BAOVIET Insurance
BẢO HIỂM BẢO VIỆT



BẢO HIỂM SỨC KHỎE
BẢO VIỆT AN GIA

NEW

An tâm tận hưởng cuộc sống

1800 1118

baovietsaigon.vn

QUY TẮC BẢO HIỂM
"BẢO VIỆT AN GIA"

(Ban hành kèm theo Quyết định số 6029/QĐ-BHBV ngày 27 tháng 06 năm 2025 của Tổng Giám đốc Tổng Công ty Bảo hiểm Bảo Việt)

Đây là quy tắc bảo hiểm dành cho những khách hàng có yêu cầu tham gia bảo hiểm Bảo Việt An Gia. Xin vui lòng kiểm tra và đọc kỹ để chắc chắn rằng Quý khách hàng đã hiểu toàn bộ các nội dung được quy định trong quy tắc bảo hiểm.

Xin lưu ý, việc Quý khách hàng xác nhận đồng ý với Yêu cầu bảo hiểm hoặc ký vào Giấy yêu cầu bảo hiểm là bằng chứng xác nhận việc Quý khách hàng đã được Bảo hiểm Bảo Việt giải thích rõ ràng, đầy đủ và hiểu rõ tất cả các nội dung được quy định trong quy tắc bảo hiểm. Quy tắc bảo hiểm là một bộ phận không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm giữa Bảo hiểm Bảo Việt và Quý khách hàng.

NỘI DUNG

CHƯƠNG I: QUY ĐỊNH CHUNG 6

I. Định nghĩa 6
II. Phạm vi địa lý 20
III. Đối tượng tham gia bảo hiểm 20
IV. Ký kết, chấm dứt hợp đồng bảo hiểm và tái tục hợp đồng bảo hiểm 21
V. Các hợp đồng/loại hình bảo hiểm tương tự khác 22
VI. Phí bảo hiểm, thời hạn thanh toán phí bảo hiểm, thay đổi quyền lợi bảo hiểm 23
VII. Kết thúc quyền lợi bảo hiểm 23
VIII. Quyền và nghĩa vụ của các bên 24
IX. Kiểm tra 25
X. Bảo vệ và xử lý dữ liệu cá nhân 26
XI. Luật chi phối và giải quyết tranh chấp 27

CHƯƠNG II: PHẠM VI BẢO HIỂM VÀ QUYỀN LỢI BẢO HIỂM 28

I. Quyền lợi bảo hiểm chính: Điều trị nội trú do bệnh, tai nạn, biến chứng thai sản 28
II. Quyền lợi bảo hiểm bổ sung 30
Quyền lợi bổ sung 1: Điều trị ngoại trú do bệnh, tai nạn, biến chứng thai sản 30
Quyền lợi bổ sung 2: Bảo hiểm tai nạn cá nhân 31
Quyền lợi bổ sung 3: Bảo hiểm sinh mạng cá nhân 32
Quyền lợi bổ sung 4: Bảo hiểm nha khoa 32
Quyền lợi bổ sung 5: Bảo hiểm thai sản 33

CHƯƠNG III: CÁC ĐIỂM LOẠI TRỪ CHUNG 34

CHƯƠNG IV: THỦ TỤC YÊU CẦU BỒI THƯỜNG VÀ BẢO LÃNH VIỆN PHÍ ... 40

I. Hồ sơ yêu cầu bồi thường 40
II. Thủ tục trả tiền bảo hiểm và bảo lãnh viện phí 42
III. Thời hạn khiếu nại hợp đồng bảo hiểm 44

PHỤ LỤC 1: BẢNG TỶ LỆ TRẢ TIỀN TỬ VONG/THƯƠNG TẬT VĨNH VIỄN.... 45

CHƯƠNG I - Quy Định Chung

I. ĐỊNH NGHĨA

1. Bác sĩ

Là một 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. 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.

3. 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 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;
- Người khác, nếu người đó đồng ý cho Bên mua bảo hiểm mua bảo hiểm cho mình.

4. 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/nha khoa.

5. 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.

6. 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.

7. 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.

8. Bệnh đặc biệt

Theo quy tắc bảo hiểm này, những bệnh sau đây được coi là bệnh đặc biệt:

1. Bệnh hệ thần kinh:	Các bệnh viêm hệ thần kinh trung ương (não), teo hệ thống ảnh hưởng lên hệ thần kinh trung ương (teo cơ cột sống và hội chứng liên quan), rối loạn vận động ngoài tháp (Parkison, rối loạn trương lực cơ, rối loạn vận động và ngoại tháp khác), Alzheimer, hội chứng Apallic, hội chứng mất trí nhớ, động kinh, hôn mê, các bệnh bại não và hội chứng liệt khác.
2. Bệnh hệ hô hấp:	Bệnh suy phổi, tràn khí phổi, phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD).
3. Bệnh hệ tuần hoàn:	Bệnh của tim, tăng/cao huyết áp, tăng áp lực động mạch vô căn, các bệnh mạch máu não, đột quỵ, và các hậu quả/di chứng của các bệnh này.
4. Bệnh hệ tiêu hóa:	Viêm gan A, viêm gan B, viêm gan C, viêm gan D, xơ gan, suy gan, sỏi mật.
5. Bệnh hệ tiết niệu:	Bệnh của cầu thận, bệnh của ống thận, sỏi thận, sỏi niệu quản, sỏi đường tiết niệu, suy thận, hội chứng thận hư.
6. Bệnh hệ nội tiết:	Rối loạn tuyến giáp, đái tháo đường và rối loạn nội tiết tuyến tụy, bệnh của tuyến thượng thận, rối loạn các tuyến nội tiết khác.
7. Bệnh khối U:	Khối u/bướu lành tính các loại.
8. Bệnh của máu:	Rối loạn đông máu, rối loạn chức năng của bạch cầu đa trung tính, bệnh liên quan mô lưới bạch huyết và hệ thống lưới mô bào, ghép tủy.
9. Bệnh của da và mô liên kết:	Bệnh Lupus ban đỏ, xơ cứng bì toàn thể, xơ cứng rải rác, xơ cứng biểu bì tiến triển/cột bên teo cơ, loạn dưỡng cơ và biến chứng của các bệnh này, Pemphigus, vẩy nến, mề đay dị ứng mãn (có điều trị bằng kháng nguyên của nước ngoài).

9. Bệnh nghề nghiệp

Là bệnh phát sinh do điều kiện lao động có hại của nghề nghiệp tác động đối với người lao động. Danh mục các loại bệnh nghề nghiệp do Bộ Y tế hoặc cơ quan có thẩm quyền tương đương ban hành.

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. Bệnh viện công lập

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

12. 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:

- Sẩy thai hoặc thai nhi chết trong tử cung (thai lưu);
- 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 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.

13. 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.

14. 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.

15. 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.

