

BẢO HIỂM CON NGƯỜI PHI NHÂN THỌ

1. NHỮNG VẤN ĐỀ CHUNG VỀ BẢO HIỂM CON NGƯỜI PHI NHÂN THỌ

Câu hỏi 317: Thế nào là bảo hiểm con người phi nhân thọ?

Trả lời

Trong cuộc sống, con người luôn phải đối mặt trước các rủi ro có thể xảy ra như ốm đau, bệnh tật, tai nạn,..., làm tổn hại về sức khỏe, tính mạng, gây thiệt hại về mặt tài chính, ảnh hưởng đến cuộc sống của người gặp rủi ro và xã hội. Bảo hiểm con người phi nhân thọ đã ra đời và phát triển nhằm đảm bảo an toàn về mặt tài chính cho cuộc sống của mỗi người và xã hội.

Bảo hiểm con người phi nhân thọ là loại bảo hiểm có đối tượng bảo hiểm là tính mạng, sức khoẻ và khả năng lao động của con người.

Về phương diện kỹ thuật, bảo hiểm con người phi nhân thọ là loại bảo hiểm có mục đích thanh toán những khoản trợ cấp hoặc số tiền nhất định cho người được bảo hiểm hoặc người thụ hưởng bảo hiểm, trong trường hợp xảy ra những sự kiện tác động đến chính bản thân người được bảo hiểm.

Về phương diện pháp lý, bảo hiểm con người phi nhân thọ là loại bảo hiểm theo đó để đổi lấy phí bảo hiểm của người tham gia bảo hiểm, người bảo hiểm cam kết sẽ trả cho người được bảo hiểm hoặc người thụ hưởng bảo hiểm một số tiền nhất định theo thỏa thuận khi xảy ra sự kiện bảo hiểm.

Như vậy, Bảo hiểm con người phi nhân thọ đảm bảo cho rủi ro tác động trực tiếp đến người được bảo hiểm như tai nạn, ốm đau, bệnh tật,... Chỉ những tổn hại thân thể con người mới là đối tượng của HDBH. Một vụ hỏa hoạn có thể vừa gây ra tổn hại về người, vừa làm thiệt hại về tài sản,..., những tổn hại về người thuộc đối tượng của bảo hiểm này, còn thiệt hại về tài sản thuộc đối tượng của loại bảo hiểm khác.

Câu hỏi 318: DNBH có can thiệp trực tiếp vào việc khắc phục hậu quả các rủi ro tác động đến con người không?

Trả lời

Khi những sự kiện bảo hiểm xảy ra tác động đến người được bảo hiểm, DNBH không can thiệp một cách trực tiếp vào việc khắc phục hậu quả của chúng. Sự can thiệp của DNBH chính là việc thanh toán một khoản tiền theo quy định của HDBH. Chẳng hạn, ông X là người được bảo hiểm của HDBH tai nạn con người. Trong thời hạn hiệu lực hợp đồng, ông X bị gãy chân do tai nạn bất ngờ; sự can thiệp của DNBH không phải là việc cứu chữa chân bị gãy của ông X, công việc

này thuộc về chuyên môn của các y, bác sỹ. Sự can thiệp của DNBH chính là việc thực hiện cam kết của hợp đồng chi trả tiền bảo hiểm cho ông X nhằm khắc phục hậu quả về tài chính mà ông X gặp phải khi xảy ra tai nạn.

Câu hỏi 319: Trong bảo hiểm con người có tồn tại điều khoản về giá trị bảo hiểm không. Cơ sở cho việc xác định phí bảo hiểm và số tiền chi trả là gì?

Trả lời

Do tính mạng, sức khỏe của con người là vô giá nên trong các HĐBH con người phi nhân thọ không tồn tại điều khoản về giá trị bảo hiểm. Vấn đề bảo hiểm trên giá trị, bảo hiểm dưới giá trị cũng không đề cập đến trong các HĐBH bảo hiểm con người phi nhân thọ.

Để xác định trách nhiệm tối đa của người bảo hiểm trong việc chi trả tiền bảo hiểm và có cơ sở định phí cho các HĐBH con người phi nhân thọ, người bảo hiểm phải xác định được số tiền bảo hiểm của hợp đồng.

Số tiền bảo hiểm được lựa chọn dựa trên sự thỏa thuận giữa bên mua bảo hiểm và DNBH, nhưng đó không phải là sự biểu hiện bằng tiền của đối tượng bảo hiểm. Số tiền bảo hiểm của hợp đồng thường chia thành nhiều mức khác nhau dựa trên các yếu tố như mức thu nhập bình quân của dân cư; mức chi phí y tế trung bình; tình hình cạnh tranh trên thị trường của các sản phẩm bảo hiểm cùng loại nghiệp vụ,...

Câu hỏi 320: Nguyên tắc chủ yếu chi phối việc trả tiền bảo hiểm trong bảo hiểm con người là gì. Nguyên tắc này được biểu hiện cụ thể như thế nào?

Trả lời

Việc trả tiền bảo hiểm trong hầu hết các nghiệp vụ bảo hiểm con người phi nhân thọ bị chi phối bởi **nguyên tắc khoán**. Theo nguyên tắc này, khi xảy ra sự kiện bảo hiểm, người bảo hiểm căn cứ vào số tiền bảo hiểm của hợp đồng đã ký kết và các quy định đã thỏa thuận trong hợp đồng để trả tiền bảo hiểm. Khoản tiền này không nhằm mục đích bồi thường thiệt hại mà chỉ mang tính chất thực hiện cam kết của hợp đồng theo mức khoán đã quy định.

Khi áp dụng nguyên tắc khoán

- Nếu người được bảo hiểm tử vong do tai nạn, ốm đau, bệnh tật,..., người bảo hiểm trả toàn bộ số tiền bảo hiểm.

- Nếu người được bảo hiểm bị thương tật thân thể do tai nạn, người bảo hiểm trả theo *Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm thương tật* (Phụ lục 3).

- Nếu người được bảo hiểm nằm viện do ốm đau, bệnh tật,... hoặc do tai nạn, người bảo hiểm trả mỗi ngày nằm viện theo một tỷ lệ nào đó đối với số tiền bảo hiểm.

- Nếu người được bảo hiểm phải phẫu thuật do ốm đau, bệnh tật,... hoặc do tai nạn, người bảo hiểm trả theo *Bảng tỷ lệ trả tiền phẫu thuật* (Phụ lục 3).

Việc áp dụng nguyên tắc khoán kéo theo hệ quả là vấn đề bảo hiểm trùng không được đề cập và không áp dụng nguyên tắc thế quyền trong bảo hiểm con người phi nhân thọ.

Câu hỏi 321: Trong bảo hiểm con người không đề cập tới bảo hiểm trùng nghĩa là thế nào?

Trả lời

Điều này được hiểu là quyền lợi của người thụ hưởng bảo hiểm trong các HĐBH con người là độc lập nhau. Một người có thể đồng thời là người được bảo hiểm ở nhiều HĐBH con người khác nhau, khi xảy ra sự kiện bảo hiểm liên quan đến trách nhiệm trả tiền bảo hiểm ở các hợp đồng, việc trả tiền ở các HĐBH là hoàn toàn độc lập nhau.

Ví dụ: Ông X đồng thời là người được bảo hiểm của HĐBH sinh mạng cá nhân, bảo hiểm khách du lịch và bảo hiểm tai nạn hành khách. Trong thời hạn hiệu lực của các hợp đồng, trên đường đi du lịch bằng xe khách, ông X bị tử vong do xe khách bị lật đổ (rủi ro được bảo hiểm). Trong trường hợp này, trách nhiệm trả tiền theo các HĐBH sinh mạng cá nhân, bảo hiểm khách du lịch và bảo hiểm tai nạn hành khách cho người thụ hưởng là không phụ thuộc vào nhau.

Vấn đề này lẽ ra phải được qui định trong Luật KDBH, song trên thực tế do bản chất của đối tượng bảo hiểm và việc áp dụng nguyên tắc khoán (khoản tiền mà người bảo hiểm thanh toán không phải là để bồi thường thiệt hại, đó là việc thực hiện những cam kết để đổi lấy phí bảo hiểm của người tham gia bảo hiểm), nên mặc nhiên được thừa nhận.

Câu hỏi 322: Bảo hiểm con người phi nhân thọ có áp dụng thế quyền không?

Trả lời

Người bảo hiểm không được vận dụng **nguyên tắc thế quyền**. Trong mọi trường hợp người được bảo hiểm bị tử vong, thương tật hoặc ốm đau do hành vi trực tiếp hay gián tiếp của người thứ ba gây ra, người bảo hiểm vẫn có nghĩa vụ trả tiền bảo hiểm mà không được thế quyền đòi người thứ ba phần trách nhiệm do họ

gây ra. Người thứ ba phải chịu trách nhiệm bồi thường cho người được bảo hiểm theo quy định của pháp luật.

Trong ví dụ trên, giả sử chiếc xe khách chở ông X bị lật đổ do một chiếc xe tải đâm vào, ngoài việc được nhận tiền trả theo các HĐBH con người, người thừa kế hợp pháp của ông X còn được nhận số tiền bồi thường thiệt hại từ các chủ xe tải và xe khách. Người bảo hiểm theo các HĐBH con người không được thể quyền để đòi phần trách nhiệm này.

Điều này đã được qui định tại điều 37 Luật KDBH. Tuy nhiên cũng có những trường hợp ngoại lệ trong bảo hiểm chi phí về y tế khi nghiệp vụ hoàn toàn áp dụng nguyên tắc bồi thường.

Câu hỏi 323: Trả tiền bảo hiểm theo nguyên tắc bồi thường trong bảo hiểm con người phi nhân thọ được hiểu như thế nào?

Trả lời

Nếu trả tiền bảo hiểm theo nguyên tắc bồi thường, người bảo hiểm dựa vào các chi phí như cấp cứu, điều trị, bồi dưỡng,... thực tế, hợp lý (đối với trường hợp tai nạn); hoặc chi phí cấp cứu, điều trị nh xét nghiệm, X-quang, thuốc điều trị, truyền máu, ô xy, huyết thanh, tiền phòng, tiền ăn, quần áo bệnh viện,... và trợ cấp giảm thu nhập (đối với trường hợp nằm viện); hoặc các chi phí hội chẩn, gây mê, hồi sức, phí phòng mổ,... và các chi phí mổ lại (nếu có) trong vòng một số ngày nhất định (chẳng hạn 90 ngày),...

Câu hỏi 324: Điểm khác biệt cơ bản giữa trả tiền bảo hiểm theo nguyên tắc bồi thường và nguyên tắc khoán là gì?

Trả lời

Mục đích bồi thường của bảo hiểm là nhằm bù đắp thiệt hại của người được bảo hiểm, đưa họ trở về khả năng tài chính ban đầu như trước khi gặp rủi ro. Số tiền bồi thường bảo hiểm cao hay thấp phụ thuộc vào giá trị thiệt hại thực tế của người được bảo hiểm và quy tắc bồi thường bảo hiểm, đồng thời không vượt quá các chi phí thực tế mà người được bảo hiểm phải gánh chịu. Trả tiền theo nguyên tắc khoán, số tiền trả đã được định mức trước trong HĐBH, không phụ thuộc vào chi phí thực tế mà phụ thuộc vào số tiền bảo hiểm đã ký kết cùng với những quy định đã thỏa thuận trong HĐBH. Khoản tiền bảo hiểm trả theo nguyên tắc khoán có thể thấp hơn, hoặc cao hơn, hoặc cũng có thể ngang bằng thiệt hại của người được bảo hiểm và để nhận được số tiền khoán trước này, người tham gia bảo hiểm phải trả một khoản phí bảo hiểm tương ứng.

Ví dụ: Ông X được bảo hiểm bởi HDBH tai nạn con người với số tiền bảo hiểm 20 triệu đồng. Trong thời hạn hiệu lực của hợp đồng, ông X bị tai nạn xe máy dẫn đến gãy tay, phải vào viện điều trị hết 2 triệu đồng (bao gồm tiền thuốc, tiền viện phí và các chi phí có liên quan). Theo Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm thương tật, đối với vết thương của ông X, tỷ lệ trả tiền bảo hiểm là 12% số tiền bảo hiểm.

Nếu áp dụng nguyên tắc bồi thường, trong trường hợp này DNBH sẽ trả ông X các chi phí để điều trị vết thương do tai nạn là 2 triệu đồng.

Nếu áp dụng nguyên tắc khoán, DNBH không căn cứ vào thiệt hại 2 triệu đồng để giải quyết trả tiền bảo hiểm mà sẽ trả theo mức đã khoán khi ký kết hợp đồng. Mức khoán ở đây là 12% số tiền bảo hiểm và nh vậy số tiền người bảo hiểm trả cho ông X là: $12\% \times 20 \text{ trđ} = 2,4 \text{ triệu đồng}$.

Câu hỏi 325: Trên thực tế DNBH có thể áp dụng phối hợp nguyên tắc bồi thường và nguyên tắc khoán không?

Trả lời

DNBH có thể áp dụng phối hợp giữa nguyên tắc bồi thường và nguyên tắc khoán khi xét trả tiền bảo hiểm. Việc phối hợp này thường được áp dụng khi số tiền bảo hiểm mà người tham gia bảo hiểm lựa chọn là tương đối cao (hiện nay thường từ hoặc trên 20 triệu đồng trở lên) hoặc áp dụng trong trường hợp người được bảo hiểm bị thương tật tạm thời (thương tật không để lại di chứng),... Khi áp dụng phối hợp hai nguyên tắc, số tiền mà DNBH trả trước hết được xác định theo nguyên tắc bồi thường, tức là dựa vào các chi phí thực tế. Mặc dù vậy, trong mọi trường hợp, số tiền trả theo nguyên tắc bồi thường tối đa không được vượt quá mức trả theo nguyên tắc khoán.

Trở lại ví dụ trên, nếu áp dụng phối hợp hai nguyên tắc, DNBH sẽ trả ông X các chi phí phát sinh thực tế là 2 triệu đồng chứ không phải là 2,4 triệu đồng. Nhưng nếu các chi phí thực tế là 3 triệu đồng, người bảo hiểm chỉ trả ông X tối đa không vượt quá 2,4 triệu đồng.

Câu hỏi 326: Có thể chia các nghiệp vụ bảo hiểm con người thành những loại nào?

Trả lời

Có nhiều tiêu thức để chia các nghiệp vụ bảo hiểm con người phi nhân thọ thành các loại khác nhau.

Theo rủi ro được bảo hiểm, các nghiệp vụ bảo hiểm con người phi nhân thọ được chia thành ba loại:

- Bảo hiểm tai nạn

Đây là loại bảo hiểm mà khi một tai nạn bất ngờ xảy ra làm người được bảo hiểm bị tử vong hoặc thương tật thân thể, người bảo hiểm sẽ thanh toán cho người thụ hưởng bảo hiểm các khoản tiền theo thỏa thuận của hợp đồng.

Các nghiệp vụ bảo hiểm tai nạn tiêu biểu đang được các DNBH ở Việt Nam triển khai bao gồm bảo hiểm tai nạn con người 24/24, bảo hiểm tai nạn thuyền viên, bảo hiểm tai nạn người sử dụng điện, bảo hiểm tai nạn thân thể học sinh, bảo hiểm khách du lịch trong nước,...

- Bảo hiểm sức khỏe (Bảo hiểm chi phí y tế)

Loại bảo hiểm này có mục đích thanh toán các khoản trợ cấp chi phí y tế cho người được bảo hiểm trong trường hợp người được bảo hiểm bị ốm đau, bệnh tật, tai nạn,... phải vào viện điều trị, phẫu thuật; hoặc người được bảo hiểm bị chết do bệnh tật thuộc phạm vi bảo hiểm.

Hiện nay, các nghiệp vụ bảo hiểm chi phí y tế chủ yếu đang được các DNBH thực hiện là bảo hiểm trợ cấp nằm viện và phẫu thuật, bảo hiểm chi phí y tế và vận chuyển chi phí y tế cấp cứu,...

- Bảo hiểm kết hợp

Để đáp ứng nhu cầu về bảo hiểm của khách hàng và tiết kiệm chi phí nhất là chi phí khai thác nhằm nâng cao hiệu quả kinh doanh, người bảo hiểm đã cung cấp các sản phẩm bảo hiểm kết hợp. Trong bảo hiểm con người phi nhân thọ, sự kết hợp có thể được thực hiện giữa bảo hiểm tai nạn và bảo hiểm sức khỏe. Loại bảo hiểm kết hợp này sẽ thanh toán một khoản tiền khi người được bảo hiểm bị thương tật hoặc tử vong do tai nạn, phải nằm viện và/ hoặc phẫu thuật hoặc tử vong do ốm đau, bệnh tật,... Các sản phẩm điển hình thuộc loại này là bảo hiểm kết hợp con người, bảo hiểm toàn diện học sinh, bảo hiểm sinh mạng cá nhân, bảo hiểm tai nạn hành khách đi lại trong nước,...

Các sản phẩm bảo hiểm con người kết hợp có thể được đưa ra dựa trên sự kết hợp giữa bảo hiểm tai nạn, sức khỏe và bảo hiểm tài sản. Thuộc loại bảo hiểm kết hợp này có các nghiệp vụ như bảo hiểm người nước ngoài du lịch Việt Nam, bảo hiểm người Việt Nam du lịch nước ngoài, bảo hiểm người Việt Nam du lịch nước ngoài ngắn hạn, bảo hiểm du lịch nhóm,...

Theo đối tượng người được bảo hiểm, có thể chia bảo hiểm con người phi nhân thọ thành bảo hiểm học sinh, bảo hiểm du lịch,...

Kết hợp các tiêu thức trên và để thuận lợi cho khách hàng lựa chọn khi có nhu cầu tham gia bảo hiểm, các nghiệp vụ bảo hiểm con người phi nhân thọ sẽ được phân chia và trình bày theo các nhóm dưới đây:

- Bảo hiểm tai nạn con người.
- Bảo hiểm chi phí y tế.

- Bảo hiểm sinh mạng và kết hợp con người.
- Bảo hiểm học sinh.
- Bảo hiểm du lịch.

2. BẢO HIỂM TAI NẠN CON NGƯỜI 24/24

Câu hỏi 327: Ai có thể là người được bảo hiểm theo nghiệp vụ bảo hiểm này?

Trả lời

Trong các HĐBH tai nạn nói chung, bảo hiểm tai nạn con người 24/24 nói riêng, việc xác định người được bảo hiểm có ý nghĩa quan trọng. Điều khoản này cho phép người bảo hiểm cũng như người được bảo hiểm đánh giá, lựa chọn về rủi ro để có thể chấp nhận bảo hiểm hay từ chối bảo hiểm. Đây cũng là cơ sở để người bảo hiểm định phí bảo hiểm cho phù hợp. Tuổi của người được bảo hiểm, xét theo khía cạnh kỹ thuật bảo hiểm không được quá thấp hoặc quá cao.

Người được bảo hiểm theo nghiệp vụ này bao gồm mọi công dân Việt Nam từ 16 đến 70 tuổi và người nước ngoài đang học tập và làm việc tại Việt Nam, trừ các đối tượng sau:

- Những người đang bị bệnh thần kinh.
- Những người đang bị tàn phế hoặc thương tật vĩnh viễn từ 50% trở lên.

