

QUY TẮC

BẢO HIỂM SỨC KHỎE TOÀN DIỆN

Ban hành theo CV số 6476/BTC-QLBH ngày 20 tháng 05 năm 2015
của Cục Quản lý giám sát Bảo hiểm - Bộ Tài Chính

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

MỤC LỤC

Phần I : Quy định chung

Phần II: Quyền lợi bảo hiểm chính

Phần III: Quyền lợi bảo hiểm bổ sung

Phần IV: Các điểm loại trừ chung

Phần V: Thủ tục yêu cầu bồi thường và bảo lãnh viện phí

Phần VI: Phụ lục bảng tỷ lệ thương tật vĩnh viễn do tai nạn

PHẦN I: QUY ĐỊNH CHUNG

I. ĐỊNH NGHĨA

1. Công ty Bảo hiểm

Là Bảo hiểm Bảo Việt được thành lập và hoạt động theo pháp luật Việt Nam. Bảo hiểm Bảo Việt có các quyền và nghĩa vụ được nêu trong Hợp đồng bảo hiểm và bị ràng buộc bởi các điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm.

2. Người được bảo hiểm

Là cá nhân có tính mạng hoặc tình trạng sức khỏe được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm. Người được bảo hiểm đã hoàn thành việc kê khai trong Giấy yêu cầu bảo hiểm và hiệu lực bảo hiểm đã được xác nhận.

3. Người tham gia bảo hiểm

Là người đại diện như bố/mẹ cho những người phụ thuộc là con dưới 18 tuổi đứng ra yêu cầu và ký kết Hợp đồng bảo hiểm với Bảo hiểm Bảo Việt và đóng phí bảo hiểm.

4. Người phụ thuộc

Là con của Người được bảo hiểm theo luật pháp có độ tuổi từ 12 tháng tuổi đến 18 tuổi hoặc 24 tuổi nếu đang theo học các khóa học dài hạn và chưa kết hôn, kể từ ngày có hiệu lực bảo hiểm hoặc ngày tái tục bảo hiểm tiếp theo. Tất cả những người phụ thuộc phải có tên trong Danh sách yêu cầu được bảo hiểm.

5. Người thụ hưởng

Là cá nhân, hoặc nhóm cá nhân được người tham gia bảo hiểm chỉ định nhận toàn bộ hoặc một phần các quyền lợi bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm này. Người thụ hưởng được ghi tên trong Giấy yêu cầu bảo hiểm, Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm hoặc trong Hợp đồng bảo hiểm. Trường hợp không có chỉ định người thụ hưởng Bảo hiểm Bảo Việt sẽ giải quyết theo các quy định về Thừa kế của Bộ Luật Dân sự.

6. Tuổi được bảo hiểm

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

7. Hợp đồng bảo hiểm

Là hợp đồng được ký kết giữa Bảo hiểm Bảo Việt và Người được bảo hiểm, theo đó Người được bảo hiểm phải đóng phí bảo hiểm, Bảo hiểm Bảo Việt cung cấp dịch vụ bảo hiểm như được liệt kê trong Quy tắc bảo hiểm. Giấy yêu cầu bảo hiểm/Quy tắc bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm /phụ lục hợp đồng là một bộ phận không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm.

8. Bảng quyền lợi bảo hiểm

Bảng quyền lợi bảo hiểm cung cấp các thông tin tóm tắt về quyền lợi bảo hiểm. Bảng quyền lợi bảo hiểm được cấp cùng và là bộ phận không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm.

9. Tổng hạn Mức Quyền lợi bảo hiểm/Số tiền bảo hiểm

Là hạn mức quyền lợi bảo hiểm của Bảo hiểm Bảo Việt đối với Người được bảo hiểm trong suốt thời hạn bảo hiểm. Hạn mức này được quy định trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc Bảng quyền lợi bảo hiểm đính kèm Quy tắc này.

10. Giới hạn phụ

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

11. Ngày hiệu lực bảo hiểm

Bảo hiểm có hiệu lực từ 00h:01 sáng ngày bắt đầu bảo hiểm lần đầu tiên hoặc ngày tái tục của Hợp đồng bảo hiểm và được kết thúc vào 11h:59 ngày hết hạn bảo hiểm được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc Hợp đồng bảo hiểm. Hiệu lực bảo hiểm chỉ được coi là liên tục trong trường hợp Người được bảo hiểm thực hiện tái tục Hợp đồng vào ngày hoặc trước ngày hết hạn hiệu lực của Hợp đồng cũ.

12. Thời hạn bảo hiểm

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

13. Thời gian chờ

Là thời gian mà các quyền lợi bảo hiểm có liên quan không được chi trả bảo hiểm bao gồm cả những trường hợp thời điểm phát sinh rủi ro nằm trong thời gian chờ nhưng chi phí phát sinh hoặc hậu quả của đợt điều trị rủi ro này lại kéo dài quá thời gian chờ quy định.

14. Phạm vi lãnh thổ

Quy tắc bảo hiểm này cung cấp bảo hiểm trong trường hợp bị tai nạn/ốm đau và những chi phí y tế liên quan phát sinh trong lãnh thổ Việt Nam ngoại trừ có những quy định khác trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc phụ lục.

15. Tai nạn

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

16. Thương tật thân thể

Thương tật thân thể gây ra trực tiếp bởi tai nạn trong thời hạn bảo hiểm dẫn đến Người được bảo hiểm bị thương tật.

17. Thương tật bộ phận vĩnh viễn

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

18. Thương tật/tàn tật toàn bộ vĩnh viễn

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

19. Ốm đau, bệnh tật

Là tình trạng cơ thể có dấu hiệu của một bệnh lý khác với tình trạng sức khỏe bình thường được biểu hiện bằng các triệu chứng hay hội chứng có chẩn đoán của Bác sỹ.

20. Bệnh/thương tật có sẵn

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

- a. Đã phải điều trị trong vòng 03 năm gần đây.
- b. Là bất cứ tình trạng sức khỏe đã được chẩn đoán; triệu chứng bệnh/thương tật đã xảy ra/xuất hiện trước ngày ký hợp đồng mà Người được bảo hiểm đã biết hoặc ý thức được cho dù Người được bảo hiểm có thực sự khám, điều trị hay không.

21. Bệnh đặc biệt

Theo Quy tắc bảo hiểm này, những bệnh sau đây được hiểu là bệnh đặc biệt:

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 (bệnh Huntington, mất điều vận động di truyền, teo cơ cột sống và hội chứng liên quan), rối loạn vận động ngoài tháp (Parkinson, rối loạn trương lực cơ, rối loạn vận động và ngoại tháp khác), Alzheimer, hội chứng Apalic/mất trí nhớ, động kinh, hôn mê, các bệnh bại não và hội chứng liệt khác.