16. Các hoạt động thể thao mạo hiểm

Là các hoạt động trên không (trừ khi với tư cách là hành khách trên máy bay thương mại có giấy phép chở khách), môn thể thao bay lượn, nhảy dù, các môn thể thao mùa đông, hockey trên băng, đấu vật, quyền anh, môn bóng ngựa, môn lướt ván, lướt sóng, bơi thuyền buồm cách xa bờ 5 km, leo núi, tham gia vào các hoạt động khám phá không gian, các hoạt động khác như săn bắn, thám hiểm trên núi, thám hiểm Nam/Bắc Cực, tham gia lực lượng thám hiểm, bất kỳ hoạt động đua nào.

17. Cấy ghép nội tạng

Là việc 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.

18. 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.

19. 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.

20. 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.

21. 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.

22. 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.

23. Điều trị ngoại trú

Là việc điều trị y tế tại một cơ sở y tế, bệnh viện/phòng khám như định nghĩa nhưng không nhập viện điều trị nội trú, hoặc có nhập viện nhưng thời gian lưu trú để điều trị dưới 24 giờ.

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

24. 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. 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. 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.

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.

25. 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 đủ 24 giờ.

26. 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.

27. Đồng chi trả

Là số tiền theo tỉ 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 tỉ 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 tỉ lệ đồng chi trả thì sẽ áp dụng đồng thời và lần lượt từng tỉ lệ đồng chi trả.

28. 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.

29. 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.

30. Hợp đồng bảo hiểm

Là hợp đồng bảo hiểm/giấy chứng nhận bảo hiểm (sau đây gọi chung là hợp đồng bảo hiểm) do Bảo hiểm Bảo Việt phát hành dựa trên yêu cầu bảo hiểm và cam kết của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm đã đọc kỹ và hiểu toàn bộ nội dung tại quy tắc bảo hiểm, theo đó Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm phải đóng phí bảo hiểm, Bảo hiểm Bảo Việt cung cấp dịch vụ bảo hiểm như được liệt kê trong hợp đồng bảo hiểm/quy tắc bảo hiểm. Giấy yêu cầu bảo hiểm, quy tắc bảo hiểm, hợp đồng bảo hiểm, bảng quyền lợi bảo hiểm, phụ lục hợp đồng, sửa đổi bổ sung của hợp đồng là những bộ phận cấu thành và không tách rời của hợp đồng bảo hiểm.



31. 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.

32. Mất tích

Người được bảo hiểm được xem như đã tử vong nếu mất tích trong 24 tháng liên tục và có bằng chứng đầy đủ cho việc kết luận rằng sự kiện tử vong đó là do tai nạn gây ra. Tuy nhiên, nếu vào bất cứ thời điểm nào sau khi Bảo hiểm Bảo Việt 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 Bảo hiểm Bảo Việt.

33. 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.

34. 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 đã hoàn thành việc kê khai trong giấy yêu cầu bảo hiểm và hiệu lực bảo hiểm đã được Bảo hiểm Bảo Việt xác nhận.

35. Người phụ thuộc (người thân)

Là con hợp pháp của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm có độ tuổi từ 15 ngày tuổi đến 18 tuổi hoặc 24 tuổi nếu đang theo học các khóa học dài hạn 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.

36. 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. 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 (áp dụng cho trường hợp Người được bảo hiểm tử vong).

37. Phẫu thuật

Là một phương pháp khoa học để điều trị bệnh, tai nạn, thai sản thuộc phạm vi bảo hiểm được thực hiện bởi những phẫu thuật viên có bằng cấp thông qua những ca mổ với các dụng cụ y tế tại cơ sở y tế, bao gồm những danh mục liệt kê dưới đây: Mổ phanh, mổ nội soi, mổ bằng tia laser, tiểu phẫu, thủ thuật điều trị và/hoặc các danh mục được liệt kê trong Sửa đổi bổ sung như là một bộ phận đính kèm của quy tắc/hợp đồng bảo hiểm. Phẫu thuật bao gồm hai loại:

- Phẫu thuật nội trú: là hình thức bệnh nhân nhập viện phẫu thuật và tổng thời gian lưu trú để điều trị tại bệnh viện ít nhất 24 giờ.
- Phẫu thuật ngoại trú: là hình thức bệnh nhân có phẫu thuật và chỉ lưu trú tại bệnh viện dưới 24 giờ.

38. Phòng khám

Là cơ sở y tế khám, chữa bệnh ngoại trú hoạt động hợp pháp theo quy định của pháp luật Việt Nam (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 Bộ Tài chính.

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

39. Phòng và 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, bao gồm cả phòng chăm sóc đặc biệt và các chi phí chăm sóc y tế cần thiết khác do một y tá có bằng cấp chăm sóc.

40. Phục hồi chức năng

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



41. 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.

42. 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.

43. 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.

44. 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.

45. 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. Thời hạn bảo hiểm là 01 năm và được quy định cụ thể trong hợp đồng bảo hiểm, không chấp nhận các trường hợp tham gia ngắn hạn hoặc bổ sung quyền lợi giữa kỳ.

46. Thuốc theo kê 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.

47. 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 tỉ lệ trả tiền tử vong/thương tật vĩnh viễn đính kèm quy tắc bảo hiểm.

48. 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 tỉ 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.

49. 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.

50. 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.

51. 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.

52. 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.

53. 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.

II. PHẠM VI ĐỊA LÝ

Phạm vi địa lý được bảo hiểm của quy tắc bảo hiểm này là lãnh thổ nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam, ngoại trừ có những quy định khác trong hợp đồng bảo hiểm/phụ lục. Quy định về phạm vi địa lý được áp dụng đối với cả rủi ro phát sinh và quá trình điều trị.

III. ĐỐI TƯỢNG THAM GIA BẢO HIỂM

Đối tượng được tham gia bảo hiểm theo quy tắc bảo hiểm này:

1. Người được bảo hiểm là mọi công dân Việt Nam hoặc người nước ngoài cư trú hợp pháp tại Việt Nam từ 15 ngày tuổi đến 65 tuổi tại thời điểm bắt đầu hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm. Người được bảo hiểm chỉ được tham gia đến 65 tuổi với điều kiện đã tham gia liên tục trước đó từ năm 60 tuổi.

2. Trường hợp trẻ em dưới 6 tuổi chỉ được nhận bảo hiểm với điều kiện phải tham gia bảo hiểm cùng hợp đồng với bố và/hoặc mẹ hoặc bố/mẹ đã tham gia ít nhất một loại hình Bảo hiểm Sức khỏe, Chi phí y tế còn hiệu lực tại Bảo hiểm Bảo Việt. Quyền lợi bảo hiểm của trẻ em chỉ được áp dụng mức tương đương hoặc thấp hơn quyền lợi của bố/mẹ.

3. Đối tượng trẻ em từ 15 ngày tuổi đến 3 tuổi, quyền lợi Điều trị nội trú và Điều trị ngoại trú áp dụng theo tỷ lệ đồng chi trả được quy định trong bảng quyền lợi bảo hiểm.