Người được bảo hiểm ở nghiệp vụ bảo hiểm này vẫn được tham gia và hưởng quyền lợi của các loại hình bảo hiểm khác.

Câu hỏi 328: Nghiệp vụ bảo hiểm này có phạm vi bảo hiểm như thế nào. Thế nào là tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm?

Trả lời

Cũng như các nghiệp vụ bảo hiểm tai nạn khác, thuộc phạm vi bảo hiểm của nghiệp vụ bảo hiểm này bao gồm những tai nạn gây tử vong hoặc thương tật về thân thể của người được bảo hiểm.

Trong bảo hiểm con người, tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm là những sự kiện xảy ra (tại Việt nam) do một lực bất ngờ, ngoài ý muốn của người được bảo hiểm, từ bên ngoài tác động lên thân thể người được bảo hiểm và là nguyên nhân trực tiếp làm cho người được bảo hiểm bị tử vong hoặc thương tật thân thể; hoặc người được bảo hiểm có hành động cứu người, cứu tài sản của Nhà nước, của nhân dân và tham gia chống các hành động phạm pháp.

Theo khái niệm này, sự tử vong hoặc thương tổn thân thể do tai nạn phải hội tụ đủ các yếu tố sau:

- *Một lực tác động đến thân thể con người*: Thông thường là những tác động cơ học, nhưng cũng có thể là một tác động hoá học, điện, nhiệt, chét đuối,... Tuy vậy các DNBH thường loại trừ một số trường hợp nhạy cảm như cảm đột ngột, trúng gió, sảy thai, thoát vị đĩa đệm, đau lưng, cột sống hoặc rách võ cơ, ngộ độc thức ăn, đồ uống, tai biến trong quá trình điều trị, điều trị hoặc sử dụng thuốc không theo chỉ dẫn, động đất, núi lửa, nhiễm phóng xạ, chiến tranh,... (mang tính thảm hoạ).

- *Sự bất ngờ của lực tác động*: Đó là một sự kiện xảy ra mang tính chất đột nhiên, không thể dự báo trước và không thể tránh được (không phải là hậu quả của một quá trình). Vì thế mà những rủi ro có mức độ trầm trọng thường bị loại trừ như sử dụng và bị ảnh hưởng các chất kích thích, vi phạm pháp luật, tham gia các hoạt động nguy hiểm,...

- *Có nguyên nhân từ bên ngoài*: Yếu tố này phân biệt tai nạn với bệnh tật; bệnh tật là kết quả của một quá trình tiến triển bên trong con người.

- *Ngoài ý muốn của con người*: Tác động phải hoàn toàn độc lập với ý muốn của người được bảo hiểm (người được bảo hiểm không mong đợi). Vì vậy mà người bảo hiểm loại trừ trường hợp do hành động cố ý của người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp (lưu ý rằng những người thừa kế không cố ý vẫn được hưởng quyền lợi bảo hiểm).

- *Có mối quan hệ nhân quả giữa tác động bên ngoài và sự tử vong hay thương tổn thân thể*: Khi đánh giá tai nạn, người bảo hiểm phải xem xét đến mối quan hệ nhân quả giữa tác động bên ngoài và thương tổn thân thể. Người bảo hiểm chỉ coi tử vong, thương tật thân thể con người là hậu quả tai nạn khi do một yếu tố bên ngoài tác động. Yếu tố bên ngoài phải là nguyên nhân chính dẫn đến tổn hại về người chứ không phải là nguyên nhân gần nhất mang lại tổn hại thân thể người được bảo hiểm. Thực tế xác định mối quan hệ này rất khó, nhất là trong trường hợp có nhiều nguyên nhân gây ra thương tổn con người. Tuy nhiên, nếu nguyên nhân ban đầu là một tác động bên trong (đau tim, xuất huyết não,...) dẫn đến tử vong hay thương tật thân thể thì sẽ không được bảo hiểm. Ví dụ, một người bệnh bị suy hô hấp nặng đang trên đường đến bệnh viện để cấp cứu không may phương tiện chở anh ta gặp tai nạn, làm chậm thời gian vận chuyển và do không được cấp cứu kịp thời dẫn đến tử vong. Trường hợp này không coi là một tai nạn được bảo hiểm.

Câu hỏi 329: Nghiệp vụ bảo hiểm này loại trừ những trường hợp nào?

Trả lời

DNBH không chịu trách nhiệm đối với những tai nạn xảy ra do những nguyên nhân sau (không thuộc phạm vi bảo hiểm):

- Người được bảo hiểm vi phạm nghiêm trọng pháp luật, nội qui, qui định của cơ quan, của chính quyền địa phương hoặc các tổ chức xã hội khác, vi phạm luật lệ an toàn giao thông.

- Hành động cố ý tự gây ra tai nạn của người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp.

- Người được bảo hiểm sử dụng và bị ảnh hưởng của rượu, bia, ma túy và các chất kích thích tương tự khác.

- Người được bảo hiểm tham gia đánh nhau trừ khi được xác nhận đó là hành động tự vệ.

- Cảm đột ngột, trúng gió, bệnh tật, sảy thai, bệnh nghề nghiệp, những tai biến trong quá trình điều trị và bệnh thai sản.

- Ngộ độc thức ăn, đồ uống.

- Điều trị hoặc sử dụng thuốc không theo chỉ dẫn của cơ quan y tế.

- Các rủi ro có tính thảm họa như động đất, núi lửa, nhiễm phóng xạ.

- Các hoạt động hàng không trừ khi với tư cách là hành khách (Phi hành đoàn được bảo hiểm tai nạn theo một điều kiện bảo hiểm riêng), các cuộc diễn tập, huấn luyện quân sự, tham gia chiến đấu của các lực lượng vũ trang.

- Rủi ro với hậu quả xã hội lan rộng: Chiến tranh, nội chiến, đình công.

- Tham gia những cuộc thi đấu có tính chất chuyên nghiệp.

Câu hỏi 330: Những trường hợp loại trừ trên có thể được bảo hiểm không nếu người được bảo hiểm có yêu cầu?

Trả lời

Hầu hết các trường hợp loại trừ trong nghiệp vụ này là loại trừ tuyệt đối (không thể bảo hiểm được). Tuy nhiên, có những trường hợp loại trừ có thể được bảo hiểm nếu bên được bảo hiểm có yêu cầu và thoả thuận đóng thêm phí bảo hiểm như tai nạn xảy ra ở nước ngoài, tham gia các cuộc thi đấu có tính chuyên nghiệp như đua xe, đua ngựa, đấm bốc, leo núi, lướt ván, đua thuyền,... hoặc tham gia các hoạt động hàng không với tư cách là người điều khiển hoặc hành khách trên máy bay riêng.

Câu 331: Số tiền bảo hiểm và thời hạn bảo hiểm được xác định như thế nào?

Trả lời

Số tiền bảo hiểm và thời hạn bảo hiểm được xác định theo yêu cầu của bên mua bảo hiểm.

Số tiền bảo hiểm được chia làm nhiều mức (chấn tới hàng triệu đồng) để bên mua bảo hiểm có thể lựa chọn, có thể được quy định mức tối thiểu và mức tối đa, có thể thỏa thuận mức khác nhau cho từng đảm bảo (tử vong, thương tật). Ứng với mỗi khoảng số tiền bảo hiểm khác nhau, tỷ lệ phí có thể được quy định khác nhau. Số tiền bảo hiểm hiện nay bằng tiền Việt Nam thường từ 5 triệu đến 100 triệu đồng/ người, bằng ngoại tệ thường từ trên 2.000 USD đến 10.000 USD/ người. Số tiền bảo hiểm là giới hạn trách nhiệm tối đa của DNBH đối với người được bảo hiểm trong một vụ tai nạn, chứ không phải trong cả thời hạn hiệu lực của HĐBH.

Thời hạn bảo hiểm thông thường là 1 năm, có thể là 9 tháng, 6 tháng hoặc 3 tháng. Trường hợp tham gia bảo hiểm thời hạn dưới 1 năm, phí bảo hiểm được xác định theo biểu phí ngắn hạn trên cơ sở phí bảo hiểm 1 năm.

Câu hỏi 332: HĐBH tai nạn con người 24/24 có thể được ký kết theo hình thức nào?

Trả lời

Bảo hiểm tai nạn con người 24/24 có thể được ký kết cho từng cá nhân, song thường được ký kết theo hình thức bảo hiểm nhóm (bảo hiểm tập thể).

Bảo hiểm cá nhân là HĐBH chỉ có một người được bảo hiểm. Khi các cá nhân hoặc gia đình có yêu cầu tham gia bảo hiểm, người bảo hiểm cấp giấy chứng nhận bảo hiểm cho từng cá nhân. Mỗi HĐBH cá nhân là một bộ phận của bảo hiểm nhóm.

Bảo hiểm nhóm (bảo hiểm tập thể) là HĐBH có nhiều người được bảo hiểm. Các pháp nhân hoặc tập thể có thể ký kết HĐBH nhóm cho nhiều người (người được bảo hiểm) kèm theo danh sách các cá nhân được bảo hiểm đó. Những người được bảo hiểm phải có mối quan hệ với người ký kết theo quy định về quyền lợi có thể được bảo hiểm và thỏa mãn một số điều kiện quy định của hợp đồng.

Đối với HĐBH nhóm, sự gắn bó giữa người bảo hiểm, người tham gia bảo hiểm và người được bảo hiểm là rất chặt chẽ.

- Giữa người tham gia bảo hiểm và người được bảo hiểm phải có mối quan hệ được pháp luật thừa nhận. Mối quan hệ này có thể là quan hệ giữa ông chủ và người làm công ăn lương, quan hệ giữa lãnh đạo với cán bộ, nhân viên trong cơ quan, quan hệ giữa Ngân hàng với người đi vay,...

- Người tham gia bảo hiểm có thể loại trừ người được bảo hiểm ra khỏi hợp đồng (danh sách) trong trường hợp người được bảo hiểm bị chết, hoặc giữa người

ký kết và người được bảo hiểm không còn tồn tại mối quan hệ nh đã nêu ở trên, hoặc người được bảo hiểm không trả phí bảo hiểm.

- Người tham gia bảo hiểm trong các HĐBH nhóm là người có quyền thỏa thuận với người bảo hiểm để thay đổi các điều khoản của HĐBH, nhưng phải thông báo cho người được bảo hiểm biết và nếu không đồng ý họ có thể rút khỏi hợp đồng.

- Bảo hiểm nhóm thường chỉ ký kết cho thời hạn một năm bởi vì các thành viên trong nhóm có thể thay đổi theo năm.

Mặc dù bảo hiểm nhóm có bất lợi cho người bảo hiểm trong việc sàng lọc rủi ro, nhưng hình thức ký kết HĐBH nhóm là phổ biến bởi những lợi ích và ưu đãi đối với người bảo hiểm và bên được bảo hiểm. Lợi thế đối với người bảo hiểm là tiết kiệm chi phí ký kết hợp đồng, chi phí quản lý, thuận lợi trong kỹ thuật tính phí,... Bên được bảo hiểm được giảm phí bảo hiểm. Theo Quyết định số 590/TC/BH (16/8/1993) của Bộ trưởng Bộ Tài chính, đối với các HĐBH tai nạn 24/24 có số người được bảo hiểm từ trên 50 đến 100 người sẽ được giảm 10% tổng số phí, trên 100 người giảm 15% tổng số phí.

Câu hỏi 333: Hiệu lực của HĐBH tai nạn con người 24/24 bắt đầu và kết thúc khi nào?

Trả lời

Hiệu lực của HĐBH bắt đầu từ khi người tham gia bảo hiểm ký kết hợp đồng và có thỏa thuận về việc đóng phí bảo hiểm theo quy định trong hợp đồng hoặc giấy chứng nhận bảo hiểm. Hiệu lực bảo hiểm kết thúc khi hết hạn theo thời gian đã quy định tại hợp đồng hoặc giấy chứng nhận bảo hiểm, hoặc khi người được bảo hiểm bị chết.

Trường hợp một trong hai bên đề nghị hủy bỏ HĐBH phải thông báo cho bên kia biết trước 05 ngày. Nếu hủy bỏ được chấp nhận khi bên được bảo hiểm chưa lần nào được DNBH chấp nhận trả tiền bảo hiểm, người bảo hiểm sẽ hoàn trả 80% phí bảo hiểm cho khoảng thời gian còn lại.

Câu hỏi 334 Phí bảo hiểm với bảo hiểm tai nạn con người được tính như thế nào?

Trả lời

Mức phí bảo hiểm mà người tham gia bảo hiểm phải trả cho DNBH khi giao kết hợp đồng được xác định theo tỷ lệ phí và số tiền bảo hiểm đã thỏa thuận. Bảo hiểm tai nạn con người 24/24 cũng như các nghiệp vụ bảo hiểm con người khác đều là nghiệp vụ không thuộc đối tượng chịu thuế giá trị gia tăng, do vậy, phí bảo hiểm phải nộp là giá không có thuế giá trị gia tăng.

Theo Quyết định số 590/TC/BH (16/8/1993) của Bộ trưởng Bộ Tài Chính, biểu phí quy định đối với nghiệp vụ này như sau:

- Số tiền bảo hiểm đến 20 triệu VND, tỷ lệ phí bảo hiểm là 0,28%.
- Số tiền bảo hiểm từ trên 20 triệu đến 50 triệu VND (hoặc trên 2.000 - 5.000 USD), tỷ lệ phí bảo hiểm là 0,42%.
- Số tiền bảo hiểm từ trên 50 triệu đến 70 triệu VND (hoặc trên 5.000 - 7.000 USD), tỷ lệ phí bảo hiểm là 0,56 %.
- Số tiền bảo hiểm từ trên 70 triệu đến 100 triệu VND (hoặc trên 7.000 - 10.000 USD), tỷ lệ phí bảo hiểm là 0,75 %.

Phí bảo hiểm được nộp bằng loại tiền nào, khi phát sinh trách nhiệm, người bảo hiểm sẽ trả tiền bảo hiểm bằng loại tiền đó.

Câu hỏi 335: Những trách nhiệm chủ yếu của bên được bảo hiểm là gì?

Trả lời

Bên mua bảo hiểm có trách nhiệm nộp phí bảo hiểm đầy đủ và đúng hạn theo thỏa thuận của HĐBH.

Khi xảy ra tai nạn, người được bảo hiểm hoặc thân nhân của mình phải áp dụng các biện pháp cần thiết và có thể thực hiện được để cứu chữa.

Người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp phải gửi cho người bảo hiểm hồ sơ khiếu nại đòi trả tiền bảo hiểm trong vòng một tháng kể từ ngày người được bảo hiểm điều trị khỏi hoặc bị tử vong.

Câu hỏi 336: Hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm bao gồm những tài liệu, chứng từ gì?

Trả lời

- 1 - Giấy đề nghị trả tiền bảo hiểm.
- 2 - Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc bản sao (trích) danh sách người được bảo hiểm.
- 3 - Biên bản tai nạn có xác nhận của cơ quan, chính quyền địa phương hoặc công an nơi người được bảo hiểm bị nạn.
- 4 - Xác nhận của cơ quan y tế (giấy ra viện, phiếu điều trị và các giấy tờ có liên quan đến điều trị tai nạn).
- 5 - Giấy chứng tử và giấy xác nhận quyền thừa kế hợp pháp (trường hợp người được bảo hiểm tử vong).

Câu hỏi 337: Số tiền người bảo hiểm trả được xác định như thế nào?

Trả lời

- Trường hợp người được bảo hiểm tử vong do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, người bảo hiểm trả toàn bộ số tiền bảo hiểm ghi trong hợp đồng hoặc giấy chứng nhận bảo hiểm.

- Trường hợp người được bảo hiểm bị thương tật thân thể do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm:

+ Đối với những trường hợp thương tật vĩnh viễn (Những vết thương đã cắt cụt, cắt bỏ bộ phận một cơ quan của cơ thể hoặc ít có khả năng tiến triển, hoặc di chứng mà y học nước ta chưa giải quyết được hay điều kiện xã hội không cho phép): Người bảo hiểm trả tiền theo quy định tại *Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm thương tật* (Phụ lục 3).

+ Đối với những trường hợp thương tật tạm thời (thương tật không để lại di chứng): Người bảo hiểm trả những chi phí thực tế, hợp lý bao gồm chi phí cấp cứu, chi phí điều trị và chi phí bồi dưỡng trong thời gian điều trị nội, ngoại trú. Mức chi bồi dưỡng mỗi ngày 0,1% số tiền bảo hiểm. Tuy nhiên, trong mọi trường hợp tổng số tiền bảo hiểm chi trả không vượt quá tỷ lệ áp dụng cho trường hợp vết thương đó được quy định trong *Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm thương tật* (Phụ lục 3).

- Trường hợp bị tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, trong vòng 01 năm kể từ ngày xảy ra tai nạn, người được bảo hiểm bị chết do hậu quả của tai nạn đó; người bảo hiểm 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.

Ví dụ: Một người bị tai nạn làm chấn thương sọ não phải nằm viện điều trị. Số tiền bảo hiểm của HDBH là 20 triệu VND. Sau thời gian điều trị, người này ra viện, người bảo hiểm đã trả 5 triệu VND về tiền bảo hiểm thương tật. Một tuần sau khi xuất viện, vết thương tái phát làm nạn nhân bị tử vong. Trường hợp này, người bảo hiểm sẽ trả cho người thụ hưởng số tiền là $20 - 5 = 15$ triệu VND.

Nếu người được bảo hiểm bị tử vong vì một tai nạn khác, người bảo hiểm sẽ trả toàn bộ số tiền bảo hiểm.

Câu hỏi 338: Các DNBH hiện nay ở nước ta đang áp dụng Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm thương tật do cơ quan nào ban hành?

Trả lời

Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm thương tật hiện đang được các DNBH ở Việt nam áp dụng là bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm ban hành theo quyết định số 05/TC - BH ngày 02/01/1993 của Bộ Trưởng Bộ Tài Chính.

Câu hỏi 339: Việc trả tiền bảo hiểm theo Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm thương tật dựa trên cơ sở những nguyên tắc nào?

Trả lời

Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm thương tật liệt kê nhiều thương tật; trừ trường hợp thương tật toàn bộ, mỗi thương tật bộ phận tương ứng với một thang tỷ lệ trả tiền bảo hiểm. Nguyên tắc chung chi phối đến việc xác định số tiền trả là các DNBH không được trả thấp hơn tỷ lệ thấp nhất và không trả cao hơn tỷ lệ cao nhất của thang tỷ lệ. Việc xét giải quyết trả tiền bảo hiểm sẽ căn cứ vào chứng từ điều trị của nạn nhân và các nguyên tắc cụ thể dưới đây:

- Thứ nhất, mất hẳn chức năng của từng bộ phận hoặc hỏng vĩnh viễn chi được coi như mất từng bộ phận đó hoặc mất chi.

- Thứ hai, những trường hợp thương tật không liệt kê trong bảng sẽ được xét trả tiền trên cơ sở so sánh tính nghiêm trọng của nó với các trường hợp khác có trong bảng.

- Thứ ba, 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 ấy.

- Thứ tư, 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 quy định cho trường hợp này.

- Thứ năm, 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 số tiền trả cho trường hợp mất chi đó.

- Thứ sáu, 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.