- | | |
|--------------------------------|--|
| 2. Bệnh hệ hô hấp: | Bệnh suy phổi, tràn khí phổi. |
| 3. Bệnh hệ tuần hoàn: | Bệnh tim các loại, tăng/cao huyết áp, tăng áp lực động mạch vô căn, các bệnh mạch máu não/đột quy và các hậu quả/di chứng của bệnh này. |
| 4. Bệnh hệ tiêu hóa: | Các bệnh liên quan đến gan, mật, tụy, dạ dày, tá tràng, đại tràng (trừ viêm ruột thừa). |
| 5. Bệnh hệ tiết niệu: | Các bệnh thận, niệu quản, tiết niệu. |
| 6. Bệnh hệ nội tiết: | Rối loạn tuyến giáp, đái tháo đường và nội tiết tuyến tụy, tuyến thượng thận, hôn mê, rối loạn các tuyến nội tiết khác. |
| 7. Bệnh khối U: | Khối U/bướu lành tính các loại. |
| 8. Bệnh của máu: | Thiếu máu bất sản, rối loạn đông máu, bệnh khác của máu và cơ quan tạo máu, ghép tủy. |
| 9. Bệnh của da và mô liên kết: | Bệnh Lupus ban đỏ, xơ cứng bì toàn thân, xơ cứng rải rác, xơ cứng tiểu bì tiến triển/cột bên teo cơ, loạn dưỡng cơ và biến chứng của các bệnh này, Penphigus, vẩy nến, mề đay dị ứng mãn (có điều trị bằng kháng nguyên của nước ngoài). |

22. Bệnh nghề nghiệp

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

23. Bệnh di truyền

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

24. Bệnh bẩm sinh

Là bất kỳ bệnh 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 và bất thường của Nhiễm sắc thể”. Việc xác định tình trạng bệnh bẩm sinh phải do bác sỹ thực hiện.

25. Dịch vụ vận chuyển cấp cứu

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

26. Điều trị cấp cứu

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

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

27. Bệnh viện

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

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

28. Bệnh viện công lập

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

29. Phòng khám

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

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

30. Hệ thống bảo lãnh viện phí

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

31. Nằm viện

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

32. Tiền phòng và giường

Các chi phí tiền giường nằm điều trị trong một phòng đơn và các khoản chi phí liên quan khác phục vụ cho Người được bảo hiểm điều trị (không chi trả chi phí phòng bao), bao gồm cả phòng chăm sóc đặc biệt và các chi phí chăm sóc y tế cần thiết khác do một y tá có bằng cấp chăm sóc.

33. Chi phí y tế hợp lý

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

34. Chi phí điều trị trước khi nhập viện

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

35. Chi phí điều trị sau khi xuất viện

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

36. Trợ cấp bệnh viện công

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

37. Điều trị y tế

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

38. Điều trị phục hồi chức năng

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

39. Phẫu thuật

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

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

40. Cấy ghép nội tạng

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

41. Bác sĩ

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, loại trừ những bác sĩ chính là Người được bảo hiểm, hay vợ (chồng), bố mẹ, bố mẹ vợ/chồng hoặc con của Người được bảo hiểm. Một bác sĩ có thể là một bác sĩ chuyên khoa hay cố vấn y tế.

42. Thuốc kê theo Đơn của bác sĩ

Là những thuốc, dược phẩm được bán và sử dụng theo Đơn của Bác sĩ, theo quy định của pháp luật và không bao gồm thực phẩm chức năng, dược mỹ phẩm, mỹ phẩm, khoáng chất, chế phẩm không nằm trong danh mục thuốc điều trị của Bộ Y tế, thuốc bổ, vitamin. Tuy nhiên, Bảo Việt sẽ xem xét bồi thường thuốc bổ, vitamin khi thỏa mãn các điều kiện sau:

- Các loại thuốc bổ và vitamin này được sự chỉ định của Bác sĩ điều trị.
- Hỗ trợ cho việc điều trị bệnh/tai nạn
- Trong toa thuốc phải có thuốc điều trị đi kèm
- Tổng chi phí cho các loại thuốc bổ/vitamin này không lớn hơn 20% tổng chi phí của cả toa thuốc.

43. Các bộ phận/thiết bị y tế hỗ trợ điều trị.

Là các bộ phận/thiết bị/dụng cụ y tế:

- Được đặt/cấy/trồng vào bất cứ một bộ phận nào của cơ thể để hỗ trợ cho chức năng hoạt động của bộ phận đó, bao gồm những danh mục liệt kê dưới đây và/hoặc các danh mục được liệt kê trong Sửa đổi bổ sung như là một bộ phận đính kèm của Quy tắc/Hợp đồng bảo hiểm như stent, van tim, bóng nong, đĩa đệm, nẹp, vis, chốt treo, máy tạo nhịp tim.
- Có tính chất đặc thù, chỉ sử dụng riêng cho từng loại hình điều trị hoặc phẫu thuật, sử dụng một lần và không khấu hao, bao gồm những danh mục liệt kê dưới đây và/hoặc các danh mục được liệt kê trong Sửa đổi bổ sung như là một bộ phận đính kèm của Quy tắc/Hợp đồng bảo hiểm như dao cắt sụn, lưới bào, dao cắt gan siêu âm, dao cắt trĩ theo phương pháp Longo, rọ tán sỏi trong phẫu thuật lấy sỏi.
- Bên ngoài cơ thể có tác dụng hỗ trợ chức năng vận động hoặc các chức năng khác của cơ thể bao gồm những danh mục liệt kê dưới đây và/hoặc các danh mục được liệt kê trong Sửa đổi bổ sung như là một bộ phận đính kèm của Quy tắc/Hợp đồng bảo hiểm như nạng, nẹp, xe lăn, thiết bị trợ thính, kính thuốc, máy hỗ trợ tim.
- Các dụng cụ chỉnh hình mang tính chất thẩm mỹ khác.

44. Bộ phận giả:

Là các bộ phận/thiết bị/chất liệu được làm giả để thay thế cho các bộ phận của cơ thể bao gồm những danh mục liệt kê dưới đây và/hoặc các danh mục được liệt kê trong Sửa đổi bổ sung như là một bộ phận đính kèm của Quy tắc/Hợp đồng bảo hiểm như răng giả, chân tay giả, thủy tinh thể giả.

45. Biến chứng thai sản

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

46. Vật lý trị liệu

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

47. Vật tư tiêu hao, vật tư thay thế thông thường

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

48. Điều trị ngoại trú

Là việc điều trị y tế tại một cơ sở y tế/bệnh viện/phòng khám như định nghĩa nhưng không nhập viện điều trị nội trú.