4. Đối tượng trẻ em từ 15 ngày tuổi đến 1 tuổi chỉ được tham gia với điều kiện: Cung cấp giấy yêu cầu bảo hiểm trong tình trạng sức khỏe tốt và khi trẻ đã xuất viện, tham gia cùng bố/mẹ như đã đề cập ở trên, chỉ được tham gia chương trình Bạch Kim/Kim Cương.

IV. Ký kết, chấm dứt hợp đồng bảo hiểm và tái tục hợp đồng bảo hiểm

1. Khi có yêu cầu tham gia bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm phải chủ động đọc và hiểu rõ: tất cả các nội dung mà Bảo hiểm Bảo Việt yêu cầu kê khai, các nội dung xác nhận, cam kết trên giấy yêu cầu bảo hiểm, các nội dung tại quy tắc bảo hiểm này (bao gồm nhưng không giới hạn ở điều kiện, điều khoản bảo hiểm, các trường hợp loại trừ bảo hiểm, đồng chi trả, giảm trừ bồi thường), các nội dung tại hợp đồng bảo hiểm. Trường hợp không hiểu rõ bất kỳ nội dung nào tại giấy yêu cầu bảo hiểm, quy tắc bảo hiểm, hợp đồng bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm có quyền yêu cầu Bảo hiểm Bảo Việt giải thích đầy đủ, rõ ràng trước khi cấp hợp đồng bảo hiểm. Việc Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm xác nhận đồng ý/ký vào giấy yêu cầu bảo hiểm và/hoặc đóng phí bảo hiểm cho Bảo hiểm Bảo Việt được coi là đã xác nhận việc: (i) Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm đã được Bảo hiểm Bảo Việt giải thích đầy đủ và đã hiểu rõ các nội dung tại giấy yêu cầu bảo hiểm, quy tắc bảo hiểm, hợp đồng bảo hiểm trước khi hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực; và (ii) Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm tham gia bảo hiểm trên cơ sở tự nguyện, không bị ép buộc và chịu trách nhiệm với tất cả các nội dung đã kê khai, xác nhận, cam kết tại giấy yêu cầu bảo hiểm (bao gồm nhưng không giới hạn ở việc trực tiếp kê khai hoặc ủy quyền cho người khác kê khai hộ).

2. Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm phải kê khai trung thực, đầy đủ và chính xác nội dung trên giấy yêu cầu bảo hiểm. Giấy yêu cầu bảo hiểm là một bộ phận không tách rời của hợp đồng bảo hiểm (bao gồm hợp đồng bảo hiểm đầu tiên được cấp theo giấy yêu cầu bảo hiểm và các hợp đồng tái tục tiếp theo). Việc kê khai trung thực, đầy đủ và chính xác là điều kiện tiên quyết quyết định trách nhiệm của Bảo hiểm Bảo Việt với Người được bảo hiểm.

3. Trên cơ sở giấy yêu cầu bảo hiểm, Bảo hiểm Bảo Việt sẽ cấp hợp đồng bảo hiểm cho Người được bảo hiểm.

4. Chấm dứt hợp đồng bảo hiểm:

a. Trường hợp một trong hai bên muốn đơn phương chấm dứt hợp đồng bảo hiểm phải thông báo bằng văn bản cho bên kia biết trước 30 ngày kể từ ngày định đơn phương chấm dứt:

- Nếu Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm yêu cầu đơn phương chấm dứt hợp đồng, Bảo hiểm Bảo Việt sẽ hoàn trả 70% phí bảo hiểm của thời gian còn lại với điều kiện trong thời gian hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm chưa có yêu cầu trả tiền bảo hiểm nào được Bảo hiểm Bảo Việt chấp nhận chi trả.
- Nếu Bảo hiểm Bảo Việt yêu cầu đơn phương chấm dứt hợp đồng, Bảo hiểm Bảo Việt sẽ hoàn trả toàn bộ phí bảo hiểm của thời gian còn lại cho dù có yêu cầu trả tiền bảo hiểm nào hay chưa.

b. Nếu Người được bảo hiểm tham gia không đúng đối tượng và điều kiện tham gia bảo hiểm, và/hoặc Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc đại diện Người được bảo hiểm cung cấp không đầy đủ thông tin, hoặc cung cấp thông tin không trung thực nhằm giao kết hợp đồng bảo hiểm để được trả tiền bảo hiểm thì Bảo hiểm Bảo Việt có quyền hủy bỏ hợp đồng bảo hiểm và từ chối chi trả quyền lợi bảo hiểm. Bảo hiểm Bảo Việt hoàn lại 70% phí bảo hiểm của thời gian hiệu lực còn lại với điều kiện chưa có yêu cầu trả tiền bảo hiểm nào được Bảo hiểm Bảo Việt chấp nhận chi trả trước đó. Phí bảo hiểm của thời gian hiệu lực còn lại được tính theo tỉ lệ giữa số ngày còn lại của hợp đồng và tổng số ngày của hợp đồng.

5. Cuối thời hạn bảo hiểm, căn cứ lịch sử bồi thường, tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm, Bảo hiểm Bảo Việt có quyền từ chối tái tục hợp đồng hoặc đồng ý tái tục với điều kiện điều chỉnh các điều kiện, giới hạn phụ các quyền lợi bảo hiểm trong Hợp đồng bảo hiểm và/hoặc phí bảo hiểm.

V. CÁC HỢP ĐỒNG/LOẠI HÌNH BẢO HIỂM TƯƠNG TỰ KHÁC

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.

VI. PHÍ BẢO HIỂM, THỜI HẠN THANH TOÁN PHÍ BẢO HIỂM, THAY ĐỔI QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

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

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 và Người được bảo hiểm đồng ý rằng, trong quá trình thực hiện hợp đồng bảo hiểm, Công ty bảo hiểm không có nghĩa vụ phải gửi thông báo nhắc đóng phí.

Thay đổi quyền lợi bảo hiểm: 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. 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.

VII.Kết thúc quyền lợi bảo hiểm

Tất cả các quyền lợi bảo hiểm theo hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực vào 23 giờ 59 phút đêm của ngày cuối cùng của thời hạn bảo hiểm hoặc vào ngày chấm dứt hiệu lực bảo hiểm do Bên mua bảo hiểm/Bảo hiểm Bảo Việt yêu cầu tùy theo thời điểm nào đến trước. Bảo hiểm Bảo Việt không phải chịu trách nhiệm bồi thường bảo hiểm đối với các sự kiện bảo hiểm/rủi ro phát sinh sau các thời điểm nêu trên. Đồng thời, Bảo hiểm Bảo Việt cũng không phải chịu trách nhiệm bồi thường bảo hiểm đối với hậu quả của các rủi ro phát sinh trong thời hạn bảo hiểm nhưng hậu quả xảy ra ngoài thời hạn bảo hiểm hoặc sau thời điểm chấm dứt hiệu lực bảo hiểm.

