Bảo Việt chịu trách nhiệm thi hành quyết định này.

TỔNG GIÁM ĐỐC

TỔNG CÔNG TY BẢO HIỂM BẢO VIỆT

Nguyễn Hồng Tuấn

Nơi nhận:
- Như điều 3;
- Ban TGĐ
- Lưu VT, BHYT, GQQLBH

BẢO VIỆT INTERCARE

(Ban hành kèm theo Quyết định số 6036/QĐ-BHBV ngày 27/06/2025 của Tổng Giám đốc Tổng công ty Bảo hiểm Bảo Việt)

Tài liệu này bao gồm các điều kiện điều khoản và các điểm loại trừ bảo hiểm.
Người tham gia bảo hiểm cần đọc kỹ, hiểu và đồng ý trước khi tham gia bảo hiểm.

MỤC LỤC

PHẦN I. ĐỊNH NGHĨA **4**
PHẦN II. PHẠM VI BẢO HIỂM VÀ QUYỀN LỢI BẢO HIỂM **19**
A. Quyền lợi bảo hiểm chính: Điều trị nội trú do bệnh, tai nạn 19
B. Quyền lợi bảo hiểm bổ sung 23
1. Điều trị ngoại trú do bệnh, tai nạn 23
2. Bảo hiểm thai sản 23
3. Bảo hiểm nha khoa 24
4. Bảo hiểm tai nạn cá nhân 25
5. Bảo hiểm sinh mạng 25
6. Bảo hiểm hỗ trợ du học sinh 26
7. Bảo hiểm Trợ cấp mất giảm thu nhập/Trợ cấp lương (áp dụng cho hợp đồng bảo hiểm tổ chức) 27
8. Điều chỉnh giới hạn phụ của Điều trị nội trú, Điều trị ngoại trú .....
PHẦN III. CÁC ĐIỂM LOẠI TRỪ CHUNG **28**
PHẦN IV: QUY ĐỊNH CHUNG **33**
1. Đối tượng và điều kiện tham gia bảo hiểm 33
2. Ký kết hợp đồng bảo hiểm và tái tục hợp đồng bảo hiểm 34
3. Các hợp đồng/loại hình bảo hiểm tương tự 34
4. Phí bảo hiểm và số tiền bảo hiểm 34
5. Thời hạn thanh toán phí bảo hiểm 35
6. Điều khoản về tiền tệ 35
7. Quyền lợi bảo hiểm 35
8. Thay đổi quyền lợi 35
9. Điều khoản thăng chức, thay đổi cấp bậc trong hợp đồng bảo hiểm tổ chức 36
10. Hiệu lực bảo hiểm/Thời gian chờ 37
11. Kết thúc quyền lợi bảo hiểm 39
12. Bổ sung, sửa đổi hoặc hủy bỏ hợp đồng bảo hiểm áp dụng với hợp đồng bảo hiểm tổ chức 40
13. Điều khoản tự động thêm bớt nhân sự/người thân áp dụng với hợp đồng bảo hiểm tổ chức 40
14. Điều khoản đảm bảo thanh toán phí và khôi phục hiệu lực hợp đồng áp dụng với hợp đồng bảo hiểm tổ chức 41
15. Nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm 41
16. Xác minh 42
17. Nghĩa vụ và thông báo thay đổi tình trạng bảo hiểm 42

18. Luật chi phối và giải quyết tranh chấp 42
19. Bảo vệ và xử lý dữ liệu cá nhân 43
PHẦN V. THỦ TỤC YÊU CẦU BỒI THƯỜNG VÀ BẢO LÃNH VIỆN PHÍ 44
1. Hồ sơ yêu cầu bồi thường 44
2. Thủ tục trả tiền bồi thường và bảo lãnh viện phí 46
3. Trường hợp khẩn cấp 47
4. Thời hạn khiếu nại hợp đồng bảo hiểm 48
PHẦN VI. VẬN CHUYỂN Y TẾ CẤP CỨU VÀ HỒI HƯƠNG 49
PHỤ LỤC I: BẢNG TỶ LỆ TRẢ TIỀN TỬ VONG/THƯƠNG TẬT VĨNH VIỄN 52
PHỤ LỤC II. ĐIỀU KHOẢN MỞ RỘNG .....

PHẦN I. ĐỊNH NGHĨA

1. Bác sĩ

Là bác sĩ được cấp giấy phép hành nghề hợp pháp, được luật pháp nước sở tại công nhận và bác sĩ đó đang điều trị, hành nghề trong phạm vi giấy phép được cấp và trong phạm vi chuyên ngành đào tạo của mình. Một bác sĩ có thể là một bác sĩ chuyên khoa hay cố vấn y tế.

Định nghĩa về bác sĩ không bao gồm những người sau đây:

- Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm;
- Thành viên gia đình trực hệ của Người được bảo hiểm hoặc Bên mua bảo hiểm (ông nội, bà nội, ông ngoại, bà ngoại, bố đẻ, mẹ đẻ, bố/mẹ vợ, bố/mẹ chồng, bố/mẹ nuôi hợp pháp, vợ, chồng, con đẻ, con nuôi hợp pháp, anh/chị/em ruột), người giám hộ hợp pháp, người thụ hưởng.

2. Bác sĩ chuyên khoa/Cố vấn y tế

Là bác sĩ (như đã định nghĩa) được cấp giấy phép hành nghề hợp pháp, được đăng ký theo y pháp phù hợp với Luật pháp của quốc gia và được Luật pháp quốc gia sở tại công nhận là một bác sĩ chuyên khoa/cố vấn y tế.

3. 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.

4. Bên mua bảo hiểm/Người yêu cầu bảo hiểm

Là tổ chức được thành lập và hoạt động hợp pháp tại Việt Nam, hoặc cá nhân tại Việt Nam từ đủ 18 tuổi trở lên có năng lực hành vi dân sự đầy đủ tại thời điểm giao kết hợp đồng bảo hiểm với Bảo hiểm Bảo Việt. Bên mua bảo hiểm phải đáp ứng các điều kiện để mua bảo hiểm theo quy tắc, điều kiện, điều khoản bảo hiểm và đóng phí bảo hiểm cho Bảo hiểm Bảo Việt. Bên mua bảo hiểm phải có quyền lợi có thể được bảo hiểm theo quy định của pháp luật.

Bên mua bảo hiểm có quyền lợi có thể được bảo hiểm đối với những người sau đây:

- Bản thân Bên mua bảo hiểm;
- Bố/mẹ đẻ, bố/mẹ của vợ/chồng của Bên mua bảo hiểm;
- Vợ/chồng, con của Bên mua bảo hiểm;
- Người có quan hệ nuôi dưỡng và cấp dưỡng hợp pháp với Bên mua bảo hiểm;
- Nhân viên có Hợp đồng lao động/Hợp đồng thử việc/Các thỏa thuận lao động với Bên mua bảo hiểm theo quy định của pháp luật, làm việc cho Bên mua bảo hiểm và có tên

trong danh sách Người được bảo hiểm trong suốt thời hạn bảo hiểm, và người thân của nhân viên.
- Người khác, nếu người đó đồng ý cho Bên mua bảo hiểm mua bảo hiểm cho mình.

5. Bệnh/Ốm đau

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

6. Bệnh bẩm sinh/Dị tật bẩm sinh

Là bất kỳ bệnh/dị tật nào được hình thành trên thai nhi trong quá trình mang thai của người mẹ dưới tác động của yếu tố môi trường lên sự phát triển của thai nhi và có thể được cơ quan y tế mô tả dưới nhiều tên gọi khác nhau như "bệnh bẩm sinh, dị tật bẩm sinh, khuyết tật bẩm sinh, bất thường của nhiễm sắc thể". Bệnh/dị tật bẩm sinh có thể được phát hiện trong quá trình mang thai, sinh con của người mẹ hoặc trong quá trình phát triển của Người được bảo hiểm. Việc xác định tình trạng bệnh/dị tật bẩm sinh phải do bác sĩ thực hiện.

7. Bệnh có sẵn

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

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

b. Dấu hiệu, triệu chứng của bệnh/thương tật khởi phát trong vòng 36 tháng trước ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm mà Người được bảo hiểm đã biết hoặc ý thức được cho dù Người được bảo hiểm có thực sự khám, điều trị hay không.

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

8. Bệnh đặc biệt

Theo quy tắc bảo hiểm này, những bệnh/tình trạng sau đây được coi là bệnh đặc biệt:
- Bệnh ung thư và u các loại;
- Các bệnh liên quan đến tim, tụy, thận, suy phổi;
- Viêm gan (A, B, C), suy gan giai đoạn cuối, viêm gan siêu vi tối cấp;

- Các bệnh liên quan đến hệ thống tạo máu bao gồm bệnh suy tủy, bạch cầu cấp, bạch cầu mãn tính, thiếu máu bất sản, bệnh rối loạn đông máu;
- Bênh thiếu hooc môn sinh trưởng;
- Bệnh đái tháo đường;
- Bệnh Parkinson;
- Phẫu thuật sọ não do bệnh của não bộ, tai biến mạch máu não (đột quỵ), viêm não/viêm màng não, hôn mê, hội chứng Apallic;
- Bệnh bại liệt;
- Bệnh Lupus ban đỏ.

9. 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, bao gồm cả di truyền đột biến gen lặn. Việc xác định bệnh di truyền phải do bác sĩ thực hiện.

10. Bệnh viện

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

- Có khả năng và phương tiện chẩn đoán bệnh, điều trị và phẫu thuật.

- Có điều kiện thuận lợi cho việc điều trị nội trú và có hệ thống theo dõi sức khoẻ hàng ngày cho các bệnh nhân điều trị nội trú.

- Không phải là nơi để an dưỡng phục hồi sức khỏe, mát xa, xông hơi hoặc là một nơi đặc biệt chỉ có mục đích duy nhất là phục vụ cho người già hoặc giúp đỡ cai nghiện rượu, thuốc phiện, ma tuý hoặc để điều trị rối loạn tâm thần.

11. Bộ phận giả

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

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

Là các bộ phận/thiết bị/dụng cụ y tế:
- Được đặt/cấy/trồng vào bất cứ một bộ phận nào của cơ thể để hỗ trợ cho chức năng hoạt động của bộ phận đó, bao gồm những danh mục liệt kê dưới đây và/hoặc các danh mục được liệt kê trong Sửa đổi bổ sung như là một bộ phận đính kèm của Quy tắc bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm như: stent, van tim, bộ máy tạo nhịp tim và phá rung, ống thông, lưới lọc, lưới thoát vị, lưới titanium 3D, cement (xi-măng) cột sống/đốt sống, miếng ghép

cột sống/đốt sống, màng tái tạo mô, màng sinh học, chốt/trụ implant, nẹp/vis/chốt treo các loại, tấm nâng trực tràng, lưới (mesh).

- Có tính chất đặc thù, chỉ sử dụng riêng cho từng loại hình điều trị hoặc phẫu thuật, sử dụng một lần và không khấu hao, bao gồm những danh mục liệt kê dưới đây và/hoặc các danh mục được liệt kê trong Sửa đổi bổ sung như là một bộ phận đính kèm của Quy tắc bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm như: dao plasma, tay dao/dụng cụ coblator, dao/dụng cụ hummer, dụng cụ phẫu thuật trĩ phương pháp longo, dao bào phẫu thuật khớp, dao cắt sụn, lưỡi bào, đầu đốt, dao siêu âm, catheter các loại, dao harmonic mổ hở/nội soi, hệ thống robot, bóng nong, rọ tán sỏi, lưỡi shaver, trocar, dây dẫn, dao ligasure, bộ dụng cụ nội soi tán sỏi và vỏ đỡ, thiết bị đốt sóng cao tần.
- Bên ngoài cơ thể có tác dụng hỗ trợ chức năng vận động hoặc các chức năng khác của cơ thể bao gồm những danh mục liệt kê dưới đây và/hoặc các danh mục được liệt kê trong Sửa đổi bổ sung như là một bộ phận đính kèm của Quy tắc bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm như: nạng, nẹp, xe lăn, thiết bị trợ thính, kính thuốc, máy hỗ trợ tim, máy ECMO.
- Các dụng cụ chỉnh hình mang tính chất thẩm mỹ khác.

13. Các hoạt động thể thao chuyên nghiệp

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

14. Các hoạt động thể thao mạo hiểm

Là các hoạt động trên không (trừ khi đi lại bằng đường hàng không), các môn thể thao mùa đông, môn thể thao bay lượn, săn bắn, hockey trên băng, nhảy dù, đấu vật, môn bóng ngựa, môn lướt ván, bơi thuyền buồm cách xa bờ 5 km, lặn dưới nước có sử dụng thiết bị lặn, phóng lao, đấm bốc, leo núi sử dụng dây leo, các cuộc đua (không bao gồm các cuộc đua mang tính chất từ thiện, các cuộc đua mang tính chất nội bộ do Bên mua bảo hiểm là doanh nghiệp tổ chức).

15. Cấp tính

Tình trạng bệnh khởi phát nhanh, tồn tại trong khoảng thời gian ngắn và được xác định có thể chữa khỏi.

16. Chi phí thông lệ và hợp lý

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

17. Chi phí y tế thực tế

Là các chi phí y tế phát sinh cần thiết, hợp lý và chỉ liên quan đến việc khám và điều trị y tế của Người được bảo hiểm theo chỉ định của bác sĩ trong trường hợp rủi ro thuộc phạm vi bảo hiểm.

18. Cơ sở y tế

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

19. Công ty bảo hiểm

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

20. Công ty cứu trợ do Bảo Việt chỉ định

Là công ty cứu trợ quốc tế do Bảo hiểm Bảo Việt ủy quyền thực hiện các dịch vụ cứu trợ y tế và hồi hương.

21. Điều trị cấp cứu

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

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

22. Điều trị ngoại trú

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

23. Điều trị nội trú

Là việc Người được bảo hiểm phải nhập viện để điều trị rủi ro thuộc phạm vi bảo hiểm, có phát sinh chi phí giường bệnh và lưu trú tại bệnh viện ít nhất 24 giờ. Việc điều trị nội trú

chỉ được chấp nhận khi Người được bảo hiểm được thực hiện điều trị tại một bệnh viện như định nghĩa, không phải là phòng khám hay cơ sở y tế điều trị ngoại trú. 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 nhập viện/xuất viện hoặc trong chứng từ viện phí chi tiết. Trường hợp Người được bảo hiểm lưu trú tại bệnh viện để thực hiện xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, nội soi và các thủ thuật chỉ nhằm mục đích chẩn đoán bệnh mà không phát sinh điều trị nội trú sẽ không được coi là điều trị nội trú.

24. Điều trị trong ngày

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

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

25. Điều trị y tế

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

26. Đồng chi trả

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

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

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

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

27. Gián đoạn học tập

Là việc người được bảo hiểm (là du học sinh) bị gián đoạn học tập (trong thời gian hơn 30 ngày) do bị ốm bệnh hoặc tai nạn phải nằm viện thuộc phạm vi bảo hiểm. Trong trường hợp này, Bảo hiểm Bảo Việt sẽ chi trả cho Người được bảo hiểm khoản tiền trợ cấp quy định trong bảng quyền lợi bảo hiểm do:

- Học phí học lại mà Người được bảo hiểm phải trả để có thể học lại các kỳ học gián đoạn hoặc

- Phần học phí đã bị mất của kỳ học bị gián đoạn.

28. Giới hạn cả đời

Là giới hạn số tiền bảo hiểm tối đa mà Bảo hiểm Bảo Việt có thể chi trả cho Người được bảo hiểm trong suốt cuộc đời Người được bảo hiểm kể từ ngày tham gia bảo hiểm đầu tiên tại Bảo hiểm Bảo Việt đến cuối cuộc đời (Kể cả trường hợp Người được bảo hiểm tham gia bảo hiểm liên tục hay gián đoạn với Bảo hiểm Bảo Việt). Giới hạn cả đời cho một người được bảo hiểm đối với tất cả các bệnh thuộc danh mục bệnh đặc biệt theo định nghĩa, tình trạng bỏng từ độ III trở lên, chấn thương sọ não có thang điểm hôn mê Glasgow dưới 8 (GCS <8): bằng 20% của số tiền bảo hiểm quyền lợi bảo hiểm chính, và được quy định cụ thể trong bảng quyền lợi bảo hiểm.