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

49. Lần khám/điều trị

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

- Trường hợp nhiều bác sỹ chuyên khoa cùng hội chẩn trước một người bệnh theo quy chế bệnh viện thì chỉ được tính là một lần khám /điều trị.
- Trường hợp người bệnh khám một chuyên khoa nhiều lần trong ngày thì chỉ tính là một lần khám/điều trị.
- Trường hợp người bệnh phải khám thêm một số chuyên khoa khác dù có chỉ định của bác sỹ trong cùng một cơ sở y tế, trong một lần khám thì vẫn chỉ tính là một lần khám/điều trị.

50. Đồng chi trả

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

II. ĐỐI TƯỢNG THAM GIA BẢO HIỂM

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

1. Người được bảo hiểm là mọi công dân Việt Nam hoặc người nước ngoài cư trú tại Việt Nam từ mười hai (12) tháng tuổi đến sáu mươi lăm (65) năm tuổi tại thời điểm bắt đầu hiệu lực của Quy tắc bảo hiểm. Người được bảo hiểm chỉ được tham gia đến sáu mươi lăm (65) năm tuổi với điều kiện đã tham gia liên tục trước đó từ năm sáu mươi (60) năm tuổi.
2. Trường hợp trẻ em dưới mười tám (18) năm tuổi chỉ được nhận bảo hiểm với điều kiện phải tham gia bảo hiểm cùng hợp đồng với Bố và/hoặc Mẹ hoặc Bố/mẹ đã tham gia ít nhất một loại hình Bảo hiểm Sức khỏe, Chi phí y tế còn hiệu lực tại Bảo hiểm Bảo Việt. Chương trình bảo hiểm của người phụ thuộc chỉ được áp dụng mức tương đương hoặc thấp hơn chương trình của Người được bảo hiểm.

3. Đối tượng trẻ em dưới 9 tuổi, quyền lợi chi phí y tế nội trú và ngoại trú áp dụng theo tỷ lệ đồng chi trả được quy định trong Bảng Quyền lợi bảo hiểm đính kèm.

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

1. Khi có yêu cầu tham gia bảo hiểm, Người được bảo hiểm phải kê khai trung thực đầy đủ nội dung trên Giấy yêu cầu bảo hiểm. Giấy yêu cầu bảo hiểm là một bộ phận không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm. Việc kê khai trung thực và chính xác là điều kiện tiên quyết quyết định trách nhiệm của Bảo hiểm Bảo Việt với Người được bảo hiểm.
2. Trên cơ sở Giấy yêu cầu bảo hiểm, Bảo hiểm Bảo Việt sẽ cấp cho mỗi Người được bảo hiểm một Giấy chứng nhận bảo hiểm. Giấy chứng nhận bảo hiểm được coi là bằng chứng giao kết Hợp đồng bảo hiểm.
3. Trường hợp một trong hai bên muốn hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm phải thông báo bằng văn bản cho bên kia biết trước 30 ngày kể từ ngày định hủy bỏ.
 - + Nếu Người được bảo hiểm yêu cầu hủy bỏ Hợp đồng, Bảo hiểm Bảo Việt sẽ hoàn trả 80% phí bảo hiểm của thời gian còn lại với điều kiện trong thời gian hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm chưa có khiếu nại đòi trả tiền bảo hiểm nào xảy ra.
 - + Nếu Bảo hiểm Bảo Việt yêu cầu hủy bỏ Hợp đồng, Bảo hiểm Bảo Việt sẽ hoàn trả toàn bộ phí bảo hiểm của thời gian còn lại cho dù có khiếu nại đòi trả tiền bảo hiểm hay chưa.
 - + Nếu Người được bảo hiểm hoặc đại diện Người được bảo hiểm có bất kỳ khiếu nại nào thể hiện gian lận hay không trung thực hoặc nếu có hành vi gian dối hoặc có mưu kế trục lợi bảo hiểm về bất kì phương diện nào nhằm lấy tiền bảo hiểm thì Hợp đồng bảo hiểm sẽ bị hủy bỏ ngay lập tức và Người được bảo hiểm sẽ mất toàn bộ Quyền lợi bảo hiểm, đồng thời Người được bảo hiểm phải hoàn trả tất cả Giấy chứng nhận bảo hiểm và thẻ bảo hiểm cho Bảo hiểm Bảo Việt. Bảo hiểm Bảo Việt hoàn lại 70% phí bảo hiểm của thời gian còn lại với điều kiện chưa có bồi thường nào được chi trả trước đó.
4. Trong trường hợp Hợp đồng bảo hiểm tái tục liên tục, hiệu lực bảo hiểm sẽ chấm dứt vào ngày hết hạn đầu tiên sau ngày sinh nhật thứ sáu mươi lăm (65) của Người được bảo hiểm.
5. Cuối thời hạn bảo hiểm căn cứ lịch sử bồi thường của Người được bảo hiểm, Bảo hiểm Bảo Việt có quyền từ chối tái tục hợp đồng hoặc điều chỉnh các điều kiện, giới hạn phụ các quyền lợi bảo hiểm trong Hợp đồng bảo hiểm.

IV. BẢO HIỂM TRÙNG VÀ BẢO HIỂM KHÁC

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

V. PHÍ BẢO HIỂM VÀ SỐ TIỀN BẢO HIỂM

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

Thay đổi quyền lợi: Giới hạn trách nhiệm của các quyền lợi không thể thay đổi trong suốt thời hạn Hợp đồng bảo hiểm. Những quyền lợi này chỉ có thể được thay đổi vào ngày tái tục của Hợp đồng bảo hiểm. Trường hợp tái tục với Số tiền bảo hiểm cao hơn hoặc tham gia thêm quyền lợi bổ sung so với năm trước phải được sự chấp thuận của Bảo hiểm Bảo Việt và phần chênh lệch về số tiền bảo hiểm cũng như quyền lợi tham gia thêm mới sẽ không được coi là tái tục liên tục và được áp dụng thời gian chờ theo quy định.

VI. KẾT THÚC QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Tất cả các quyền lợi bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này sẽ chấm dứt hiệu lực vào 11h:59 giờ đêm của ngày cuối cùng của thời hạn bảo hiểm hoặc vào ngày chấm dứt hiệu lực bảo hiểm do Chủ hợp đồng bảo hiểm yêu cầu tùy theo thời điểm nào đến trước bao gồm cả những rủi ro phát sinh trong thời hạn bảo hiểm nhưng hậu quả xảy ra ngoài thời hạn bảo hiểm.

VII. TRƯỜNG HỢP ĐẶC BIỆT

Trong trường hợp Người được bảo hiểm tham gia các trận thi đấu hoặc các cuộc đua chuyên nghiệp như đua xe, đua ngựa, đá bóng, quyền anh, leo núi, lướt ván, lướt sóng hoặc tham gia vào các hoạt động khám phá không gian, khám phá các vùng đất mới, các khám phá khoa học, hoặc các hoạt động khác như săn bắn, thám hiểm trên núi, Nam/Bắc Cực, lực lượng thám hiểm

khi xảy ra tai nạn, Bảo hiểm Bảo Việt sẽ không bảo hiểm trừ trường hợp đã được chấp nhận bằng văn bản của Bảo hiểm Bảo Việt và phí bảo hiểm bổ sung đó đã được thanh toán.