Ngoài các nguyên tắc trên, khi giải quyết trả tiền cho người được bảo hiểm, trường hợp hậu quả của tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm bị trầm trọng hơn do bệnh tật hoặc sự tàn tật có sẵn của người được bảo hiểm hoặc điều trị vết thương không kịp thời và không theo chỉ dẫn của cơ quan y tế, DNBH chỉ trả tiền bảo hiểm đối với loại vết thương tương tự ở người có sức khỏe bình thường được điều trị một cách hợp lý.

Câu hỏi 340: DNBH trả tiền bảo hiểm cho ai. Việc giải quyết các tranh chấp có liên quan được thực hiện như thế nào?

Trả lời

Quyền lợi bảo hiểm được trả cho người được bảo hiểm hoặc người được người được bảo hiểm ủy quyền. Nếu người được bảo hiểm ủy quyền cho người khác nhận số tiền trả từ người bảo hiểm, phải có giấy ủy quyền hợp pháp. Trường hợp người được bảo hiểm chết thì người thụ hưởng hoặc người thừa kế hợp pháp sẽ được nhận số tiền đó.

Thời hạn bên được bảo hiểm khiếu nại người bảo hiểm về việc trả tiền bảo hiểm là 6 tháng, kể từ ngày người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp nhận được thông báo trả tiền của người bảo hiểm.

Mọi tranh chấp liên quan đến HĐBH nếu các bên không thỏa thuận được bằng thương lượng thì một trong hai bên được quyền đưa ra giải quyết tại cơ quan pháp luật nhà nước, nơi đóng phí bảo hiểm.

3. BẢO HIỂM TAI NẠN THUYỀN VIÊN

Câu hỏi 341: Bảo hiểm tai nạn thuyền viên là nghiệp vụ tự nguyện hay bắt buộc?

Trả lời

Theo Quy tắc bảo hiểm tai nạn thuyền viên ban hành theo Quyết định 128/1999/QĐ-BTC (25/10/1999), nghiệp vụ này được triển khai dưới hình thức bắt buộc. Điều 1 khoản 1 của Quy tắc đã quy định DNBH, thuyền viên làm việc và sinh hoạt trên các phương tiện nghề cá có nghĩa vụ thực hiện chế độ bảo hiểm bắt buộc tai nạn thuyền viên.

Câu hỏi 342: Người được bảo hiểm, phạm vi bảo hiểm tai nạn thuyền viên?

Trả lời

Người được bảo hiểm bao gồm thuyền trưởng, thuyền phó, máy trưởng, máy phó, các thủy thủ, thợ máy, nhân viên phục vụ làm việc trên tàu thuyền đánh bắt cá.

Phạm vi bảo hiểm nghiệp vụ này bao gồm những tai nạn xảy ra trong vùng biển của Việt Nam làm người được bảo hiểm bị tử vong, thương tật thân thể hoặc mất tích.

Người bảo hiểm không chỉ trả tiền bảo hiểm những tai nạn do những nguyên nhân trực tiếp sau:

- Hành động cố ý tự gây thương tích kể cả tự tử hay có ý định tự tử của người được bảo hiểm trong bất kỳ hoàn cảnh, trạng thái nào.

- Tai nạn xảy ra do người được bảo hiểm bị ảnh hưởng của rượu, bia, ma túy và các chất kích thích tương tự khác.

- Do bị bệnh hoặc chết hoặc bị thương do bệnh tật gây ra.

- Do hành vi phạm pháp của người được bảo hiểm.

- Do chiến tranh, đình công, bạo động.

Câu hỏi 343: Số tiền bảo hiểm và thời hạn bảo hiểm được xác định như thế nào?

Trả lời

Số tiền bảo hiểm và thời hạn bảo hiểm được xác định theo yêu cầu của bên mua bảo hiểm. Số tiền bảo hiểm được chia làm nhiều mức (chấn tới hàng triệu đồng) để bên mua bảo hiểm có thể lựa chọn. Thời hạn bảo hiểm thông thường là 1 năm.

HĐBH tai nạn thuyền viên có thể được ký kết dưới dạng tập thể (hợp đồng nhóm) của doanh nghiệp, hợp tác xã, đơn vị tàu, thuyền hoặc cá nhân.

Tương tự trong bảo hiểm tai nạn con người 24/2/4, hiệu lực của HĐBH tai nạn thuyền viên bắt đầu từ khi người tham gia bảo hiểm ký kết hợp đồng và có thỏa thuận về việc đóng phí bảo hiểm theo quy định trong hợp đồng hoặc giấy chứng nhận bảo hiểm. Hiệu lực bảo hiểm kết thúc khi hết hạn theo thời gian đã quy định tại hợp đồng hoặc giấy chứng nhận bảo hiểm, hoặc khi người được bảo hiểm bị chết.

Trường hợp yêu cầu hủy bỏ HĐBH, người tham gia bảo hiểm có trách nhiệm thông báo bằng văn bản cho người bảo hiểm biết trước 10 ngày. Nếu hủy bỏ được chấp nhận khi bên được bảo hiểm chưa lần nào được người bảo hiểm chấp nhận trả tiền bảo hiểm, người bảo hiểm sẽ hoàn trả 90% phí bảo hiểm cho khoảng thời gian còn lại.

Câu hỏi 344: Phí bảo hiểm phải nộp đối với nghiệp vụ này được tính như thế nào?

Trả lời

Mức phí bảo hiểm mà người tham gia bảo hiểm phải trả cho người bảo hiểm khi giao kết hợp đồng được xác định theo tỷ lệ phí và số tiền bảo hiểm đã thỏa thuận. Bảo hiểm tai nạn thuyền viên cũng như các nghiệp vụ bảo hiểm con

người khác đều không thuộc đối tượng chịu thuế giá trị gia tăng, do vậy, phí bảo hiểm phải nộp là giá không có thuế giá trị gia tăng.

Câu hỏi 345: Nếu xảy ra sự kiện bảo hiểm, bên được bảo hiểm phải gửi hồ sơ khiếu nại đòi trả tiền bảo hiểm như thế nào?

Trả lời

Người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp phải gửi cho người bảo hiểm hồ sơ khiếu nại đòi trả tiền bảo hiểm trong vòng 30 ngày kể từ ngày người được bảo hiểm điều trị khỏi hoặc bị tử vong.

Tài liệu, chứng từ trong hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm đối với nghiệp vụ bảo hiểm này hoàn toàn tương tự trong bảo hiểm tai nạn con người 24/24.

Câu hỏi 346: DNBH trả tiền bảo hiểm được xác định như thế nào?

Trả lời

- Nếu người được bảo hiểm tử vong do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, DNBH trả số tiền bảo hiểm ghi trong giấy chứng nhận bảo hiểm.

- Nếu người được bảo hiểm bị thương tật do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, DNBH trả tiền theo *Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm thương tật*.

Tổng số tiền người bảo hiểm trả trong bất kỳ trường hợp nào cũng không vượt quá số tiền bảo hiểm ghi trong giấy chứng nhận bảo hiểm.

Trường hợp người được bảo hiểm mất tích khi đang làm nhiệm vụ trên biển mà thuyền trưởng, chủ tàu đã áp dụng mọi biện pháp để tìm kiếm, cứu nạn nhưng không có kết quả và có đầy đủ tài liệu chứng minh là đã mất tích thì DNBH trả toàn bộ số tiền bảo hiểm. Nếu sau khi chi trả tiền bảo hiểm mà người được bảo hiểm còn sống thì người thụ hưởng đã nhận tiền bảo hiểm có trách nhiệm hoàn trả toàn bộ số tiền bảo hiểm đã nhận cho người bảo hiểm.

Thời hạn bên được bảo hiểm khiếu nại người bảo hiểm về việc trả tiền bảo hiểm là 60 ngày, kể từ ngày người bảo hiểm chi trả tiền bảo hiểm hoặc từ chối chi trả tiền bảo hiểm. Quá thời hạn trên mọi khiếu nại không còn giá trị.

Mọi tranh chấp phát sinh từ HĐBH, nếu không giải quyết được bằng thương lượng giữa các bên liên quan sẽ được đưa ra tòa án tại Việt Nam giải quyết.

4. BẢO HIỂM TAI NẠN HÀNH KHÁCH ĐI TRONG NƯỚC

Câu hỏi 347: Người được bảo hiểm và phạm vi bảo hiểm tai nạn hành khách?

Trả lời

Người được bảo hiểm bao gồm các hành khách là người Việt Nam và người nước ngoài đi lại trong lãnh thổ Việt Nam bằng các phương tiện vận tải hành khách (đường sắt, đường thủy, đường bộ, đường hàng không, qua phà và cầu phao).

Các đối tượng không thuộc người được bảo hiểm của nghiệp vụ bảo hiểm này bao gồm:

- Nhân viên áp tải bưu kiện, nhân viên các đơn vị vận tải hành khách đi làm nhiệm vụ vận tải trên các phương tiện đó.

- Lái xe, phụ xe trên các phương tiện vận tải hành khách.

Phạm vi bảo hiểm bao gồm những tai nạn do đâm va, đổ xe, cháy xe, bão lụt, sét đánh,... hoặc người khác hành hung làm thiệt hại thân thể người được bảo hiểm, xảy ra:

- Trong suốt cuộc hành trình bắt đầu từ khi người được bảo hiểm lên phương tiện vận tải ở nơi đi và kết thúc khi đến địa điểm quy định đã ghi trong vé hoặc giấy chứng nhận thay vé.

- Khi phương tiện tạm dừng ở dọc đường để tiếp nhiên liệu, để người được bảo hiểm nghỉ hoặc do sự cố dọc đường.

Câu hỏi 348: Những trường hợp nào bị loại trừ trong bảo hiểm tai nạn hành khách?

Trả lời

Người bảo hiểm không chịu trách nhiệm đối với thiệt hại thân thể của người được bảo hiểm trong trường hợp người được bảo hiểm có một trong các điều dưới đây:

- Có hành động cố ý vi phạm nội quy, thể lệ trật tự an toàn giao thông.

- Có hành động tự gây thương tích hoặc tự tử.

- Sử dụng rượu, bia, ma túy và các chất kích thích tương tự khác.

- Có bệnh hoặc tai nạn xảy ra sau khi người được bảo hiểm tự ý chấm dứt hành trình trước lúc đến địa điểm đã ghi trên vé hoặc giấy chứng nhận thay vé.

Những thiệt hại về vật chất (hành lý, hàng hóa,...) của người được bảo hiểm không thuộc trách nhiệm của người bảo hiểm.

Câu hỏi 349: Số tiền bảo hiểm và thời hạn bảo hiểm và ký kết HĐBH như thế nào?

Trả lời

Số tiền bảo hiểm được xác định theo yêu cầu của cơ quan quản lý vận tải hoặc chủ phương tiện vận tải khi tham gia bảo hiểm.

Thời hạn bảo hiểm phù hợp với thời hạn chuyên chở hành khách.

Cơ quan quản lý vận tải hoặc chủ phương tiện vận tải ký kết HĐBH tai nạn hành khách với người bảo hiểm. Vé hoặc giấy chứng nhận thay vé được coi là giấy chứng nhận bảo hiểm. Hành khách được miễn, giảm tiền vé theo chế độ Nhà nước quy định vẫn xem như đã được bảo hiểm.

Hiệu lực của HĐBH tai nạn hành khách đi lại trong nước bắt đầu từ khi người được bảo hiểm được chủ phương tiện tiếp nhận chuyên chở trên các phương tiện vận tải và đã có thỏa thuận về việc trả cước phí vận chuyển. Hiệu lực bảo hiểm kết thúc khi người được bảo hiểm rời khỏi phương tiện tại điểm đến đã ghi trong vé hoặc giấy chứng nhận thay vé.

Câu hỏi 350: Bên được bảo hiểm phải gửi hồ sơ khiếu nại đòi trả tiền bảo hiểm như thế nào?

Trả lời

Trường hợp có thỏa thuận khác, người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp phải gửi cho người bảo hiểm hồ sơ khiếu nại yêu cầu trả tiền bảo hiểm trong vòng một năm kể từ ngày xảy ra tai nạn.

Những giấy tờ trong hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm đối với nghiệp vụ bảo hiểm này tương tự trong bảo hiểm tai nạn con người 24/24 (xem câu 27).

Câu hỏi 351: Số tiền người bảo hiểm trả được chi trả như thế nào?

Trả lời

- Nếu người được bảo hiểm tử vong hoặc thương tật từ 81% trở lên do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, DNBH trả toàn bộ số tiền bảo hiểm.

Trường hợp người được bảo hiểm bị chết, người thừa kế hợp pháp của họ được nhận tiền bảo hiểm; nếu không có người thừa kế hợp pháp, DNBH sẽ thanh toán chi phí mai táng cho đơn vị hoặc cá nhân đã tổ chức mai táng cho nạn nhân, nhưng không vượt quá số tiền bảo hiểm.

- Nếu người được bảo hiểm bị thương tật dưới 81% do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, DNBH trả tiền tương ứng với tỷ lệ thương tật.

Ngoài ra DNBH còn thanh toán các khoản chi phí sau:

- + Chi phí tàu xe đưa nạn nhân đi cấp cứu và đưa về nhà sau khi điều trị.
- + Tiền bồi dưỡng trong thời gian điều trị tại bệnh viện, bệnh xá hoặc điều trị ngoại trú theo quyết định của bác sĩ điều trị, mỗi ngày là 0,3% số tiền bảo hiểm, nhưng không quá 180 ngày.
- + Tiền viện phí cần thiết và hợp lý trong thời gian cấp cứu, điều trị tại bệnh viện hoặc bệnh xá (ngoài khoản chi phí được Nhà nước cấp), quy định không vượt quá 30% số tiền bảo hiểm.

Tổng số tiền người bảo hiểm trả trong bất kỳ trường hợp nào cũng không vượt quá số tiền bảo hiểm.

Trách nhiệm trả tiền bảo hiểm của DNBH cho bên được bảo hiểm không liên quan đến việc xử lý của tòa án hoặc cơ quan có trách nhiệm khác đối với chủ xe, lái xe hoặc những người khác đã gây ra tai nạn.

Mọi tranh có liên quan giữa người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp của họ với người bảo hiểm nếu không giải quyết được bằng thương lượng sẽ được đưa ra tòa án nơi cư trú của người được bảo hiểm để giải quyết.

5. BẢO HIỂM TAI NẠN NGƯỜI SỬ DỤNG ĐIỆN

Câu hỏi 352: Người được bảo hiểm và phạm vi bảo hiểm của bảo hiểm tai nạn người sử dụng điện?

Trả lời

Người được bảo hiểm bao gồm các thành viên có đăng ký hộ khẩu thường trú và những người đăng ký tạm trú dài hạn trong các hộ sử dụng điện có đăng ký với cơ quan, cá nhân được phép kinh doanh cung cấp dịch vụ điện trong phạm vi lãnh thổ Việt Nam.

DNBH không nhận và không chịu trách nhiệm đối với những người bị bệnh thần kinh, tâm thần.

Câu hỏi 353: Bảo hiểm tai nạn người sử dụng điện loại trừ những trường hợp sau đây?

Trả lời

Phạm vi bảo hiểm bao gồm những tai nạn xảy ra do ảnh hưởng trực tiếp của dòng điện làm người được bảo hiểm bị tử vong, thương tật thân thể.

- Hành động cố ý gây tai nạn của người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp.

- Người được bảo hiểm vi phạm pháp luật, vi phạm chế độ an toàn khi sử dụng điện do cơ quan quản lý điện quy định.

- Người được bảo hiểm sử dụng hoặc bị ảnh hưởng của rượu, bia, ma túy và các chất kích thích tương tự khác.

- Tai nạn xảy ra do hậu quả gián tiếp của việc sử dụng điện (chập, cháy do điện).

- Người được bảo hiểm bị chết hoặc thương tật thân thể không phải do điện gây nên.

Câu hỏi 354: Số tiền bảo hiểm thời hạn bảo hiểm và ký kết HDBH được xác định như thế nào?

Trả lời

Số tiền bảo hiểm được chia làm nhiều mức (chẵn tới hàng triệu đồng) từ 5 triệu đồng đến 20 triệu đồng/người/vụ để bên mua bảo hiểm có thể lựa chọn.

Thời hạn bảo hiểm thông thường là 1 năm.

Hộ sử dụng điện có yêu cầu tham gia bảo hiểm kê khai đầy đủ vào Giấy yêu cầu bảo hiểm (theo mẫu của người bảo hiểm), kèm theo danh sách những người được bảo hiểm (kể cả thành viên có đăng ký hộ khẩu thường trú và thành viên đăng ký tạm trú dài hạn).

Trên cơ sở Giấy yêu cầu bảo hiểm, người bảo hiểm sẽ cấp Giấy chứng nhận bảo hiểm cho từng hộ kèm theo danh sách các thành viên được bảo hiểm. Giấy chứng nhận bảo hiểm cấp cho từng hộ được coi như HDBH.

Hiệu lực của HDBH tai nạn người sử dụng điện bắt đầu từ khi người tham gia bảo hiểm ký kết hợp đồng và có thỏa thuận về việc đóng phí bảo hiểm. Hiệu lực bảo hiểm kết thúc khi hết hạn theo thời gian đã quy định tại hợp đồng hoặc giấy chứng nhận bảo hiểm.

Câu hỏi 354: Phí bảo hiểm và trách nhiệm của người được bảo hiểm?

Trả lời

Mức phí bảo hiểm mà người tham gia bảo hiểm phải trả cho người bảo hiểm khi giao kết hợp đồng được xác định theo tỷ lệ phí và số tiền bảo hiểm đã thỏa thuận. Tỷ lệ phí bảo hiểm nghiệp vụ này là 0,03%/ người/ năm.

Câu hỏi 356: Trách nhiệm chủ yếu của bên được bảo hiểm và cách thức yêu cầu DNBH trả tiền?

Trả lời

Ngoài những trách nhiệm đã được quy định trong Luật KDBH, người được bảo hiểm có trách nhiệm thực hiện nghiêm chỉnh chế độ an toàn khi sử dụng điện của cơ quan quản lý điện.

Khi xảy ra sự kiện người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp phải gửi cho người bảo hiểm hồ sơ khiếu nại đòi trả tiền bảo hiểm trong vòng 01 tháng kể từ ngày người được bảo hiểm điều trị khỏi hoặc bị tử vong.

Hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm đối với nghiệp vụ bảo hiểm này hoàn toàn tương tự trong bảo hiểm tai nạn con người 24/24 (xem câu 27).

Câu hỏi 357: DNBH thanh toán tiền bảo hiểm như thế nào?

Trả lời

- Trường hợp tử vong thuộc phạm vi bảo hiểm: DNBH trả toàn bộ số tiền bảo hiểm ghi trong giấy chứng nhận bảo hiểm.

- Trường hợp bị thương tật thân thể thuộc phạm vi bảo hiểm, DNBH trả tiền theo *Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm thương tật*.

Thời hạn bên được bảo hiểm khiếu nại người bảo hiểm về việc trả tiền bảo hiểm là 06 tháng, kể từ ngày người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp nhận được thông báo trả tiền bảo hiểm của DNBH.

Mọi tranh chấp có liên quan nếu các bên không giải quyết được bằng thương lượng, một trong hai bên có quyền đưa ra giải quyết tại tòa án nơi người được bảo hiểm cư trú.