VIII. QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA CÁC BÊN

1. Quyền và nghĩa vụ của Bảo hiểm Bảo Việt

a. Quyền của Bảo hiểm Bảo Việt:

- Thu phí bảo hiểm theo thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm;
- Yêu cầu Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm cung cấp thông tin đầy đủ và trung thực mọi thông tin có liên quan đến việc giao kết và thực hiện hợp đồng bảo hiểm;
- Hủy bỏ hợp đồng bảo hiểm hoặc đơn phương chấm dứt hợp đồng bảo hiểm theo quy định tại quy tắc bảo hiểm, hợp đồng bảo hiểm, Luật Kinh doanh bảo hiểm;
- Từ chối trả tiền bảo hiểm cho Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng trong trường hợp không thuộc phạm vi trách nhiệm bảo hiểm hoặc trường hợp loại trừ trách nhiệm bảo hiểm theo quy định trong hợp đồng bảo hiểm/quy tắc bảo hiểm;
- Từ chối trả tiền bảo hiểm hoặc giảm trừ trách nhiệm bảo hiểm trong trường hợp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm và/hoặc Người thụ hưởng vi phạm quy định của quy tắc bảo hiểm/hợp đồng bảo hiểm;
- Yêu cầu Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm thực hiện các biện pháp ngăn chặn và giảm thiểu tổn thất theo quy định của Luật Kinh doanh bảo hiểm và các quy định khác của pháp luật có liên quan;
- Các quyền khác theo quy định của pháp luật.

b. Nghĩa vụ của Bảo hiểm Bảo Việt:

- Giải thích rõ ràng, đầy đủ cho Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm về quyền lợi bảo hiểm, các điều khoản và điều kiện bảo hiểm, điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm trong hợp đồng bảo hiểm/quy tắc bảo hiểm, các quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm;
- Cấp hợp đồng bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm ngay sau khi giao kết hợp đồng bảo hiểm;
- Trả tiền bảo hiểm cho Người thụ hưởng hoặc bồi thường cho Người được bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm;
- Giải thích bằng văn bản lý do từ chối trả tiền bảo hiểm;
- Các nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật.

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

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

- Yêu cầu Bảo hiểm Bảo Việt giải thích các điều kiện, điều khoản của hợp đồng và cấp hợp đồng bảo hiểm;
- Hủy bỏ hợp đồng bảo hiểm hoặc đơn phương chấm dứt hợp đồng bảo hiểm theo quy định tại quy tắc bảo hiểm, hợp đồng bảo hiểm, Luật Kinh doanh bảo hiểm;
- Yêu cầu Bảo hiểm Bảo Việt trả tiền bảo hiểm cho Người thụ hưởng hoặc Người được bảo hiểm theo thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm khi xảy ra sự kiện được bảo hiểm;
- Các quyền khác theo quy định của pháp luật.

b. Nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm:

- Thanh toán phí bảo hiểm đầy đủ theo phương thức và thời hạn thanh toán như thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm;
- Kê khai đầy đủ, trung thực mọi thông tin trên giấy yêu cầu bảo hiểm và các thông tin có liên quan đến hợp đồng bảo hiểm theo yêu cầu của Bảo hiểm Bảo Việt;
- Đọc và hiểu rõ điều kiện, điều khoản bảo hiểm, điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm, quyền và 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;
- Thông báo các trường hợp có thể làm tăng rủi ro hoặc tăng thêm trách nhiệm pháp lý của Bảo hiểm Bảo Việt trong quá trình thực hiện hợp đồng theo yêu cầu của Bảo hiểm Bảo Việt;
- Thông báo cho Bảo hiểm Bảo Việt về sự kiện được bảo hiểm theo thỏa thuận trong hợp đồng;
- Thực hiện các biện pháp ngăn chặn và giảm thiểu tổn thất theo quy định của Luật kinh doanh bảo hiểm và các quy định khác của pháp luật có liên quan;
- Kê khai trung thực, đầy đủ các thông tin, cung cấp các chứng cứ về rủi ro được bảo hiểm. Mọi chi phí liên quan đến việc cung cấp hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm không thuộc trách nhiệm của Bảo hiểm Bảo Việt;
- Trong trường hợp được yêu cầu, ủy quyền cho Bảo hiểm Bảo Việt và/hoặc đại diện của Bảo hiểm Bảo Việt thay mặt Người được bảo hiểm tiếp cận với các bên thứ ba bao gồm nhưng không giới hạn ở bệnh viện/phòng khám, bác sĩ điều trị để thu thập các thông tin cần thiết cho việc xác minh, giải quyết bồi thường bảo hiểm;
- Các nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật.

IX. KIỂM TRA

Bảo hiểm Bảo Việt có quyền thông qua các chuyên viên y tế kiểm tra tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm vào bất kỳ lúc nào khi cần thiết trong thời hạn bảo hiểm và/hoặc các thông tin có liên quan đến

việc giải quyết chi trả tiền bảo hiểm. Ngoài ra, Bảo hiểm Bảo Việt có thể yêu cầu tiến hành khám nghiệm tử thi trong trường hợp Người được bảo hiểm tử vong có dấu hiệu nghi vấn hoặc không thống nhất được nguyên nhân tử vong, nếu việc này không vi phạm pháp luật hiện hành. Mọi chi phí phát sinh liên quan đến việc giám định, xác minh sẽ do Bảo hiểm Bảo Việt chi trả. Tuy nhiên, quá trình thẩm định rủi ro, giám định, xác minh, nếu có, sẽ không thay thế nghĩa vụ cung cấp đầy đủ, chính xác và trung thực tất cả các thông tin theo yêu cầu của Bảo hiểm Bảo Việt.

Bảo hiểm Bảo Việt sẽ không nhận bảo hiểm hoặc không giải quyết quyền lợi bảo hiểm nếu Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng hoặc Người thừa kế hợp pháp của họ không thực hiện các yêu cầu trên, trừ khi Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng hoặc Người thừa kế hợp pháp có lý do chính đáng và được pháp luật cho phép.

X. 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.

XI. 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).

Tất cả các văn bản được Bảo hiểm Bảo Việt dịch sang ngôn ngữ khác ngoài Tiếng Việt chỉ dùng để tham khảo. Trong trường hợp có tranh chấp hoặc sai sót trong diễn đạt hay dịch thuật, bản Tiếng Việt sẽ được ưu tiên sử dụng.



CHƯƠNG 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.

I. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM CHÍNH: ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ DO BỆNH, TAI NẠN, BIẾN CHỨNG THAI SẢN

A. Quyền lợi bảo hiểm

- Bảo hiểm cho trường hợp bệnh, tai nạn, biến chứng thai sản xảy ra trong thời hạn bảo hiểm khiến Người được bảo hiểm phải nằm viện điều trị nội trú và/hoặc phẫu thuật nội trú tại bệnh viện, trừ những điểm loại trừ quy định tại hợp đồng bảo hiểm/quy tắc bảo hiểm.
- Đối tượng trẻ em từ 15 ngày tuổi đến 3 tuổi, quyền lợi này áp dụng theo tỷ lệ đồng chi trả được quy định trong bảng quyền lợi bảo hiểm.