VIII. NGHĨA VỤ CỦA NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

1. Người tham gia bảo hiểm kê khai trung thực đầy đủ các nội dung trong Giấy yêu cầu bảo hiểm của Bảo hiểm Bảo Việt.
2. Người được bảo hiểm phải cung cấp trung thực các thông tin và chứng cứ về rủi ro được bảo hiểm và mọi chi phí liên quan đến việc cung cấp hồ sơ không thuộc trách nhiệm của Bảo hiểm Bảo Việt.
3. Ủy quyền cho Bảo hiểm Bảo Việt thay mặt Người được bảo hiểm đến bệnh viện sao lưu hồ sơ phục vụ công tác bồi thường.
4. Người được bảo hiểm có nghĩa vụ thông báo cho Bảo hiểm Bảo Việt trong trường hợp sau:
 - Bất kỳ thay đổi nào về địa chỉ, nghề nghiệp hay công việc đang làm.
 - Bất kỳ tình trạng thương tật, ốm đau, khiếm khuyết hay khuyết tật cơ thể phát sinh cho dù trước khi tham gia bảo hiểm hay sau khi tham gia bảo hiểm.
 - Bất kỳ loại hình bảo hiểm khác đang có hiệu lực của Người được bảo hiểm.

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

IX. THỜI HẠN KHIẾU NẠI VÀ TRẢ TIỀN BẢO HIỂM

1. Thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm hoặc bồi thường theo hợp đồng bảo hiểm là một năm (01), kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm.
2. Bảo hiểm Bảo Việt có trách nhiệm giải quyết và chi trả tiền bảo hiểm trong vòng mười lăm (15) ngày làm việc kể từ ngày nhận được hồ sơ yêu cầu bồi thường đầy đủ, hợp lệ.
3. Người được bảo hiểm có quyền khiếu nại về việc trả tiền bảo hiểm của Bảo hiểm Bảo Việt trong vòng sáu (06) tháng kể từ ngày nhận được thông báo của Bảo hiểm Bảo Việt và bất cứ khiếu nại/khiếu kiện nào cũng không được vượt quá ba (03) năm kể từ ngày phát sinh tranh chấp.
4. Mọi tranh chấp phát sinh từ Quy tắc bảo hiểm này mà không thể giải quyết bằng thương lượng sẽ được giải quyết ở tòa án của Việt Nam và theo luật pháp Việt Nam.

X. KIỂM TRA

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

XI. LUẬT CHI PHỐI VÀ GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP

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

PHẦN II: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM CHÍNH

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

1. Quyền lợi bảo hiểm

- Bảo hiểm cho trường hợp ốm đau, bệnh tật, tai nạn bao gồm cả biến chứng thai sản xảy ra trong thời hạn bảo hiểm khiến Người được bảo hiểm phải nằm viện điều trị nội trú và hoặc phẫu thuật nội trú tại bệnh viện.
- Đối tượng trẻ em dưới 9 tuổi, quyền lợi này áp dụng theo tỷ lệ đồng chi trả được quy định trong Bảng quyền lợi bảo hiểm đính kèm.

a. Trường hợp nằm viện

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

b. Trường hợp phẫu thuật

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

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

c. Các quyền lợi bảo hiểm khác (giới hạn quyền lợi được liệt kê chi tiết trong Bảng Quyền lợi bảo hiểm)

- Chi phí điều trị trước khi nhập viện phát sinh trong vòng 30 ngày trước khi nhập viện.
- Chi phí điều trị sau khi xuất viện trong vòng 30 ngày sau khi xuất viện.
- Dịch vụ xe cứu thương, xe cấp cứu bằng đường bộ.
- Phục hồi chức năng.
- Trợ cấp bệnh viện công.

2. Hiệu lực bảo hiểm

Bảo hiểm có hiệu lực sau thời gian chờ dưới đây kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm quy định trên Giấy chứng nhận bảo hiểm:

- 30 ngày đối với trường hợp ốm đau, bệnh tật (bao gồm cả thời gian phát bệnh cho đến khi kết thúc đợt điều trị/tính theo thời điểm có bệnh, không tính theo thời điểm điều trị).
- 90 ngày đối với biến chứng thai sản như định nghĩa kể từ ngày tham gia bảo hiểm.
- 01 năm đối với bệnh có sẵn và các bệnh được liệt kê tại Điểm loại trừ chung số 36 của Quy tắc bảo hiểm này.
- 02 năm đối với bệnh đặc biệt theo định nghĩa.

PHẦN III: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM BỔ SUNG

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

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

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

1. Quyền lợi bảo hiểm

Bảo hiểm Bảo Việt sẽ thanh toán cho Người được bảo hiểm tham gia Điều khoản bổ sung này các chi phí y tế phát sinh điều trị ngoại trú do ốm đau, bệnh tật, tai nạn bao gồm cả biến chứng thai sản trong thời hạn bảo hiểm bao gồm:

- a. Chi phí khám, các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thủ thuật thăm dò, vật tư y tế tiêu hao thông thường theo chỉ định của bác sĩ.
- b. Chi phí thuốc theo kê đơn của bác sĩ.
- c. Chi phí phẫu thuật ngoại trú, nội soi chẩn đoán như định nghĩa của Quy tắc.
- d. 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/Giấy chứng nhận bảo hiểm và/hoặc Hợp đồng bảo hiểm đính kèm.

Đối tượng trẻ em dưới 9 tuổi, quyền lợi này áp dụng theo tỷ lệ đồng chi trả được quy định trong Bảng Quyền lợi bảo hiểm đính kèm.

2. Hiệu lực bảo hiểm

Bảo hiểm có hiệu lực sau thời gian chờ dưới đây kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm quy định trên Giấy chứng nhận bảo hiểm:

- 30 ngày đối với trường hợp ốm đau, bệnh tật (bao gồm cả thời gian phát bệnh cho đến khi kết thúc đợt điều trị/tính theo thời điểm có bệnh, không tính theo thời điểm điều trị).
- 90 ngày đối với biến chứng thai sản như định nghĩa kể từ ngày tham gia bảo hiểm.
- 01 năm đối với bệnh có sẵn và các bệnh được liệt kê tại Điểm loại trừ chung số 36 của Quy tắc bảo hiểm này.
- 02 năm đối với bệnh đặc biệt theo định nghĩa.