6. BẢO HIỂM TRỢ CẤP NĂM VIỆN VÀ PHẪU THUẬT

Câu hỏi 358: Người được bảo hiểm và phạm vi bảo hiểm của bảo hiểm trợ cấp năm viện và phẫu thuật?

Trả lời

Người được bảo hiểm theo nghiệp vụ bảo hiểm này bao gồm:

- Những người từ 1 tuổi (12 tháng tuổi) đến 65 tuổi.
- Những người trên 65 tuổi đã được bảo hiểm theo nghiệp vụ này ít nhất từ năm 60 tuổi.

DNBH không nhận bảo hiểm cho các đối tượng sau:

- Những người bị bệnh thần kinh, tâm thần, phong.
- Những người bị tàn phế hoặc thương tật vĩnh viễn từ 80% trở lên.
- Những người đang trong thời gian điều trị bệnh tật, thương tật.

Người được bảo hiểm là người có tên trong giấy yêu cầu bảo hiểm và được DNBH chấp nhận bảo hiểm bằng Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc HĐBH, được hưởng quyền lợi bảo hiểm khi rủi ro được bảo hiểm xảy ra cho người đó.

Phạm vi bảo hiểm nằm viện và phẫu thuật bao gồm những rủi ro sau đây xảy ra đối với người được bảo hiểm:

- Ốm đau, bệnh tật, thương tật thân thể do tai nạn, thai sản phải nằm viện hoặc phẫu thuật.
- Chết trong trường hợp đang nằm viện hoặc phẫu thuật.

Câu hỏi 359: Thế nào là bệnh tật?

Trả lời

Bệnh tật là sự biến chất về sức khỏe dù bất kỳ nguyên nhân gì, bao hàm cả nguyên nhân lây truyền,...

Những biến chất về sức khỏe, hay đúng hơn là những suy giảm về sức khỏe do bệnh tật khác với những thương tổn thân thể do tai nạn. Bệnh tật thường có một quá trình tiến triển, từ giai đoạn ủ bệnh (còn gọi là có bệnh) đến phát bệnh và thường diễn ra bên trong con người. Quá trình này có thể diễn ra trong thời gian dài, nhưng cũng không ít trường hợp quá trình này rất ngắn như tai biến mạch máu não, đột quy, cảm đột ngột,... và cũng có trường hợp do môi trường bên ngoài tác động, nhưng sự tác động này cũng chỉ mang tính gián tiếp. Chẳng hạn, sau một tai nạn, người được bảo hiểm bị thần kinh hoặc bị trầm cảm,...

Khi một người bị ngã bệnh, thông thường phải vào viện khám chữa bệnh và điều trị hoặc cũng có thể phải phẫu thuật.

Câu hỏi 360: Nằm viện và phẫu thuật được hiểu là thế nào. Cơ sở nào được gọi là bệnh viện?

Trả lời

Nằm viện là việc người được bảo hiểm cần lưu trú ít nhất 24 giờ liên tục ở trong bệnh viện để điều trị khỏi về lâm sàng, bao gồm cả việc sinh đẻ hoặc điều trị thời kỳ có thai.

Phẫu thuật là 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 máy móc y tế trong bệnh viện.

Bệnh viện là một cơ sở khám bệnh được Nhà nước công nhận, cấp giấy phép hoạt động và có khả năng, có phương tiện chuẩn đoán bệnh, điều trị hoặc phẫu thuật, có điều kiện thuận lợi cho việc điều trị và có phiếu theo dõi sức khỏe hàng ngày cho mỗi bệnh nhân của mình. Bệnh viện 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 hoặc để điều trị các căn bệnh rối loạn tâm thần, phong.

Câu hỏi 361: Bảo hiểm nằm viện và phẫu thuật loại trừ những trường hợp nào?

Trả lời

DNBH không chịu trách nhiệm trong các trường hợp sau:

- Điều dưỡng, an dưỡng.
 - Nằm viện để kiểm tra sức khỏe hoặc khám giám định y khoa mà không liên quan tới việc điều trị bệnh tật hoặc thương tật.
 - Điều trị hoặc phẫu thuật các bệnh bẩm sinh, những thương tật và chỉ định phẫu thuật có từ trước ngày bắt đầu bảo hiểm.
- Ngày bắt đầu bảo hiểm là ngày thời hạn bảo hiểm bắt đầu đối với HĐBH ký lần đầu tiên hoặc tái tục không liên tục.
- Điều trị và phẫu thuật theo yêu cầu của người được bảo hiểm mà không liên quan tới điều kiện điều trị và phẫu thuật bình thường do ngành y tế quy định.
 - Tạo hình thẩm mỹ, chỉnh hình, phục hồi chức năng, làm chân, tay giả, mắt giả, răng giả.
 - Kế hoạch hóa sinh đẻ.
 - Những bệnh đặc biệt và những bệnh có sẵn trong năm đầu tiên (12 tháng) được bảo hiểm kể từ ngày bắt đầu bảo hiểm. Trường hợp loại trừ này không áp dụng đối với trường hợp bảo hiểm nhóm cho trên 100 thành viên.

Bệnh đặc biệt là những bệnh ung thư và u các loại, huyết áp, tim mạch, viêm loét dạ dày, viêm đa khớp mãn tính, viêm loét ruột, viêm gan, viêm màng

trong dạ con, trĩ, sỏi trong các hệ thống tiết niệu và cường mật, đục nhân mắt, viêm xoang.

Bệnh có sẵn là bệnh tật có từ trước ngày bắt đầu bảo hiểm và do bệnh này người được bảo hiểm được điều trị trong vòng 3 năm trước, hoặc triệu chứng bệnh đã xuất hiện khiến cho người được bảo hiểm phải đi khám, điều trị hoặc do tình trạng đó mà chuyên gia y tế đã khuyên người được bảo hiểm nên điều trị, bất kể người được bảo hiểm đã điều trị hay chưa.

- Người được bảo hiểm nằm viện để điều trị các bệnh tâm thần, suy nhược cơ thể, suy nhược thần kinh, thoái hóa cột sống, gai đôi đốt sống, phong, giang mai, lậu, AIDS, sốt rét và bệnh nghề nghiệp.

- Rủi ro xảy ra do người được bảo hiểm:

+ Cố ý vi phạm pháp luật, tự gây thương tích, tự tử.

+ Say rượu, sử dụng ma túy.

- Chiến tranh.

Câu hỏi 362: Số tiền bảo hiểm và thời hạn bảo hiểm được xác định như thế nào?

Trả lời

Số tiền bảo hiểm được xác định theo yêu cầu của bên mua bảo hiểm. Số tiền bảo hiểm được chia làm nhiều mức (chẵn tới hàng triệu đồng) để bên mua bảo hiểm có thể lựa chọn. Số tiền bảo hiểm trong phạm vi 20 triệu VND được gọi là số tiền bảo hiểm phổ cập, từ trên 20 triệu VND được gọi là số tiền bảo hiểm đặc biệt. Số tiền bảo hiểm trong nghiệp vụ bảo hiểm này là giới hạn tối đa của người bảo hiểm trong 01 năm bảo hiểm đối với từng trường hợp: nằm viện, phẫu thuật, chết. Số tiền bảo hiểm của người phụ thuộc không được chọn cao hơn người tham gia bảo hiểm hoặc những thành viên (người được bảo hiểm) trong tập thể (nhóm).

Trừ trường hợp có thỏa thuận khác với người bảo hiểm, thời hạn bảo hiểm nghiệp vụ này là 01 năm kể từ ngày bắt đầu bảo hiểm.

Câu hỏi 363: Bảo hiểm trợ cấp nằm viện và phẫu thuật được ký kết thế nào?

Trả lời

Trên cơ sở Giấy yêu cầu bảo hiểm, người tham gia bảo hiểm có thể ký kết HĐBH trợ cấp nằm viện và phẫu thuật cho chính mình và cho người phụ thuộc;

DNBH sẽ cấp giấy chứng nhận bảo hiểm cho người tham gia bảo hiểm và kèm theo danh sách những người phụ thuộc (nếu có).

Trường hợp người tham gia bảo hiểm có giấy yêu cầu bảo hiểm cho tập thể (hợp đồng nhóm) phải kèm theo danh sách các thành viên trong tập thể và những người phụ thuộc của các thành viên này (nếu có yêu cầu), người bảo hiểm sẽ ký HĐBH cho cả tập thể và cấp Giấy chứng nhận bảo hiểm cho từng thành viên trong tập thể và người phụ thuộc (nếu có).

Câu hỏi 364: Hiệu lực bảo hiểm và phí bảo hiểm được quy định như thế nào ?

Trả lời

HĐBH có hiệu lực sau thời gian chờ dưới đây kể từ ngày bắt đầu bảo hiểm:

- Đối với trường hợp bệnh tật: Thời gian chờ là 31 ngày. Nếu người được bảo hiểm bị chết do bệnh tật trong thời gian này, người bảo hiểm sẽ hoàn lại 80% số phí bảo hiểm của người đó cho người tham gia bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp. Không áp dụng thời gian chờ này đối với các HĐBH tập thể từ 50 thành viên trở lên.

- Trường hợp thai sản:

+ 90 ngày đối với trường hợp thai sản, cần thiết phải nạo thai theo chỉ định của bác sĩ, lấy u nang buồng trứng, điều trị thai sản.

+ 270 ngày đối với trường hợp sinh đẻ.

Thời gian chờ này chỉ áp dụng đối với các HĐBH cá nhân hoặc tập thể từ 100 thành viên trở xuống. Đối với hợp đồng tập thể (hợp đồng nhóm) trên 100 thành viên, nếu người được bảo hiểm phải điều trị thai sản trước 90 ngày hoặc sinh đẻ trước 270 ngày, người bảo hiểm vẫn trả tiền bảo hiểm song số tiền được trả sẽ tính theo tỷ lệ giữa số ngày - kể từ ngày bắt đầu bảo hiểm đến ngày rủi ro được bảo hiểm xảy ra - với 90 ngày hoặc 270 ngày.

- Không áp dụng thời gian chờ đối với trường hợp thương tật do tai nạn.

Quy định về thời gian chờ nhằm giúp DNBH sàng lọc những rủi ro ốm đau, bệnh tật có triệu chứng từ ngày ký kết HĐBH. Chính vì vậy, việc quy định thời gian chờ chỉ áp dụng đối với các HĐBH lần đầu tiên được ký kết hoặc không tái tục liên tục. Các HĐBH tái tục liên tục mặc nhiên có hiệu lực ngay sau khi người tham gia bảo hiểm đóng phí cho thời gian chờ tiếp theo.

Hiệu lực bảo hiểm kết thúc khi hết hạn theo thời gian đã quy định tại HĐBH hoặc giấy chứng nhận bảo hiểm.

Mức phí bảo hiểm mà người tham gia bảo hiểm phải trả cho DNBH khi giao kết hợp đồng được xác định theo tỷ lệ phí và số tiền bảo hiểm đã thỏa thuận.

Phí bảo hiểm phải nộp là giá không có thuế giá trị gia tăng. Phí bảo hiểm nộp bằng loại tiền nào, người bảo hiểm sẽ trả tiền bảo hiểm bằng loại tiền đó.

Câu hỏi 365: Bên được bảo hiểm phải gửi hồ sơ khiếu nại đòi trả tiền bảo hiểm như thế nào?

Trả lời

Người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp hoặc người được ủy quyền phải gửi cho DNBH hồ sơ khiếu nại đòi trả tiền bảo hiểm trong vòng 30 ngày kể từ ngày người được bảo hiểm điều trị khỏi hoặc tử vong.

Hồ sơ yêu cầu trả tiền bao gồm:

- 1 - Giấy đề nghị trả tiền bảo hiểm.
- 2 - Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- 3 - Các chứng từ y tế: Giấy ra viện, phiếu điều trị, phiếu mổ (trường hợp có phẫu thuật).
- 4 - Giấy chứng tử của bệnh viện và giấy xác nhận quyền thừa kế hợp pháp (trường hợp người được bảo hiểm tử vong).

Câu hỏi 366: Số tiền người bảo hiểm trả được xác định như thế nào?

Trả lời

- Trường hợp người được bảo hiểm phải nằm viện thuộc phạm vi bảo hiểm, người bảo hiểm trả tiền trợ cấp hoặc thanh toán chi phí nằm viện:

+ Nếu tham gia bảo hiểm với số tiền bảo hiểm phổ cập:

10 ngày đầu: Trả 0,3% số tiền bảo hiểm/ ngày

20 ngày tiếp theo: Trả 0,2% số tiền bảo hiểm/ ngày

30 ngày tiếp theo: Trả 0,15% số tiền bảo hiểm/ ngày

+ Nếu tham gia bảo hiểm với số tiền bảo hiểm đặc biệt: DNBH sẽ thanh toán các chi phí điều trị, tiền phòng, tiền ăn, xét nghiệm, X-quang, thuốc điều trị, truyền máu, ô xy, huyết thanh, quần áo bệnh viện và trợ cấp giảm thu nhập, nhưng tối đa mỗi ngày không vượt quá tỷ lệ quy định ở trên.

Trường hợp tham gia bảo hiểm dưới 12 tháng, số ngày tối đa được xét trả tiền trợ cấp hoặc thanh toán các chi phí theo thời gian nằm viện sẽ được tính bằng số ngày tối đa của thời hạn bảo hiểm 12 tháng nhân với tỷ lệ giữa số tháng tham gia bảo hiểm và 12 tháng.

Trong ví dụ trên, nếu ông X tham gia bảo hiểm với thời hạn là 6 tháng, số ngày tối đa được xét trợ cấp cho ông X sẽ là: $60 \times 6/12 = 30$ ngày

- Trường hợp người được bảo hiểm phải phẫu thuật thuộc phạm vi bảo hiểm, người bảo hiểm trả trợ cấp phẫu thuật hoặc thanh toán chi phí phẫu thuật như sau:

+ Nếu tham gia bảo hiểm với số tiền bảo hiểm phổ cập: Trả theo tỷ lệ quy định tại *Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm phẫu thuật (Phụ lục 3)*.

+ Nếu tham gia bảo hiểm với số tiền bảo hiểm đặc biệt: DNBH sẽ thanh toán các chi phí hội chẩn, gây mê, hồi sức, mổ (kể cả phí phòng mổ) và các chi phí mổ lại (nếu có) trong vòng 90 ngày sau ca mổ này, nhưng tối đa không vượt quá định mức trong *Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm phẫu thuật*.

- Trường hợp người được bảo hiểm tử vong thuộc phạm vi bảo hiểm, DNBH trả tiền trợ cấp mai táng phí 500.000 VND.

Câu hỏi 367: Việc trả tiền bảo hiểm theo Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm phẫu thuật dựa trên cơ sở những nguyên tắc nào?

Trả lời

Căn cứ vào các chứng từ điều trị của người được bảo hiểm do bệnh viện cung cấp, DNBH giải quyết trả tiền theo Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm phẫu thuật dựa trên cơ sở các nguyên tắc sau:

- Thứ nhất, những số liệu ghi trong bảng chỉ rõ số tiền DNBH có thể chi cho loại phẫu thuật tương ứng và được thể hiện dưới dạng tỷ lệ phần trăm (%) của số tiền bảo hiểm.

Trường hợp phẫu thuật tiến hành bình thường, vết mổ không bị nhiễm trùng, không để lại di chứng sau mổ, người bảo hiểm sẽ trả tiền bảo hiểm tương ứng với mức thấp nhất của thang tỷ lệ trả tiền bảo hiểm quy định cho loại phẫu thuật này.

Trường hợp phẫu thuật tiến hành phức tạp, vết mổ bị nhiễm trùng hoặc sau khi phẫu thuật 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 cho trường hợp phẫu thuật này.

- Thứ hai, trường hợp phẫu thuật đã tiến hành không được liệt kê trong bảng sẽ được thanh toán một khoản tiền tương đương với tỷ lệ trả cho một phẫu thuật ở mức độ nặng tương tự.

- Thứ ba, trường hợp quá một phẫu thuật được thực hiện qua một đường rạch, người bảo hiểm chỉ trả cho loại phẫu thuật có mức trả cao nhất.

- Thứ tư, trường hợp quá một phẫu thuật được thực hiện qua những đường mổ khác nhau trong cùng một cuộc mổ bởi cùng một phẫu thuật viên, người bảo

hiểm sẽ trả 100% mức trả cho phẫu thuật có tỷ lệ cao nhất và 50% mức trả cho mỗi phẫu thuật còn lại.

- Thứ năm, đối với những loại phẫu thuật bắt buộc phải tiến hành làm nhiều lần thì lần sau sẽ trả số tiền tối đa bằng 50% của loại phẫu thuật sau (không kể trường hợp kết xương bằng đinh).

- Thứ sáu, việc trả theo Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm phẫu thuật chỉ giải quyết theo loại phẫu thuật, không trả cho hậu quả của phẫu thuật đó để lại.

Người được bảo hiểm phải nằm viện để phẫu thuật, sẽ được thanh toán cả trợ cấp nằm viện và trợ cấp phẫu thuật.

Câu hỏi 368: Việc giải quyết các tranh chấp có liên quan đến HĐBH này được thực hiện như thế nào?

Trả lời

Thời hạn khiếu nại người bảo hiểm về việc trả tiền bảo hiểm là 6 tháng, kể từ ngày người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp hoặc người được ủy quyền hợp pháp nhận được giấy thông báo kết quả giải quyết của DNBH. Quá thời hạn trên mọi khiếu nại đều không có giá trị.

Mọi tranh chấp phát sinh từ HĐBH, nếu không giải quyết được bằng thương lượng giữa các bên liên quan sẽ được đưa ra tòa án nơi người được bảo hiểm cư trú để giải quyết.

7. BẢO HIỂM CHI PHÍ Y TẾ VÀ VẬN CHUYỂN Y TẾ CẤP CỨU

Câu hỏi 369: Người được bảo hiểm và phạm vi bảo hiểm của bảo hiểm chi phí y tế và cấp cứu?

Trả lời

Theo bảo hiểm chi phí y tế và cấp cứu, người bảo hiểm nhận bảo hiểm cho những người có độ tuổi tối đa là 64 và 65 tuổi đối với trường hợp tái tục.

Trẻ em mới sinh đủ điều kiện để được bảo hiểm khi được mười lăm (15) ngày tuổi kể từ ngày sinh hay kể từ ngày xuất viện, ngày nào xảy ra sau sẽ được chọn, nhưng với điều kiện người tham gia bảo hiểm phải nộp Giấy yêu cầu bảo hiểm cho đứa trẻ đó và phải có giấy chứng nhận đứa trẻ ở trong tình trạng sức khỏe đủ để DNBH chấp thuận bảo hiểm và phải có xác nhận chấp thuận của người bảo hiểm.

Bảo hiểm chi phí y tế và cấp cứu đảm bảo các chi phí y tế và chi phí vận chuyển y tế cấp cứu trong trường hợp người được bảo hiểm bị thương tật thân thể và/hoặc ốm đau bất ngờ trong thời hạn bảo hiểm.

Câu hỏi 370: Những quyền lợi về chi phí y tế bên được bảo hiểm sẽ được hưởng như thế nào?

Trả lời

Tương ứng với mỗi loại chi phí, người bảo hiểm đưa ra 5 chương trình đảm bảo là A, B, C, D và E với mức độ được hưởng các quyền lợi bảo hiểm là khác nhau.