1. Chi phí nằm viện

Trường hợp Người được bảo hiểm phải nằm viện điều trị, Bảo hiểm Bảo Việt sẽ thanh toán cho Người được bảo hiểm tối đa không quá giới hạn phụ cho mỗi ngày điều trị quy định trong bảng quyền lợi bảo hiểm đối với những chi phí y tế thực tế theo chỉ định của bác sĩ, phát sinh cần thiết và hợp lý do bệnh, tai nạn, biến chứng thai sản thuộc phạm vi bảo hiểm xảy ra trong thời hạn bảo hiểm trừ những điểm loại trừ quy định tại hợp đồng bảo hiểm/quy tắc bảo hiểm, bao gồm các chi phí sau:

- Chi phí phòng và giường, suất ăn theo tiêu chuẩn phòng tại bệnh viện.
- Chi phí phòng chăm sóc đặc biệt (ICU (Intensive Care Unit), HDU (High Dependency Unit), CCU (Coronary Care Unit)), điều trị cấp cứu.
- Các chi phí bệnh viện tổng hợp:
  - Chi phí thuốc điều trị và sử dụng trong khi nằm viện, truyền máu, ô xy, huyết thanh.
  - Chi phí băng, nẹp bột.
  - Chi phí tiêm truyền tĩnh mạch.
  - Chi phí xét nghiệm hoặc chẩn đoán bằng hình ảnh như X-quang, MRI, CT, PET, siêu âm, nội soi. Các xét nghiệm này phải do bác sĩ chỉ định là cần thiết để đánh giá tình trạng bệnh và là một phần của chi phí nằm viện điều trị.
  - Chi phí vật tư y tế tiêu hao cần thiết được sử dụng trong quá trình Người được bảo hiểm nằm viện.
  - Các chi phí y tế liên quan khác.

Tổng số ngày nằm viện điều trị được trả tiền bảo hiểm không vượt quá 60 ngày/năm và tổng số tiền được trả tiền bảo hiểm không vượt quá số tiền bảo hiểm quy định của quyền lợi Điều trị nội trú do bệnh, tai nạn, biến chứng thai sản.

2. Chi phí khám trước khi nhập viện (trong vòng 30 ngày trước khi nhập viện)

Bảo hiểm Bảo Việt sẽ chi trả cho Người được bảo hiểm 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.

3. Chi phí tái khám sau khi xuất viện (trong vòng 30 ngày sau khi xuất viện)

Bảo hiểm Bảo Việt sẽ chi trả cho Người được bảo hiểm 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 30 ngày kể từ ngày Người được bảo hiểm xuất viện.

4. Dịch vụ xe cứu thương, xe cấp cứu đường bộ

Bảo hiểm Bảo Việt sẽ chi trả cho chi phí sử dụng xe cứu thương/xe cấp cứu bằng đường bộ (không phải là dịch vụ vận chuyển bằng đường hàng không) trong trường hợp Người được bảo hiểm trong tình trạng bệnh/tai nạn nguy kịch ảnh hưởng đến tính mạng buộc phải đưa Người được bảo hiểm đến bệnh viện/phòng khám gần nhất hoặc từ bệnh viện này đến bệnh viện khác theo chỉ định của bác sĩ.

5. Chi phí phẫu thuật

Bảo hiểm Bảo Việt sẽ chi trả cho Người được bảo hiểm các chi phí y tế thực tế thuộc phạm vi bảo hiểm phát sinh cho một ca phẫu thuật nội trú như định nghĩa, bao gồm chi phí thuốc, vật tư tiêu hao, các thiết bị cần thiết và hợp lý theo chỉ định của bác sĩ mà không bị loại trừ bảo hiểm, chi phí phòng mổ, phẫu thuật viên, các chi phí gây mê, các chi phí hội chẩn trước khi mổ và hồi sức sau khi mổ, chi phí tái mổ, chi phí cấy ghép nội tạng trừ những điểm loại trừ quy định tại hợp đồng bảo hiểm/quy tắc bảo hiểm. Giới hạn số tiền chi trả cho trường hợp phẫu thuật không vượt mức giới hạn tối

đa do Người được bảo hiểm lựa chọn khi tham gia bảo hiểm và được ghi cụ thể trong hợp đồng bảo hiểm.

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

6. Phục hồi chức năng

7. Trợ cấp bệnh viện công (không quá 60 ngày/năm)

Bảo hiểm Bảo Việt chi trả số tiền trợ cấp ghi trên bảng quyền lợi bảo hiểm cho mỗi ngày nằm viện điều trị nội trú do bệnh, tai nạn tại các bệnh viện công lập.

8. Trợ cấp mai táng phí trong trường hợp tử vong tại bệnh viện.

Trường hợp Người được bảo hiểm tử vong khi nằm viện thuộc phạm vi trách nhiệm bảo hiểm, Bảo hiểm Bảo Việt sẽ trả tiền trợ cấp mai táng phí ghi trên hợp đồng bảo hiểm.

B. Hiệu lực bảo hiểm

Quyền lợi bảo hiểm này có hiệu lực sau thời gian chờ dưới đây:

- 30 ngày đối với bệnh thông thường (bao gồm cả thời gian phát bệnh cho đến khi kết thúc đợt điều trị/tính theo thời điểm có bệnh, không tính theo thời điểm điều trị).
- 90 ngày đối với biến chứng thai sản theo định nghĩa.
- 365 ngày đối với: bệnh có sẵn, bệnh đặc biệt theo định nghĩa, rách/đứt/tái tạo dây chằng và sụn chêm, và các bệnh được liệt kê tại điểm loại trừ chung số 46 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.

II. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM BỔ SUNG

Các quyền lợi bảo hiểm bổ sung sau đây chỉ được áp dụng khi tham gia cùng Quyền lợi bảo hiểm chính và được ghi trong bảng quyền lợi bảo hiểm đính kèm hợp đồng bảo hiểm.

QUYỀN LỢI BỔ SUNG 1: ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ DO BỆNH, TAI NẠN, BIẾN CHỨNG THAI SẢN

A. Quyền lợi bảo hiểm

Bảo hiểm Bảo Việt sẽ thanh toán cho Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi bảo hiểm bổ sung này các chi phí y tế thực tế khi điều trị ngoại trú do bệnh, tai nạn, biến chứng thai sản trong thời hạn bảo hiểm, trừ những điểm loại trừ quy định tại hợp đồng bảo hiểm/quy tắc bảo hiểm:

- Chi phí khám, điều trị, các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, truyền dịch, thủ thuật thăm dò, vật tư y tế tiêu hao thông thường theo chỉ định của bác sĩ.
- Chi phí thuốc theo kê đơn của bác sĩ.
- Chi phí phẫu thuật trong ngày, phẫu thuật ngoại trú.
- Nội soi/thủ thuật (bao gồm điều trị trong ngày hoặc ngoại trú).
- Vật lý trị liệu, trị liệu học bức xạ, liệu pháp ánh sáng do bác sĩ chỉ định.