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

1. Quyền lợi bảo hiểm

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

- a. Trường hợp Người được bảo hiểm chết hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, Bảo hiểm Bảo Việt trả toàn bộ số tiền bảo hiểm trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc Hợp đồng bảo hiểm.
- b. Trường hợp Người được bảo hiểm bị thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, Bảo hiểm Bảo Việt trả theo Phụ lục I - Bảng tỷ lệ trả tiền thương tật tại Quy tắc bảo hiểm này.
- c. Trường hợp Người được bảo hiểm bị tai nạn dẫn đến thương tật bộ phận vĩnh viễn đã được trả tiền bảo hiểm, trong vòng một (01) năm kể từ ngày xảy ra tai nạn Người được bảo hiểm bị chết do hậu quả của chính tai nạn đó, Bảo hiểm Bảo Việt sẽ trả phần chênh lệch giữa số tiền bảo hiểm ghi trong Hợp đồng hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm với số tiền đã trả trước đó.

2. Hiệu lực bảo hiểm

Bảo hiểm có hiệu lực ngay khi bắt đầu thời hạn bảo hiểm quy định trên Giấy chứng nhận bảo hiểm.

QUYỀN LỢI BỔ SUNG 3: BẢO HIỂM SINH MẠNG

1. Phạm vi bảo hiểm

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

2. Hiệu lực bảo hiểm

Bảo hiểm có hiệu lực sau chín mươi (90) ngày kể từ ngày đóng phí bảo hiểm đối với bệnh thông thường. Các hợp đồng bảo hiểm tái tục liên tục mặc nhiên có hiệu lực ngay sau khi Người tham gia bảo hiểm đóng phí cho kỳ tiếp theo.

Đối với trường hợp chết do bệnh đặc biệt, bệnh có sẵn, biến chứng thai sản, Quy tắc bảo hiểm chỉ có hiệu lực đối với Người được bảo hiểm tham gia theo Quy tắc bảo hiểm này liên tục sau hai năm (2) trở lên.

3. Quyền lợi bảo hiểm

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

PHẦN IV: CÁC ĐIỂM LOẠI TRỪ CHUNG

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

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

1. Hành động cố ý của Người được bảo hiểm hoặc Người thừa kế hợp pháp.
2. Người được bảo hiểm từ 14 tuổi trở lên vi phạm pháp luật phải thụ án hình sự và/ hoặc vi phạm Luật an toàn giao thông; vi phạm nội quy của cơ quan theo Luật lao động.
3. Người được bảo hiểm điều khiển phương tiện giao thông khi có nồng độ cồn trong máu vượt quá mức quy định của Luật an toàn giao thông và Người được bảo hiểm bị ảnh hưởng bởi rượu, bia hoặc các chất kích thích, các chất gây nghiện khác là nguyên nhân dẫn đến tai nạn hoặc ốm bệnh.
4. Hậu quả của phát sinh từ việc ăn, uống hoặc hít phải hơi độc, khí độc, chất độc.
5. Các hành động đánh nhau của Người được bảo hiểm, trừ khi chứng minh được hành động đánh nhau đó chỉ với mục đích tự vệ.
6. Hậu quả của tai nạn xảy ra ngoài thời hạn bảo hiểm.
7. Điều trị y tế hoặc sử dụng thuốc không có đơn thuốc và sự chỉ dẫn của bác sỹ; các loại thuốc đông y không rõ nguồn gốc, các phòng khám, chẩn trị đông y tư nhân.
8. Tham gia vào các hoạt động hàng không (trừ khi với tư cách là hành khách), tham gia các cuộc diễn tập huấn luyện quân sự, tham gia chiến đấu của lực lượng vũ trang.
9. Những rủi ro mang tính chất thảm họa như động đất, núi lửa, sóng thần, nhiễm phóng xạ, dịch bệnh theo công bố của cơ quan có thẩm quyền (bao gồm SARS, H5N1, Ebola).
10. Chiến tranh, nội chiến, đình công, khủng bố, bạo động, dân biến, phiến loạn, các hoạt động dân sự hoặc hành động của bất kỳ người cầm đầu của tổ chức nào nhằm lật đổ, đe dọa chính quyền, kiểm soát bằng vũ lực.
11. Tham gia tập luyện hoặc tham gia thi đấu các môn thể thao chuyên nghiệp, bất kỳ hoạt động đua nào.
12. Bệnh lao các loại, bệnh sốt rét, bệnh nghề nghiệp, bệnh phong.
13. Bệnh ung thư.
14. Những người đang điều trị 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.
15. Các bệnh suy tủy, bạch cầu, điều trị lọc máu, chạy thận nhân tạo và hậu quả hay biến chứng của các bệnh này.
16. Liệu pháp thay thế hooc-môn trong thời kỳ sinh trưởng hoặc tiền mãn kinh hay mãn kinh ở phụ nữ.
17. Điều trị các bệnh lây lan qua đường tình dục như bệnh giang mai, bệnh lậu, rối loạn chức năng sinh dục hay điều trị sinh lý, ốm đau liên quan đến các bệnh thuộc hội chứng suy giảm miễn dịch (HIV) bao gồm các hội chứng liên quan đến AIDS và/hoặc bất cứ biến chứng hoặc biến đổi nào, hoặc bệnh lây truyền qua đường tình dục hay bất cứ hội chứng liên quan đến AIDS hoặc các bệnh liên quan đến AIDS khác.
18. Điều trị và/hoặc phẫu thuật cho các bệnh bẩm sinh, bệnh di truyền/dị tật/khuyết tật bẩm sinh, bệnh dị dạng về gen và mọi biến chứng, hậu quả liên quan đến những bệnh này, những chỉ định phẫu thuật có từ trước ngày bắt đầu bảo hiểm; bao gồm những danh mục liệt kê dưới đây và/ hoặc các danh mục được liệt kê trong Sửa đổi bổ sung như là một bộ phận đính kèm của Quy tắc/Hợp đồng bảo hiểm như bệnh tim bẩm sinh, bệnh Down, hở môi, hở hàm ếch, tích nước trong não, hẹp hậu môn, hẹp bao quy đầu, vẹo vách ngăn bẩm sinh.
19. Kiểm tra sức khỏe định kỳ (nội trú hay ngoại trú); kiểm tra sức khỏe tổng quát, tầm soát ung thư kết quả bình thường, giám định y khoa hoặc tư vấn y tế không liên quan đến điều trị ốm đau hoặc thương tật, bao gồm cả kiểm tra phụ khoa/nam khoa; Xét nghiệm định kỳ, khám định kỳ cho trẻ mới sinh, tất cả các hình thức tiêm chủng, vắc-xin và thuốc phòng ngừa (trừ trường hợp tiêm vắc-xin sau khi bị tai nạn hay súc vật, côn trùng cắn).
20. Kiểm tra thị lực, khô mắt, mỏi mắt điều tiết, đục thủy tinh thể, thính giác thông thường, lão hóa, thoái hóa, điều trị suy biến tự nhiên/không phải vì lý do bệnh lý của cho việc suy giảm thính thị lực, bao gồm những danh mục liệt kê dưới đây

và/hoặc các danh mục khác được liệt kê trong Sửa đổi bổ sung như là một bộ phận đính kèm của Quy tắc/Hợp đồng bảo hiểm như các tật khúc xạ như cận thị, viễn thị và loạn thị và bất kỳ phẫu thuật để phục hồi hiệu chỉnh nào đối với các khuyết tật thoái hóa thính giác và thị giác.