29. Giới hạn phụ

Là giới hạn bồi thường tối đa cho mỗi hạng mục được quy định chi tiết trong bảng quyền lợi bảo hiểm. Trong mọi trường hợp, tổng số tiền bồi thường các giới hạn phụ chi tiết không vượt quá tổng mức trách nhiệm bảo hiểm.

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 viện phí với Bảo hiểm Bảo Việt. Người được bảo hiểm khi khám và điều trị tại những cơ sở y tế này sẽ được Bảo hiểm Bảo Việt bảo lãnh thanh toán tùy theo chương trình bảo hiểm tham gia đối với các chi phí phát sinh thuộc phạm vi bảo hiểm và theo hạn mức quy định trong hợp đồng bảo hiểm. Người được bảo hiểm phải tự chi trả cho những chi phí không thuộc phạm vi bảo hiểm và/hoặc những chi phí vượt quá mức trách nhiệm đã tham gia trong hợp đồng bảo hiểm tại thời điểm điều trị.

Danh sách các cơ sở y tế trong hệ thống bảo lãnh viện phí có thể thay đổi và được cập nhật thường xuyên trên trang thông tin điện tử chính thức của Bảo hiểm Bảo Việt.

31. Hỗ trợ giáo dục

Là khoản trợ cấp mà Bảo hiểm Bảo Việt chi trả cho du học sinh là Người được bảo hiểm phát sinh trong thời gian du học ở nước ngoài trong trường hợp người bảo trợ là bố/mẹ của Người được bảo hiểm tử vong do tai nạn.

32. Hoạt động khủng bố

Bao gồm các hoạt động mà không giới hạn việc sử dụng lực lượng hoặc bạo lực và/hoặc sự đe dọa của bất kỳ một cá nhân hay một nhóm người, được thực hiện bởi một cá nhân hay nhân danh các tổ chức, Chính phủ, hay phục vụ cho mục đích hay lý do chính trị, tư tưởng tôn giáo hoặc dân tộc bao gồm cả sự gây căng thẳng để gây ảnh hưởng cho bất kỳ Chính phủ hay đặt các nơi và khu vực công cộng trong sự sợ hãi.

33. Học phí

Là tổng số tiền phí chi trả cho khóa đào tạo đã đăng ký tại tổ chức giáo dục nước ngoài như đã thông báo bằng văn bản bởi tổ chức giáo dục đó (bao gồm phí sử dụng phòng thí nghiệm và các chi phí khác cho việc sử dụng các cơ sở vật chất khi tham gia khóa học nói trên, nhưng không bao gồm các chi phí như sách vở, lưu trú).

34. Hợp đồng bảo hiểm

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

35. Kiểm tra sức khỏe định kỳ

Là những xét nghiệm/tầm soát được làm khi không có bất cứ triệu chứng lâm sàng nào. Những xét nghiệm này bao gồm cả các hình thức kiểm tra dưới đây, ở một độ tuổi thích hợp để sớm phát hiện các ốm đau/bệnh tật:

- Dấu hiệu sống (huyết áp, mỡ máu, mạch, hô hấp, nhiệt độ…)
- Kiểm tra tim mạch
- Kiểm tra hệ thần kinh
- Tầm soát bệnh ung thư
- Kiểm tra phản xạ của trẻ em (đối với các trẻ em từ 0 - 6 tuổi)

Quyền lợi Kiểm tra sức khỏe định kỳ (nếu có) cũng áp dụng cho tiêm vắc xin và kiểm tra sức khỏe bổ sung hồ sơ lao động.

36. Lần khám/Điều trị

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

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

37. Mất tích

Người được bảo hiểm được xem như đã tử vong nếu như không được tìm thấy trong 24 tháng liên tục và có bằng chứng đầy đủ cho việc kết luận rằng sự kiện mất tích đó là do tai nạn gây ra. Tuy nhiên, nếu vào bất cứ thời điểm nào sau khi Công ty bảo hiểm đã chi trả bồi thường cho trường hợp tử vong đó mà Người được bảo hiểm được phát hiện là vẫn còn sống thì số tiền này phải được Người thụ hưởng hoàn lại cho Công ty Bảo hiểm.

38. Ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm

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

39. Người bảo trợ

Là người đã đăng ký là Người bảo trợ trong yêu cầu bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm/bố/mẹ có trách nhiệm chi trả học phí cho sinh viên (là Người được bảo hiểm) cho toàn thời gian học đã đăng ký tại một trường đào tạo ngoài Việt Nam.

40. Người được bảo hiểm

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

Người được bảo hiểm trong hợp đồng bảo hiểm cá nhân cần hoàn thành việc kê khai trong giấy yêu cầu bảo hiểm và được Bảo hiểm Bảo Việt xác nhận.

41. Người phụ thuộc (người thân)

Đối với hợp đồng bảo hiểm cá nhân: Người phụ thuộc là con hợp pháp của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm có độ tuổi từ 15 ngày tuổi đến 18 tuổi, hoặc đến 24 tuổi nếu đang theo học các khóa học dài hạn tại Việt Nam và chưa kết hôn, kể từ ngày có hiệu lực bảo hiểm hoặc ngày tái tục bảo hiểm hàng năm tiếp theo. Tất cả người phụ thuộc phải có tên trong danh sách yêu cầu được bảo hiểm.

Đối với hợp đồng bảo hiểm tổ chức: Người phụ thuộc là vợ/chồng, bố/mẹ đẻ, bố mẹ vợ/chồng dưới 66 tuổi (đến 75 tuổi nếu tham gia tái tục trừ khi có thỏa thuận khác) của nhân viên được bảo hiểm, là con hợp pháp của nhân viên được bảo hiểm có độ tuổi từ 15 ngày tuổi đến 18 tuổi, hoặc đến 24 tuổi nếu đang theo học các khóa học dài hạn tại Việt Nam và chưa kết hôn, kể từ ngày có hiệu lực bảo hiểm hoặc ngày tái tục bảo hiểm hàng năm tiếp theo. Tất cả người phụ thuộc phải có tên trong danh sách Người được bảo hiểm.

42. Người thụ hưởng

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

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

43. Nơi cư trú

Là địa danh ở Việt Nam nơi mà Người được bảo hiểm khai trong yêu cầu bảo hiểm hoặc được chấp thuận và ghi trong hợp đồng bảo hiểm.

44. Phẫu thuật

Là một phương pháp khoa học để điều trị thương tật, bệnh tật, thai sản thuộc phạm vi bảo hiểm được thực hiện bởi những phẫu thuật viên có bằng cấp thông qua những ca mổ, bao gồm nhưng không giới hạn ở các phương pháp mang lại kết quả tương đương phẫu thuật như mổ nội soi, tán sỏi ngoài cơ thể, tiểu phẫu, thủ thuật điều trị với các dụng cụ y tế tại cơ sở y tế.

Phẫu thuật bao gồm 03 loại:

• Phẫu thuật nội trú: là trường hợp phẫu thuật mà Người được bảo hiểm lưu trú tại viện từ 24 giờ trở lên;

• Phẫu thuật trong ngày: là trường hợp phẫu thuật mà Người được bảo hiểm lưu trú tại bệnh viện có phát sinh giường, phòng nhưng không đủ 24 giờ;

• Phẫu thuật ngoại trú: là trường hợp phẫu thuật mà Người được bảo hiểm lưu trú tại bệnh viện dưới 24 giờ nhưng không phát sinh tiền giường, phòng hoặc Người được bảo hiểm thực hiện tại phòng khám.

45. Phòng khám

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

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

46. Phòng, giường điều trị

Là các chi phí tiền giường nằm điều trị trong một phòng đơn và các khoản chi phí liên quan khác phục vụ cho Người được bảo hiểm điều trị.

47. Quê hương

Là quốc gia mà Người được bảo hiểm sinh ra hoặc đăng ký quốc tịch.

48. Số tiền bảo hiểm

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

49. Sự kiện bảo hiểm

Sự kiện bảo hiểm là sự kiện khách quan do Bên mua bảo hiểm và Bảo hiểm Bảo Việt thỏa thuận mà khi sự kiện đó xảy ra thì Bảo hiểm Bảo Việt phải bồi thường, trả tiền bảo hiểm theo thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm.

50. Tai nạn

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

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

51. Thai sản

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

52. Thời gian chờ

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

53. Thời hạn bảo hiểm

Thời hạn bảo hiểm được tính từ thời điểm Bảo hiểm Bảo Việt bắt đầu nhận bảo hiểm cho đến khi kết thúc bảo hiểm. Thời hạn bảo hiểm bắt đầu từ 0 giờ 1 phút sáng ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm và được kết thúc vào 23 giờ 59 phút ngày hết hạn hiệu lực bảo hiểm.

Đối với hợp đồng bảo hiểm cá nhân: Thời hạn bảo hiểm là 01 năm và được quy định cụ thể trong hợp đồng bảo hiểm.

Đối với hợp đồng bảo hiểm tổ chức: Thời hạn bảo hiểm là 01 năm hoặc ít hơn, và được quy định cụ thể trong hợp đồng bảo hiểm.

54. Thuốc kê theo đơn của bác sĩ

Là những thuốc được bán và sử dụng theo đơn của bác sĩ, theo quy định của pháp luật và không bao gồm: thực phẩm chức năng, dược mỹ phẩm, mỹ phẩm, chế phẩm không nằm

trong danh mục thuốc điều trị của Bộ Y tế, khoáng chất, vitamin. Tuy nhiên, Bảo hiểm Bảo Việt sẽ xem xét bồi thường khoáng chất, vitamin tối đa 20% tổng chi phí của cả toa thuốc khi thỏa mãn các điều kiện sau:

- Các loại khoáng chất và vitamin này được sự chỉ định của bác sĩ điều trị;
- Hỗ trợ cho việc điều trị;
- Trong toa thuốc phải có thuốc điều trị đi kèm.

55. Thương tật bộ phận vĩnh viễn

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

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

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

56. Thương tật toàn bộ vĩnh viễn

Là các tổn thương cơ thể làm cho Người được bảo hiểm bị cản trở hoàn toàn khi tham gia vào công việc của người đó hay bị mất hoàn toàn khả năng lao động trong bất kỳ loại lao động nào, kéo dài 180 ngày liên tục kể từ ngày kết thúc điều trị và không hy vọng vào sự tiến triển của thương tật đó.

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

- Người được bảo hiểm bị mất hoàn toàn, liệt hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của: hai tay; hoặc hai chân; hoặc một tay và một chân; hoặc hai mắt; hoặc một tay và một mắt; hoặc một chân và một mắt. Trong trường hợp này, mất hoàn toàn, liệt hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của tay được tính từ cổ tay trở lên (theo chiều từ cổ tay đến vai); mất hoàn toàn, liệt hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của chân được tính từ mắt cá chân trở lên (theo chiều từ mắt cá chân đến đùi); mất hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của mắt được hiểu là mất hoàn toàn hoặc mù hoàn toàn;
- Người được bảo hiểm bị tổn thương cơ thể từ 81% trở lên dẫn đến bị cản trở hoàn toàn khi tham gia vào công việc của người đó hay bị mất hoàn toàn khả năng lao động trong bất kỳ loại lao động nào theo xác nhận của cơ quan y tế hoặc Hội đồng giám định Y khoa

cấp tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương hoặc tổ chức giám định y tế hợp pháp được Công ty bảo hiểm chấp thuận.

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

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

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

57. Tình trạng nguy kịch

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

58. Tổn thương cơ thể

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

59. Tuổi được bảo hiểm

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

60. Vật lý trị liệu

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

61. Vật tư tiêu hao

Là vật tư y tế được sử dụng một lần hoặc nhiều lần nhằm mục đích hỗ trợ cho điều trị và khám chữa bệnh, không lắp đặt vĩnh viễn trong cơ thể ngoại trừ trường hợp các vật tư này tự tiêu trong cơ thể hoặc 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.

62. Vùng bảo hiểm

Là phạm vi lãnh thổ như qui định trong bảng quyền lợi bảo hiểm, bao gồm nơi Người được bảo hiểm có thể được vận chuyển tới khi cần cấp cứu khẩn cấp khi những điều trị cần thiết không thể có được tại nơi tình trạng khẩn cấp đó xảy ra và là nơi những chi phí y tế hợp lý và cần thiết phát sinh cho Người được bảo hiểm có thể được xét bồi thường theo quy tắc bảo hiểm này.

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

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

A. Quyền lợi bảo hiểm chính: Điều trị nội trú do bệnh, tai nạn

Quyền lợi bảo hiểm được đề cập trong hợp đồng bảo hiểm được chi trả cho Người được bảo hiểm trong trường hợp phát sinh các chi phí y tế, chi phí vận chuyển cấp cứu do ốm bệnh/tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm như quy định trong hợp đồng bảo hiểm/quy tắc bảo hiểm.

Đại diện hợp pháp của Người được bảo hiểm có quyền thực hiện thay mặt cho Người được bảo hiểm khi Người được bảo hiểm bị chết hoặc bị mất năng lực pháp lý. Quyền lợi bảo hiểm có thể chi trả cho Người được bảo hiểm hay đại diện hợp pháp của họ, hoặc chuyên viên cũng như người được phép cung cấp dịch vụ điều trị y tế và/hoặc chăm sóc y tế và/hoặc các dịch vụ phục vụ cho Người được bảo hiểm. Bảo hiểm Bảo Việt cũng có thể chỉ định một đại diện thay mặt giải quyết bồi thường cho Người được bảo hiểm.

Dưới đây là chi tiết những quyền lợi bảo hiểm cơ bản của quyền lợi bảo hiểm chính. Số tiền bảo hiểm và các giới hạn phụ được quy định cụ thể trong hợp đồng bảo hiểm.

1. Tiền phòng, giường

Bảo hiểm Bảo Việt sẽ chi trả cho các chi phí tiền phòng, giường trong quá trình điều trị nội trú và điều trị trong ngày, bao gồm tiền ăn theo tiêu chuẩn điều trị (tức là do bệnh viện cung cấp theo tiêu chuẩn phòng nằm của bệnh viện). Bảo hiểm Bảo Việt không chi trả cho các chi phí khác phát sinh như: điện thoại, báo, tiếp khách, mỹ phẩm.
Bảo hiểm Bảo Việt không chi trả quyền lợi bảo hiểm này nếu như về mặt y khoa các điều trị này có thể được điều trị ngoại trú.

2. Phòng chăm sóc đặc biệt

Bảo hiểm Bảo Việt sẽ chi trả cho các chi phí liên quan đến việc chăm sóc bệnh nhân tại các loại phòng chăm sóc đặc biệt ICU (Intensive Care Unit), HDU (High Dependency Unit), CCU (Coronary Care Unit) trong quá trình điều trị nội trú hoặc điều trị trong ngày.

3. Tiền giường cho người nhà đến chăm sóc

Chỗ ở tại bệnh viện đối với bố/mẹ/người giám hộ hợp pháp lưu lại cùng với Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi, đã nhập viện điều trị nội trú tại một bệnh viện. Quyền lợi này chỉ áp dụng

cho bố hoặc mẹ/người giám hộ mỗi tối khi trẻ điều trị nội trú tại bệnh viện, với điều kiện trẻ là Người được bảo hiểm.

4. Các chi phí bệnh viện tổng hợp

Nếu Người được bảo hiểm phải nằm viện, Bảo hiểm Bảo Việt sẽ chi trả cho Người được bảo hiểm những chi phí về dịch vụ y tế hay dược phẩm cung cấp bởi bệnh viện, bao gồm nhưng không giới hạn cho các chi phí sau:

a) Thuốc và dược phẩm sử dụng trong khi nằm viện;
b) Băng, nẹp thông thường và bột;
c) Xét nghiệm;
d) Điện tâm đồ;
e) Xét nghiệm chuyển hoá cơ bản;
f) Vật lý trị liệu;
g) Liệu pháp X-quang, liệu pháp radi; radi và đồng vị;
h) X-quang;
i) Tiêm truyền tĩnh mạch;
j) Chi phí hành chính và chi phí máu, huyết tương;
k) Các chi phí y tế liên quan khác.