Giới hạn trách nhiệm theo các quyền lợi được quy định cụ thể trong bảng quyền lợi đính kèm hợp đồng bảo hiểm.

Đối tượng trẻ em từ 15 ngày tuổi đến 3 tuổi, quyền lợi này áp dụng theo tỉ lệ đồng chi trả được quy định trong bảng quyền lợi bảo hiểm.

B. Hiệu lực bảo hiểm

Quyền lợi bảo hiểm này có hiệu lực sau thời gian chờ dưới đây:

- 30 ngày đối với bệnh thông thường (bao gồm cả thời gian phát bệnh cho đến khi kết thúc đợt điều trị, tính theo thời điểm khởi phát bệnh, không tính theo thời điểm điều trị).
- 90 ngày đối với biến chứng thai sản như định nghĩa.
- 365 ngày đối với: bệnh có sẵn, bệnh đặc biệt theo định nghĩa, rách/đứt/tái tạo dây chằng và sụn chêm, và các bệnh được liệt kê tại điểm loại trừ chung số 46 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.

QUYỀN LỢI BỔ SUNG 2: BẢO HIỂM TAI NẠN CÁ NHÂN

A. Quyền lợi 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, trừ những điểm loại trừ quy định tại hợp đồng bảo hiểm/quy tắc 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 trên 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 Bảng tỉ 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.

B. Hiệu lực bảo hiểm

Quyền lợi bảo hiểm này có hiệu lực ngay khi bắt đầu hiệu lực bảo hiểm quy định trên hợp đồng bảo hiểm.

QUYỀN LỢI BỔ SUNG 3: BẢO HIỂM SINH MẠNG CÁ NHÂN

A. Quyền lợi bảo hiểm

Bảo hiểm trường hợp tử vong/thương tật toàn bộ vĩnh viễn do nguyên nhân không phải là tai nạn, xảy ra trong thời hạn bảo hiểm trừ những điểm loại trừ quy định tại hợp đồng bảo hiểm/quy tắc 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.

B. Hiệu lực bảo hiểm

Quyền lợi bảo hiểm này có hiệu lực sau thời gian chờ dưới đây:

- 90 ngày đối với bệnh thông thường.
- 365 ngày đối với: biến chứng thai sản, bệnh có sẵn, bệnh đặc biệt như định nghĩa, rách/đứt/tái tạo dây chằng và sụn chêm, và các bệnh được liệt kê tại điểm loại trừ chung số 46 của quy tắc bảo hiểm.

QUYỀN LỢI BỔ SUNG 4: BẢO HIỂM NHA KHOA

A. Quyền lợi bảo hiểm

- Bảo hiểm Bảo Việt sẽ thanh toán cho Người được bảo hiểm chi phí y tế điều trị răng bệnh lý bao gồm:
- Khám và chẩn đoán bệnh.
- Lấy cao răng.
- Trám răng bằng các chất liệu thông thường.
- Nhổ răng bệnh lý.
- Lấy u vôi răng (lấy vôi răng sâu dưới nướu).
- Phẫu thuật cắt chóp răng.
- Chữa tủy răng.
- Điều trị viêm nướu, viêm nha chu.

Điều trị răng giới hạn tại các cơ sở y tế theo quy định sau:

- Chuyên khoa Nha tại tất cả các bệnh viện hoạt động hợp pháp trong phạm vi lãnh thổ Việt Nam.
- Tại Thành phố Hà Nội và Thành phố Hồ Chí Minh: ngoài Chuyên khoa Nha tại tất cả các bệnh viện nói trên, Bảo hiểm Bảo Việt chỉ chấp thuận bồi thường cho các chi phí phát sinh tại các Phòng khám/Nha khoa trong hệ thống bảo lãnh viện phí của Bảo hiểm Bảo Việt.
- Đối với các Tỉnh thành khác: ngoài Chuyên khoa Nha tại tất cả các bệnh viện nói trên, Bảo hiểm Bảo Việt chấp thuận bồi thường cho các chi phí phát sinh tại các Phòng khám/Nha khoa có giấy phép đăng ký kinh doanh và giấy phép hành nghề hợp pháp và cấp được hóa đơn hợp lệ theo quy định của Bộ Tài Chính.
- Bảo hiểm Bảo Việt không chi trả cho các chi phí khám và điều trị của Người được bảo hiểm tại cơ sở y tế thuộc Danh sách cơ sở y tế không chi trả bảo hiểm được cập nhật tại trang thông tin điện tử chính thức của Bảo hiểm Bảo Việt.

B. Hiệu lực bảo hiểm

Quyền lợi bảo hiểm này có hiệu lực sau thời gian chờ 30 ngày.

QUYỀN LỢI BỔ SUNG 5: BẢO HIỂM THAI SẢN

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

Đơn vị: VNĐ

Thai sản	BẠC	VÀNG	BẠCH KIM	KIM CƯƠNG
Giới hạn trách nhiệm tối đa cho một thời hạn bảo hiểm	21.000.000	21.000.000	21.000.000	31.500.000

A. Quyền lợi bảo hiểm

- 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 (như định nghĩa) trong quá trình mang thai hoặc trong quá trình sinh nở cần đến các thủ thuật sản khoa, chi phí chăm sóc mẹ trước và sau khi sinh tại bệnh viện. Phẫu thuật sinh mổ chỉ được bảo hiểm nếu do bác sĩ chỉ định là cần thiết cho ca sinh đó, không bao gồm việc sinh mổ theo yêu cầu (hoặc phải mổ lại do việc yêu cầu mổ trước đó).

- 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, chăm sóc mẹ trước và sau khi sinh tại bệnh viện, chi phí may thẩm mỹ đường rạch.

B. Hiệu lực bảo hiểm

Quyền lợi bảo hiểm này có hiệu lực sau thời gian chờ dưới đây:

- 90 ngày đối với biến chứng thai sản theo định nghĩa.
- 635 ngày đối với sinh con.

Lưu ý: Các chi phí gói sinh mổ phát sinh tại các bệnh viện Phụ sản Hà Nội, Phụ sản Trung ương và bênh viện công (nếu phát sinh tương tự) được thanh toán toàn bộ tới hạn mức tương ứng trong bảng quyền lợi bảo hiểm, bao gồm cả trường hợp không bóc tách được bảng kê chi tiết gói sinh mổ từ các bệnh viện này.