I - Quyền lợi chi phí y tế

Các chi phí y tế người bảo hiểm trả được xác định trên cơ sở chi phí thực tế, thông lệ, cần thiết và hợp lý tại nước sở tại hoặc khu vực cung cấp dịch vụ điều trị; đồng thời không vượt quá giới hạn được quy định trong bảng dưới đây (Toàn bộ các quyền lợi được tính bằng đô la Mỹ và cho một người):

| TT | Chương trình | A | B | C | D | E |
|-----------|--|----------|----------|-----------------------------------|---|----------|
| 1 | Giới hạn lãnh thổ chi phí y tế phát sinh được bảo hiểm tại | Việt Nam | Việt Nam | Việt Nam/ Thái Lan/ Singapo | Việt Nam/ Thái Lan/ Singapo/ Hong Kông | Toàn cầu |
| 2 | Số tiền bảo hiểm tối đa/ thời hạn bảo hiểm | 12.500 | 25.000 | 50.000 | 100.000 | 250.000 |
| 3 | Bệnh mãn tính (30% số tiền bảo hiểm/ thời hạn bảo hiểm) | 3.750 | 7.500 | 15.000 | 30.000 | 75.000 |
| 4 | Bệnh có sẵn (30% số tiền bảo hiểm/ thời hạn bảo hiểm) | 3.750 | 7.500 | 15.000 | 30.000 | 75.000 |
| 5 | Tiền phòng/tối (tối đa 180 ngày/ một bệnh) | 50 | 100 | 150 | 200 | 250 |
| 6 | Phòng chăm sóc đặc biệt/tối (tối đa 15 ngày/ một bệnh) | 100 | 200 | 300 | 400 | 500 |
| 7 | Các chi phí bệnh viện tổng hợp (xét nghiệm, | 875 | 1.750 | 3.500 | 7.000 | 17.500 |

| | | | | | | |
|----|--|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| | chẩn đoán trước khi nằm viện và các chi phí y tế cần thiết phát sinh trong thời gian nằm viện)/ một bệnh | | | | | |
| 8 | Chăm sóc y tế tại nhà (giới hạn một năm) | 15 ngày | 30 ngày | 60 ngày | 120 ngày | 240 ngày |
| 9 | Chi phí phẫu thuật (nội trú)/ một cuộc phẫu thuật/ một bệnh | 750 | 1.500 | 3.000 | 6.000 | 15.000 |
| 10 | Chi phí gây mê/ một cuộc phẫu thuật/ một bệnh | 30% chi phí phẫu thuật | 30% chi phí phẫu thuật | 30% chi phí phẫu thuật | 30% chi phí phẫu thuật | 30% chi phí phẫu thuật |
| 11 | Chi phí phòng mổ/ một cuộc phẫu thuật/ một bệnh | 30% chi phí phẫu thuật | 30% chi phí phẫu thuật | 30% chi phí phẫu thuật | 30% chi phí phẫu thuật | 30% chi phí phẫu thuật |
| 12 | Cấy ghép nội tạng (giới hạn/ thời hạn bảo hiểm) | 5.000 | 10.000 | 20.000 | 40.000 | 100.000 |
| 13 | Khám chuyên khoa nội trú (tối đa 01 lần/ ngày và 180 ngày/ năm) | \$25/ ngày | \$50/ ngày | \$100/ ngày | \$150/ ngày | \$250/ ngày |
| 14 | Điều trị ngoại trú do tai nạn khẩn cấp (điều trị được thực hiện trong vòng 24 giờ tại Khoa ngoại trú sau 1 tai nạn)/ một thời hạn bảo hiểm. | 250 | 500 | 750 | 1.500 | 3.000 |
| 15 | Điều trị răng do tai nạn cấp cứu (điều trị thực hiện trong vòng 24 giờ tại phòng cấp cứu của bệnh viện ngay sau khi xảy ra tai nạn)/thời hạn bảo hiểm. | 250 | 500 | 750 | 1.500 | 3.000 |
| 16 | Vận chuyển y tế cấp cứu/ thời hạn bảo hiểm | Toàn bộ | Toàn bộ | 50.000 | 50.000 | 50.000 |
| 17 | Khiếu nại liên quan đến tai nạn xe máy: | | | | | |

| | | | | | |
|------------------------|-------|-------|--------|--------|--------|
| I. Giới hạn suất đời | 2.500 | 5.000 | 10.000 | 20.000 | 30.000 |
| II. Miễn thường một vụ | | | | | |
| a. Có đội mũ bảo hiểm. | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 |
| b. Không mũ bảo hiểm | 250 | 250 | 250 | 250 | 250 |

Người được bảo hiểm nếu theo chỉ định của bác sỹ lựa chọn phương thức điều trị ngoài Tây y thì sẽ chỉ được hưởng 50% số tiền của các quyền lợi bảo hiểm ghi trong bảng trên.

Câu hỏi 371: Những quyền lợi về vận chuyển y tế cấp cứu được quy định như thế nào?

Trả lời

Người được bảo hiểm có các quyền lợi như sau:

1. Áp dụng cho chương trình A và B (tại Việt Nam).

Chương trình A và B sẽ cung cấp các dịch vụ sau đây cho người được bảo hiểm khi đi ra khỏi nơi cư trú và trong phạm vi lãnh thổ Việt Nam.

- Hỗ trợ nhắn tin khẩn cấp.

Trong trường hợp khẩn cấp hay người được bảo hiểm phải nhập viện, công ty cứu trợ do DNBH chỉ định, khi có yêu cầu của người được bảo hiểm hay người đi cùng, sẽ nhắn tin cho người nhà biết.

- Cung cấp các thông tin về dịch vụ y tế.

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

- Bảo lãnh thanh toán các chi phí y tế phát sinh trong thời gian nằm viện, theo dõi sức khoẻ trong và sau khi nằm viện.

Nếu người được bảo hiểm cần phải nhập viện, và yêu cầu trợ giúp thì công ty cứu trợ sẽ giúp thu xếp nhập viện cho người được bảo hiểm. Công ty cứu trợ cũng, khi có uỷ quyền của người bảo hiểm, thay mặt người bảo hiểm bảo lãnh thanh toán viện phí cho người được bảo hiểm. Ngoài ra, công ty cứu trợ sẽ giám sát tình trạng sức khoẻ của người được bảo hiểm cùng với bác sỹ điều trị, và sẽ

đảm bảo tuân thủ nghĩa vụ bảo mật thông tin và thực thi trách nhiệm trong phạm vi quyền hạn cho phép.

- Thu xếp và thanh toán các chi phí vận chuyển y tế cấp cứu.

Công ty cứu trợ sẽ thu xếp vận chuyển cứu trợ bằng máy bay/ đường bộ, chăm sóc người bệnh trong khi di chuyển, trao đổi thông tin về người bệnh, thiết bị phụ trợ cần thiết cho việc di chuyển cấp cứu người được bảo hiểm đang trong tình trạng nguy kịch tới một bệnh viện gần nhất, trong phạm vi lãnh thổ quy định trong Giấy chứng nhận bảo hiểm, có phương tiện điều trị hợp lý. DNBH sẽ thanh toán các chi phí cần thiết liên quan tới việc di chuyển cấp cứu trên.

Công ty cứu trợ có quyền quyết định liệu tình trạng sức khỏe của người được bảo hiểm đã nguy cấp đến mức phải vận chuyển cấp cứu hay không. Ngoài ra, công ty cứu trợ cũng có quyền quyết định địa điểm vận chuyển người được bảo hiểm đến, và các phương tiện cũng như phương thức vận chuyển dựa trên hoàn cảnh thực tế phát sinh mà công ty cứu trợ nhận biết được tại thời điểm đó.

- Thu xếp và thanh toán các chi phí hồi hương y tế cấp cứu.

Công ty cứu trợ sẽ thu xếp vận chuyển người được bảo hiểm trở về nơi cư trú của họ sau chuyến di chuyển y tế cấp cứu đưa người được bảo hiểm đi điều trị nội trú tại một nơi không phải là nơi cư trú của người được bảo hiểm trong lãnh thổ Việt Nam. Người bảo hiểm sẽ thanh toán các chi phí cần thiết, hợp lý phát sinh trong quá trình thu xếp vận chuyển.

Công ty cứu trợ có quyền quyết định phương tiện hay phương thức vận chuyển hồi hương dựa trên hoàn cảnh thực tế phát sinh mà công ty cứu trợ nhận biết được tại thời điểm đó.

- Thu xếp và thanh toán hồi hương thi hài.

Công ty cứu trợ sẽ thu xếp vận chuyển thi hài người được bảo hiểm từ nơi chết về nơi cư trú của họ hoặc thu xếp mai táng tại nơi chết theo đề nghị của thân quyến và với sự chấp thuận của DNBH. DNBH sẽ thanh toán tất cả các chi phí cần thiết và hợp lý phát sinh cho việc hồi hương hay mai táng đó.

2 - Áp dụng cho chong trình C, D và E (tại nước ngoài và ở Việt Nam với số tiền bảo hiểm cao).

Chương trình C, D và E cung cấp các dịch vụ cho người được bảo hiểm cư trú tại Việt Nam khi đi ra khỏi nơi cư trú và trong phạm vi lãnh thổ của chương trình lựa chọn. Không chỉ mở rộng về lãnh thổ, so với chong trình A và B, chương trình C, D và E có thêm nhiều quyền lợi được đảm bảo. Ngoài các quyền lợi được đảm bảo ở chương trình A và B, chong trình C, D và E còn đảm bảo các quyền lợi sau:

a - Hỗ trợ về dịch vụ du lịch

- Thông tin về tiêm chủng và thị thực.

Công ty cứu trợ khi có yêu cầu, sẽ cung cấp các thông tin liên quan đến thị thực và tiêm chủng tại nước người được bảo hiểm sẽ tới.

- Thông tin về Đại sứ quán.

Công ty cứu trợ, khi có yêu cầu, sẽ cung cấp địa chỉ, số điện thoại và giờ làm việc của các Lãnh sự, Đại sứ quán gần nhất, trên toàn cầu.

- Hỗ trợ khi mất hành lý.

Công ty cứu trợ sẽ hỗ trợ người được bảo hiểm bị mất hành lý khi đi ra khỏi lãnh thổ Việt Nam bằng cách hướng dẫn họ tới những cơ quan chức năng liên quan.

- Hỗ trợ khi mất hộ chiếu.

Công ty cứu trợ sẽ hỗ trợ người được bảo hiểm bị mất hộ chiếu khi đi ra khỏi lãnh thổ Việt Nam bằng cách hướng dẫn họ tới những cơ quan chức năng liên quan để xin cấp lại hộ chiếu.

b - Hỗ trợ y tế

- Tư vấn y tế qua điện thoại.

Công ty cứu trợ sẽ hỗ trợ tư vấn về y tế cho người được bảo hiểm qua điện thoại.

- Thu xếp hẹn bác sỹ.

Công ty cứu trợ sẽ thu xếp đưa người được bảo hiểm đến gặp bác sỹ địa phương để khám hoặc điều trị.

- Thu xếp nhập viện.

Nếu người được bảo hiểm lâm vào tình trạng nguy kịch cần phải nhập viện thì công ty cứu trợ sẽ thu xếp nhập viện cho người được bảo hiểm khi có yêu cầu.

- Cung cấp thuốc đặc trị.

Công ty cứu trợ sẽ điều phối các loại thuốc đặc trị cần thiết cho việc chăm sóc và/ hoặc điều trị cho người được bảo hiểm nhưng với điều kiện những loại thuốc đó không sẵn có tại địa phương đó. Việc cung cấp các loại thuốc đặc trị sẽ tuân thủ theo luật pháp và quy chế địa phương liên quan tới nhập khẩu và cung cấp những sản phẩm đó. DNBH sẽ thanh toán những chi phí liên quan tới việc cung cấp thuốc thiết yếu kể trên.

- Thu xếp và thanh toán chi phí thăm thân.

Công ty cứu trợ sẽ thu xếp một vé máy bay khứ hồi loại thường cho người nhà hay bạn của người được bảo hiểm sang thăm người được bảo hiểm khi họ đi một mình, và phải nằm viện ngoài lãnh thổ Việt Nam và/hoặc quê hương của họ trong thời hạn quá 7 ngày, với điều kiện phải có sự chấp thuận trước của công ty

cứu trợ và chỉ khi điều này được xem là cần thiết trên cơ sở y học và mối quan hệ tình cảm.

Câu hỏi 372: Trong thời hạn bảo hiểm, khi đang được bảo hiểm bởi chương trình có phạm vi hẹp, bên được bảo hiểm có thể thay đổi để tham gia chương trình có phạm vi quyền lợi bảo hiểm rộng hơn không?

Trả lời:

Bên mua bảo hiểm có thể mở rộng phạm vi quyền lợi bảo hiểm cho người được bảo hiểm và việc mở rộng này sẽ có hiệu lực vào ngày DNBH cấp đổi giấy chứng nhận bảo hiểm và/ hoặc chấp nhận bằng một (01) thông báo bằng văn bản hay sửa đổi bổ sung.

Việc mở rộng phạm vi bảo hiểm trong thời gian HĐBH đang có hiệu lực sẽ phụ thuộc vào việc người được bảo hiểm xuất trình bằng chứng đủ điều kiện được chấp thuận bảo hiểm. Nếu tại thời điểm thay đổi này, người được bảo hiểm bị ốm hay thương tật, phát sinh lần đầu thì tiền bồi thường cho những ốm đau và thương tật đó sẽ bị giới hạn trong phạm vi bảo hiểm trước khi có sự thay đổi và giữ nguyên như vậy trong vòng mười hai (12) tháng kể từ ngày thay đổi, trừ phi những ốm đau thương tật đó đã được khai báo và được DNBH chấp thuận bằng văn bản.

Câu hỏi 373: Bảo hiểm chi phí y tế và vận chuyển y tế cấp cứu loại trừ những trường hợp nào?

Trả lời:

Những điều trị, điều kiện, hoạt động, các khoản mục sau đây và các chi phí phát sinh liên quan hay chi phí hậu quả của chúng sẽ bị loại trừ và DNBH không chịu trách nhiệm đối với:

1) Bệnh có sẵn, trừ khi tình trạng bệnh đã được khai báo và được người bảo hiểm chấp nhận bằng văn bản. Tuy nhiên sau khi người được bảo hiểm đã mua bảo hiểm này được 24 tháng liên tục, thì bệnh có sẵn sẽ được chấp nhận bồi thường với điều kiện là đối với những bệnh đó, người được bảo hiểm trong vòng 24 tháng kể trên chưa:

- Phải đi khám để điều trị và xin tư vấn (kể cả khám kiểm tra), hoặc
- Phải dùng thuốc (bao gồm cả thuốc, thuốc kích thích, ăn kiêng đặc biệt hay tiêm).

Đối với những nhóm từ 100 người trở lên, bệnh có sẵn sẽ được bồi thường cho Chi phí y tế nhưng tối đa không vượt quá 30% số tiền bảo hiểm.

2) Dịch vụ hoặc điều trị tại nhà, viện điều dưỡng, viện điều trị bằng thủy lực, các bệnh xá hoặc việc chăm sóc dài hạn mà không được coi là bệnh viện.

3) Kiểm tra sức khỏe hoặc khám sức khỏe định kỳ, kiểm tra mắt định kỳ hoặc kiểm tra tai, tiêm phòng ngừa, xin giấy chứng nhận sức khỏe, kiểm tra sức khỏe trước khi đi làm hoặc đi du lịch, kính đeo mắt hoặc kính sát trùng và các thiết bị trợ thính.

4) Điều trị răng, hàm, mặt hoặc phẫu thuật khoang miệng, trừ khi việc điều trị này cần thiết phải điều trị do tai nạn xảy ra.

5) Giải phẫu, thẩm mỹ hoặc phẫu thuật tạo hình trừ khi việc giải phẫu này nhằm tái tạo lại cơ quan bị thương tật do tai nạn trong thời hạn bảo hiểm ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc trong thời hạn bảo hiểm của hợp đồng tái tục.

6) Mang thai hoặc sinh con, trừ khi là hậu quả của tai nạn.

7) Phá thai do nguyên nhân tâm lý hay xã hội và hậu quả từ việc phá thai đó.

8) Xét nghiệm hoặc chữa trị liên quan đến triệt sản, đình sản, tránh thai hay rối loạn chức năng sinh dục.

9) Khuyết tật khi mang thai, bệnh bẩm sinh hoặc di truyền.

10) Các thiết bị, bộ phận giả, dụng cụ chỉnh hình và các vật dụng y tế mà việc giải phẫu không yêu cầu.

11) Điều trị bệnh tâm thần hoặc rối loạn tâm thần.

12) Điều trị các bệnh lây qua đường tình dục, hội chứng suy giảm miễn dịch (AIDS), bất kỳ hội chứng phức tạp liên quan đến AIDS, tình trạng và bệnh liên quan đến AIDS.

13) Tự gây thương tích, tự sát kể cả trong tình trạng tinh táo hoặc mất trí; lạm dụng rượu, lạm dụng hay nghiện những thuốc kích thích và điều trị những bệnh liên quan tới quan hệ tình dục.

14) Tham gia tập luyện hoặc tham gia thi đấu các môn thể thao chuyên nghiệp, các hoạt động giải trí hoặc môn thi đấu mang tính chất nguy hiểm, điều khiển hay tham gia vào bất kỳ cuộc đua xe, bất kỳ hoạt động dưới nước, thủy thủ, quân đội, hoặc lực lượng không quân trừ phi đã có chấp thuận bằng văn bản của DNBH và phí bảo hiểm bổ sung đã được thanh toán.

15) Hàng không trừ phi là hành khách trên máy bay của hãng hàng không hoặc dịch vụ cho thuê.

16) Điều trị ở những nước không thuộc phạm vi bảo hiểm của chương trình lựa chọn.

17) Bệnh mãn tính, tuy nhiên đối với những nhóm từ 100 người trở lên, những bệnh mãn tính sau sẽ được bồi thường cho chi phí y tế nhưng tối đa không vượt quá 30% số tiền bảo hiểm.

Bệnh lao, phong, hen suyễn, viêm đường tiết niệu, sỏi trong các hệ thống tiết niệu và đường mật, loét đường tiêu hoá, to tuyến tiền liệt, đi tiểu ra máu, u thông thường, biểu giáp, viêm màng dạ con, viêm đa khớp mãn tính, viêm gan, huyết áp, tim mạch.

18) Chiến tranh (dù có tuyên bố hay không), bạo động, hành động thù địch, đình công, ngoại xâm, nội chiến, nổi loạn, khởi nghĩa, khủng bố, cướp chính quyền, bạo động, dân biến, phiến loạn, các hành động quân sự hoặc hành động của bất kỳ người cầm đầu của tổ chức nào nhằm lật đổ, đe dọa chính quyền, kiểm soát bằng bạo lực, khủng bố hoặc hành động bạo lực.

19) Thương tật do nổ hạt nhân hoặc nhiễm phóng xạ hạt nhân, chất amiăng gây ra.

20) Chi phí y tế liên quan tới cùng thương tật, bệnh tật được bảo hiểm theo nghiệp vụ này có thể đòi bồi thường từ những nghiệp vụ bảo hiểm khác. Trong trường hợp đó, người bảo hiểm chỉ thanh toán khoản tiền vượt quá mức được bồi thường theo các đơn khác đó hoặc quyền lợi quy định trong Bảng quyền lợi bảo hiểm áp dụng cho đơn bảo hiểm này, số tiền nào nhỏ hơn sẽ được chọn.