Các chi phí xét nghiệm hoặc chẩn đoán bằng hình ảnh như X-quang, MRI, CT, PET hoặc tương tự: Các chi phí này phải do bác sĩ chỉ định là biện pháp tối cần thiết để đánh giá tình trạng bệnh hoặc thương tật và phải là một phần của chi phí điều trị nằm viện.

5. Chi phí khám trước khi nhập viện

Bảo hiểm Bảo Việt sẽ chi trả các chi phí khám, kiểm tra, siêu âm, chụp chiếu, xét nghiệm cơ bản và tiền thuốc theo chỉ định của bác sĩ, liên quan trực tiếp đến bệnh/thương tật cần phải nhập viện, và là cơ sở trực tiếp để bác sĩ đưa ra chỉ định nhập viện để điều trị. Chi phí khám trước khi nhập viện chỉ được chấp nhận một lần gần nhất được thực hiện trong vòng 30 ngày trước khi nhập viện trừ trường hợp có thỏa thuận khác trong hợp đồng bảo hiểm.

6. Chi phí tái khám sau khi xuất viện

Bảo hiểm Bảo Việt sẽ chi trả các chi phí y tế phát sinh theo chỉ định của bác sĩ ngay khi Người được bảo hiểm xuất viện và có liên quan trực tiếp đến đợt điều trị nội trú trước đó. Các chi phí này bao gồm chi phí khám, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh và thuốc phát sinh trong vòng 90 ngày kể từ ngày Người được bảo hiểm xuất viện trừ trường hợp có thỏa thuận khác trong hợp đồng bảo hiểm.

7. Chi phí y tá chăm sóc tại nhà

Bảo hiểm Bảo Việt sẽ chi trả chi phí cho các dịch vụ chăm sóc y tế của một y tá được cấp giấy phép hành nghề hợp pháp cho Người được bảo hiểm được hưởng ngay sau khi rời bệnh viện tại nơi ở của Người được bảo hiểm, thực hiện theo chỉ định của bác sĩ điều trị vì những lý do đặc thù của ngành y. Thời hạn điều trị được giới hạn tối đa không quá số ngày quy định trong bảng quyền lợi bảo hiểm và sau khi được điều trị tối thiểu là 7 ngày tại bệnh viện.

8. Chi phí phẫu thuật

Bảo hiểm Bảo Việt sẽ chi trả các chi phí y tế liên quan đến một ca phẫu thuật nội trú hoặc phẫu thuật trong ngày như định nghĩa, bao gồm chi phí thuốc men, vật tư tiêu hao, các thiết bị cần thiết không nằm trong điểm loại trừ, các thủ thuật điều trị/phẫu thuật, phòng mổ, phẫu thuật viên, các chi phí gây mê và các chi phí thông thường cho các chẩn đoán trước khi mổ và hồi sức sau khi mổ, chi phí tái mổ. Chi phí phẫu thuật không bao gồm các thủ thuật chẩn đoán bệnh.

9. Chi phí cấy ghép nội tạng

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

10. Chi phí hội chẩn chuyên khoa

Bảo hiểm Bảo Việt sẽ trả chi phí khám chuyên khoa trong thời gian điều trị nội trú theo giới hạn một lần khám một ngày, 90 ngày/năm theo mức giới hạn phụ được ghi trong bảng quyền lợi bảo hiểm.

11. Chi phí điều trị tai nạn thai kỳ khẩn cấp ngay sau khi tai nạn

Nếu Người được bảo hiểm bị tai nạn dẫn đến thương tổn đối với bà mẹ hoặc thai nhi cần phải điều trị cấp cứu thì Bảo hiểm Bảo Việt sẽ chi trả những chi phí thực tế phát sinh, hợp lý và cần thiết cho những điều trị đó nhưng tối đa không vượt quá mức giới hạn phụ quy định trong bảng quyền lợi bảo hiểm. Tuy nhiên, quyền lợi này loại trừ mọi chi phí liên quan đến việc sinh nở và hậu quả của tai nạn (như dưỡng thai, nuôi phôi v.v...)

12. Chi phí cấp cứu tai nạn răng khẩn cấp (điều trị nội trú trong vòng 24 giờ tại phòng cấp cứu khẩn cấp của bệnh viện sau khi tai nạn xảy ra)

Nếu Người được bảo hiểm bị tai nạn dẫn đến thương tổn đối với răng tự nhiên chắc khoẻ cần phải điều trị răng khẩn cấp tại bệnh viện trong vòng 24 giờ kể từ khi tai nạn xảy ra, thì Bảo

hiểm Bảo Việt sẽ chi trả những chi phí hợp lý cần thiết cho những điều trị đó nhưng tối đa không vượt quá mức giới hạn phụ qui định trong bảng quyền lợi bảo hiểm.
Răng tự nhiên chắc khoẻ là răng không phải răng giả, không bị sâu, không bị trám nhiều hơn 2 mặt răng, không bị yếu, lung lay do các bệnh về nướu, không bị mất chân răng hoặc đang phải chữa tuỷ.
Chi phí cấp cứu tai nạn răng khẩn cấp không bao gồm việc trồng răng hoặc thay răng giả.

13. Chi phí vận chuyển trong trường hợp khẩn cấp

Là chi phí vận chuyển bằng xe cứu thương trong trường hợp khẩn cấp để đưa Người được bảo hiểm từ nơi xảy ra sự cố đến cơ sở y tế gần nhất, hoặc chuyển từ bệnh viện này sang bệnh viện khác có sự chỉ định của bác sĩ. Giới hạn của quyền lợi này được quy định trong bảng quyền lợi bảo hiểm.

14. Vận chuyển y tế cấp cứu và hồi hương

Chi tiết tại Phần VI của quy tắc bảo hiểm

15. Chi phí điều trị phòng cấp cứu

Bảo hiểm Bảo Việt sẽ trả những chi phí điều trị tiến hành trong vòng 24 giờ tại phòng khám cấp cứu của bệnh viện cho việc cấp cứu do tai nạn hoặc ốm bệnh khẩn cấp theo định nghĩa Điều trị cấp cứu. Giới hạn bảo hiểm được ghi rõ trong bảng quyền lợi bảo hiểm.

16. Điều trị rối loạn tâm thần cấp tính (điều trị nội trú)

Bảo hiểm Bảo Việt sẽ chi trả các chi phí y tế liên quan đến việc điều trị nội trú tại một bệnh viện có chức năng điều trị tâm thần đối với những tình huống Người được bảo hiểm bị rối loạn tâm thần cấp tính. Tất cả việc điều trị phải được sự giám sát của bác sĩ chuyên khoa tâm thần, tuy nhiên quy tắc bảo hiểm này vẫn chi trả cho lần đi khám ban đầu với bác sĩ không chuyên khoa.

17. Trợ cấp thăm người bệnh ở nước ngoài

Một người thân của Người được bảo hiểm đến thăm Người được bảo hiểm đang đi du lịch hoặc công tác học tập một mình phải nằm viện và tiến hành phẫu thuật ngoài quê hương hoặc nước thường trú trong thời gian quá 7 ngày liên tục với điều kiện có sự chấp thuận của Bảo hiểm Bảo Việt.

18. Trợ cấp ngày nằm viện công

Bảo hiểm Bảo Việt sẽ chi trả số tiền ghi trên bảng quyền lợi bảo hiểm cho mỗi ngày nằm viện điều trị nội trú qua đêm tại bệnh viện công lập, tối đa 20 đêm/thời hạn bảo hiểm.

19. Bảo hiểm AIDS/HIV

Được bảo hiểm cho việc điều trị vi rút 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, kể cả các kết quả điều trị phát sinh mà xảy ra trong thời gian hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm, bao gồm (các) năm tái tục và xuất hiện sau khi hợp đồng liên tục 5 năm kể từ ngày hiệu lực bảo hiểm đầu tiên. Quyền lợi bảo hiểm này được tính ở cả (các) giới hạn hàng năm và giới hạn phụ, tổng tối đa quyền lợi cả đời Người được bảo hiểm bằng 10% của số tiền bảo hiểm quyền lợi bảo hiểm chính, quy định cụ thể trong bảng quyền lợi bảo hiểm.

B. Quyền lợi bảo hiểm bổ sung

1. Điều trị ngoại trú do bệnh, tai nạn

Quyền lợi bổ sung này mở rộng chi trả cho các chi phí y tế điều trị ngoại trú do bệnh, tai nạn, số tiền bảo hiểm và các giới hạn phụ được quy định cụ thể trong hợp đồng bảo hiểm:

1.1. Điều trị ngoại trú do bệnh, tai nạn

a. Chi phí khám bệnh.

b. Chi phí thuốc theo kê đơn của bác sĩ.

c. Chi phí xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh cho việc điều trị bệnh thuộc phạm vi bảo hiểm.

d. Chi phí phẫu thuật/thủ thuật ngoại trú và trong ngày (không phát sinh chi phí tiền giường/phòng).

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

f. Dụng cụ y tế cần thiết cho việc điều trị gãy chi, thương tật (như băng, nẹp) do bác sĩ chỉ định.

1.2. Điều trị bằng các phương pháp vật lý trị liệu, cấy chỉ, trị liệu học bức xạ, nhiệt, liệu pháp ánh sáng do bác sĩ chỉ định. Tối đa 60 ngày/năm

1.3. Kiểm tra sức khỏe định kỳ, tiêm vắc xin

2. Bảo hiểm thai sản

(Áp dụng cho phụ nữ có độ tuổi từ 18 đến 45)

Quyền lợi:

a) Biến chứng thai sản và sinh mổ

Bảo hiểm Bảo Việt sẽ chi trả các chi phí y tế phát sinh do các biến chứng thai sản trong quá trình mang thai hoặc trong quá trình sinh nở cần đến các thủ thuật sản khoa, các chi phí cho 1 lần khám gần nhất trong vòng 30 ngày trước khi sinh. Phẫu thuật sinh mổ chỉ được bảo hiểm nếu do bác sĩ chỉ định là cần thiết cho ca sinh. Biến chứng thai sản là tình trạng bất thường của bào thai, biến chứng do nguyên nhân bệnh lý phát sinh trong quá trình mang thai của Người được bảo hiểm (nhưng không liên quan đến việc điều trị vô sinh, sinh non, sinh nở) phải điều trị theo chỉ định của bác sĩ. Biến chứng thai sản bao gồm các trường hợp sau:

- Sảy thai hoặc thai nhi chết trong tử cung;
- Mang thai trứng nước;
- Thai ngoài tử cung;
- Băng huyết sau khi sinh;
- Sót nhau thai trong tử cung sau khi sinh;
- Phá thai 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 đối với thai từ tuần thứ 22 đến tuần thứ 35 của thai kỳ;
- 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 sĩ chuyên khoa, các chi phí cho 01 lần khám gần nhất trong vòng 30 ngày trước khi sinh.

3. Bảo hiểm nha khoa

Các quyền lợi như được liệt kê dưới đây, chi tiết quy định trong bảng quyền lợi bảo hiểm:

a. Các chi chăm sóc răng thông thường

- Khám và chẩn đoán bệnh
- Lấy cao răng

b. Các chi phí điều trị răng

- Trám răng bằng các chất liệu thông thường (amalgam, composite, fuji hoặc chất liệu tương tự)
- Nhổ răng sâu
- Nhổ những răng bị ảnh hưởng, răng bị phủ nướu hoặc không thể mọc được
- Nhổ chân răng
- 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

c. Các chi phí điều trị răng đặc biệt, làm răng giả

- Làm mới hoặc sửa cầu răng, phủ chóp răng, răng giả

4. Bảo hiểm tai nạn cá nhân

a. Phạm vi bảo hiểm:

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

b. Quyền lợi bảo hiểm:

- Trường hợp Người được bảo hiểm bị tử vong hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, Bảo hiểm Bảo Việt trả toàn bộ số tiền bảo hiểm quy định tương ứng tại hợp đồng bảo hiểm.
- Trường hợp Người được bảo hiểm bị thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, Bảo hiểm Bảo Việt trả theo Phụ lục Bảng tỷ lệ trả tiền tử vong/thương tật vĩnh viễn đính kèm quy tắc bảo hiểm.
- Trường hợp Người được bảo hiểm bị tai nạn dẫn đến thương tật bộ phận vĩnh viễn đã được trả tiền bảo hiểm, trong vòng 365 ngày kể từ ngày xảy ra tai nạn nếu Người được bảo hiểm bị tử vong do hậu quả của chính tai nạn đó, Bảo hiểm Bảo Việt sẽ trả phần chênh lệch giữa số tiền bảo hiểm ghi trong hợp đồng bảo hiểm với số tiền đã trả trước đó.

Tổng số tiền bồi thường cho một Người được bảo hiểm không vượt quá 100% số tiền bảo hiểm tương ứng với quyền lợi bảo hiểm tai nạn cá nhân.

5. Bảo hiểm sinh mạng

a. Phạm vi bảo hiểm:

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

b. Quyền lợi bảo hiểm:

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

Với hợp đồng bảo hiểm cá nhân: Quyền lợi này không áp dụng đối với Người được bảo hiểm từ 70 tuổi trở lên.

6. Bảo hiểm hỗ trợ du học sinh

Quyền lợi bổ sung này mở rộng hỗ trợ bảo hiểm cho các đối tượng du học sinh là Người được bảo hiểm trong các trường hợp sau:

a. Gián đoạn học tập: Khi quyền lợi này là một phần của hợp đồng bảo hiểm và nếu trong thời hạn bảo hiểm, việc học của Người được bảo hiểm bị gián đoạn hơn 30 ngày liên tục và hậu quả của việc:

- Người được bảo hiểm phải nằm viện hơn 30 ngày do ốm bệnh hoặc tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm.
- Thành viên gia đình bao gồm bố, mẹ, anh chị em ruột của Người được bảo hiểm bị tử vong.

Bảo hiểm Bảo Việt sẽ chi trả với mức quy định trên bảng quyền lợi bảo hiểm trong trường hợp:

- Học phí học lại mà Người được bảo hiểm phải trả để có thể học lại các kỳ học gián đoạn hoặc sau khi bình phục; hoặc
- Phần học phí bị mất của kỳ học bị gián đoạn đã được chi trả trước cho tổ chức đào tạo nước ngoài.

Trong trường hợp yêu cầu bồi thường phải có giấy chứng nhận của bác sĩ về tình trạng mất khả năng và không thể tiếp tục khóa học do ốm bệnh hoặc tai nạn và phải nộp các biên lai/chứng từ hợp lệ từ tổ chức đào tạo nước ngoài chứng minh khoản học phí học lại hoặc học phí bị mất nói trên và số tiền ghi trên biên lai này sẽ được dùng làm cơ sở giải quyết bồi thường theo quy định trong bảng quyền lợi bảo hiểm. Trường hợp thành viên gia đình của Người được bảo hiểm tử vong yêu cầu nộp giấy chứng tử và hồ sơ liên quan để phục vụ giải quyết bồi thường.

Quyền lợi bảo hiểm này loại trừ các trường hợp bị gián đoạn do hoặc gây ra bởi:

- Sự thay đổi kế hoạch của Người được bảo hiểm hoặc thành viên gia đình vì bất kỳ lý do nào;
- Tình trạng tài chính của Người được bảo hiểm và thành viên gia đình;
- Bất kỳ nghĩa vụ kinh doanh hoặc theo hợp đồng nào của Người được bảo hiểm hoặc thành viên gia đình;
- Khoản học phí được hoàn trả hoặc được chi trả từ nguồn khác.

b. Bảo hiểm người Bảo trợ: Khi quyền lợi này là một phần của hợp đồng bảo hiểm và nếu người bảo trợ của Người được bảo hiểm bị tai nạn hoặc ốm bệnh dẫn đến tử vong hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn, Bảo hiểm Bảo Việt sẽ chi trả cho Người được bảo hiểm một

khoản tiền để hỗ trợ giáo dục và trang trải khi ở nước ngoài theo giới hạn quy định trong bảng quyền lợi bảo hiểm.