CHƯƠNG III - Các điểm loại trừ chung

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

Bảo hiểm Bảo Việt không chịu trách nhiệm chi trả tiền bảo hiểm đối với những rủi ro, hạng mục, điều kiện, các hành động, nguyên nhân, bệnh, phương pháp điều trị như 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. Hành động cố ý gây hại cho bản thân hoặc cho đối tượng khác của Người được bảo hiểm hoặc Người thừa kế hợp pháp.
3. 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 trong giấy yêu cầu bảo hiểm, 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.
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 tai nạn/thương tật trong tình trạng sử dụng rượu/bia, ma túy, chất kích thích, chất gây nghiện. Các rủi ro phát sinh trực tiếp hoặc gián tiếp từ việc: Người được bảo hiểm nghiện rượu/bia, ma túy, chất kích thích; hoặc sử dụng, lạm dụng hay nghiện bất cứ chất có cồn/chất kích thích/chất gây nghiện nào.
7. Các hành động đánh nhau của Người được bảo hiểm, trừ khi chứng minh được bằng văn bản xác nhận của cơ quan có thẩm quyền về việc hành động đánh nhau đó chỉ với mục đích tự vệ.
8. 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.
9. Khám và điều trị không theo quy trình của bệnh viện/phòng khám; các chỉ định điều trị không theo quy trình/phác đồ của Bộ y tế.
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. 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, bất kỳ hoạt động đua nào (bao gồm hợp pháp và bất hợp pháp).
14. Bệnh lao các loại, bệnh nghề nghiệp.
15. Bệnh ung thư (tất cả các quyền lợi bảo hiểm); các chi phí y tế liên quan đến khám/điều trị cho phần cơ thể bị ung thư.
16. Người bị bệnh ung thư trước khi tham gia bảo hiểm; Người đang trong thời gian điều trị nội trú thương tật hoặc bệnh tật, người bị thương tật vĩnh viễn trên 50% tại thời điểm tham gia hoặc thời điểm hợp đồng bảo hiểm bắt đầu có hiệu lực.

17. Mọi quyền lợi phát sinh cho người không thuộc đối tượng tham gia bảo hiểm.
18. Các bệnh suy tủy, bạch cầu, điều trị lọc máu, chạy thận nhân tạo, suy thận, và hậu quả hay biến chứng của các bệnh này.
19. 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 khác lây qua đường tình dục; và mọi biến chứng/hậu quả liên quan đến những bệnh/hội chứng/tình trạng kể trên.
20. Các bệnh bẩm sinh, dị tật bẩm sinh, bệnh di truyền, bệnh dị dạng về gen, và mọi biến chứng/hậu quả liên quan đến những bệnh này; bao gồm những danh mục liệt kê dưới đây và/hoặc các danh mục được liệt kê trong Sửa đổi bổ sung như là một bộ phận đính kèm của quy tắc/hợp đồng bảo hiểm như: bệnh tim bẩm sinh, bệnh Down, hở môi, hở hàm ếch, tích nước trong não, hẹp hậu môn, hẹp/ngắn/dài bao quy đầu, vẹo vách ngăn bẩm sinh, hoặc các bệnh bẩm sinh/dị tật bẩm sinh/bệnh di truyền/bệnh dị dạng về gen khác theo kết luận của bác sĩ.
21. 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 (tuy nhiên việc khám và xét nghiệm phụ khoa/nam khoa kết quả bất thường phục vụ cho mục đích điều trị bệnh thuộc phạm vi bảo hiểm thì vẫn được bảo hiểm); 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.
22. Đục thủy tinh thể, 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.
23. Sinh con (bao gồm cả các trường hợp biến chứng dẫn đến hậu quả phải sinh đẻ, sinh non); một số hậu quả sau khi sinh như sốt, nhiễm khuẩn, hậu sản, rong huyết, viêm tắc sữa, áp xe vú, đau đầu, chân tay tê mỏi, đau nhức lưng, rối loạn đường tiết niệu. Điều khoản loại trừ này chỉ được miễn trong trường hợp có tham gia Quyền lợi bổ sung – Bảo hiểm thai sản.
24. Các biến chứng thai sản không được liệt kê trong danh sách các biến chứng thai sản được bảo hiểm theo định nghĩa của quy tắc bảo hiểm.
25. Các chi phí khám và điều trị liên quan đến răng bao gồm cả điều trị nội trú và ngoại trú, trừ trường hợp có tham gia Quyền lợi bổ sung - Bảo hiểm nha khoa.
26. Điều trị y tế 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.
27. Khám/xét nghiệm/chẩn đoán hình ảnh không có kết luận chẩn đoán bệnh của bác sĩ, hoặc bác sĩ kết luận là không có bệnh; các chi phí không liên quan đến rủi ro thuộc phạm vi bảo hiểm.
28. 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; khám và điều trị sẹo, sụp mí mắt, nốt ruồi; 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).
29. 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.
30. Chi phí để 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.
31. Thực phẩm chức năng; thực phẩm bồi bổ cơ thể; dược mỹ phẩm, mỹ phẩm; chế phẩm y tế không nằm trong danh mục thuốc điều trị của Bộ Y tế; các chất bổ sung hoặc thay thế phục vụ cho việc ăn kiêng có sẵn trong tự nhiên và có thể được mua mà không cần chỉ định, các loại thuốc tăng cường miễn dịch cơ thể; các loại khoáng chất và vitamin (trừ trường hợp các loại khoáng chất và vitamin đó được kê đơn kèm theo thuốc điều trị và chi phí cho các loại khoáng chất, vitamin này không lớn hơn 20% tổng toa thuốc).
32. Kế hoạch hóa gia đình, phá thai/hậu quả của phá thai do nguyên nhân tâm lý hay xã hội; khám, điều trị hay xét nghiệm cho tình trạng vô sinh/hiếm muộn/kiểm tra khả năng sinh sản; 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; và bất kỳ hậu quả hay biến chứng nào từ những điều trị trên.