21) Những chi phí liên quan tới việc người được bảo hiểm tham gia vào hay cố tình thực hiện những hành vi vi phạm pháp luật.

22) Các chi phí điều trị tại các bệnh viện miễn phí.

23) Việc điều trị không được khoa học công nhận hoặc chưa từng được áp dụng.

24) Tất cả các chi phí liên quan đến việc làm thủ tục xin thị thực xuất nhập cảnh và/ hoặc hộ chiếu.

25) Các dịch vụ điều trị ngoại trú trừ những điều trị ngoại trú khẩn cấp phát sinh do tai nạn.

26) Những chi phí phát sinh từ những thảm họa thiên nhiên như động đất, núi lửa v.v..

Câu hỏi 374: Ngoài những quyền lợi được đảm bảo ở trên, trong nghiệp vụ bảo hiểm này, DNBH có đưa ra các điều khoản sửa đổi bổ sung để bên được bảo hiểm lựa chọn tham gia thêm không?

Trả lời:

Bên được bảo hiểm có thể tham gia thêm những sửa đổi bổ sung sau nếu có thỏa thuận. Những sửa đổi bổ sung sẽ có hiệu lực khi được ghi trong bảng phụ lục hay giấy chứng nhận bảo hiểm.

1 - Sửa đổi bổ sung 1: Lựa chọn mức miễn thường

Các bên thống nhất rằng mức miễn thường được ghi trong phần sửa đổi bổ sung 1 trong bảng phụ lục hay giấy chứng nhận bảo hiểm sẽ được áp dụng cho mỗi một bệnh/ thương tật.

2 - Sửa đổi bổ sung 2: Chi phí điều trị ngoại trú

Bảo hiểm chi phí điều trị ngoại trú mở rộng thanh toán cho các chi phí điều trị ngoại trú sau:

- Tiền khám bệnh, tiền thuốc theo kê đơn của bác sỹ, tiền chụp X-quang và làm các xét nghiệm chẩn đoán do bác sỹ chỉ định.

- Dụng cụ y tế cần thiết cho việc điều trị gãy chi (như băng, nẹp) và phương tiện trợ giúp cho việc đi bộ do bác sỹ chỉ định.

- Việc trị liệu học bức xạ, liệu pháp ánh sáng và các phương pháp điều trị tương tự khác do bác sỹ chỉ định.

- Điều trị răng, nhưng chỉ để giảm đau răng cấp tính.

| Quyền lợi bảo hiểm | Chtr1 | Chtr2 | Chtr3 | Chtr4 | Chtr5 |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Giới hạn điều trị ngoại trú trong một năm | \$1 000 | \$ 1 000 | \$3 000 | \$ 3 000 | \$ 3 000 |
| Giới hạn/ một lần khám bệnh | \$ 15 | \$ 50 | \$ 100 | \$ 100 | \$ 125 |
| Mức miễn thường/ lần khám | \$15 | \$5 | \$50 | \$ 50 | \$ 50 |

3 - Sửa đổi bổ sung 3: Thai sản và sinh đẻ.

Bảo hiểm thai sản và sinh đẻ mở rộng bảo hiểm cho những chi phí liên quan tới:

Biến chứng thai sản: Điều trị y tế phát sinh trong thời gian trước khi sinh hoặc trong thời gian sinh và có yêu cầu sản khoa giúp đỡ.

Trường hợp sinh đẻ thông thường: Kiểm tra trước, sau khi sinh và chi phí trong khi sinh (chi phí nằm viện, thuốc men, phẫu thuật,...) được chấp nhận sau 12 tháng kể từ khi tham gia bảo hiểm.

| Quyền lợi bảo hiểm | Chtr1 | Chtr2 | Chtr3 | Chtr4 | Chtr5 |
|---------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
|---------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|

| | | | | | |
|----------------------------|--------|----------|----------|----------|----------|
| Trường hợp dễ thông thường | \$ 250 | \$ 1 000 | \$3 000 | \$ 3 000 | \$ 3 000 |
| Mở đẻ | \$ 500 | \$ 1 000 | \$ 2 000 | \$ 4 000 | \$ 8 000 |

Tuy nhiên các điều khoản sửa đổi bổ sung trên cũng có loại trừ những trường hợp sau đây:

DNBH này sẽ không bồi thường cho những chi phí điều trị ngoại trú và thai sản nếu người được bảo hiểm điều trị bằng những phương pháp điều trị không phải là tây y, cho dù sửa đổi bổ sung 2 và 3 được ghi là có bảo hiểm trong bảng phụ lục hoặc giấy chứng nhận bảo hiểm.

Câu hỏi 375: Số tiền bảo hiểm và thời hạn bảo hiểm trong HĐBH được quy định như thế nào?

Trả lời:

Số tiền bảo hiểm được quy định tùy theo từng chương trình trong bảng quyền lợi bảo hiểm do bên được bảo hiểm lựa chọn.

Thời hạn bảo hiểm được xác định tùy theo sự thỏa thuận giữa bên mua bảo hiểm và DNBH, có thể là một tuần, một tháng,... hoặc một năm.

HĐBH có thể ký kết được ký kết cho từng cá nhân hoặc tập thể (HĐBH nhóm).

Hiệu lực bảo hiểm sẽ bắt đầu từ ngày ghi cụ thể trong phụ lục của đơn hay giấy chứng nhận bảo hiểm. Tất cả các khoản phí sẽ được thanh toán vào hoặc trước ngày có hiệu lực, hoặc vào ngày tái tục hiệu lực hay tại những thời hạn quy định trong bảng phụ lục hợp đồng hay giấy chứng nhận bảo hiểm. Nếu việc thanh toán không được thực hiện thì HĐBH sẽ bị vô hiệu ngay từ ngày đầu của thời hạn bảo hiểm chưa được thanh toán phí.

Trừ trường hợp hợp đồng tái tục, hiệu lực bảo hiểm chấm dứt vào ngày hết hạn đầu tiên hoặc ngày đầu tiên sau ngày sinh nhật thứ 65 của người được bảo hiểm, trừ khi có chấp thuận của DNBH bằng văn bản.

DNBH có quyền không tái tục HĐBH và/ hoặc chấm dứt HĐBH tại bất kỳ thời điểm nào miễn là có thông báo trước 30 ngày bằng văn bản và khoản phí hoàn lại sẽ được trả lại cho người được bảo hiểm sau khi đã khấu trừ phí tính theo tỉ lệ trả cho thời hạn đã được bảo hiểm. Trong các trường hợp trên, người được bảo hiểm sẽ phải trả lại cho DNBH giấy chứng nhận bảo hiểm càng sớm càng tốt.

Người được bảo hiểm có thể chấm dứt HĐBH vào bất kỳ khi nào bằng một thông báo bằng văn bản trước một tháng và phải hoàn trả giấy chứng nhận bảo hiểm và thẻ bảo hiểm cho DNBH. Khoản hoàn phí còn lại sẽ được thanh toán dựa trên biểu phí bảo hiểm ngắn hạn.

Câu hỏi 376: Trách nhiệm chủ yếu của bên được bảo hiểm là gì?

Trả lời:

- Khi yêu cầu cứu trợ

Trong trường hợp khẩn cấp, người được bảo hiểm hoặc người đại diện phải gọi điện ngay lập tức đến một trong các điểm thường trực của công ty cứu trợ gần nơi xảy ra sự cố nhất.

Để công ty cứu trợ có thể quyết định biện pháp trợ giúp, người được bảo hiểm phải cung cấp những thông tin sau đây khi liên hệ:

- + Tên người được bảo hiểm, số HĐBH và ngày hết hạn.
- + Số điện thoại và địa điểm có thể liên hệ.
- + Mô tả vắn tắt tình trạng và bản chất của tình trạng cần được cứu trợ.

- Trường hợp tính mạng bị đe dọa

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

- Nhập viện trước khi thông báo cho công ty cứu trợ

Trường hợp người được bảo hiểm ốm đau hoặc thương tật thân thể cần thiết phải nằm viện, người được bảo hiểm hoặc người đại diện của họ phải thông báo cho công ty cứu trợ biết trong vòng 24 giờ kể từ khi nhập viện. Trường hợp không thực hiện thông báo trong thời hạn quy định trên, công ty cứu trợ có quyền yêu cầu người được bảo hiểm phải chịu một phần chi phí vượt trội không hợp lý phát sinh do việc thông báo chậm trễ đó.

- Trường hợp công ty cứu trợ yêu cầu vận chuyển y tế cấp cứu

Nếu người được bảo hiểm yêu cầu vận chuyển y tế cấp cứu hoặc hồi h-ương, các điều kiện sau đây phải được tuân thủ:

i) Để giúp Trung tâm cứu trợ có biện pháp kịp thời, người được bảo hiểm hoặc người đại diện của họ phải thông báo:

+ Tên, địa chỉ, số điện thoại của bệnh viện mà người được bảo hiểm đã được chuyển đến.

+ Tên, địa chỉ, điện thoại của bác sỹ điều trị, và nếu cần bác sỹ gia đình.

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

- Thông báo thay đổi tình trạng bảo hiểm

Người được bảo hiểm phải thông báo ngay cho người bảo hiểm về:

- + Bất kỳ thay đổi nào về địa chỉ, nghề nghiệp hay công việc đang làm.
- + Bất kỳ thương tật, ốm đau, khiếm khuyết/ khuyết tật cơ thể phát sinh.
- + Bất kỳ những bảo hiểm tai nạn hay thương tật khác người được bảo hiểm mua.

Nếu người được bảo hiểm không thông báo, trong trường hợp có khiếu nại, DNBH có quyền từ chối giải quyết khiếu nại này hoặc xét điều chỉnh số tiền bồi thường.

- Cho phép DNBH kiểm tra

DNBH có quyền thông qua các chuyên viên y tế kiểm tra tình hình sức khoẻ của người được bảo hiểm vào bất kỳ lúc nào khi cần thiết trong suốt thời gian khiếu nại. Ngoài ra, DNBH có quyền yêu cầu khám nghiệm tử thi trong trường hợp chết nếu việc khám nghiệm này không trái với pháp luật và phong tục tập quán.

Câu hỏi 377: Nếu xảy ra sự kiện bảo hiểm, bên được bảo hiểm khiếu nại đòi trả tiền bảo hiểm như thế nào?

Trả lời:

Hồ sơ khiếu nại phải được cung cấp bằng văn bản cho DNBH hoặc đơn vị giải quyết khiếu nại độc lập do người bảo hiểm chỉ định trong vòng chín mươi (90) ngày, bắt đầu từ ngày điều trị đầu tiên của sự kiện được bảo hiểm bao gồm cả những khiếu nại bồi thường do điều trị thai sản. Nếu không thực hiện đúng thời hạn quy định, khiếu nại sẽ không còn hiệu lực.

Hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm bao gồm những văn bản, hoá đơn, biên lai gốc và có chữ ký của bác sỹ điều trị. Các bản copy không được chấp nhận trong hồ sơ. Việc cung cấp hoá đơn gốc hợp pháp là điều kiện tiên quyết cho việc người bảo hiểm xét bồi thường theo đơn này.

Bất kỳ mâu thuẫn ý kiến về y tế nào liên quan đến phương pháp điều trị tai nạn hay ốm đau, bệnh tật sẽ được giải quyết bởi hai (02) chuyên gia y tế do hai bên tranh chấp chỉ định bằng văn bản. Nếu hai chuyên gia trên mâu thuẫn thì sẽ được giải quyết thông qua một (01) trọng tài do hai chuyên gia y tế chỉ định bằng văn bản. Trường hợp hai chuyên gia y tế vẫn không đồng ý với quan điểm hoà giải thì quyết định của trọng tài là kết luận cuối cùng và là sự ràng buộc đối với tranh chấp này.

Không có kiện tụng nào liên quan đến bảo hiểm này được đưa ra sau hai năm kể từ ngày bồi thường được giải quyết.

Các bên đồng ý rằng luật pháp của nước Cộng hoà Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam sẽ có hiệu lực và chi phối tất cả những xung đột và mâu thuẫn giữa các bên liên quan đến HĐBH này.

8. BẢO HIỂM SINH MẠNG CÁ NHÂN

Câu hỏi 378: Người được bảo hiểm và phạm vi bảo hiểm của bảo hiểm sinh mạng cá nhân?

Trả lời:

Người được bảo hiểm bao gồm mọi công dân Việt Nam từ 16 đến 70 tuổi và những người trên 70 tuổi đã được bảo hiểm theo nghiệp vụ này ít nhất từ năm 69 tuổi. DNBH không nhận bảo hiểm các đối tượng sau:

- Người bị bệnh thần kinh.
- Người bị tàn phế hoặc thương tật vĩnh viễn từ 50% trở lên.
- Người đang trong thời gian điều trị bệnh tật, tai nạn.

Tuy nhiên việc loại trừ này không áp dụng đối với những người được bảo hiểm nghiệp vụ này liên tục từ năm thứ hai trở đi. Người được bảo hiểm ở nghiệp vụ bảo hiểm này vẫn được tham gia và hưởng quyền lợi của các nghiệp vụ bảo hiểm khác.

DNBH nhận bảo hiểm trường hợp tử vong của người được bảo hiểm trong phạm vi lãnh thổ Việt Nam.

Câu 379: Bảo hiểm sinh mạng cá nhân loại trừ những trường hợp nào?

Trả lời:

Trường hợp người được bảo hiểm bị tử vong do những nguyên nhân sau đây không thuộc phạm vi bảo hiểm:

- Người được bảo hiểm vi phạm pháp luật;
- Hành động cố ý của người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp của người được bảo hiểm.
- Người được bảo hiểm bị ảnh hưởng của rượu, bia, ma túy hay các chất kích thích tương tự khác.
- Chiến tranh, động đất, núi lửa.

Câu hỏi 380: Số tiền bảo hiểm và thời hạn bảo hiểm được xác định như thế nào?

Trả lời:

Số tiền bảo hiểm được xác định theo yêu cầu của bên mua bảo hiểm và là giới hạn trách nhiệm tối đa của DNBH trong trường hợp người được bảo hiểm bị tử vong.

Thời hạn bảo hiểm thông thường là 1 năm bắt đầu từ khi người tham gia bảo hiểm ký kết hợp đồng và có thỏa thuận về việc đóng phí bảo hiểm theo quy định trong hợp đồng hoặc giấy chứng nhận bảo hiểm.

Trường hợp một trong hai bên đề nghị hủy bỏ HĐBH phải thông báo cho bên kia biết trước 30 ngày. Nếu hủy bỏ được chấp nhận, DNBH sẽ hoàn trả 80% phí bảo hiểm cho khoảng thời gian còn lại.

Câu hỏi 381: HĐBH sinh mạng cá nhân được ký kết như thế nào?

Trả lời:

Bảo hiểm sinh mạng cá nhân có thể được ký kết cho từng cá nhân, song thường được ký kết theo hình thức bảo hiểm nhóm (bảo hiểm tập thể).

Các tổ chức, đơn vị có yêu cầu tham gia bảo hiểm sinh mạng cá nhân cho tập thể có thể ký kết HĐBH với người bảo hiểm, kèm theo danh sách các cá nhân được bảo hiểm.

Các cá nhân hoặc gia đình có yêu cầu tham gia bảo hiểm, người bảo hiểm cấp giấy chứng nhận cho người được bảo hiểm.

Đối với các HĐBH lần đầu tiên được ký kết hoặc không tái tục liên tục, nếu người được bảo hiểm tử vong do tai nạn, bảo hiểm có hiệu lực ngay sau khi bắt đầu thời hạn bảo hiểm; nếu người được bảo hiểm tử vong không phải do tai nạn, hiệu lực bảo hiểm bắt đầu sau 30 ngày kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm. Nếu người được bảo hiểm bị chết không phải do tai nạn trong thời gian 30 ngày nói trên, HĐBH sẽ chấm dứt và người bảo hiểm sẽ hoàn lại 80% số phí bảo hiểm đã đóng. Các HĐBH tái tục liên tục mặc nhiên có hiệu lực ngay sau khi người tham gia bảo hiểm đóng phí cho thời gian tiếp theo.

Hiệu lực bảo hiểm kết thúc khi hết hạn theo thời gian đã quy định tại HĐBH hoặc giấy chứng nhận bảo hiểm.

Câu hỏi 382: Những trách nhiệm chủ yếu của bên được bảo hiểm là gì?

Trả lời:

Bên mua bảo hiểm có trách nhiệm nộp phí bảo hiểm đầy đủ và đúng hạn theo thỏa thuận của HĐBH.

Khi xảy ra tai nạn, người được bảo hiểm hoặc thân nhân của mình phải áp dụng các biện pháp cần thiết và có thể thực hiện được để cứu chữa.

Nếu người được bảo hiểm bị chết, người thụ hưởng hoặc người thừa kế hợp pháp phải thông báo cho người bảo hiểm trong vòng 30 ngày kể từ ngày rủi ro xảy ra.

Khi yêu cầu trả tiền bảo hiểm, người thụ hưởng hoặc người thừa kế hợp pháp phải gửi cho người bảo hiểm hồ sơ khiếu nại đòi trả tiền bảo hiểm trong vòng 06 tháng kể từ ngày người được bảo hiểm bị tử vong.

Câu hỏi 383: Hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm gồm những tài liệu, chứng từ gì?

Trả lời:

- 1 - Giấy đề nghị trả tiền bảo hiểm.
- 2 - Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc bản sao (trích) danh sách người được bảo hiểm.
- 3 - Giấy chứng tử.
- 4 - Giấy xác nhận quyền thừa kế hợp pháp.

9. BẢO HIỂM KẾT HỢP CON NGƯỜI

Câu hỏi 384: Người được bảo hiểm, phạm vi bảo hiểm kết hợp con người?

Trả lời:

Người được bảo hiểm theo nghiệp vụ bảo hiểm này bao gồm mọi công dân Việt Nam, người nước ngoài đang công tác, học tập tại Việt Nam từ 16 đến 60 tuổi. DNBH không nhận bảo hiểm và không chịu trách nhiệm đối với các đối tượng sau:

- Những người bị bệnh thần kinh, tâm thần, phong.
- Những người bị tàn phế hoặc thương tật vĩnh viễn từ 50% trở lên.
- Những người đang trong thời gian điều trị bệnh tật, thương tật.

Phạm vi bảo hiểm nghiệp vụ này được chia thành 3 điều kiện bảo hiểm là A, B và C. Người tham gia bảo hiểm có thể lựa chọn tham gia một hay nhiều điều kiện bảo hiểm đó.

- Điều kiện bảo hiểm A: Bảo hiểm trường hợp chết do ốm đau, bệnh tật.
- Điều kiện bảo hiểm B: Bảo hiểm trường hợp chết hoặc thương tật thân thể do tai nạn.
- Điều kiện bảo hiểm C: Bảo hiểm cho trường hợp ốm đau, bệnh tật, thai sản phải nằm viện điều trị nội trú tại bệnh viện hoặc phẫu thuật.

Câu hỏi 385: Bảo hiểm kết hợp con người loại trừ những trường hợp nào?