Ghi chú: Người được bảo hiểm không được đòi bồi thường cùng lúc cho mục a. Gián đoạn học tập và mục b. Bảo hiểm Người Bảo trợ cho cùng một sự kiện

Quyền lợi bảo hiểm phần này sẽ không chi trả cho những tổn thất phát sinh khi người bảo trợ của Người được bảo hiểm tham gia các hoạt động hay nghề nghiệp sau: lặn, hầm mỏ hay các nhân viên làm việc dưới mặt đất; làm việc ở độ cao trên 30m so với mặt đất; xưởng cưa và xẻ gỗ; công nhân trong các nhà máy chế biến chất nổ, vũ khí, đạn dược, dầu thô, khai thác gaz, dầu mỏ, xi măng, đá, công nhân xây dựng ngoài công trường, khai thác đá, amiăng, năng lượng hạt nhân nguyên tử và nghiên cứu khoa học ngoài không gian.

c. Bảo hiểm khủng bố

Các loại khủng bố như định nghĩa trừ khủng bố hạt nhân, hóa học, sinh học nào hoặc bất cứ nguyên nhân hay sự kiện nào khác đóng góp đồng thời hoặc theo một trình tự khác dẫn đến tổn thất.

7. Bảo hiểm Trợ cấp mất giảm thu nhập/Trợ cấp lương (áp dụng cho hợp đồng bảo hiểm tổ chức)

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

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

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

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

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

Hoặc

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

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

PHẦN III. CÁC ĐIỂM LOẠI TRỪ CHUNG

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

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

1. Các chi phí điều trị bất hợp lý, không cần thiết về mặt y tế, không theo thông lệ hợp lý và không theo chỉ định của bác sĩ.
2. Không bảo hiểm trong năm đầu tiên tham gia bảo hiểm đối với: bệnh đặc biệt, bệnh có sẵn như định nghĩa.
3. Hành động cố ý của Người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp.
4. Người được bảo hiểm từ 14 tuổi trở lên vi phạm pháp luật bị khởi tố hình sự; vi phạm nội quy, quy định của chính quyền địa phương hoặc các tổ chức xã hội, vi phạm nội quy của cơ quan theo Luật lao động.
5. Người được bảo hiểm điều khiển phương tiện tham gia giao thông mà trong máu hoặc hơi thở có nồng độ cồn vượt quá 50 miligam/100 mililít máu hoặc 0,25 miligam/1 lít khí thở; hoặc vi phạm những quy định khác của Luật trật tự, an toàn giao thông đường bộ (và các sửa đổi, bổ sung, thay thế nếu có).
6. Người được bảo hiểm bị tác động bởi chất kích thích, chất gây nghiện, thuốc cai nghiện, thuốc không được bác sĩ chuyên môn kê toa, rượu, bia hoặc các chất có cồn và việc ảnh hưởng này là nguyên nhân gây ra tai nạn.
7. Hậu quả của việc sử dụng ma túy, các chất có cồn; điều trị nghiện.
8. Các chi phí để có cơ quan cấy ghép nội tạng như cho, nhận, mua, vận chuyển, bảo quản nội tạng. Tuy nhiên, hợp đồng bảo hiểm này bảo hiểm cho các chi phí y tế cho việc cấy ghép nội tạng vào cơ thể.

9. Bất kỳ hành động cố ý phạm pháp hoặc ẩu đả của Người được bảo hiểm, trừ khi là hành động cứu người, bảo vệ tài sản hoặc tự vệ có văn bản xác nhận của cơ quan có thẩm quyền.

10. Các chi phí khám và điều trị liên quan đến răng bao gồm cả điều trị nội trú và ngoại trú, trừ điều trị cấp cứu tai nạn răng khẩn cấp và trường hợp có tham gia quyền lợi bổ sung Bảo hiểm nha khoa.

11. Tham gia vào các hoạt động hàng không (trừ khi với tư cách là hành khách trên các chuyến bay thương mại), tham gia các cuộc diễn tập huấn luyện quân sự, tham gia chiến đấu của lực lượng vũ trang.

12. Những rủi ro mang tính chất thảm họa như động đất, núi lửa, sóng thần; nhiễm phóng xạ; dịch bệnh truyền nhiễm nhóm A,B/đại dịch/tình trạng y tế khẩn cấp theo công bố của WHO hoặc Cơ quan Nhà nước có thẩm quyền.

13. Các rủi ro phát sinh từ hoặc liên quan đến chiến tranh, nội chiến, đình công, khủng bố, bạo động, dân biến, tiến hành bạo động vũ trang làm rối loạn trật tự xã hội, 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.

14. Tham gia tập luyện hoặc tham gia thi đấu các hoạt động thể thao chuyên nghiệp, tham gia các hoạt động thể thao mạo hiểm, trừ trường hợp có thỏa thuận khác trong hợp đồng bảo hiểm.

15. Kiểm tra và điều trị các bệnh lây qua đường tình dục như: hạ cam mềm, u hạt bẹn, lậu, giang mai, herpes sinh dục, sùi mào gà (mồng gà), HPV sinh dục, bệnh do rận mu (chấy cua), chlamydia, trichomonas, trùng roi, bệnh hột xoài (u lympho sinh dục), nhiễm cytomegalo virus, u mềm lây ở người trên 10 tuổi, hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS), tình trạng và bệnh liên quan đến virut HIV, các bệnh lây qua đường tình dục khác; và mọi biến chứng/hậu quả liên quan đến những bệnh/hội chứng/tình trạng kể trên.

16. Bệnh bẩm sinh, khuyết tật bẩm sinh, dị tật bẩm sinh, các bệnh hoặc dị dạng thuộc về gen, tình trạng sức khỏe di truyền với các dấu hiệu từ lúc sinh.

17. Điều trị suy thận mãn tính, các phương pháp thẩm tách (lọc máu nhân tạo). Tuy nhiên, Bảo hiểm Bảo Việt sẽ trả các chi phí thẩm tách phát sinh:

    a. Ngay trước và sau phẫu thuật.

    b. Liên quan tới việc tổn thương thận cấp tính thứ phát khi Người được bảo hiểm phải điều trị tại phòng chăm sóc đặc biệt.

18. Kiểm tra sức khỏe định kỳ, xét nghiệm định kỳ; kiểm tra sức khỏe tổng quát; tầm soát ung thư; giám định y khoa hoặc tư vấn y tế không liên quan đến điều trị bệnh hoặc thương tật, bao gồm cả kiểm tra phụ khoa/nam khoa; khám/điều trị cho tình trạng thiếu/rối loạn hooc-môn sinh trưởng, tiền mãn kinh hay mãn kinh ở phụ nữ; khám định kỳ cho trẻ mới sinh; tất cả các hình thức tiêm chủng, vắc xin và thuốc phòng ngừa (trừ trường hợp tiêm vắc-xin sau khi bị tai nạn hay súc vật, côn trùng cắn); khám thai định kỳ (trừ trường hợp có thỏa thuận khác).

19. Đục thủy tinh thể do thoái hóa; lác mắt; Kiểm tra thị lực/thính giác thông thường; Lão hóa, thoái hóa, điều trị suy biến tự nhiên/không phải vì lý do bệnh lý cho việc suy giảm thính thị lực, như: các tật khúc xạ như cận thị, viễn thị và loạn thị và bất kỳ điều trị/phẫu thuật để phục hồi hiệu chỉnh nào đối với các khuyết tật thoái hóa thính giác và thị giác. Riêng bệnh khô mắt, mỏi mắt điều tiết, rối loạn điều tiết mắt được bảo hiểm với tổng giới hạn cho một lần khám bằng 5% số tiền bảo hiểm quyền lợi điều trị ngoại trú, và không vượt quá số tiền bảo hiểm quyền lợi điều trị ngoại trú.

20. Điều trị và phẫu thuật theo yêu cầu của Người được bảo hiểm mà không liên quan tới điều kiện điều trị và phẫu thuật bình thường do ngành y tế quy định.

21. Khám và các xét nghiệm/chẩn đoán hình ảnh không có kết luận bệnh của bác sĩ, hoặc bác sĩ kết luận là không có bệnh (không áp dụng với lần tái khám đầu tiên sau khi xuất viện nội trú theo chỉ định của bác sĩ); các chi phí không liên quan đến rủi ro thuộc phạm vi bảo hiểm.

22. Điều trị thẩm mỹ, phẫu thuật thẩm mỹ, phẫu thuật tạo hình, các biến chứng của việc điều trị thẩm mỹ/phẫu thuật thẩm mỹ/phẫu thuật tạo hình; chỉnh hình (không bao gồm trường hợp phẫu thuật chỉnh hình nhằm mục đích tái tạo để phục hồi chức năng của cơ quan/bộ phận cơ thể bị tổn thương phát sinh trong thời hạn bảo hiểm).

23. Các điều trị tăng sắc tố (nám da), điều trị mụn/trứng cá, điều trị chứng rụng tóc bị loại trừ riêng đối với quyền lợi điều trị ngoại trú. Trường hợp Người được bảo hiểm bị những bệnh này phải điều trị nội trú thì vẫn được giải quyết theo quyền lợi điều trị nội trú.

24. Chi phí để mua, cung cấp, bảo dưỡng, sửa chữa hay thay thế: bộ phận giả, các bộ phận/thiết bị/dụng cụ y tế phục vụ điều trị như định nghĩa (trừ trường hợp có thỏa thuận khác trong hợp đồng bảo hiểm).

25. Thực phẩm chức năng, khoáng chất, các chất hữu cơ bổ sung cho chế độ dinh dưỡng hoặc phục vụ cho chế độ ăn kiêng có sẵn trong tự nhiên, các sản phẩm dược mỹ phẩm, các loại vitamin (trừ trường hợp các loại vitamin đó được kê đơn kèm theo thuốc điều trị và chi phí cho các loại vitamin này không lớn hơn 20% tổng toa thuốc).

26. Kế hoạch hóa gia đình; khám và điều trị cho tình trạng vô sinh/hiếm muộn; điều trị bất lực; rối loạn chức năng sinh dục hay điều trị sinh lý; thụ tinh nhân tạo (bao gồm tất cả các hình thức), biến chứng thai sản trên Người được bảo hiểm có thai qua thụ tinh bằng phương pháp nhân tạo; điều trị các vấn đề về giới tính; hay bất cứ hậu quả hoặc biến chứng nào của các điều trị trên.

27. Khám và điều trị kiểm soát trọng lượng cơ thể (tăng hoặc giảm cân), suy dinh dưỡng, còi xương, béo phì.

28. Bệnh rối loạn tâm thần và hành vi, bệnh tâm thần, loạn thần kinh, bệnh về tâm lý, rối loạn dạng cơ thể, bệnh chậm phát triển, bệnh rối loạn thiếu tập trung, bệnh tự kỉ, rối loạn giấc ngủ, mất ngủ, ngủ ngáy không rõ nguyên nhân, suy nhược thần kinh và suy nhược cơ thể không có nguyên nhân bệnh lý, hội chứng căng thẳng (stress) hoặc các bệnh có liên quan từ hội chứng đó.

29. Điều trị tại phòng mạch bác sĩ tư, phòng nha tư nhân không có giấy phép hành nghề và không cung cấp được chứng từ/hóa đơn tài chính theo quy định của luật pháp trừ trường hợp có quy định khác được ghi rõ trong bảng tóm tắt hợp đồng bảo hiểm hoặc sửa đổi bổ sung.

30. Trường hợp Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm kê khai/cung cấp thông tin không trung thực hay không đầy đủ về tình trạng bệnh/thương tật, Bảo hiểm Bảo Việt có quyền giảm trách nhiệm toàn bộ hoặc một phần đối với khiếu nại bồi thường của hợp đồng bảo hiểm.

31. Mọi chi phí và quyền lợi liên quan đến các đối tượng không đủ điều kiện tham gia theo hợp đồng bảo hiểm.

32. Rủi ro xảy ra hay điều trị y tế ngoài phạm vi địa lý được bảo hiểm; Tai nạn xảy ra ngoài thời hạn bảo hiểm; chi phí y tế xảy ra ngoài thời hạn bảo hiểm là hậu quả của tai nạn xảy ra trong thời hạn bảo hiểm.

33. Dịch vụ khám/điều trị tại nhà; Dịch vụ khám chữa bệnh từ xa của các bệnh viện/phòng khám; Khám và điều trị tại bệnh viện/phòng khám không đúng theo định nghĩa của quy tắc bảo hiểm, bao gồm cả việc chỉ định của bác sĩ tại bệnh viện/phòng khám này đối với việc mua thuốc/xét nghiệm/điều trị tại bệnh viện/phòng khám/nhà thuốc hợp pháp (Trừ trường hợp có thỏa thuận khác trong hợp đồng bảo hiểm).

34. Việc điều trị thử nghiệm, điều trị không được khoa học công nhận. Các chi y tế phát sinh từ dịch vụ điều trị miễn phí tại bất kỳ cơ sở y tế nào, khám/điều trị mang tính chất dự phòng.

35. Việc điều trị y tế do sai sót chuyên môn của bác sĩ.

36. Sử dụng thuốc không có đơn thuốc; điều trị y tế và/hoặc sử dụng thuốc không theo chỉ định của bác sĩ; các thuốc chưa được phép lưu hành hợp pháp.

37. Điều trị, phẫu thuật cho bệnh/thương tật bằng phương pháp cấy tế bào gốc như: chi phí chiết xuất, xử lý, cấy tế bào gốc, điều trị duy trì sau khi cấy tế bào gốc và hậu quả của phương pháp điều trị này. Phương pháp cấy tế bào gốc chỉ được bảo hiểm cho chi phí ngày nằm viện nội trú tại các bệnh viện công lập trừ khi có thỏa thuận khác trong Hợp đồng bảo hiểm.

38. Các quyền lợi phát sinh liên quan và chi phí theo chỉ định của các cơ sở y tế không được chi trả bảo hiểm được cập nhật trên trang thông tin điện tử chính thức của Công ty bảo hiểm và/hoặc được quy định trong hợp đồng bảo hiểm, nếu có sự khác biệt thì sẽ ưu tiên áp dụng theo quy định trong hợp đồng bảo hiểm.

39. Các bệnh/tình trạng sau đây sẽ không được bảo hiểm trong năm đầu tiên tham gia bảo hiểm cho dù xảy ra trước hay sau khi hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, bao gồm:

a) Bệnh hệ hô hấp:	Viêm V.A cần phải nạo, sùi vòm họng, viêm amidan cần phải cắt, viêm xoang, vẹo vách ngăn cần phẫu thuật, bệnh hen/suyễn.
b) Bệnh hệ tai:	Viêm tai giữa cần phải phẫu thuật, cắt bỏ xương xoăn.
c) Bệnh hệ mạch:	Viêm tĩnh mạch và viêm tắc/nghẽn tĩnh mạch, giãn tĩnh mạch chi dưới, hội chứng ống cổ tay, bệnh mạch bạch huyết/hạch bạch huyết, trĩ.
d) Bệnh rối loạn chuyển hóa các loại	
e) Bệnh hệ cơ, xương, khớp	Viêm khớp mãn tính, viêm đa khớp mãn tính, thoái hóa cột sống, thoái hóa đốt sống, thoái hóa xương khớp các loại, thoát vị đĩa đệm, rối loạn mật độ và cấu trúc xương, bệnh gout (gút).
f) Bệnh hệ tiêu hóa	Bệnh loét dạ dày, loét tá tràng, loét đại tràng, viêm có loét đường tiêu hóa.
g) Bệnh/tình trạng khác	Sỏi, nang, mụn cơm, polyp các loại, rối loạn tiền đình, khám/điều trị liên quan đến rách/đứt/tái tạo dây chằng và sụn chêm.

40. Chi phí cho đối tượng không phải là Người được bảo hiểm (như bao phòng giường người nhà, chi phí khác cho người nhà của Người được bảo hiểm).