21. Sinh đẻ (bao gồm cả các trường hợp biến chứng hậu quả phải sinh đẻ, sinh non).
22. Các chi phí điều trị liên quan đến răng bao gồm cả nội trú và ngoại trú.
23. Điều trị hoặc phẫu thuật theo yêu cầu của Người được bảo hiểm mà không phải điều trị theo cách thông thường; Khám và xét nghiệm không có kết luận chẩn đoán bệnh hoặc kết luận không có bệnh cần điều trị của bác sĩ.
24. Các hình thức thẩm mỹ, phẫu thuật thẩm mỹ, chỉnh hình.
25. Các điều trị tăng sắc tố (nám da), điều trị mụn, trứng cá, điều trị chứng rụng tóc bị loại trừ riêng đối với điều kiện ngoại trú. Trường hợp Người được bảo hiểm bị những bệnh này phải điều trị nội trú thì vẫn được giải quyết theo quyền lợi điều trị nội trú do ốm đau, bệnh tật.
26. Chi phí để cung cấp, bảo dưỡng, sửa chữa hay thay thế thiết bị hỗ trợ điều trị/điều trị hay bộ phận giả như định nghĩa.
27. Các chi phí liên quan đến phẫu thuật, điều trị bệnh/thương tật bằng phương pháp cấy tế bào gốc bao gồm những danh mục liệt kê dưới đây và/ hoặc các danh mục khác được liệt kê trong Sửa đổi bổ sung như là một bộ phận đính kèm của Quy tắc/Hợp đồng bảo hiểm như chi phí chiết xuất, xử lý, cấy tế bào gốc, điều trị duy trì sau khi cấy tế bào và hậu quả của phương pháp điều trị này. Riêng trường hợp này chỉ bảo hiểm chi phí ngày nằm viện nội trú tại các bệnh viện công.
28. Các chất bổ sung hoặc thay thế phục vụ cho việc ăn kiêng có sẵn trong tự nhiên và có thể được mua mà không cần chỉ định, bao gồm những danh mục liệt kê tại đây và/hoặc các danh mục khác tương tự như vậy như các loại vitamin, thuốc bổ, khoáng chất và các chất hữu cơ thực phẩm chức năng (glucosamine, omega3, herblife, amkey), thuốc tăng cường miễn dịch cơ thể, các loại chế phẩm y tế.
29. Thực hiện các biện pháp kế hoạch hóa gia đình, hậu quả của phá thai do nguyên nhân tâm lý hay xã hội, điều trị vô sinh nam/nữ, thụ tinh nhân tạo, điều trị bất lực/liệt dương, hoặc thay đổi giới tính và bất kỳ hậu quả hay biến chứng nào từ những điều trị trên.
30. Điều trị kiểm soát trọng lượng cơ thể (tăng hoặc giảm cân); suy dinh dưỡng, còi xương, béo phì.
31. Điều trị bệnh rối loạn tâm thần và hành vi, bệnh tâm thần/loạn thần kinh hoặc bệnh chậm phát triển, bệnh rối loạn thiếu tập trung, bệnh tự kỉ. Điều trị rối loạn giấc ngủ, mất ngủ, ngủ ngày không rõ nguyên nhân, suy nhược và hội chứng căng thẳng (stress) hoặc các bệnh có liên quan từ hội chứng đó.
32. Điều trị tại phòng khám không đúng theo định nghĩa và bao gồm cả việc chỉ định của bác sĩ phòng khám này đối với mua thuốc hay xét nghiệm, điều trị tại phòng khám, bệnh viện, nhà thuốc hợp pháp.
33. Khám và điều trị không theo quy trình của bệnh viện, phòng khám và cơ sở y tế.
34. Bệnh có sẵn như định nghĩa trong Quy tắc này chỉ được bảo hiểm từ năm thứ hai tham gia liên tục đối với điều trị, năm thứ ba liên tục đối với tử vong.
35. Bệnh đặc biệt như định nghĩa trong Quy tắc này chỉ được bảo hiểm từ năm thứ ba tham gia liên tục.
36. Các bệnh sau đây sẽ không được bảo hiểm trong năm đầu tiên cho dù xảy ra trước hay sau khi hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, bao gồm:
 - + Bệnh hệ hô hấp: Viêm Amidan và viêm V.A cần phải nạo, viêm xoang, vẹo vách ngăn, viêm phế quản, tiểu phế quản, viêm phổi các loại, bệnh hen/suyễn.
 - + Bệnh hệ tai: Viêm tai giữa, viêm tai giữa cần phải phẫu thuật, sùi vòm họng, cắt bỏ xương xoắn.
 - + Bệnh hệ mạch: Viêm tĩnh mạch và viêm tắc/ngẽn tĩnh mạch, giãn tĩnh mạch chi dưới, hội chứng ống cổ tay, mạch/hạch bạch huyết, trĩ.
 - + Bệnh rối loạn chuyển hóa các loại
 - + Bệnh hệ cơ, xương, khớp: Viêm khớp/đa khớp, bệnh thoái hóa cột sống, thân đốt sống, thoát vị đĩa đệm, rối loạn mật độ và cấu trúc xương, bệnh gout.

- + Bệnh hệ tiêu hóa Bệnh loét dạ dày, tá tràng.
- + Bệnh khác Sỏi, polip, nang, mụn cơm, nốt ruồi các loại, rối loạn tiền đình.

37. Các điều trị liên quan đến tái tạo dây chằng, rách sụn chêm không được bảo hiểm trong năm đầu và được bảo hiểm năm thứ hai liên tục với điều kiện bồi thường trên cơ sở đồng chi trả 70/30. Người được bảo hiểm chịu 30% chi phí theo định nghĩa đồng chi trả.
38. Các chi phí và điều trị cho đối tượng không đủ điều kiện tham gia bảo hiểm.
39. Việc điều trị thử nghiệm, điều trị không được khoa học công nhận và các dịch vụ điều trị miễn phí tại bất kỳ bệnh viện nào.