33. Khám và điều trị kiểm soát trọng lượng cơ thể (tăng hoặc giảm cân); suy dinh dưỡng, còi xương, béo phì.
34. 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.
35. Điều trị bằng thủy lực, các phương pháp thiên nhiên, spa, mát xa, viện điều dưỡng, an dưỡng, viện chăm sóc dài hạn hoặc tại các cơ sở tương tự.
36. Không bảo hiểm trong năm đầu tiên tham gia bảo hiểm đối với: Bệnh đặc biệt, bệnh có sẵn như định nghĩa; các chỉ định điều trị/phẫu thuật có từ trước ngày tham gia bảo hiểm.
37. Khám/điều trị liên quan đến rách/đứt/tái tạo dây chằng và sụn chêm không được bảo hiểm trong năm đầu tiên, và được bảo hiểm từ năm thứ hai liên tục với điều kiện bồi thường trên cơ sở đồng chi trả 70/30. Người được bảo hiểm chịu 30% chi phí theo định nghĩa đồng chi trả.
38. Rủi ro xảy ra hay điều trị y tế ngoài phạm vi địa lý được bảo hiểm.
39. Tất cả các hình thức khám/điều trị/phẫu thuật ngoại trú, khám/điều trị/phẫu thuật trong ngày, thủ thuật chẩn đoán ngoại trú và trong ngày. Điểm loại trừ này không áp dụng trong trường hợp được Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi bổ sung Điều trị ngoại trú.
40. 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 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; 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.
41. Việc điều trị thử nghiệm, điều trị không được khoa học công nhận, các dịch vụ điều trị miễn phí tại bất kỳ bệnh viện/phòng khám nào, khám/điều trị mang tính chất dự phòng.
42. Việc điều trị y tế do sai sót chuyên môn của bác sĩ.
43. Sử dụng thuốc không có đơn thuốc; điều trị y tế và/hoặc sử dụng thuốc không theo chỉ định của bác sĩ; điều trị tại các Phòng khám Đông y tư nhân và/hoặc sử dụng các loại thuốc Đông y không rõ nguồn gốc mua từ các cơ sở Đông y tư nhân đó hoặc các cơ sở không được cấp phép kinh doanh thuốc điều trị Đông y; các thuốc chưa được phép lưu hành hợp pháp tại Việt Nam.
44. Điều trị, phẫu thuật cho bệnh/thương tật bằng phương pháp cấy tế bào gốc bao gồm những danh mục liệt kê dưới đây và/hoặc các danh mục khác được liệt kê trong Sửa đổi bổ sung như là một bộ phận đính kèm của quy tắc/hợp đồng bảo hiểm như: chi phí chiết xuất, xử lý, cấy tế bào gốc, điều trị duy trì sau khi cấy tế bào 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.
45. Các quyền lợi phát sinh liên quan và các 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 của Bảo hiểm Bảo Việt; Chi phí phát sinh tại các Cơ sở y tế nằm ngoài phạm vi Cơ sở y tế được bảo hiểm theo quy định tại Hợp đồng bảo hiểm.
46. Các bệnh 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 khác Sỏi, nang, mụn cơm, polyp các loại, rối loạn tiền đình.
47. 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).

CHƯƠNG IV
Thủ tục yêu cầu bồi thường và bảo lãnh viện phí

I. 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/người giám hộ hợp pháp 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 180 ngày đối với trường hợp tử vong/thương tật vĩnh viễn hoặc 1 năm đối với các trường hợp khác, 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. Giấy yêu cầu bồi thường (theo mẫu của Bảo hiểm Bảo Việt)

Phải được kê khai và ký tên bởi chính Người được bảo hiểm hoặc Người yêu cầu bồi thường là Người thừa kế/Người thụ hưởng/Người được ủy quyền hợp pháp của Người được bảo hiểm/Người được chỉ định trên hợp đồng bảo hiểm (trừ trường hợp trẻ em do bố/mẹ/người giám hộ hợp pháp kê khai và ký tên).

2. 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/báo cáo y tế 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/chụp chiếu/chẩn đoán hình ảnh, kết quả xét nghiệm/chụp chiếu/chẩn đoán hình ảnh (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 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. Trong mọi trường hợp, Bảo hiểm Bảo Việt có quyền yêu cầu Người được bảo hiểm cung cấp bản gốc để kiểm tra.

3. 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 phải 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.

4. Yêu cầu bổ sung với trường hợp tai nạn:

- Tai nạn lao động: Người được bảo hiểm phải có Bản tường trình về tai nạn có xác nhận của Tổ chức nơi người được bảo hiểm làm việc.
- 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).
- Tai nạn sinh hoạt, tai nạn khác ngoài hai mục kể trên: Người được bảo hiểm phải có Bản tường trình về tai nạn, không yêu cầu xác nhận của cơ quan chính quyền địa phương, trừ một số trường hợp đặc biệt cần cung cấp thêm chứng từ theo yêu cầu của Bảo hiểm Bảo Việt.

5. 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.

6. 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/tài liệu chứng minh 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.

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

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

II. THỦ TỤC TRẢ TIỀN BẢO HIỂM VÀ BẢO LÃNH VIỆN PHÍ

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 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.

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

a. Trường hợp 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 Thẻ căn cước/Thẻ cư trú (hoặc 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.

b. Quy định về thẻ bảo lãnh:

Loại thẻ bảo lãnh được cấp phụ thuộc vào chương trình bảo hiểm và quyền lợi tham gia và đã được thoả thuận trong Hợp đồng bảo hiểm; trong trường hợp không có thoả thuận trong hợp đồng thì thực hiện cụ thể như sau:

> Thẻ xanh - Bảo lãnh nội trú:

- Chương trình Đồng, Bạc, Vàng (trường hợp có tham gia quyền lợi Điều trị ngoại trú thì áp dụng hình thức bồi thường Điều trị ngoại trú, không áp dụng bảo lãnh viện phí Điều trị ngoại trú).
- Chương trình Bạch Kim/Kim Cương nhưng không tham gia quyền lợi Điều trị ngoại trú.

> Thẻ vàng – Bảo lãnh nội trú và ngoại trú:

- Chương trình Bạch Kim/Kim Cương và có tham gia quyền lợi Điều trị ngoại trú.

III.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 (trừ trường hợp pháp luật có quy định khác).



PHỤ LỤC 1

BẢNG TỈ 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 đeo nhẫn (bao gồm cả đốt bàn)	18%
28	Mất trọn ngón giữa hoặc ngón đeo nhẫn	15%
29	Mất hai đốt 2 và 3 của ngón giữa hoặc ngón đeo nhẫn	08%
30	Mất đốt 3 của ngón giữa hoặc ngón đeo 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 tỉ 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 Công ty bảo hiểm 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.

BAOVIET Insurance
BẢO HIỂM BẢO VIỆT

THƯƠNG HIỆU BẢO HIỂM
ĐƯỢC TÍN NHIỆM
NHẤT CHÂU Á

VINH DANH BỞI
GLOBAL BRAND MAGAZINE



1965

Bảo hiểm Bảo Việt thành lập,
là doanh nghiệp bảo hiểm tiên phong
và lâu đời nhất tại Việt Nam

1

Tại Bảo hiểm Bảo Việt,
Khách hàng là số 1

79

Bảo hiểm Bảo Việt có mạng lưới
công ty thành viên rộng khắp
trên cả nước

300 +

Hệ thống văn phòng giao dịch
lớn nhất thị trường, Khách hàng
dễ dàng tiếp cận với các
chương trình bảo hiểm phù hợp

3500 +

Cán bộ nhân viên có trình độ
chuyên môn cao

70000 +

Đại lý và Tư vấn viên
luôn tận tâm, chuyên nghiệp
& sẵn sàng



TỔNG CÔNG TY BẢO HIỂM BẢO VIỆT

• Số 7 Lý Thường Kiệt, Phường Cửa Nam, Thành phố Hà Nội •

Website: baovietsaigon.vn