PHẦN IV: QUY ĐỊNH CHUNG

1. Đối tượng và điều kiện tham gia bảo hiểm

- Từ 15 ngày tuổi đến 69 tuổi nếu mới tham gia lần đầu hoặc đến 75 tuổi nếu tham gia tái tục.
- Không bị các bệnh tâm thần
- Không bị các bệnh ung thư (chỉ áp dụng cho Người được bảo hiểm tham gia năm đầu tiên)
- Không bị thương tật vĩnh viễn từ 80% trở lên
- Không đang trong thời gian điều trị nội trú bệnh đặc biệt (chỉ áp dụng cho Người được bảo hiểm tham gia năm đầu tiên)
- Là người Việt Nam hoặc người nước ngoài cư trú hợp pháp trong lãnh thổ Việt Nam và không rời khỏi Việt Nam liên tiếp hơn 180 ngày (quy định này không áp dụng với du học sinh ở nước ngoài).

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

Người phụ thuộc chỉ được bảo hiểm theo chương trình thấp hơn hoặc bằng mức quyền lợi với Người được bảo hiểm chính (bao gồm cả quyền lợi bảo hiểm chính và các quyền lợi bảo hiểm bổ sung) và phải được Bảo hiểm Bảo Việt chấp thuận.

Trẻ em mới sinh đủ điều kiện tham gia bảo hiểm sau 15 ngày tuổi kể từ ngày sinh hay kể từ ngày xuất viện, ngày nào xảy ra sau sẽ được chọn. Người được bảo hiểm phải nộp yêu cầu bảo hiểm cho đứa trẻ đó cùng với giấy chứng nhận đứa trẻ ở trong tình trạng sức khỏe tốt và phải được Bảo hiểm Bảo Việt chấp thuận.

Trẻ em dưới 18 tuổi yêu cầu tham gia cùng bố/mẹ.

Áp dụng bổ sung với hợp đồng bảo hiểm tổ chức:

Đối tượng tham gia bảo hiểm trong hợp đồng bảo hiểm tổ chức bao gồm

a. Nhân viên của Bên mua bảo hiểm.

b. Người thân của Nhân viên.

- Nhân viên chỉ được đăng ký bảo hiểm cho người thân của mình một lần vào đầu hiệu lực hợp đồng.
- Đăng ký sau ngày bắt đầu hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm chỉ áp dụng đối với các trường hợp sau:
    - Người thân của nhân viên mới vào làm việc;
    - Vợ hoặc chồng của nhân viên mới kết hôn;
    - Con mới sinh đủ tuổi và đủ điều kiện tham gia;
    - Người thân của nhân viên qua thời gian thử việc/tăng cấp giữa thời hạn bảo hiểm được phép mua cho người thân theo chính sách của công ty.

- Quyền lợi bảo hiểm của người thân tự động chấm dứt cùng thời điểm chấm dứt quyền lợi bảo hiểm của nhân viên.
- Tất cả người thân chỉ được tham gia bảo hiểm khi nhân viên cùng có tên trong danh sách tham gia bảo hiểm và chỉ được tham gia chương trình bằng hoặc thấp hơn nhân viên đó.
- Bên mua bảo hiểm có trách nhiệm khai báo danh sách nhân viên và người thân phù hợp với các quy định nêu trên. Bất cứ sự vi phạm nào có thể dẫn tới việc Bảo hiểm Bảo Việt từ chối bồi thường, hủy bảo hiểm đối với các trường hợp cụ thể.

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

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

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

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

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

4. Phí bảo hiểm và số tiền bảo hiểm

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

Đối với hợp đồng bảo hiểm cá nhân và hợp đồng bảo hiểm tổ chức dưới 150 nhân viên: Phí bảo hiểm được tính dựa trên chương trình bảo hiểm lựa chọn tham gia và độ tuổi của từng người được bảo hiểm theo biểu phí đính kèm quy tắc bảo hiểm.

Đối với hợp đồng bảo hiểm tổ chức từ 150 nhân viên trở lên: Phí bảo hiểm được tính dựa trên chương trình bảo hiểm lựa chọn tham gia và độ tuổi trung bình của tất cả Người được bảo hiểm.

5. Thời hạn thanh toán phí bảo hiểm

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

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

6. Điều khoản về tiền tệ

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

7. Quyền lợi bảo hiểm

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

b) Thời hạn bảo hiểm dưới một năm:

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

1. Phí bảo hiểm tính theo tỷ lệ:

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

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

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

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

Biểu phí ngắn hạn:

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

8. Thay đổi quyền lợi

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

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

- Nằm trong giới hạn của các nhóm quyền lợi đã khai báo đầu hiệu lực hợp đồng.

- Yêu cầu có sửa đổi bổ sung và nộp phí bổ sung khi có sự thay đổi lương/thay đổi cấp; trong trường hợp cần thiết, khách hàng phải cung cấp được các chứng từ chứng minh việc thay đổi này theo chính sách nhân sự của Bên mua bảo hiểm.

- Lịch sử bồi thường sẽ được tính tiếp vào nhóm quyền lợi mới.

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

9. Điều khoản thăng chức, thay đổi cấp bậc trong hợp đồng bảo hiểm tổ chức

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

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

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

- Nếu Người được bảo hiểm đã sử dụng vượt quá mức quyền lợi của cấp mới thì Người được bảo hiểm đó sẽ không được hưởng chi trả bảo hiểm nữa và Công ty bảo hiểm chỉ ghi nhận việc giảm cấp của trường hợp này.

10. Hiệu lực bảo hiểm/Thời gian chờ

Các quyền lợi bảo hiểm có áp dụng thời gian chờ như dưới đây:

10.1. Đối với hợp đồng bảo hiểm cá nhân:

a. Bảo hiểm tai nạn:

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

b. Bảo hiểm sinh mạng:

- 90 ngày đối với bệnh thông thường, nha khoa.

- 365 ngày đối với bệnh có sẵn, bệnh đặc biệt, thai sản, bệnh/tình trạng liệt kê trong điểm loại trừ chung số 39 của quy tắc bảo hiểm.

- 180 ngày đối với trẻ em đến 6 tuổi đối với các bệnh: viêm phế quản, viêm tiểu phế quản, viêm phổi các loại.

c. Điều trị nội trú:

- 30 ngày đối với bệnh thông thường.

- 365 ngày đối với bệnh có sẵn, bệnh đặc biệt, bệnh/tình trạng liệt kê trong điểm loại trừ chung số 39 của quy tắc bảo hiểm.

- 180 ngày đối với trẻ em đến 6 tuổi đối với các bệnh: viêm phế quản, viêm tiểu phế quản, viêm phổi các loại.

d. Điều trị ngoại trú:

- 30 ngày đối với bệnh thông thường.

- 365 ngày đối với bệnh có sẵn, bệnh đặc biệt, bệnh/tình trạng liệt kê trong điểm loại trừ chung số 39 của quy tắc bảo hiểm.

- 180 ngày đối với trẻ em đến 6 tuổi đối với các bệnh: viêm phế quản, viêm tiểu phế quản, viêm phổi các loại.

e. Bảo hiểm thai sản:

- 90 ngày đối với điều trị biến chứng thai sản.

- 635 ngày đối với trường hợp sinh con.

f. Bảo hiểm nha khoa:

- 30 ngày

10.2. Đối với hợp đồng bảo hiểm tổ chức:

10.2.1. Hợp đồng bảo hiểm tổ chức dưới 20 nhân viên:

a. Bảo hiểm tai nạn:

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

b. Bảo hiểm sinh mạng:

- 90 ngày đối với bệnh thông thường, nha khoa.

- 365 ngày đối với bệnh có sẵn, bệnh đặc biệt, thai sản, bệnh/tình trạng liệt kê trong điểm loại trừ chung số 39 của quy tắc bảo hiểm.

- 180 ngày đối với trẻ em đến 6 tuổi đối với các bệnh: viêm phế quản, viêm tiểu phế quản, viêm phổi các loại.

c. Điều trị nội trú, trợ cấp mất giảm thu nhập:

- 30 ngày đối với bệnh thông thường.

- 365 ngày đối với bệnh có sẵn, bệnh đặc biệt, bệnh/tình trạng liệt kê trong điểm loại trừ chung số 39 của quy tắc bảo hiểm.

- 180 ngày đối với trẻ em đến 6 tuổi đối với các bệnh: viêm phế quản, viêm tiểu phế quản, viêm phổi các loại.

d. Điều trị ngoại trú:

- 30 ngày đối với bệnh thông thường.

- 365 ngày đối với bệnh có sẵn, bệnh đặc biệt, bệnh/tình trạng liệt kê trong điểm loại trừ chung số 39 của quy tắc bảo hiểm.

- 180 ngày đối với trẻ em đến 6 tuổi đối với các bệnh: viêm phế quản, viêm tiểu phế quản, viêm phổi các loại.

e. Bảo hiểm thai sản:

- 90 ngày đối với điều trị biến chứng thai sản.

- 365 ngày đối với trường hợp sinh con.

f. Bảo hiểm nha khoa:

- 30 ngày

10.2.2. Hợp đồng bảo hiểm tổ chức trên 20 nhân viên:

a. Bảo hiểm tai nạn:

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

b. Bảo hiểm sinh mạng:

- 90 ngày đối với bệnh thông thường, nha khoa.

- 365 ngày đối với bệnh có sẵn, bệnh đặc biệt, thai sản, bệnh/tình trạng liệt kê trong điểm loại trừ chung số 39 của quy tắc bảo hiểm.

- 180 ngày đối với trẻ em đến 6 tuổi đối với các bệnh: viêm phế quản, viêm tiểu phế quản, viêm phổi các loại.

c. Điều trị nội trú, trợ cấp mất giảm thu nhập:

- Không áp dụng đối với bệnh thông thường.

- Không áp dụng đối với bệnh có sẵn, bệnh đặc biệt, bệnh/tình trạng liệt kê trong điểm loại trừ chung số 39 của quy tắc bảo hiểm.

d. Điều trị ngoại trú:

- Không áp dụng đối với bệnh thông thường.

- Không áp dụng đối với bệnh có sẵn, bệnh đặc biệt, bệnh/tình trạng liệt kê trong điểm loại trừ chung số 39 của quy tắc bảo hiểm.

e. Bảo hiểm thai sản:

Bồi thường theo tỉ lệ:

- 90 ngày đối với điều trị biến chứng thai sản.

- 365 ngày đối với trường hợp sinh con.

f. Bảo hiểm nha khoa:

- Không áp dụng thời gian chờ.

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

11. Kết thúc quyền lợi bảo hiểm

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

12. Bổ sung, sửa đổi hoặc hủy bỏ hợp đồng bảo hiểm áp dụng với hợp đồng bảo hiểm tổ chức

a. Trường hợp một trong hai bên muốn sửa đổi, bổ sung hợp đồng này phải thông báo cho bên kia bằng văn bản trước 30 ngày kể từ ngày hợp đồng sẽ được sửa đổi, bổ sung. Các sửa đổi bổ sung sẽ được lập thành phụ lục của hợp đồng.

b. Trường hợp Bên mua bảo hiểm không trung thực trong việc thực hiện các quy định trong bộ hợp đồng bảo hiểm, hợp đồng bảo hiểm sẽ bị hủy bỏ. Trong trường hợp này, Công ty bảo hiểm không chịu trách nhiệm bồi thường những rủi ro đã phát sinh. Công ty bảo hiểm sẽ hoàn lại 70% phí bảo hiểm của thời gian hiệu lực còn lại với điều kiện tại thời điểm đó hợp đồng bảo hiểm chưa phát sinh bồi thường.

c. Trường hợp một trong hai bên đề nghị chấm dứt hợp đồng bảo hiểm, bên yêu cầu chấm dứt phải thông báo bằng văn bản cho bên kia biết trước 30 ngày kể từ ngày có ý định chấm dứt. Việc chấm dứt hợp đồng phải phù hợp với quy định của Luật kinh doanh bảo hiểm, Bộ luật dân sự và tuân thủ theo hai trường hợp sau:

- Nếu hợp đồng được hai bên thỏa thuận chấm dứt theo yêu cầu chấm dứt hợp đồng bảo hiểm của Bên mua bảo hiểm, Công ty bảo hiểm sẽ hoàn trả 80% phí bảo hiểm của thời gian hiệu lực còn lại, với điều kiện đến thời điểm đó hợp đồng bảo hiểm chưa phát sinh bồi thường.
- Nếu hợp đồng được hai bên thỏa thuận chấm dứt theo yêu cầu chấm dứt hợp đồng bảo hiểm của Công ty bảo hiểm, Công ty bảo hiểm sẽ hoàn trả 100% phí bảo hiểm của thời gian hiệu lực còn lại dù trước đó có phát sinh bồi thường hay không.

13. Điều khoản tự động thêm bớt nhân sự/người thân áp dụng với hợp đồng bảo hiểm tổ chức

Tự động mở rộng bảo hiểm cho bất cứ nhân viên nào của Bên mua bảo hiểm kể từ ngày bắt đầu làm việc cho Bên mua bảo hiểm với số tiền bảo hiểm không vượt quá số tiền bảo hiểm đối với nhân viên cùng tính chất công việc, đồng thời bảo hiểm cũng sẽ tự động hủy bỏ kể từ ngày kết thúc hợp đồng lao động đối với bất kỳ nhân viên nào nghỉ việc, với điều kiện là Bên mua bảo hiểm có trách nhiệm thôngbáo cho Công ty bảo hiểm về sự thay đổi nhân viên hàng tháng trước ngày thứ 15 của tháng tiếp theo trong thời hạn bảo hiểm.

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

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

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

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

14. Điều khoản đảm bảo thanh toán phí và khôi phục hiệu lực hợp đồng áp dụng với hợp đồng bảo hiểm tổ chức

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

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

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

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

a) Kê khai đầy đủ, trung thực mọi thông tin có liên quan đến hợp đồng bảo hiểm theo yêu cầu của Công ty bảo hiểm;

b) Đọc và hiểu rõ điều kiện, điều khoản bảo hiểm, quyền, nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm khi giao kết hợp đồng bảo hiểm và nội dung khác của hợp đồng bảo hiểm;
c) Đóng phí bảo hiểm đầy đủ, đúng hạn theo thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm;
e) Áp dụng các biện pháp đề phòng, hạn chế tổn thất theo quy định của Luật Kinh doanh bảo hiểm và quy định khác của pháp luật có liên quan;
f) Bên mua bảo hiểm trong hợp đồng bảo hiểm tổ chức chịu trách nhiệm thu thập chữ ký/ủy quyền của Người được bảo hiểm cho quyền lợi tử vong.
g) Nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật.

16. Xác minh

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

17. Nghĩa vụ và thông báo thay đổi tình trạng bảo hiểm

Người được bảo hiểm phải thông báo ngay lập tức cho Bảo hiểm Bảo Việt về:
- Bất kỳ thay đổi nào về địa chỉ, nghề nghiệp hay công việc đang làm;
- Bất kỳ 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 được bảo hiểm không không trung thực và/hoặc không tuân thủ đúng các quy định trong quy tắc bảo hiểm này, Bảo hiểm Bảo Việt có quyền từ chối giải quyết bồi thường hoặc xét điều chỉnh số tiền bồi thường.

18. Luật chi phối và giải quyết tranh chấp

Mọi tranh chấp phát sinh từ quy tắc bảo hiểm/hợp đồng bảo hiểm mà không thể giải quyết bằng thương lượng sẽ được giải quyết ở Toà án của Việt Nam và theo Luật pháp Việt Nam (mọi chi phí liên quan đến án phí sẽ do Tòa án quyết định).