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

1. HỒ SƠ YÊU CẦU TRẢ TIỀN BẢO HIỂM

Khi yêu cầu Bảo hiểm Bảo Việt trả tiền bảo hiểm, Người được bảo hiểm và/hoặc Người thừa kế hợp pháp phải thông báo/gửi các chứng từ sau đây cho Bảo hiểm Bảo Việt trong vòng sáu mươi (60) ngày kể từ ngày điều trị cuối cùng của một đợt điều trị hoặc tử vong:

- a. Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm (theo mẫu của Bảo hiểm Bảo Việt) phải do chính Người được bảo hiểm hoặc Người yêu cầu bảo hiểm kê khai và ký tên (trừ trường hợp trẻ em do bố mẹ kê khai hoặc NĐBH tử vong/TTTB vĩnh viễn không có khả năng tự kê khai).
- b. Biên bản tai nạn/Bản tường trình tai nạn có xác nhận/chữ ký của Chủ hợp đồng bảo hiểm/Chính quyền địa phương hoặc công an nơi Người được bảo hiểm bị tai nạn; Đăng ký xe và giấy phép lái xe trường hợp Người được bảo hiểm bị tai nạn trong khi điều khiển xe cơ giới trên 50cc.
- c. Các chứng từ liên quan đến việc điều trị: đơn thuốc, sổ khám bệnh, giấy ra viện, phiếu điều trị, phiếu chỉ định xét nghiệm, kết quả xét nghiệm hoặc phiếu chụp liên quan, phiếu mổ (trong trường hợp phải mổ). Trường hợp không cung cấp được bản chính, có thể cung cấp bản photo có xác nhận sao y của Bảo hiểm Bảo Việt. Trong mọi trường hợp, Bảo hiểm Bảo Việt có quyền yêu cầu cung cấp bản chính để kiểm tra.
- d. Các chứng từ liên quan đến việc thanh toán chi phí y tế: hóa đơn tài chính, biên lai, phiếu thu theo quy định của Bộ Tài Chính, Tổng cục Thuế và bảng kê chi tiết kèm theo. Các giấy tờ trên phải là bản gốc và sẽ thuộc sở hữu của Bảo hiểm Bảo Việt sau khi khiếu nại đã được giải quyết. Hóa đơn mua thuốc/điều trị phải được xuất trong vòng 30 ngày kể từ ngày kê đơn thuốc/điều trị và thể hiện số lượng thuốc đúng theo đơn thuốc bác sỹ điều trị. Bảo hiểm Bảo Việt không chấp nhận các phiếu thu/biên lai bán lẻ cộng gộp cho mỗi hồ sơ yêu cầu bồi thường.
- e. Trường hợp tử vong: Hồ sơ chứng từ y tế trước khi tử vong, Giấy chứng tử (trường hợp chết) và Giấy xác nhận quyền thừa kế hợp pháp (trường hợp Người được bảo hiểm chết) phải có công chứng.

2. THỦ TỤC TRẢ TIỀN BẢO HIỂM VÀ BẢO LÃNH

a. Trường hợp ứng tiền trước, bồi thường sau:

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

b. Thời hạn bồi thường

Bảo hiểm Bảo Việt có trách nhiệm giải quyết và chi trả tiền bảo hiểm trong thời hạn tối đa 15 (mười lăm) ngày làm việc kể từ ngày nhận được hồ sơ yêu cầu bồi thường đầy đủ và hợp lệ, cụ thể như sau:
Người được bảo hiểm tự thanh toán trước với phòng khám/bệnh viện. Sau đó thu thập toàn bộ hồ sơ chứng từ yêu cầu bồi thường và gửi cho Bảo hiểm Bảo Việt.

- i) Thời gian gửi thông báo nhận hồ sơ trong vòng ba (03) ngày làm việc kể từ ngày nhận đầy đủ hồ sơ.
- ii) Thời gian gửi thông báo bổ sung hồ sơ trong vòng năm (05) ngày làm việc kể từ ngày nhận đầy đủ hồ sơ.
- iii) Thời gian gửi thông báo bồi thường trong vòng mười (10) ngày làm việc kể từ ngày nhận đầy đủ hồ sơ.
- iv) Thời gian chuyển khoản trong vòng mười lăm (15) ngày làm việc kể từ ngày nhận đầy đủ hồ sơ.
- v) Thời gian yêu cầu hoàn trả hồ sơ trong trường hợp bị từ chối bồi thường là tối đa sáu mươi (60) ngày kể từ ngày Bảo hiểm Bảo Việt gửi thông báo.
- vi) Thời gian để Bảo hiểm Bảo Việt xác minh hồ sơ tối đa chín mươi (90) ngày làm việc kể từ ngày nhận đầy đủ hồ sơ.
- vii) Thời hạn để khách hàng bổ sung hồ sơ trong vòng ba mươi (30) ngày làm việc kể từ ngày nhận hồ sơ.

c. Thông tin chung về chi trả bảo hiểm

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

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

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

d. Trường hợp bảo lãnh (áp dụng cho chương trình có dịch vụ bảo lãnh)

Trường hợp Người được bảo hiểm khám và điều trị tại các bệnh viện, phòng khám trong hệ thống bảo lãnh thanh toán của chương trình, Người được bảo hiểm cần thực hiện những bước sau:

- i) Xuất trình thẻ BaoVietCare và chứng minh nhân dân hoặc hộ chiếu, giấy khai sinh (nếu là trẻ em) cho bệnh viện, phòng khám.
- ii) 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).
- iii) Thanh toán các chi phí trong bệnh viện không thuộc phạm vi bảo hiểm hoặc vượt quá mức trách nhiệm bảo hiểm.

PHỤ LỤC I : BẢNG TỶ LỆ TRẢ TIỀN THƯƠNG TẬT

(Áp dụng cho SĐBS Chết, thương tật vĩnh viễn do tai nạn)

Quyền lợi	Tỷ lệ trả tiền
I – CHẾT	100%
II – THƯƠNG TẬT TOÀN BỘ VĨNH VIỄN	
1. Mất hoặc mù hoàn toàn 2 mắt	100%
2. Rối loạn tâm thần hoàn toàn không thể chữa được	100%
3. Hông toàn bộ chức năng nhai và nói	100%
4. Mất hoặc liệt hoàn toàn 2 tay (từ vai hoặc khuỷu xuống) Hoặc 2 chân (từ hông hoặc đầu gối xuống)	100%
5. Mất cả hai bàn tay hoặc hai bàn chân hoặc mất một cánh tay hoặc một bàn chân hoặc mất một cánh tay và một cẳng chân hoặc một bàn tay và một cẳng chân hoặc một bàn tay và một bàn chân	100%
6. Mất hoàn toàn khả năng lao động mà không thể làm bất cứ việc gì (toàn bộ bị tê liệt, bị thương dẫn đến tình trạng nằm liệt giường hoặc dẫn đến tàn tật toàn bộ vĩnh viễn)	100%
7. Cắt toàn bộ một bên phổi và một phần phổi bên kia	100%
III – THƯƠNG TẬT BỘ PHẬN VĨNH VIỄN	
CHI TRÊN	
8. Mất một cánh tay từ vai xuống (tháo khớp vai)	75-85%
9. Cắt cụt cánh tay từ dưới vai xuống	70-80%
10. Cắt cụt một cánh tay từ khuỷu xuống (tháo khớp khuỷu)	65-75%
11. Mất trọn một bàn tay hoặc toàn bộ cả 5 ngón tay	60-70%
12. Mất đồng thời cả bốn ngón tay của một bàn tay	40-50%
13. Mất đồng thời cả ngón cái và ngón trỏ	35-45%
14. Mất 3 ngón: 3 - 4 - 5	30-35%
15. Mất ngón cái và 2 ngón khác	35-40%
16. Mất ngón cái và một ngón khác	30-35%
17. Mất ngón trỏ và hai ngón khác	35-40%
18. Mất ngón trỏ và một ngón giữa	30-35%