Trả lời:

Bảo hiểm kết hợp con người đưa ra những trường hợp loại trừ áp dụng chung cho cả 3 điều kiện A, B và C; đồng thời đưa ra những loại trừ áp dụng cho điều kiện C.

Những trường hợp loại trừ áp dụng chung cho cả 3 điều kiện A, B và C bao gồm:

- Hành động cố ý của người được bảo hiểm/ người thừa kế hợp pháp.
- Người được bảo hiểm vi phạm nghiêm trọng pháp luật, nội quy, quy định của chính quyền địa phương hoặc các tổ chức xã hội, vi phạm luật lệ an toàn giao thông.
- Người được bảo hiểm sử dụng và bị ảnh hưởng của rượu, bia, ma túy hoặc các chất kích thích tương tự khác.
- Người được bảo hiểm tham các hoạt động hàng không (trừ khi với tư cách là hành khách), các cuộc diễn tập, huấn luyện quân sự, tham gia chiến đấu của các lực lượng vũ trang.
- Động đất, núi lửa, nhiễm phóng xạ, chiến tranh, nội chiến, đình công.

Những loại trừ áp dụng cho điều kiện bảo hiểm C:

- Người được bảo hiểm nằm viện điều trị những bệnh suy nhược thần kinh, suy nhược cơ thể, thoái hóa cột sống, gai đôi cột sống,... hoặc điều trị tại các viện điều dưỡng, an dưỡng.
- Nằm viện để kiểm tra sức khỏe hoặc khám giám định y khoa mà không liên quan tới việc điều trị bệnh tật.
- Điều trị hoặc phẫu thuật các bệnh bẩm sinh, những chỉ định phẫu thuật có từ trước ngày bắt đầu bảo hiểm.

- Tạo hình thẩm mỹ, chỉnh hình, phục hồi chức năng, làm giả các bộ phận của cơ thể.

- Những bệnh đặc biệt và những bệnh có sẵn trong năm đầu tiên được bảo hiểm kể từ ngày bắt đầu bảo hiểm.

- Người được bảo hiểm mắc các bệnh giang mai, lậu, HIV/ AIDS, sốt rét, lao và bệnh nghề nghiệp.

Nếu một người chỉ tham gia điều khoản bảo hiểm tai nạn (điều kiện bảo hiểm B) mà không tham gia bảo hiểm bệnh tật, trường hợp này đương nhiên rủi ro bệnh tật trở thành loại trừ của hợp đồng ký kết.

Câu hỏi 386 Số tiền bảo hiểm và thời hạn bảo hiểm được xác định như thế nào?

Trả lời:

Số tiền bảo hiểm của hợp đồng được xác định theo thỏa thuận giữa người bảo hiểm và bên mua bảo hiểm trong phạm vi số tiền mà người bảo hiểm đã giới hạn cho từng điều kiện bảo hiểm.

Thời hạn bảo hiểm thông thường là 1 năm bắt đầu từ khi doanh nghiệp tham gia bảo hiểm ký kết hợp đồng và có thỏa thuận về việc đóng phí bảo hiểm theo quy định trong hợp đồng hoặc giấy chứng nhận bảo hiểm.

Trường hợp một trong hai bên đề nghị hủy bỏ HĐBH phải thông báo cho bên kia biết trước 30 ngày kể từ ngày định hủy bỏ. Nếu hợp đồng được hai bên thỏa thuận hủy bỏ, DNBH sẽ hoàn trả 80% phí bảo hiểm của thời gian còn lại với điều kiện đến thời điểm đó chưa có lần nào được người bảo hiểm chấp nhận trả tiền bảo hiểm.

Câu hỏi 387: HĐBH kết hợp con người có thể được ký kết như thế nào?

Trả lời:

Bảo hiểm kết hợp con người có thể được ký kết cho từng cá nhân, song thường được ký kết theo hình thức bảo hiểm nhóm (bảo hiểm tập thể).

Các tổ chức, đơn vị có yêu cầu tham gia bảo hiểm kết hợp con người cho tập thể có thể ký kết HĐBH với DNBH, kèm theo danh sách các cá nhân được bảo hiểm.

Các cá nhân có yêu cầu tham gia bảo hiểm, DNBH sẽ cấp giấy chứng nhận cho người được bảo hiểm.

Hiệu lực bảo hiểm của các điều kiện bảo hiểm trong hợp đồng sẽ kết thúc cùng một thời điểm khi hết hạn theo thời gian đã quy định, nhưng thời điểm bắt đầu hiệu lực là khác nhau.

- Đối với điều kiện bảo hiểm A: Hiệu lực bảo hiểm bắt đầu sau 30 ngày kể từ ngày bắt đầu bảo hiểm. Tuy nhiên, đối với những HĐBH tái tục liên tục, điều kiện bảo hiểm này có hiệu lực ngay sau khi người tham gia bảo hiểm đóng phí cho kỳ tiếp theo.

- Đối với điều kiện bảo hiểm B: Hiệu lực bảo hiểm bắt đầu ngay sau khi bắt đầu bảo hiểm.

- Đối với điều kiện bảo hiểm C: Bảo hiểm có hiệu lực sau thời gian chờ dưới đây kể từ ngày bắt đầu bảo hiểm:

+ 30 ngày đối với trường hợp ốm đau, bệnh tật.

+ 90 ngày đối với trường hợp xảy thai cần thiết phải nạo thai theo chỉ định của bác sĩ điều trị thai sản.

+ 270 ngày đối với trường hợp sinh đẻ.

+ Các HĐBH tái tục liên tục mặc nhiên có hiệu lực ngay sau khi người tham gia bảo hiểm đóng phí cho thời gian tiếp theo.

Câu hỏi 388: Nếu xảy ra sự kiện bảo hiểm, bên được bảo hiểm khiếu nại đòi trả tiền bảo hiểm như thế nào?

Trả lời:

Người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp phải gửi cho người bảo hiểm hồ sơ khiếu nại đòi trả tiền bảo hiểm trong vòng 30 ngày kể từ ngày người được bảo hiểm điều trị ổn định, ra viện hoặc tử vong.

Hồ sơ khiếu nại yêu cầu trả tiền bảo hiểm bao gồm:

1 - Giấy đề nghị trả tiền bảo hiểm.

2 - Giấy chứng nhận bảo hiểm (hoặc bản sao trích danh sách người được bảo hiểm).

3 - Biên bản tai nạn có xác nhận của cơ quan, chính quyền địa phương hoặc công an nơi người được bảo hiểm bị tai nạn (trường hợp người được bảo hiểm bị tai nạn).

4 - Các chứng từ y tế liên quan đến việc điều trị: Giấy ra viện, phiếu điều trị, phiếu mổ, đơn thuốc,...

5 - Giấy chứng tử và giấy xác nhận quyền thừa kế hợp pháp (trường hợp người được bảo hiểm tử vong).

Câu hỏi 389: Số tiền người bảo hiểm trả được xác định như thế nào?

Trả lời:

- Trường hợp người được bảo hiểm chết thuộc phạm vi bảo hiểm, DNBH trả toàn bộ số tiền bảo hiểm ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc HĐBH.

- Trường hợp người được bảo hiểm bị thương tật thân thể do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, DNBH trả theo Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm thương tật do Bộ Tài chính ban hành.

- Trường hợp bị tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, trong vòng 01 năm kể từ ngày xảy ra tai nạn, người được bảo hiểm bị chết do hậu quả của tai nạn đó; người bảo hiểm 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.

- Trường hợp người được bảo hiểm phải nằm viện thuộc phạm vi bảo hiểm, DNBH trả tiền trợ cấp cho người được bảo hiểm trong thời gian điều trị như sau:

+ 10 ngày đầu: Trả 0,3% số tiền bảo hiểm/ ngày

+ 20 ngày tiếp theo: Trả 0,2% số tiền bảo hiểm/ ngày

+ 30 ngày tiếp theo: Trả 0,15% số tiền bảo hiểm/ ngày

Số ngày trả trợ cấp nằm viện trong năm được tính liên tục không phụ thuộc vào số lần nằm viện và tối đa không quá 60 ngày/ một năm bảo hiểm. Trường hợp tham gia bảo hiểm ngắn hạn (dưới 01 năm) quyền lợi bảo hiểm nói trên sẽ được tính theo tỷ lệ giữa số tháng tham gia bảo hiểm và 12 tháng.

- Trường hợp người được bảo hiểm phải phẫu thuật thuộc phạm vi bảo hiểm, DNBH trả trợ cấp phẫu thuật theo quy định tại *Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm phẫu thuật*.

Câu hỏi 390: Việc giải quyết các tranh chấp có liên quan đến HĐBH này được thực hiện như thế nào?

Trả lời:

Thời hạn khiếu nại người bảo hiểm về việc trả tiền bảo hiểm là 6 tháng, kể từ ngày người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp nhận tiền bảo hiểm hoặc nhận được giấy thông báo kết quả giải quyết của người bảo hiểm. Quá thời hạn trên mọi khiếu nại đều không có giá trị.

Mọi tranh chấp phát sinh từ HĐBH, nếu các bên không giải quyết được bằng thương lượng, một trong hai bên có quyền đưa ra giải quyết tại tòa án theo pháp luật hiện hành.

10. BẢO HIỂM TAI NẠN THÂN THỂ HỌC SINH

Câu hỏi 391: Người được bảo hiểm, phạm vi bảo hiểm tai nạn thân thể học sinh?

Trả lời:

Người được bảo hiểm của nghiệp vụ này bao gồm những học sinh đang theo học các trường: nhà trẻ - mẫu giáo, tiểu học, phổ thông cơ sở, phổ thông trung học, các trường đại học, cao đẳng, trung học chuyên nghiệp và học sinh học nghề.

Người được bảo hiểm ở nghiệp vụ bảo hiểm này vẫn được bảo hiểm và hưởng quyền lợi của các loại bảo hiểm khác.

Phạm vi bảo hiểm của nghiệp vụ bảo hiểm này bao gồm những tai nạn gây tử vong hoặc thương tật về thân thể của người được bảo hiểm. Phạm vi bảo hiểm mở rộng đối với trường hợp tai nạn xảy ra do người được bảo hiểm có hành động cứu người, cứu tài sản của Nhà nước, của nhân dân và tham gia chống các hành động phạm pháp.

Câu hỏi 392: Bảo hiểm tai nạn thân thể loại trừ những trường hợp nào?

Trả lời:

DNBH không chịu trách nhiệm đối với những tai nạn xảy ra do những nguyên nhân sau (không thuộc phạm vi bảo hiểm):

- Người được bảo hiểm có hành động cố ý gây tai nạn hoặc bị tai nạn do hành động cố ý hoặc hành động tội phạm của người thụ hưởng bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp;

- Trường hợp đánh nhau người được bảo hiểm là nguyên nhân gây ra;

- Người được bảo hiểm là học sinh trung học cơ sở trở lên vi phạm nghiêm trọng pháp luật, các quy định của nhà trường, chính quyền địa phương và các tổ chức xã hội, vi phạm nghiêm trọng luật lệ an toàn giao thông;

- Cảm đột ngột, trúng gió, bệnh tật, hoặc những tai biến trong quá trình điều trị bệnh gây ra;

- Ngộ độc thức ăn, đồ uống;

- Điều trị tai nạn/ sử dụng thuốc không theo chỉ dẫn của cơ quan y tế;

- Người được bảo hiểm sử dụng và bị ảnh hưởng của rượu, bia, ma túy và các chất kích thích tương tự khác;

- Người được bảo hiểm là học sinh trung học cơ sở trở lên tham gia những trò chơi có tính chất nguy hiểm như leo trèo cây, cột điện, mái nhà hoặc những vật

có độ cao tương tự; nghịch pháo, chất cháy nổ,... hoặc có những hành động nguy hiểm gây ra tai nạn;

- Chiến tranh.

Câu hỏi 393: Số tiền bảo hiểm và thời hạn bảo hiểm được xác định như thế nào?

Trả lời:

Số tiền bảo hiểm và thời hạn bảo hiểm được xác định theo yêu cầu của bên mua bảo hiểm.

Số tiền bảo hiểm được chia làm nhiều mức (chấn tới hàng triệu đồng), thông thường từ 1 triệu đồng đến 10 triệu đồng, để bên mua bảo hiểm có thể lựa chọn. Số tiền bảo hiểm là giới hạn trách nhiệm tối đa của DNBH đối với người được bảo hiểm trong một vụ tai nạn.

Thời hạn bảo hiểm thông thường là 1 năm. Trường hợp người được bảo hiểm chuyển trường hoặc chuyển chỗ ở, bảo hiểm vẫn có hiệu lực.

Câu hỏi 394: HDBH tai nạn học sinh có thể được ký kết như thế nào?

Trả lời:

Bảo hiểm tai nạn học sinh có thể được ký kết cho từng học sinh, song thường được ký kết theo hình thức bảo hiểm nhóm (bảo hiểm tập thể).

Nhà trường có thể ký kết HDBH nhóm cho nhiều học sinh (người được bảo hiểm) kèm theo danh sách các học sinh được bảo hiểm đó.

Hiệu lực bảo hiểm bắt đầu từ khi người tham gia bảo hiểm ký kết hợp đồng và có thỏa thuận về việc đóng phí bảo hiểm theo quy định trong hợp đồng hoặc giấy chứng nhận bảo hiểm (thông thường vào đầu năm học). Hiệu lực bảo hiểm kết thúc khi hết hạn theo thời gian đã quy định tại hợp đồng hoặc giấy chứng nhận bảo hiểm, hoặc khi người được bảo hiểm bị chết.

Câu hỏi 395: Những trách nhiệm chủ yếu của bên được bảo hiểm là gì?

Trả lời:

Bên mua bảo hiểm có trách nhiệm nộp phí bảo hiểm đầy đủ và đúng hạn theo thỏa thuận của HDBH.

Khi xảy ra tai nạn, người được bảo hiểm hoặc thân nhân của mình hoặc người thụ hưởng phải áp dụng các biện pháp cần thiết và có thể thực hiện được để cứu chữa nạn nhân.

Nếu xảy ra sự kiện bảo hiểm trong thời hạn hiệu lực của HĐBH, bên được bảo hiểm phải gửi hồ sơ khiếu nại đòi trả tiền bảo hiểm cho DNBH.

Người được bảo hiểm hoặc người thụ hưởng hoặc người thừa kế hợp pháp phải gửi cho DNBH hồ sơ khiếu nại đòi trả tiền bảo hiểm trong vòng một tháng kể từ ngày người được bảo hiểm điều trị khỏi hoặc bị tử vong.

Hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm gồm những tài liệu, chứng từ tương tự trong bảo hiểm kết hợp con người.

Câu hỏi 396: Số tiền người bảo hiểm trả được xác định như thế nào?

Trả lời:

- Trường hợp người được bảo hiểm tử vong do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, người bảo hiểm trả toàn bộ số tiền bảo hiểm ghi trong hợp đồng hoặc giấy chứng nhận bảo hiểm;

- Trường hợp người được bảo hiểm bị thương tật thân thể do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, người bảo hiểm trả những chi phí cấp cứu, điều trị. Tuy nhiên, trong mọi trường hợp tổng số tiền người bảo hiểm chi trả không vượt quá tỷ lệ áp dụng cho trường hợp vết thương đó được quy định trong *Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm thương tật* (Phụ lục 3);

- Trường hợp bị tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, trong vòng 01 năm kể từ ngày xảy ra tai nạn, người được bảo hiểm bị chết do hậu quả của tai nạn đó, người bảo hiểm 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; hoặc trong vòng 01 năm kể từ ngày xảy ra tai nạn, mức độ thương tật trầm trọng hơn, người bảo hiểm sẽ trả phần chênh lệch giữa số tiền tương ứng theo tỷ lệ thương tật mới so với số tiền đã trả trước đó cho tai nạn.

Câu hỏi 397: Việc giải quyết các tranh chấp có liên quan đến HĐBH này được thực hiện như thế nào?

Trả lời:

Thời hạn bên được bảo hiểm khiếu nại người bảo hiểm về việc trả tiền bảo hiểm là 6 tháng, kể từ ngày người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp nhận được thông báo trả tiền của người bảo hiểm.

Mọi tranh chấp liên quan đến HĐBH nếu các bên không thỏa thuận được bằng thương lượng thì một trong hai bên được quyền đưa ra giải quyết tại cơ quan pháp luật nhà nước.

11. BẢO HIỂM TOÀN DIỆN HỌC SINH

Câu hỏi 398: Những học sinh nào là người được bảo hiểm của bảo hiểm toàn diện học sinh?

Trả lời:

Người được bảo hiểm của nghiệp vụ này bao gồm học sinh đang theo học các trường: nhà trẻ, mẫu giáo, tiểu học, phổ thông cơ sở, phổ thông trung học, các trường đại học, cao đẳng, trung học chuyên nghiệp, học sinh học nghề. Những đối tượng sau không thuộc người được bảo hiểm:

- Những người bị bệnh thần kinh, tâm thần, phong;
- Những người bị tàn phế hoặc thương tật vĩnh viễn từ 50% trở lên;
- Những người đang trong thời gian điều trị bệnh tật, thương tật.

Câu hỏi 399: Bảo hiểm toàn diện học sinh có phạm vi bảo hiểm như thế nào?

Trả lời

Bảo hiểm toàn diện học sinh chỉ đảm bảo những rủi ro xảy ra trong lãnh thổ Việt Nam. Phạm vi bảo hiểm nghiệp vụ này được chia thành 4 điều kiện bảo hiểm là A, B, C và D. Người tham gia bảo hiểm có thể lựa chọn tham gia hai hay nhiều điều kiện bảo hiểm đó.

- Điều kiện bảo hiểm A: Bảo hiểm trường hợp chết do ốm đau, bệnh tật.
- Điều kiện bảo hiểm B: Bảo hiểm trường hợp chết hoặc thương tật thân thể do tai nạn.
- Điều kiện bảo hiểm C: Bảo hiểm cho trường hợp phẫu thuật do ốm đau, bệnh tật.
- Điều kiện bảo hiểm C: Nằm viện do ốm đau, bệnh tật, thương tật thân thể do tai nạn.

Câu hỏi 400: Bảo hiểm toàn diện học sinh loại trừ những trường hợp nào?

Trả lời:

Bảo hiểm toàn diện học sinh đưa ra những trường hợp loại trừ áp dụng chung cho cả 4 điều kiện A, B, C và D; đồng thời đưa ra những loại trừ áp dụng cho điều kiện C và D.

Những trường hợp loại trừ áp dụng chung cho cả 4 điều kiện A, B, C và D bao gồm:

- Hành động cố ý của người được bảo hiểm hoặc người thụ hưởng.
- Người được bảo hiểm là học sinh trung học cơ sở trở lên vi phạm nghiêm trọng pháp luật, nội quy, quy định của chính quyền địa phương hoặc các tổ chức xã hội, vi phạm nghiêm trọng luật lệ an toàn giao thông.
- Người được bảo hiểm bị ảnh hưởng của rượu, bia, ma túy hoặc các chất kích thích tương tự khác, bị nhiễm HIV, AIDS.
- Người được bảo hiểm tham gia đánh nhau, trừ khi với mục đích tự vệ.
- Động đất, núi lửa, nhiễm phóng xạ, chiến tranh, nội chiến, đình công.