19. Bảo vệ và xử lý dữ liệu cá nhân

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

(i) Đồng ý nhận tài liệu "Điều khoản và điều kiện chung về bảo vệ và xử lý dữ liệu cá nhân" do Bảo hiểm Bảo Việt cung cấp/bàn giao dưới hình thức tự chủ động tiếp cận/đọc/tải xuống tài liệu này trên trang thông tin điện tử chính thức của Bảo hiểm Bảo Việt; và

(ii) Tự nguyện, biết rõ và đồng ý với danh mục các loại dữ liệu cá nhân được xử lý, mục đích xử lý dữ liệu cá nhân, quyền, nghĩa vụ của chủ thể dữ liệu đã được liệt kê cụ thể tại "Điều khoản và điều kiện chung về bảo vệ và xử lý dữ liệu cá nhân" của Bảo hiểm Bảo Việt; và

(iii) Đồng ý để Bảo hiểm Bảo Việt tiếp cận, thu thập (trực tiếp thu thập; thuê, sử dụng bất kỳ bên thứ ba nào do Bảo hiểm Bảo Việt chủ động quyết định mà không phải thông báo cho Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm để thu thập; hoặc cách thức thu thập khác phù hợp với quy định pháp luật), kiểm soát, xử lý (trực tiếp xử lý; thuê, sử dụng bất kỳ bên thứ ba nào do Bảo hiểm Bảo Việt chủ động quyết định mà không phải thông báo cho Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm để xử lý dữ liệu; hoặc cách thức xử lý dữ liệu khác phù hợp với quy định pháp luật) và lưu trữ dữ liệu cá nhân theo nội dung tại "Điều khoản và điều kiện chung về bảo vệ và xử lý dữ liệu cá nhân" và với các mục đích xử lý dữ liệu cá nhân đã được liệt kê tại "Điều khoản và điều kiện chung về bảo vệ và xử lý dữ liệu cá nhân" trên trang thông tin điện tử chính thức của Bảo hiểm Bảo Việt.

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

1. Hồ sơ yêu cầu bồi thường

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

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

1.2. Trường hợp tai nạn:

- Tai nạn sinh hoạt: Người được bảo hiểm phải có Bản tường trình về tai nạn, không yêu cầu xác nhận của Bên mua bảo hiểm hay Cơ quan chính quyền địa phương.

- Tai nạn lao động: Người được bảo hiểm phải có Bản tường trình về tai nạn có xác nhận của Bên mua bảo hiểm.

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

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

1.4. Các chứng từ y tế:

- Toa thuốc (được kê trên đơn thuốc/sổ khám bệnh/phiếu khám và theo quy định của Bộ Y tế);
- Sổ khám bệnh/sổ y bạ/phiếu khám có chẩn đoán bệnh của bác sĩ và chỉ định điều trị;
- Giấy ra viện (trong trường hợp nằm viện);

- Phiếu điều trị, chỉ định xét nghiệm/chẩn đoán hình ảnh, kết quả xét nghiệm/chẩn đoán hình ảnh, kết quả sinh thiết... (các tài liệu này là bắt buộc với hồ sơ ngoại trú, với hồ sơ nội trú chỉ cung cấp khi Bảo hiểm Bảo Việt yêu cầu);
- Giấy chứng nhận phẫu thuật/Phiếu mổ (trong trường hợp phải phẫu thuật/mổ)
- Và các chứng từ y tế khác có liên quan theo yêu cầu của Bảo hiểm Bảo Việt.

Tất cả các chứng từ y tế trên yêu cầu phải là bản gốc, có chữ ký, đóng dấu của cơ sở y tế (trừ đơn thuốc tại bệnh viện công có in mã vạch). Trường hợp không cung cấp được bản gốc có thể cung cấp bản sao của các chứng từ y tế trên có công chứng hoặc bản sao có xác nhận của Bảo hiểm Bảo Việt (riêng hồ sơ có chứng từ thanh toán là hóa đơn điện tử và không cung cấp hóa đơn chuyển đổi hóa đơn điện tử: chỉ chấp nhận chứng từ y tế bản sao (có công chứng/xác nhận) nếu hóa đơn điện tử định danh Tổng Công ty Bảo hiểm Bảo Việt). Trong mọi trường hợp, Bảo hiểm Bảo Việt có quyền yêu cầu Người được bảo hiểm cung cấp bản gốc để kiểm tra.

1.5. Các chứng từ thanh toán:

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

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

1.6. Các chứng từ liên quan đến Trợ cấp mất giảm thu nhập/trợ cấp lương:

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

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

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

1.9. 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 bồi thường và bảo lãnh viện phí

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

Trường hợp Người được bảo hiểm không sử dụng hoặc không được sử dụng dịch vụ bảo lãnh viện phí trực tiếp, hoặc khám và điều trị tại các bệnh viện/phòng khám hợp pháp nhưng không thuộc hệ thống bảo lãnh viện phí của chương trình, Người được bảo hiểm phải thanh toán mọi chi phí khám/điều trị trước, sau đó gửi toàn bộ hồ sơ cho Bảo hiểm Bảo Việt để thanh toán phần chi phí thuộc phạm vi bảo hiểm.

a. Thời hạn chi trả bồi thường:

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

b. Thông tin chung về chi trả bảo hiểm:

- Tất cả các chứng từ và tài liệu (bao gồm các hóa đơn gốc, giấy chứng nhận, các chiếu chụp X-quang...) mà Bảo hiểm Bảo Việt yêu cầu hỗ trợ cho việc chi trả bảo hiểm (bồi thường), bao gồm cả các kết quả về sức khỏe và bất kỳ các chi tiết nào về các tiền sử sức khỏe của Người được bảo hiểm sẽ phải được cung cấp miễn phí cho Bảo hiểm Bảo Việt, nếu được yêu cầu, trước khi bất kỳ việc chi trả bảo hiểm (bồi thường) nào được hoàn tất. Trường hợp thiếu thông tin y tế hoặc cần làm rõ hồ sơ, Người được bảo hiểm phải có trách nhiệm bổ sung các thông tin đó cho 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 thừa kế/Người thụ hưởng/Người được ủy quyền hợp pháp của Người được bảo hiểm theo đúng quy định của Pháp luật. Trong trường hợp Người được bảo hiểm không chỉ định Người thụ hưởng, hoặc Người thụ hưởng đã qua đời hoặc mất tích trong một thời gian nhất định, Bảo hiểm Bảo Việt trả tiền bồi thường cho Người thừa kế hợp pháp theo pháp luật về thừa kế.
- Trường hợp yêu cầu bồi thường cho người thân, nhân viên được thay mặt người thân để yêu cầu Bảo hiểm Bảo Việt chi trả bồi thường và nhận tiền bồi thường trừ trường hợp bồi thường cho quyền lợi tử vong phải theo quy định của Pháp luật về quyền thừa kế.

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

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

- Xuất trình thẻ bảo lãnh và Chứng minh nhân dân/Thẻ căn cước/Thẻ cư trú/Hộ chiếu), Giấy khai sinh (nếu Người được bảo hiểm là trẻ em) cho bệnh viện/phòng khám.
- Kiểm tra Giấy yêu cầu bồi thường mà bệnh viện/phòng khám cung cấp sau khi điều trị và ký tên để xác nhận việc điều trị của Người được bảo hiểm, đặt cọc theo quy định của bệnh viện/phòng khám (nếu có).
- Thanh toán các chi phí không thuộc phạm vi bảo hiểm hoặc vượt quá mức trách nhiệm bảo hiểm.

3. Trường hợp khẩn cấp

3.1. Yêu cầu cứu trợ, vận chuyển y tế cấp cứu

Trong trường hợp khẩn cấp, Người được bảo hiểm hoặc người đại diện phải gọi điện ngay lập tức đến hotline của Bảo hiểm Bảo Việt hoặc của Công ty cứu trợ do Bảo Việt chỉ định.

Để Bảo hiểm Bảo Việt có thể quyết định biện pháp trợ giúp, Người được bảo hiểm phải cung cấp những thông tin sau đây khi liên hệ:

- Tên Người được bảo hiểm, số hợp đồng bảo hiểm và ngày hết hạn bảo hiểm.
- Số điện thoại và địa điểm có thể liên hệ.
- Mô tả vắn tắt tình trạng sức khỏe thực tế của Người được bảo hiểm cần được cứu trợ.
- Tên, địa chỉ, số điện thoại của bệnh viện mà Người được bảo hiểm đã được chuyển đến.
- Tên, địa chỉ, số điện thoại của bác sĩ điều trị, và bác sĩ gia đình (nếu có).

Nhóm chuyên gia y tế của Công ty cứu trợ được phép tiếp xúc với Người được bảo hiểm để nắm được tình trạng sức khoẻ của họ. Nếu Người được bảo hiểm không tuân thủ trách nhiệm trên, Người được bảo hiểm sẽ không được nhận bất kỳ một hình thức cứu trợ y tế nào, trừ phi có lý do hợp lý để chứng minh rằng họ không thể thực hiện được nghĩa vụ trên.

3.2. Trường hợp tính mạng bị đe dọa

Trường hợp tính mạng của Người được bảo hiểm ở trong tình trạng nguy kịch, Người được bảo hiểm hoặc người đại diện của họ phải cố gắng thu xếp vận chuyển cấp cứu tới một bệnh viện gần nơi xảy ra rủi ro bằng phương tiện thích hợp, và phải thông báo cho Công ty cứu trợ và Bảo hiểm Bảo Việt càng sớm càng tốt.

3.3. Nhập viện trước khi thông báo cho Công ty cứu trợ

Trường hợp Người được bảo hiểm ốm đau hoặc thương tật thân thể cần thiết phải nằm viện, Người được bảo hiểm hoặc người đại diện của họ phải thông báo cho Bảo hiểm Bảo

Việt/Công ty cứu trợ do Bảo Việt chỉ định biết trong vòng 24 giờ kể từ khi nhập viện. Trường hợp không thực hiện thông báo trong thời hạn quy định trên, Bảo hiểm Bảo Việt/Công ty cứu trợ do Bảo Việt chỉ định có quyền yêu cầu Người được bảo hiểm phải chịu một phần chi phí vượt trội không hợp lý phát sinh do việc thông báo chậm trễ đó.

4. Thời hạn khiếu nại hợp đồng bảo hiểm

Người được bảo hiểm có quyền khiếu nại về việc trả tiền bảo hiểm của Bảo hiểm Bảo Việt trong vòng 6 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 3 năm kể từ ngày người có quyền yêu cầu biết hoặc phải biết quyền và lợi ích hợp pháp của mình bị xâm phạm.

PHẦN VI. VẬN CHUYỂN Y TẾ CẤP CỨU VÀ HỒI HƯƠNG

Những dịch vụ sau đây sẽ được áp dụng trong trường hợp vận chuyển y tế cấp cứu và hồi hương:

1. Hỗ trợ dịch vụ y tế

Công ty cứu trợ do Bảo Việt chỉ định, khi có yêu cầu, sẽ cung cấp tên, địa chỉ, số điện thoại và, nếu có thể, giờ làm việc của bác sĩ, bệnh viện, phòng khám, nha sĩ, phòng khám răng trong phạm vi lãnh thổ của chương trình lựa chọn (gọi chung là "Người cung cấp dịch vụ y tế"). Công ty cứu trợ sẽ không trực tiếp điều trị hay chẩn đoán và mặc dù Công ty cứu trợ cung cấp những thông tin trên nhưng quyền quyết định lựa chọn bác sĩ và cơ sở điều trị nào thuộc về Người được bảo hiểm. Tuy nhiên Công ty cứu trợ sẽ cố gắng hết sức và cẩn trọng khi tư vấn "Người cung cấp dịch vụ y tế" cho Người được bảo hiểm.

2. Thu xếp hẹn bác sĩ

(Chỉ áp dụng khi Người được bảo hiểm ra khỏi lãnh thổ Việt Nam)

Công ty cứu trợ do Bảo Việt chỉ định sẽ thu xếp cho Người được bảo hiểm hẹn gặp bác sĩ địa phương để khám hoặc điều trị.

3. Thu xếp nhập viện

(Chỉ áp dụng khi Người được bảo hiểm ra khỏi lãnh thổ Việt Nam)

Nếu Người được bảo hiểm lâm vào tình trạng nguy kịch cần phải nhập viện thì Công ty cứu trợ do Bảo Việt chỉ định sẽ thu xếp nhập viện cho Người được bảo hiểm khi có yêu cầu.

4. Thu xếp và chi trả các chi phí vận chuyển y tế cấp cứu

Sau khi thẩm định tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm, Công ty cứu trợ do Bảo Việt chỉ định ngay lập tức phải thông báo cho Bảo Việt liệu tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm đã nguy cấp đến mức phải vận chuyển cấp cứu hay chưa.

Sau khi nhận được ủy quyền của Bảo Việt về việc đồng ý vận chuyển cấp cứu, địa điểm vận chuyển đến và các phương tiện cũng như phương thức vận chuyển cấp cứu, Công ty cứu trợ do Bảo Việt chỉ định sẽ thực hiện việc vận chuyển cấp cứu cho Người được bảo hiểm đang trong tình trạng nguy kịch tới một bệnh viện gần nhất trong phạm vi lãnh thổ qui định trong hợp đồng bảo hiểm có phương tiện điều trị hợp lý.

Bảo Việt sẽ chi trả các chi phí cần thiết liên quan tới việc di chuyển cấp cứu trên và chi phí vận chuyển cho một người đi cùng với Người được bảo hiểm. Chi phí vé máy bay (nếu phát sinh) hạn chế ở mức vé khứ hồi hạng thường.

5. Thu xếp và chi trả các chi phí hồi hương sau Vận chuyển y tế cấp cứu

(Chỉ áp dụng khi Người được bảo hiểm ra khỏi lãnh thổ Việt Nam)
Sau khi đánh giá tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm, Công ty cứu trợ do Bảo Việt chỉ định ngay lập tức phải thông báo cho Bảo Việt về việc thu xếp vận chuyển hồi hương cho Người được bảo hiểm.

Sau khi nhận được ủy quyền của Bảo Việt về phương tiện cũng như phương thức vận chuyển hồi hương, Công ty cứu trợ do Bảo Việt chỉ định sẽ thu xếp hồi hương cho Người được bảo hiểm trong phạm vi địa lý của chương trình bảo hiểm. Các chi phí y tế phát sinh trong thời gian tiếp theo sẽ được bảo hiểm trong mục "Chi phí bệnh viện tổng hợp" của hợp đồng bảo hiểm. Bảo Việt sẽ chi trả các chi phí cần thiết, hợp lý phát sinh trong quá trình thực hiện dịch vụ đó.

6. Thu xếp và chi trả chi phí hồi hương thi hài
(chỉ áp dụng khi Người được bảo hiểm ra khỏi lãnh thổ Việt Nam)
Công ty cứu trợ do Bảo Việt chỉ định sau khi nhận được ủy quyền của Bảo Việt sẽ thu xếp vận chuyển thi hài Người được bảo hiểm từ nơi tử vong trở về Việt Nam hay quê hương của họ trong phạm vi lãnh thổ chương trình lựa chọn hoặc thu xếp mai táng tại nơi tử vong theo đề nghị của thân quyến và với sự chấp thuận của Bảo Việt. Bảo Việt sẽ chi trả tất cả các chi phí cần thiết và hợp lý phát sinh cho việc hồi hương thi hài hay mai táng đó.

7. Cung cấp thuốc đặc trị
(chỉ áp dụng khi Người được bảo hiểm ra khỏi lãnh thổ Việt Nam)
Công ty cứu trợ do Bảo Việt chỉ định sau khi nhận được ủy quyền của Bảo Việt sẽ điều phối các loại thuốc đặc trị cần thiết cho việc chăm sóc và/hoặc điều trị cho Người được bảo hiểm nhưng với điều kiện những loại thuốc đó không sẵn có tại địa phương đó. Việc cung cấp các loại thuốc đặc trị sẽ tuân thủ theo luật pháp và quy chế địa phương liên quan tới nhập khẩu và cung cấp những sản phẩm đó. Bảo Việt sẽ chi trả những chi phí liên quan tới việc cung cấp thuốc thiết yếu kể trên.

8.Bảo lãnh chi trả các chi phí y tế phát sinh trong thời gian nằm viện, theo dõi sức khoẻ trong và sau khi nằm viện
Ngoài lãnh thổ Việt Nam (áp dụng trong trường hợp chi phí phát sinh trên 2.500 USD và sự kiện bảo hiểm phát sinh sau khi Người được bảo hiểm ra ngoài lãnh thổ Việt Nam thuộc phạm vi của hợp đồng bảo hiểm):
Nếu Người được bảo hiểm gặp sự cố ốm đau hay tai nạn cần phải nằm viện, và yêu cầu được sự đồng ý của Bảo Việt thì Công ty cứu trợ sẽ giúp thu xếp nhập viện cho Người được bảo hiểm. Công ty cứu trợ cũng sẽ, khi có ủy quyền của Bảo Việt, thay mặt Bảo Việt bảo lãnh chi trả viện phí cho Người được bảo hiểm và giám sát tình trạng sức khoẻ của Người được bảo

hiểm cùng với bác sĩ điều trị; và sẽ đảm bảo tuân thủ nghĩa vụ bảo mật thông tin và thực thi trách nhiệm trong phạm vi quyền hạn cho phép.