19. Mất trọn ngón cái và đốt bàn	25-30%
Mất trọn ngón cái	20-25%
Mất cả đốt ngoài	10-15%
Mất nửa đốt ngoài	07-10%
20. Mất ngón trỏ và đốt bàn	20-25%
Mất ngón trỏ	18-22%
Mất hai đốt 2 và 3	10-12%
Mất đốt 2	08-10%
21. Mất trọn ngón giữa hoặc ngón nhẫn	
(bao gồm cả đốt bàn)	18-22%
Mất trọn ngón giữa hoặc ngón nhẫn	15-18%
Mất hai đốt 2 và 3	08-12%
Mất đốt 2	04-07%
22. Mất cả ngón út và đốt bàn	15-20%
Mất cả ngón út	10-15%
Mất hai đốt 2 và 3	08-10%
Mất đốt 2	04-07%
23. Cứng khớp bả vai	30-40%
24. Cứng khớp khuỷu tay	25-35%
25. Cứng khớp cổ tay	20-30%
26. Gãy tay can lệch hoặc mất xương làm chi ngắn trên 3cm và chức năng quay sấp ngửa hạn chế hoặc tạo thành khớp giả	25-35%

CHI DƯỚI

27. Mất một chân từ háng xuống (tháo khớp không một đùi)	75-85%
28. Cắt cụt một đùi	
1/3 trên	70-80%
1/3 giữa hoặc dưới	55-75%
29. Cắt cụt một chân từ gối xuống (tháo khớp gối)	60-70%
30. Tháo khớp cổ chân hoặc mất một bàn chân	55-65%
31. Mất xương sên	35-40%

32. Mất xương gót-----	35-45%
33. Mất đoạn xương chày, mác gây khớp giả cẳng chân-----	35-45%
34. Mất đoạn xương mác-----	20-30%
35. Mất mắt cá chân: Mắt cá ngoài-----	10-15%
Mắt cá trong-----	15-20%
36. Mất cả 5 ngón chân-----	45-55%
37. Mất 4 ngón chân bao gồm cả ngón cái-----	38-48%
38. Mất bốn ngón trừ ngón cái-----	35-45%
39. Mất ba ngón 3 – 4 – 5-----	25-30%
40. Mất ba ngón 1 – 2 – 3-----	30-35%
41. Mất một ngón cái và ngón 2-----	20-25%
42. Mất một ngón cái-----	15-20%
43. Mất một ngón ngoài ngón cái-----	10-15%
44. Mất một đốt ngón cái-----	08-12%
45. Cứng khớp hông-----	45-55%
46. Cứng khớp gối-----	30-40%
47. Mất phần lớn xương bánh chè và giới hạn nhiều khả năng duỗi cẳng chân trên đùi-----	45-55%
48. Gãy chân can lệch hoặc mất xương làm ngắn chi	
Ít nhất 5 cm-----	40-45%
Từ 3 đến 5 cm-----	35-40%
49. Liệt hoàn toàn dây thần kinh hông khoeo ngoài-----	35-45%
50. Liệt hoàn toàn dây thần kinh hông khoeo trong-----	25-35%

CỘT SỐNG

51. Cắt bỏ cung sau của một đốt sống-----	35-40%
của 2 – 3 đốt sống trở lên-----	45-60%

SỌ NÃO

52. Khuyết xương sọ (chưa có biểu hiện thần kinh, tâm thần) gây ra đau đầu kéo dài-----	35-45%
---	--------

LÒNG NGỰC

53. Cắt bỏ 1 -2 xương sườn-----	15-20%
---------------------------------	--------

54. Cắt bỏ từ 3 xương sườn trở lên	25-35%
55. Cắt bỏ đoạn mỗi xương sườn	08-10%
56. Cắt toàn bộ một bên phổi	70-80%
57. Cắt nhiều thùy phổi ở 2 bên, DTS giảm trên 50%	65-75%
58. Cắt nhiều thùy phổi ở 2 bên	50-60%
59. Cắt một thùy phổi	35-45%

BỤNG

60. Cắt toàn bộ dạ dày	75-85%
61. Cắt đoạn dạ dày	50-60%
62. Cắt gần hết ruột non (còn lại dưới 1 m)	75-85%
63. Cắt đoạn ruột non	40-50%
64. Cắt toàn bộ đại tràng	75-85%
65. Cắt đoạn đại tràng	50-60%
66. Cắt bỏ gan phải Quy tắc thuận	70-80%
67. Cắt bỏ gan trái Quy tắc thuận	60-70%
68. Cắt phần thùy gan, tùy vị trí, số lượng và kết quả phẫu thuật	40-60%
69. Cắt bỏ túi mật	45-55%
70. Cắt bỏ lá lách	40-50%
71. Cắt bỏ đuôi tụy, lách	60-70%

CƠ QUAN TIẾT NIỆU, SINH DỤC

72. Cắt bỏ một thận, thận còn lại bình thường	50-60%
73. Cắt bỏ một thận, thận còn lại bị thương hoặc bệnh lý	70-80%
74. Cắt một phần thận trái hoặc phải	30-40%
75. Cắt một phần bàng quang	27-35%
76. Mất dương vật và 2 tinh hoàn ở người:	
Dưới 55 tuổi chưa có con	70-80%
Dưới 55 tuổi đã có con	55-65%
Trên 55 tuổi	35-40%
77. Cắt bỏ dạ con và buồng trứng ở người:	

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

78. Cát vú ở nữ:

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

MẮT

79. Mất hoặc mù hoàn toàn một mắt

Không lắp được mắt giả	55-65%
Lắp được mắt giả	50-60%

80. Mất hoặc mù hoàn toàn một mắt nhưng trước khi xảy ra tai nạn này đã mất hoặc mù một mắt rồi 80-90%

TAI – MŨI – HỌNG

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

MẶT

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

Khác bên	80-90%
Cùng bên	70-80%

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

Nguyên tắc xét trả tiền bảo hiểm

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

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