Trong lãnh thổ Việt Nam:

Nếu Người được bảo hiểm điều trị tại bệnh viện nằm trong hệ thống bảo lãnh chi trả viện phí của Bảo Việt thì Bảo Việt sẽ chi trả trực tiếp cho bệnh viện các chi phí thuộc phạm vi bảo hiểm.

Nếu bệnh viện chưa có thỏa thuận với Bảo Việt, Người được bảo hiểm phải tự chi trả các chi phí phát sinh trước khi xuất viện.

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

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

22	Mất nửa đốt ngoài của ngón cái	07%
23	Mất trọn ngón trỏ và đốt bàn	20%
24	Mất trọn ngón trỏ	18%
25	Mất hai đốt 2 và 3 của ngón trỏ	10%
26	Mất đốt 3 của ngón trỏ	08%
27	Mất trọn ngón giữa hoặc ngón nhẫn (bao gồm cả đốt bàn)	18%
28	Mất trọn ngón giữa hoặc ngón nhẫn	15%
29	Mất hai đốt 2 và 3 của ngón giữa hoặc ngón nhẫn	08%
30	Mất đốt 3 của ngón giữa hoặc ngón nhẫn	04%
31	Mất cả ngón út và đốt bàn	15%
32	Mất trọn ngón út	10%
33	Mất hai đốt 2 và 3 của ngón út	08%
34	Mất đốt 3 của ngón út	04%
35	Cứng khớp bả vai	30%
36	Cứng khớp khuỷu tay	25%
37	Cứng khớp cổ tay	20%
38	Gãy tay can lệch hoặc mất xương làm chi ngắn trên 3cm và chức năng quay sấp ngửa hạn chế hoặc tạo thành khớp giả	25%
	CHI DƯỚI	
39	Mất một chân từ háng xuống (Tháo khớp không một đùi)	75%
40	Cắt cụt một đùi	
	- Cắt cụt một đùi 1/3 trên	70%
	- Cắt cụt một đùi 1/3 giữa hoặc dưới	55%
41	Cắt cụt một chân từ gối xuống (Tháo khớp gối)	60%
42	Tháo khớp cổ chân hoặc mất một bàn chân	55%
43	Mất xương sên	35%
44	Mất xương gót	35%
45	Mất đoạn xương chày, mác gây khớp giả cẳng chân	35%
46	Mất đoạn xương mác	20%
47	Mất mắt cá chân: Mắt cá ngoài	10%
48	Mất mắt cá chân: Mắt cá trong	15%
49	Mất cả năm ngón chân	45%
50	Mất bốn ngón chân bao gồm cả ngón cái	38%
51	Mất bốn ngón chân không bao gồm ngón cái	35%
52	Mất ba ngón chân không bao gồm ngón cái	25%

53	Mất ba ngón chân bao gồm cả ngón cái	30%
54	Mất một ngón cái và ngón 2	20%
55	Mất một ngón cái và một ngón khác (trừ ngón 2)	16%
56	Mất một ngón 2 và ngón khác (trừ ngón cái)	11%
57	Mất hai ngón 3 và 4; hoặc mất hai ngón 3 và 5; hoặc mất hai ngón 4 và 5	6%
58	Mất một ngón cái	15%
59	Mất một ngón ngoài ngón cái	10%
60	Mất một đốt ngoài của ngón cái	8%
61	Mất một đốt của ngón khác	1%
62	Mất hai đốt của ngón khác	2%
63	Cứng khớp hông	45%
64	Cứng khớp gối	30%
65	Mất phần lớn xương bánh chè và giới hạn nhiều khả năng duỗi cẳng chân trên đùi	45%
66	Gãy chân can lệch hoặc mất xương làm ngắn chi	
	Gãy chân can lệch hoặc mất xương làm ngắn chi: Ít nhất 5 cm	40%
	Gãy chân can lệch hoặc mất xương làm ngắn chi: Từ 3 cm đến 5 cm	35%
67	Liệt hoàn toàn dây thần kinh hông khoeo ngoài	35%
68	Liệt hoàn toàn dây thần kinh hông khoeo trong	25%
	CỘT SỐNG	
69	Cắt bỏ cung sau của một đốt sống	35%
70	Cắt bỏ cung sau của hai – ba đốt sống trở lên	45%
	SỌ NÃO	
71	Khuyết xương sọ (chưa có biểu hiện thần kinh, tâm thần) gây ra đau đầu kéo dài	35%
	LỒNG NGỰC	
72	Cắt bỏ một - hai xương sườn	15%
73	Cắt bỏ từ ba xương sườn trở lên	25%
74	Cắt bỏ đoạn mỗi xương sườn	08%
75	Cắt toàn bộ một bên phổi	70%
76	Cắt nhiều thùy phổi ở 2 bên, dung tích sống giảm trên 50%	65%

77	Cắt nhiều thùy phổi ở 1 bên	50%
78	Cắt một thùy phổi	35%
	BỤNG	
79	Cắt toàn bộ dạ dày	75%
80	Cắt đoạn dạ dày	50%
81	Cắt gần hết ruột non (còn lại dưới 1 m)	75%
82	Cắt đoạn ruột non	40%
83	Cắt toàn bộ đại tràng	75%
84	Cắt đoạn đại tràng	50%
85	Cắt bỏ gan phải đơn thuần	70%
86	Cắt bỏ gan trái đơn thuần	60%
87	Cắt phần thùy gan	40%
88	Cắt bỏ túi mật	45%
89	Cắt bỏ lá lách	40%
90	Cắt bỏ đuôi tụy, lách	60%
	CƠ QUAN TIẾT NIỆU, SINH DỤC	
91	Cắt bỏ một thận, thận còn lại bình thường	45%
92	Mất một bên tinh hoàn/ buồng trứng	11%
93	Mất cả hai bên tinh hoàn/ buồng trứng	36%
94	Mất hoàn toàn dương vật	41%
95	Cắt tử cung hoàn toàn	41%
96	Cắt bỏ một thận, thận còn lại bị thương hoặc bệnh lý	70%
97	Cắt một phần thận trái hoặc phải	30%
98	Cắt một phần bàng quang	27%
99	Mất dương vật và 2 tinh hoàn ở người	
	Mất dương vật và 2 tinh hoàn ở người: Dưới 55 tuổi chưa có con	70%
	Mất dương vật và 2 tinh hoàn ở người: Dưới 55 tuổi đã có con	55%
	Mất dương vật và 2 tinh hoàn ở người: Trên 55 tuổi	35%
100	Cắt bỏ dạ con và buồng trứng ở người	
	Cắt bỏ dạ con và buồng trứng ở người: Dưới 45 tuổi chưa có con	60%
	Cắt bỏ dạ con và buồng trứng ở người: Dưới 45 tuổi đã có con	30%
	Cắt bỏ dạ con và buồng trứng ở người: Trên 45 tuổi	25%
101	Cắt vú ở nữ:	
	Dưới 45 tuổi: một bên	20%

	Dưới 45 tuổi: hai bên	45%
	Trên 45 tuổi: một bên	15%
	Trên 45 tuổi: hai bên	30%
	MẮT	
102	Mất hoặc mù hoàn toàn một mắt và	
	- Không lắp được mắt giả	55%
	- Lắp được mắt giả	50%
103	Mất hoặc mù hoàn toàn một mắt nhưng trước khi xảy ra tai nạn này đã mất hoặc mù một mắt rồi	80%
	TAI – MŨI – HỌNG	
104	Điếc hai tai, hoàn toàn không phục hồi được	75%
105	Điếc hai tai Nặng (Nói to hoặc thét vào tai còn nghe được)	60%
106	Điếc hai tai Vừa (Nói to 1-2m còn nghe)	35%
107	Điếc hai tai Nhẹ (Nói to 2-4m còn nghe)	15%
108	Điếc một tai, hoàn toàn không phục hồi được	30%
109	Điếc một tai Nặng (Nói to hoặc thét vào tai còn nghe được)	20%
110	Điếc một tai Vừa (Nói to 1-2m còn nghe)	15%
111	Điếc một tai Nhẹ (Nói to 2-4m còn nghe)	08%
112	Mất vành tai hai bên	20%
113	Mất vành tai một bên	10%
114	Mất hoàn toàn mũi	18%
	MẶT	
115	Mất toàn bộ xương hàm trên và một phần xương hàm dưới từ cành cao trở xuống:	
	- Khác bên	80%
	- Cùng bên	70%
116	Mất toàn bộ xương hàm trên hoặc dưới	70%
117	Mất một phần xương hàm trên hoặc một phần xương hàm dưới từ 1/3 đến 1/2 bị mất từ cành cao trở xuống	35%
118	Mất 3/4 lưỡi, còn gốc lưỡi (từ đường gai V trở ra)	75%
119	Mất 2/3 lưỡi từ đầu lưỡi	50%
120	Mất 1/3 lưỡi ảnh hưởng đến phát âm	15%
121	Mất một phần nhỏ lưỡi (dưới 1/3) ảnh hưởng đến phát âm	10%

Nguyên tắc xét trả tiền bảo hiểm:

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

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

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

Bảng Quyền Lợi
BảoViệt InterCare

(Ban hành kèm theo Quyết định số 6036/QĐ-BHBV ngày 27/06/2025
của Tổng Giám đốc Tổng công ty Bảo hiểm Bảo Việt)

Vùng 1 : Việt Nam
Vùng 2 : Đông Nam Á
Vùng 3 : Châu Á
Vùng 4 : Toàn thế giới, trừ Mỹ & Canada
Vùng 5 : Toàn thế giới.

Ghi chú: CTBH không nhận và không chi trả quyền lợi bảo hiểm đối với mọi rủi ro phát sinh khi xảy ra trên lãnh thổ các quốc gia bị cấm vận, cụ thể như sau: Afghanistan, Cuba, Democratic Republic of Congo, Iran, Iraq, Syria, Belarus, Nicaragua, North Korea, Lebanon, Liberia, Libya, Somalia, Sudan, South Sudan, Venezuela, Crime and Zimbabwe.

QUYỀN LỢI BẢO HIỂM CHÍNH : ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ DO BỆNH, TAI NẠN

Đơn vị: VNĐ

Nội trú - IP	Select	Essential	Classic	Gold	Diamond
Phạm vi lãnh thổ	Vùng 1	Vùng 2	Vùng 3	Vùng 4	Vùng 5
Số tiền bảo hiểm (STBH) cho một thời hạn bảo hiểm và theo các giới hạn phụ dưới đây	**1.050.000.000**	**2.100.000.000**	**4.200.000.000**	**5.250.000.000**	**10.500.000.000**
1. Tiền phòng, giường/ngày	4.200.000 /ngày	6.300.000 /ngày	10.500.000 /ngày	16.800.000 /ngày	21.000.000 /ngày
2. Phòng chăm sóc đặc biệt (tối đa 30 ngày/bệnh)	Tối đa đến STBH	Tối đa đến STBH	Tối đa đến STBH	Tối đa đến STBH	Tối đa đến STBH
3. Tiền giường cho người nhà đến chăm sóc/người/ngày (tối đa 10 ngày/năm)	1.260.000/ ngày	1.890.000/ ngày	3.150.000/ ngày	5.040.000/ ngày	6.300.000/ ngày
4. Các chi phí bệnh viện tổng hợp (các chi phí y tế và dịch vụ phát sinh trong quá trình điều trị nội trú và/ hoặc điều trị trong ngày) Các chi phí chụp X- quang, MRI, CT scan, PET hoặc tương tự.	Tối đa đến STBH	Tối đa đến STBH	Tối đa đến STBH	Tối đa đến STBH	Tối đa đến STBH
5. Chi phí khám trước khi nhập viện (trong vòng 30 ngày trước khi nhập viện)	21.000.000/ năm	42.000.000/ năm	63.000.000/ năm	84.000.000/ năm	105.000.000/ năm

6. Chi phí tái khám sau khi xuất viện (phát sinh ngay sau khi xuất viện nhưng không vượt quá 90 ngày kể từ ngày xuất viện).	21.000.000/ năm	42.000.000/ năm	63.000.000/ năm	84.000.000/ năm	105.000.000/ năm
7. Chi phí ý tá chăm sóc tại nhà (theo chỉ định của bác sỹ)/năm	21.000.000/ năm	42.000.000/ năm	63.000.000/ năm	84.000.000/ năm	105.000.000/ năm
8. Chi phí Phẫu thuật	Tối đa đến STBH	Tối đa đến STBH	Tối đa đến STBH	Tối đa đến STBH	Tối đa đến STBH
9. Chi phí cấy ghép nội tạng như tim, phổi, gan, tuyến tụy, thận hoặc tủy xương. Giới hạn cả đời (*) của mỗi bộ phận	630.000.000	840.000.000	1.260.000.000	1.680.000.000	2.100.000.000
10. Chi phí hội chẩn chuyên khoa (tối đa một lần một ngày và 90 ngày/năm)	4.200.000 /ngày	Tối đa đến STBH	Tối đa đến STBH	Tối đa đến STBH	Tối đa đến STBH
11. Chi phí điều trị tai nạn thai kỳ khẩn cấp ngay sau khi tai nạn	Tối đa đến STBH	Tối đa đến STBH	Tối đa đến STBH	Tối đa đến STBH	Tối đa đến STBH
12. Chi phí cấp cứu tai nạn răng khẩn cấp (điều trị nội trú trong vòng 24 giờ tại phòng cấp cứu khẩn cấp của bệnh viện sau khi tai nạn xảy ra)	21.000.000	Tối đa đến STBH	Tối đa đến STBH	Tối đa đến STBH	Tối đa đến STBH
13. Chi phí vận chuyển trong trường hợp khẩn cấp	21.000.000/ năm	42.000.000/ năm	63.000.000/ năm	84.000.000/ năm	105.000.000/ năm
14. Vận chuyển y tế cấp cứu và hồi hương	Tối đa đến STBH	Tối đa đến STBH	Tối đa đến STBH	Tối đa đến STBH	Tối đa đến STBH
15. Chi phí điều trị phòng cấp cứu	Tối đa đến STBH	Tối đa đến STBH	Tối đa đến STBH	Tối đa đến STBH	Tối đa đến STBH
16. Điều trị rối loạn tâm thần cấp tính (điều trị nội trú)	Không	21.000.000 /năm 105.000.000 /đời	63.000.000 /năm 210.000.000 /đời	63.000.000 /năm 210.000.000 /đời	78.750.000 /năm 262.500.000 /đời
17. Trợ cấp thăm người bệnh ở nước ngoài	Không	Không	Không	01 vé máy bay khứ hồi	01 vé máy bay khứ hồi
18. Trợ cấp ngày nằm viện (Tối đa 20 đêm/năm)	105.000	210.000	315.000	420.000	525.000
19. Trợ cấp ngày nằm viện công (tối đa 20 đêm/ năm)	210.000	420.000	630.000	840.000	1.050.000

20. Bảo hiểm AIDS/ HIV Xảy ra trong thời gian hiệu lực hợp đồng, bao gồm những năm tái tục và xuất hiện sau khi hợp đồng liên tục trong 5 năm kể từ ngày hiệu lực đầu tiên	105.000.000/ cả đời	210.000.000/ cả đời	420.000.000/ cả đời	525.000.000/ cả đời	1.050.000.000/ cả đời

ĐIỀU KHOẢN BẢO HIỂM BỔ SUNG

1. ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ DO BỆNH, TAI NẠN

Đơn vị: VNĐ

Ngoại trú- OP	Select	Essential	Classic	Gold	Diamond
Số tiền bảo hiểm cho một thời hạn bảo hiểm và theo các giới hạn phụ dưới đây	**31.500.000**	**63.000.000**	**84.000.000**	**105.000.000**	**168.000.000**
Phạm vi lãnh thổ	Vùng 1	Vùng 2	Vùng 3	Vùng 4	Vùng 5
1.1. Điều trị ngoại trú do bệnh, tai nạn: - Chi phí khám bệnh. - Chi phí thuốc theo kê đơn của bác sĩ. - Chi phí xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh cho việc điều trị bệnh thuộc phạm vi bảo hiểm. - Chi phí phẫu thuật/thủ thuật ngoại trú và trong ngày (không phát sinh chi phí tiền giường/phòng). - Nội soi/thủ thuật (bao gồm nội trú, trong ngày hoặc ngoại trú) chỉ nhằm mục đích chẩn đoán bệnh mà không điều trị. - Dụng cụ y tế cần thiết cho việc điều trị gãy chi, thương tật (như băng, nẹp) do bác sĩ chỉ định.	3.200.000 /lần khám	5.000.000 /lần khám	6.700.000 /lần khám	7.300.000 /lần khám	11.800.000 /lần khám
1.2. Điều trị bằng các phương pháp vật lý trị liệu, cấy chỉ, trị liệu học bức xạ, nhiệt, liệu pháp ánh sáng do bác sĩ chỉ định. Tối đa 60 ngày/năm	200.000/ ngày	250.000/ ngày	300.000/ ngày	400.000/ ngày	500.000/ ngày
1.3. Kiểm tra sức khỏe định kỳ, tiêm vắc xin. Giới hạn/năm	Không	Không	Không	2.000.000	3.000.000

2. BẢO HIỂM THAI SẢN *(Áp dụng cho phụ nữ trong độ tuổi từ 18 đến 45)*

Đơn vị : VNĐ

Thai sản- MA	Select	Essential	Classic	Gold	Diamond
Giới hạn trách nhiệm tối đa cho một thời hạn bảo hiểm	**21.000.000**	**31.500.000**	**63.000.000**	**84.000.000**	**105.000.000**

Phạm vi lãnh thổ	Vùng 1	Vùng 2	Vùng 3	Vùng 4	Vùng 5

Quyền lợi:

a) Biến chứng thai sản và sinh mổ

Bảo hiểm Bảo Việt sẽ chi trả các chi phí y tế phát sinh do các biến chứng thai sản trong quá trình mang thai hoặc trong quá trình sinh nở cần đến các thủ thuật sản khoa, các chi phí cho 1 lần khám gần nhất trong vòng 30 ngày trước khi sinh. Phẫu thuật sinh mổ chỉ được bảo hiểm nếu do bác sĩ chỉ định là cần thiết cho ca sinh. Biến chứng thai sản là tình trạng bất thường của bào thai, biến chứng do nguyên nhân bệnh lý phát sinh trong quá trình mang thai của Người được bảo hiểm (nhưng không liên quan đến việc điều trị vô sinh, sinh non, sinh nở) phải điều trị theo chỉ định của bác sĩ. Biến chứng thai sản bao gồm các trường hợp sau:

- Sảy thai hoặc thai nhi chết trong tử cung;
- Mang thai trứng nước;
- Thai ngoài tử cung;
- Băng huyết sau khi sinh;
- Sót nhau thai trong tử cung sau khi sinh;
- Phá thai 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 đối với thai từ tuần thứ 22 đến tuần thứ 35 của thai kỳ;
- 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 sĩ chuyên khoa, các chi phí cho 01 lần khám gần nhất trong vòng 30 ngày trước khi sinh.

Thời gian chờ:

Hợp đồng cá nhân: Quyền lợi này chỉ được chi trả với điều kiện sau 635 ngày kể từ ngày có hiệu lực của hợp đồng
Hợp đồng tổ chức: Quyền lợi này chỉ được chi trả với điều kiện sau 365 ngày kể từ ngày có hiệu lực của hợp đồng.
Biến chứng thai sản: Quyền lợi này chỉ được chi trả với điều kiện sau 90 ngày kể từ ngày có hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm, áp dụng cho cả hợp đồng cá nhân và hợp đồng tổ chức

3. BẢO HIỂM NHA KHOA

Đơn vị: VNĐ

Nha Khoa- DC	Select	Essential	Classic	Gold	Diamond
Mức bảo hiểm tối đa	**21.000.000**	**21.000.000**	**31.500.000**	**31.500.000**	**31.500.000**
Vùng bảo hiểm	Vùng 1	Vùng 2	Vùng 3	Vùng 4	Vùng 5

Quyền lợi:					
1. Các chi phí chăm sóc răng thông thường: ➢ Khám và chẩn đoán bệnh ➢ Lấy cao răng	Kiểm tra răng định kỳ (bao gồm cạo vôi và đánh bóng) 1.000.000/ năm	Kiểm tra răng định kỳ (bao gồm cạo vôi và đánh bóng) 1.000.000/ năm	Kiểm tra răng định kỳ (bao gồm cạo vôi và đánh bóng) 2.000.000/ năm	Kiểm tra răng định kỳ (bao gồm cạo vôi và đánh bóng) 2.000.000/ năm	Kiểm tra răng định kỳ (bao gồm cạo vôi và đánh bóng) 2.000.000/ năm
2. Các chi phí điều trị răng: ➢ Trám răng bằng các chất liệu thông thường (amalgam, composite, fuji hoặc chất liệu tương tự) ➢ Nhổ răng sâu. ➢ Nhổ những răng bị ảnh hưởng, răng bị phủ nướu hoặc không thể mọc được ➢ Nhổ chân răng ➢ 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	**Tối đa đến Số tiền bảo hiểm**	**Tối đa đến Số tiền bảo hiểm**	**Tối đa đến Số tiền bảo hiểm**	**Tối đa đến Số tiền bảo hiểm**	**Tối đa đến Số tiền bảo hiểm**
3. Các chi phí điều trị đặc biệt, làm răng giả ➢ Làm mới hoặc sửa cầu răng, phủ chóp răng, răng giả	**Tự bảo hiểm 50%**	**Tự bảo hiểm 50%**	**Tự bảo hiểm 50%**	**Tự bảo hiểm 50%**	**Tự bảo hiểm 50%**

Thời gian chờ: 30 ngày kể từ ngày hiệu lực bảo hiểm.

4. BẢO HIỂM TAI NẠN CÁ NHÂN

Đơn vị: 1000 VNĐ

Tai nạn cá nhân- PA	Select	Essential	Classic	Gold	Diamond
Số tiền bảo hiểm/người/cả đời	Vùng 1	Vùng 2	Vùng 3	Vùng 4	Vùng 5
Đối với hợp đồng bảo hiểm cá nhân	Lựa chọn đến 2.200.000	Lựa chọn đến 4.400.000	Lựa chọn đến 6.600.000	Lựa chọn đến 8.800.000	Lựa chọn đến 11.000.000
Đối với hợp đồng bảo hiểm tổ chức	Theo STBH lựa chọn hoặc theo tháng lương				

5. BẢO HIỂM SINH MẠNG CÁ NHÂN

Đơn vị: 1000 VNĐ

Sinh Mạng cá nhân - TL	Select	Essential	Classic	Gold	Diamond
Số tiền bảo hiểm/người/cả đời	Vùng 1	Vùng 2	Vùng 3	Vùng 4	Vùng 5
Đối với hợp đồng bảo hiểm cá nhân	Lựa chọn đến 1.100.000	Lựa chọn đến 2.200.000	Lựa chọn đến 4.400.000	Lựa chọn đến 5.500.000	Lựa chọn đến 6.600.000
Đối với hợp đồng bảo hiểm tổ chức	Theo STBH lựa chọn hoặc theo tháng lương, tối đa không quá 10.000.000				
Quyền lợi: Chết, thương tật toàn bộ vĩnh viễn do mọi nguyên nhân trừ tai nạn Thời gian chờ : - Bệnh thông thường, nha khoa: 90 ngày kể từ ngày bắt đầu tham gia bảo hiểm. - 365 ngày đối với bệnh có sẵn, bệnh đặc biệt, thai sản, bệnh/tình trạng liệt kê - 180 ngày đối với trẻ em đến 6 tuổi đối với các bệnh: viêm phế quản, viêm tiểu phế quản, viêm phổi các loại.					

6. BẢO HIỂM HỖ TRỢ DU HỌC SINH

Đơn vị: VNĐ

Hỗ trợ Du học sinh	Select	Essential	Classic	Gold	Diamond
Phạm vi lãnh thổ	Vùng 1	Vùng 2	Vùng 3	Vùng 4	Vùng 5
Bảo hiểm Gián đoạn học tập	Không	50.000.000	70.000.000	100.000.000	150.000.000
Bảo hiểm người Bảo trợ					
Bảo hiểm trong trường hợp khủng bố					

7. TRỢ CẤP MẤT GIẢM THU NHẬP/TRỢ CẤP LƯƠNG TRONG THỜI GIAN NGHỈ ĐIỀU TRỊ DO TAI NẠN VÀ/HOẶC ỐM BỆNH (Áp dụng với hợp đồng bảo hiểm tổ chức)

Đơn vị: VNĐ

Trợ cấp mất giảm thu nhập	Select	Essential	Classic	Gold	Diamond
Số tiền bảo hiểm/người/năm	Theo số tiền bảo hiểm lựa chọn tối đa không quá 1.000.000.000/loại/năm, hoặc theo tháng lương				
- Trợ cấp mất giảm thu nhập/trợ cấp lương trong thời gian nghỉ điều trị nội trú và/hoặc ngoại trú do tai nạn theo chỉ định của bác sĩ điều trị (Tối đa 365 ngày/năm)	Trợ cấp/ngày = Số tiền bảo hiểm/Tổng số ngày				
- Trợ cấp mất giảm thu nhập/trợ cấp lương trong thời gian nghỉ điều trị nội trú do ốm bệnh (không áp dụng cho thai sản) theo chỉ định của bác sĩ điều trị (Tối đa 365 ngày/năm)					

LƯU Ý CHUNG:

1. **Quy định đồng chi trả với trẻ em đến 3 tuổi:**

- Tỷ lệ áp đồng chi trả áp dụng: 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)

2. **Tại các Cơ sở y tế (CSYT) Y học cổ truyền, CSYT Vật lý trị liệu, CSYT Phục hồi chức năng:**

- Quyền lợi Trợ cấp ngày nằm viện và Trợ cấp mất giảm thu nhập trong thời gian nghỉ điều trị do tai nạn/ốm bệnh (nếu có) chỉ áp dụng tối đa 05 ngày/đợt nằm viện, không quá 03 đợt nằm viện/năm.

LƯU Ý BỔ SUNG VỚI HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM CÁ NHÂN:

Áp dụng Giới hạn/người/cả đời như sau cho cả Chương trình chính, Chương trình bổ sung Ngoại trú và bảo hiểm sinh mạng (nếu có tham gia):

Đơn vị: VNĐ

Nội dung\Chương trình	Select	Essential	Classic	Gold	Diamond
Giới hạn cả đời áp dụng cho tất cả các bệnh thuộc danh mục bệnh đặc biệt (*), tình trạng bỏng từ độ III trở lên, chấn thương sọ não có thang điểm hôn mê Glasgow dưới 8 (GCS <8).	210.000.000	420.000.000	840.000.000	1.050.000.000	2.100.000.000

BIỂU PHÍ BẢO VIỆT INTERCARE

(Ban hành kèm theo Quyết định số 6036/QĐ-BHBV ngày 27/06/2025 của Tổng Giám đốc Tổng công ty Bảo hiểm Bảo Việt)

QUYỀN LỢI BẢO HIỂM CHÍNH: ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ DO BỆNH, TAI NẠN (IP)

Đơn vị: đồng

Độ tuổi	Select	Essential	Classic	Gold	Diamond
Dưới 1	17.760.000	18.613.000	20.818.000	24.977.000	30.352.000
1-3	11.458.000	12.641.000	14.923.000	18.847.000	24.175.000
4-6	7.161.000	8.316.000	9.818.000	13.052.000	17.672.000
7-9	6.510.000	7.560.000	8.925.000	11.865.000	16.065.000
10-18	6.200.000	7.200.000	8.500.000	11.300.000	15.300.000
19-25	6.000.000	6.800.000	8.700.000	11.600.000	22.200.000
26-30	6.400.000	8.300.000	10.300.000	13.700.000	24.800.000
31-35	7.100.000	8.700.000	11.400.000	15.200.000	26.100.000
36-40	9.300.000	10.000.000	13.300.000	17.700.000	27.400.000
41-45	11.200.000	11.500.000	15.700.000	20.900.000	30.000.000
46-50	11.700.000	13.700.000	17.600.000	23.500.000	32.600.000
51-55	17.300.000	19.400.000	20.500.000	25.700.000	39.500.000
56-60	19.600.000	22.000.000	23.300.000	29.200.000	44.800.000
61-64	24.300.000	27.100.000	27.300.000	34.200.000	56.600.000
65-69	28.600.000	39.200.000	44.700.000	55.900.000	77.300.000
70-75*	34.500.000	47.700.000	54.100.000	67.600.000	100.500.000

*Chỉ áp dụng với đơn tái tục

QUYỀN LỢI BẢO HIỂM BỔ SUNG

1. ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ

Đơn vị: đồng

Độ tuổi	Select	Essential	Classic	Gold	Diamond
Dưới 1	15.073.000	16.295.000	18.529.000	19.051.000	22.987.000
1-3	10.049.000	11.435.000	13.003.000	14.073.000	17.924.000
4-6	6.699.000	7.623.000	9.125.000	10.395.000	13.976.000
7-9	6.090.000	6.930.000	8.295.000	9.450.000	12.705.000
10-18	5.800.000	6.600.000	7.900.000	9.000.000	12.100.000
19-25	5.300.000	6.100.000	7.000.000	8.300.000	11.900.000
26-30	5.300.000	6.100.000	7.100.000	8.300.000	11.900.000
31-35	5.300.000	6.200.000	7.300.000	8.500.000	12.200.000
36-40	5.600.000	6.500.000	7.700.000	8.900.000	12.700.000
41-45	5.900.000	6.800.000	8.000.000	9.300.000	13.300.000
46-50	6.200.000	7.200.000	8.300.000	9.700.000	13.900.000
51-55	6.400.000	7.700.000	9.200.000	10.500.000	15.000.000
56-60	7.400.000	8.900.000	10.600.000	12.200.000	17.400.000
61-64	8.400.000	10.300.000	12.100.000	13.800.000	19.700.000
65-69	12.500.000	14.000.000	19.600.000	24.000.000	34.400.000
70-75*	16.200.000	18.200.000	25.400.000	29.300.000	44.800.000

*Chỉ áp dụng với đơn tái tục

2. THAI SẢN VÀ SINH ĐẺ

(Phí bảo hiểm cộng thêm trên mỗi phụ nữ tuổi từ 18-45) *Đơn vị: đồng*

Chương trình	Select	Essential	Classic	Gold	Diamond
Phí bảo hiểm	6.325.000	7.247.000	10.410.000	14.495.000	15.944.000

3. BẢO HIỂM NHA KHOA

Đơn vị: đồng

Chương trình	Select	Essential	Classic	Gold	Diamond
Phí bảo hiểm	6.600.000	7.000.000	8.300.000	8.800.000	9.300.000

4. BẢO HIỂM TAI NẠN CÁ NHÂN

Chương trình	Tỷ lệ phí %
Select	0,100
Essential	0,110
Classic	0,115
Gold	0,120
Diamond	0,125

5. BẢO HIỂM SINH MẠNG CÁ NHÂN

Chương trình	Tỷ lệ phí %
Select	0,250
Essential	0,263
Classic	0,276
Gold	0,289
Diamond	0,304

6. BẢO HIỂM HỖ TRỢ DU HỌC SINH

Đơn vị: đồng

Chương trình	Select	Essential	Classic	Gold	Diamond
Phí bảo hiểm	Không	350.000	490.000	700.000	1.050.000

7. TRỢ CẤP MẤT GIẢM THU NHẬP/TRỢ CẤP LƯƠNG TRONG THỜI GIAN NGHỈ ĐIỀU TRỊ DO TAI NẠN VÀ/HOẶC ỐM BỆNH (Áp dụng với hợp đồng bảo hiểm tổ chức)

Chương trình	Select	Essential	Classic	Gold	Diamond
Do tai nạn	0,578%	0,607%	0,636%	0,693%	0,780%
Do ốm bệnh	0,495%	0,520%	0,545%	0,594%	0,669%