Những loại trừ áp dụng cho điều kiện bảo hiểm C và D:

- Nằm viện để kiểm tra sức khỏe, khám giám định y khoa mà không liên quan tới việc điều trị bệnh tật, thương tật.
- Điều trị hoặc phẫu thuật các bệnh tật bẩm sinh, những thương tật và chỉ định phẫu thuật có từ trước ngày bắt đầu được bảo hiểm.
- Điều trị hoặc phẫu thuật theo yêu cầu người được bảo hiểm mà không liên quan đến việc điều trị và phẫu thuật bình thường do ngành y tế quy định.
- Tạo hình thẩm mỹ, chỉnh hình, phục hồi chức năng, làm giả các bộ phận của cơ thể.
- Những bệnh đặc biệt và những bệnh có sẵn trong năm đầu tiên tham gia bảo hiểm.

Câu hỏi 401: Số tiền bảo hiểm và thời hạn bảo hiểm được xác định như thế nào?

Trả lời:

Số tiền bảo hiểm của hợp đồng được xác định theo thỏa thuận giữa DNBH và bên mua bảo hiểm trong phạm vi số tiền mà DNBH đã giới hạn cho từng điều kiện bảo hiểm.

Trừ trường hợp có thỏa thuận khác, thời hạn bảo hiểm thông thường là 01 năm bắt đầu từ khi người tham gia bảo hiểm ký kết hợp đồng và có thỏa thuận về việc đóng phí bảo hiểm theo quy định trong hợp đồng hoặc giấy chứng nhận bảo hiểm.

Trường hợp một trong hai bên đề nghị hủy bỏ HĐBH phải thông báo cho bên kia biết trước 30 ngày kể từ ngày định hủy bỏ. Nếu hợp đồng được hai bên thỏa thuận hủy bỏ, người bảo hiểm sẽ hoàn trả 80% phí bảo hiểm của thời gian còn lại với điều kiện đến thời điểm đó chưa có lần nào được DNBH chấp nhận trả tiền bảo hiểm.

Câu hỏi 402: HĐBH toàn diện học sinh được ký kết như thế nào?

Trả lời:

Bảo hiểm kết hợp con người có thể được ký kết cho từng cá nhân, song thường được ký kết theo hình thức bảo hiểm nhóm (bảo hiểm tập thể).

Khi có yêu cầu bảo hiểm, người tham gia bảo hiểm có thể trực tiếp hoặc thông qua nhà trường đóng phí bảo hiểm cho người bảo hiểm. Người bảo hiểm nhận bảo hiểm trên cơ sở danh sách học sinh đã đóng phí bảo hiểm; đồng thời có thể cấp Giấy chứng nhận bảo hiểm cho từng học sinh.

Hiệu lực bảo hiểm của các điều kiện bảo hiểm trong hợp đồng sẽ kết thúc cùng một thời điểm khi hết hạn theo thời gian đã quy định, nhưng thời điểm bắt đầu hiệu lực là khác nhau.

- Đối với điều kiện bảo hiểm A: Hiệu lực bảo hiểm bắt đầu sau 30 ngày kể từ ngày bắt đầu bảo hiểm. Tuy nhiên, đối với những HĐBH tái tục liên tục, điều kiện bảo hiểm này có hiệu lực ngay sau khi người tham gia bảo hiểm đóng phí cho kỳ tiếp theo.

- Đối với điều kiện bảo hiểm B: Hiệu lực bảo hiểm bắt đầu ngay sau khi bắt đầu bảo hiểm.

- Đối với điều kiện bảo hiểm C: Bảo hiểm có hiệu lực sau thời gian chờ là 30 ngày kể từ ngày bắt đầu bảo hiểm. Các HĐBH tái tục liên tục mặc nhiên có hiệu lực ngay sau khi người tham gia bảo hiểm đóng phí cho thời gian tiếp theo.

- Đối với điều kiện bảo hiểm D: Hiệu lực bảo hiểm bắt đầu sau 30 ngày kể từ ngày bắt đầu bảo hiểm đối với trường hợp ốm đau, bệnh tật. Đối với trường hợp tai nạn hoặc hợp đồng tái tục liên tục, điều kiện bảo hiểm này có hiệu lực ngay sau khi người tham gia bảo hiểm đóng phí bảo hiểm.

Câu hỏi 403: Nếu xảy ra sự kiện bảo hiểm, bên được bảo hiểm phải gửi hồ sơ khiếu nại đòi trả tiền bảo hiểm như thế nào?

Trả lời:

Người được bảo hiểm hoặc người thụ hưởng bảo hiểm phải gửi cho DNBH hồ sơ khiếu nại đòi trả tiền bảo hiểm trong vòng 01 năm kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm.

Hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm gồm:

1 - Giấy đề yêu cầu trả tiền bảo hiểm có xác nhận của nhà trường, chính quyền địa phương hoặc công an nơi người được bảo hiểm bị tai nạn (trường hợp bị tai nạn).

2 - Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc bản sao (trích) danh sách người được bảo hiểm.

3 - Các chứng từ y tế: Giấy ra viện, phiếu điều trị (trường hợp điều trị nội trú), phiếu mổ (trường hợp phẫu thuật), đơn thuốc,...

4 - Giấy chứng tử và giấy xác nhận quyền thừa kế hợp pháp (trường hợp người được bảo hiểm tử vong).

Câu hỏi 404: Số tiền người bảo hiểm trả được xác định như thế nào?

Trả lời:

- Trường hợp người được bảo hiểm chết thuộc phạm vi bảo hiểm, người bảo hiểm trả toàn bộ số tiền bảo hiểm ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc HĐBH.

- Trường hợp người được bảo hiểm bị thương tật thân thể do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, người bảo hiểm trả theo *Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm thương tật* (Phụ lục 3) do Bộ Tài chính ban hành.

- Trường hợp bị tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, trong vòng 01 năm kể từ ngày xảy ra tai nạn, người được bảo hiểm bị chết do hậu quả của tai nạn đó, người bảo hiểm 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; hoặc trong vòng 01 năm kể từ ngày xảy ra tai nạn, mức độ thương tật trầm trọng hơn, DNBH sẽ trả phần chênh lệch giữa số tiền tương ứng theo tỷ lệ thương tật mới so với số tiền đã trả trước đó cho tai nạn.

- Trường hợp người được bảo hiểm phải phẫu thuật do ốm đau, bệnh tật thuộc phạm vi bảo hiểm, DNBH trả tiền theo quy định tại *Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm phẫu thuật*.

- Trường hợp người được bảo hiểm phải nằm viện do ốm đau, bệnh tật, tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, DNBH trả tiền trợ cấp nằm viện mỗi ngày 0,3% số tiền bảo hiểm, không quá 60 ngày trong 01 năm bảo hiểm.

12. BẢO HIỂM KHÁCH DU LỊCH TRONG NƯỚC

Câu hỏi 405: Đối tượng được bảo hiểm và phạm vi bảo hiểm khách du lịch trong nước?

Trả lời:

DNBH nhận bảo hiểm cho những người đi tham quan, nghỉ mát, tắm biển,... hoặc nghỉ tại khách sạn, nhà khách trong phạm vi lãnh thổ Việt Nam. Trường hợp người được bảo hiểm khảo sát, thám hiểm, biểu diễn nguy hiểm, đua xe, đua ngựa, đua thuyền, thi đấu có tính chất chuyên nghiệp các môn: bóng đá, đấm bốc, leo núi, lướt ván,... chỉ được bảo hiểm với điều kiện phải nộp thêm phí bảo hiểm cho người bảo hiểm.

Người được bảo hiểm theo nghiệp vụ này vẫn được tham gia và hưởng quyền lợi của các nghiệp vụ bảo hiểm khác.

Phạm vi bảo hiểm nghiệp vụ bảo hiểm này bao gồm:

- Chết, thương tật thân thể do tai nạn,
- Chết do ốm đau, bệnh tật bất ngờ trong thời hạn bảo hiểm,
- Chết hoặc thương tật thân thể do người được bảo hiểm có hành động cứu người, cứu tài sản của Nhà nước, của nhân dân và tham gia chống các hành động phạm pháp.

Câu hỏi 406: Những trường hợp nào thuộc loại trừ bảo hiểm?

Trả lời:

DNBH không chịu trách nhiệm đối với rủi ro xảy ra do những nguyên nhân trực tiếp sau đây:

- Người được bảo hiểm cố ý vi phạm: Pháp luật, nội quy, quy định của cơ quan du lịch, của chính quyền địa phương nơi du lịch.
- Hành động cố ý của người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp (là người được chỉ định nhận tiền bảo hiểm theo giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc di chúc hay theo pháp luật).
- Người được bảo hiểm bị ảnh hưởng của rượu, bia, ma túy và các chất kích thích tương tự.
- Điều trị hoặc sử dụng thuốc không theo chỉ dẫn của y, bác sỹ điều trị.
- Chiến tranh.

Câu hỏi 407: HDBH khách du lịch trong nước có được ký kết như thế nào?

Trả lời:

Có 3 hình thức bảo hiểm theo nghiệp vụ bảo hiểm này:

- Bảo hiểm chuyến du lịch: HDBH chuyến du lịch có thể được ký kết cho nhóm (bảo hiểm tập thể) hoặc cho từng cá nhân.

+ Các tập thể có yêu cầu tham gia bảo hiểm chuyên du lịch, người bảo hiểm ký HĐBH với các tập thể kèm theo danh sách các cá nhân được bảo hiểm.

+ Trường hợp tham gia bảo hiểm cá nhân, người bảo hiểm cấp Giấy chứng nhận bảo hiểm cho từng cá nhân.

- Bảo hiểm tại khách sạn.

Trường hợp phí bảo hiểm được thu gộp cùng với tiền phòng ở khách sạn, hóa đơn thu tiền phòng có phần phí bảo hiểm được coi là bằng chứng đã tham gia bảo hiểm.

Trường hợp cá nhân yêu cầu tham gia bảo hiểm tại khách sạn, người bảo hiểm cấp Giấy chứng nhận bảo hiểm cho từng cá nhân sau khi đã nộp đủ phí bảo hiểm theo quy định.

- Bảo hiểm tại điểm (tại nơi) du lịch.

Trường hợp vé vào cửa khu du lịch có thu phí bảo hiểm được coi là HĐBH tại điểm (tại nơi) du lịch.

Hiệu lực bảo hiểm được quy định như sau:

Tùy vào từng hình thức bảo hiểm mà hiệu lực bảo hiểm khách du lịch có thời điểm bắt đầu và kết thúc khác nhau.

- Bảo hiểm chuyên du lịch: Bảo hiểm có hiệu lực kể từ thời gian bắt đầu chuyến du lịch tại nơi xuất phát và kết thúc khi chuyến du lịch hoàn thành theo thời gian và địa điểm ghi trên HĐBH.

+ Trường hợp xin gia hạn HĐBH chuyên, người được bảo hiểm phải thông báo cho người bảo hiểm nơi gần nhất biết... trước khi hết hạn đã ghi trên HĐBH. Nếu người được bảo hiểm không xin gia hạn hợp đồng hoặc không được DNBH chấp nhận gia hạn thì hiệu lực bảo hiểm sẽ kết thúc như đã quy định tại HĐBH.

+ Nếu chuyến đi của người được bảo hiểm không thực hiện được đúng như dự định trong thời hạn bảo hiểm do gặp bão, lụt, hỏa hoạn, động đất hoặc đường xá, cầu cống, phương tiện chuyên chở bị hư hỏng thì thời hạn quy định trong HĐBH chuyên được tự động kéo dài cho đến khi hoàn thành chuyến đi mà không phải nộp thêm phí bảo hiểm. Tuy nhiên, thời hạn kéo dài này không được vượt quá 48 giờ. Nếu quá thời hạn này thì phải báo cho DNBH gần nhất biết để xét bảo hiểm tiếp, tính thêm phí bảo hiểm hoặc đình chỉ bảo hiểm, tùy từng trường hợp cụ thể.

+ Trường hợp Người được bảo hiểm tự ý chấm dứt hành trình du lịch thì hiệu lực của bảo hiểm chuyên cũng kết thúc ngay tại thời điểm chấm dứt đó và DNBH không có trách nhiệm hoàn phí.

+ Trường hợp một trong hai bên đề nghị hủy bỏ HĐBH phải thông báo cho bên kia trước 24 h. Nếu hợp đồng được hai bên thỏa thuận hủy bỏ, phí bảo hiểm

của thời hạn còn lại sẽ được trả 80% với điều kiện đến thời điểm đó người được bảo hiểm cha có lần nào DNBH chấp nhận trả tiền bảo hiểm.

- Bảo hiểm tại khách sạn:

+ Trường hợp phí bảo hiểm được thu gộp cùng với tiền phòng, bảo hiểm có hiệu lực kể từ thời điểm người được bảo hiểm hoàn thành thủ tục nhận phòng tại khách sạn cho đến khi làm xong thủ tục trả phòng.

+ Trường hợp cá nhân yêu cầu tham gia bảo hiểm tại khách sạn, bảo hiểm có hiệu lực kể từ thời điểm người được bảo hiểm hoàn thành thủ tục nhận phòng tại khách sạn cho đến 12 h ngày kết thúc bảo hiểm ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm. Người được bảo hiểm có thể xin gia hạn bảo hiểm tại khách sạn với điều kiện phải nộp thêm phí bảo hiểm trước khi hết hạn đã ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm.

- Bảo hiểm tại điểm (tại nơi) du lịch: Bảo hiểm có hiệu lực kể từ khi người được bảo hiểm qua cửa kiểm soát vé để vào khu du lịch và kết thúc ngay khi người được bảo hiểm ra khỏi cửa soát vé đó.

Câu hỏi 408: Số tiền bảo hiểm và phí bảo hiểm đối với được xác định như thế nào?

Trả lời:

Số tiền bảo hiểm và phí bảo hiểm được xác định dựa trên sự thỏa thuận giữa người tham gia bảo hiểm và người bảo hiểm theo biểu phí và số tiền bảo hiểm do Bộ Tài chính ban hành.

Số tiền bảo hiểm là giới hạn trách nhiệm tối đa của người bảo hiểm đối với người được bảo hiểm trong một vụ tai nạn.

Phí bảo hiểm do người tham gia bảo hiểm hoặc đại diện người tham gia bảo hiểm nộp cho người bảo hiểm khi ký HĐBH.

Câu hỏi 409: Những trách nhiệm chủ yếu của bên được bảo hiểm là gì?

Trả lời:

Ngoài trách nhiệm nộp phí bảo hiểm đầy đủ và đúng hạn theo thỏa thuận của HĐBH, khi rủi ro được bảo hiểm xảy ra, người được bảo hiểm hoặc đại diện người được bảo hiểm cần phải :

- Thông báo ngay cho người bảo hiểm gần nhất hoặc khách sạn, tổ chức du lịch biết trong vòng 24 giờ.

- Thực hiện những chỉ dẫn của người bảo hiểm, khách sạn hoặc tổ chức du lịch.

Câu hỏi 410: Bên được bảo hiểm phải gửi hồ sơ khiếu nại đòi trả tiền bảo hiểm như thế nào?

Trả lời:

Người được bảo hiểm hoặc đại diện của người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp phải gửi cho DNBH hồ sơ khiếu nại đòi trả tiền bảo hiểm trong vòng 30 ngày kể từ ngày người được bảo hiểm điều trị khỏi hoặc chết, nhưng không quá 01 năm kể từ ngày xảy ra tai nạn.

Hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm gồm những tài liệu, chứng từ gì?

- Giấy đề nghị trả tiền bảo hiểm.
- HĐBH và bản sao danh sách người được bảo hiểm, hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc vé vào cửa có bảo hiểm.
- Biên bản tai nạn có xác nhận của cơ quan du lịch, chính quyền địa phương hoặc công an nơi người được bảo hiểm bị tai nạn.
- Xác nhận của cơ quan y tế (giấy ra viện, phiếu điều trị và các giấy tờ liên quan đến việc điều trị tai nạn).
- Giấy chứng tử và giấy xác nhận quyền thừa kế hợp pháp (trường hợp người được bảo hiểm chết).
- Trường hợp người được bảo hiểm uỷ quyền cho người khác đến nhận tiền bảo hiểm phải có giấy uỷ quyền hợp pháp.

Câu hỏi 411: Số tiền DNBH chi trả được xác định như thế nào?

Trả lời:

- Trường hợp người được bảo hiểm tử vong do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, DNBH trả toàn bộ số tiền bảo hiểm ghi trong hợp đồng hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm.

- Trường hợp người được bảo hiểm bị thương tật thân thể do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, DNBH trả tiền bảo hiểm theo quy định tại *Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm thương tật*.

- Trường hợp trong vòng 01 năm kể từ ngày xảy ra tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, người được bảo hiểm bị chết hoặc vết thương trầm trọng hơn do hậu quả của tai nạn đó, DNBH sẽ trả phần chênh lệch còn lại giữa số tiền bảo hiểm phải trả cho từng trường hợp này với số tiền đã trả trước đó.

- Trường hợp hậu quả của tai nạn thuộc phạm vi trách nhiệm bảo hiểm bị trầm trọng hơn do bệnh tật hoặc sự tàn tật có sẵn của người được bảo hiểm hoặc điều trị vết thương không kịp thời và không theo sự chỉ dẫn của cơ quan y tế, DNBH chỉ trả tiền bảo hiểm như đối với loại vết thương tương tự của người có sức khoẻ bình thường điều trị một cách hợp lý.

- Trường hợp người được bảo hiểm bị chết do ốm đau, bệnh tật thuộc phạm vi trách nhiệm bảo hiểm, người bảo hiểm trả 50% số tiền bảo hiểm ghi trong hợp đồng hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Câu hỏi 412: Việc giải quyết các tranh chấp có liên quan đến HĐBH này được thực hiện như thế nào?

Trả lời:

Thời hạn bên được bảo hiểm khiếu nại người bảo hiểm về việc trả tiền bảo hiểm là 6 tháng, kể từ ngày người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp nhận được thông báo kết quả giải quyết của người bảo hiểm.

Mọi tranh chấp liên quan đến HĐBH nếu các bên không thỏa thuận được bằng thương lượng, sẽ được đưa ra toà án nơi người được bảo hiểm cư trú để giải quyết.

13. BẢO HIỂM NGƯỜI NƯỚC NGOÀI DU LỊCH VIỆT NAM

Câu hỏi 413: Người được bảo hiểm, phạm vi bảo hiểm người nước ngoài du lịch Việt Nam?

Trả lời:

Theo nghiệp vụ bảo hiểm này, người bảo hiểm nhận bảo hiểm cho người nước ngoài du lịch Việt Nam, kể cả người Việt Nam định cư ở nước ngoài, bao gồm:

- Những người vào Việt Nam tham quan, thăm bạn bè, bà con, dự hội nghị, hội thảo quốc tế, đại hội, thi đấu thể thao, biểu diễn nghệ thuật, công tác.

- Những người đang cư trú tại Việt Nam như chuyên gia, công nhân, học sinh, những người làm việc trong đoàn ngoại giao, các tổ chức quốc tế khi đi du lịch trong lãnh thổ Việt Nam.

Trường hợp người được bảo hiểm khảo sát, thám hiểm, biểu diễn nguy hiểm, đua xe, đua ngựa, đua thuyền, thi đấu các môn thể thao có tính chuyên nghiệp như: bóng đá, đấm bốc, leo núi, lướt ván,... chỉ được bảo hiểm với điều kiện đã nộp thêm phí bảo hiểm.

Người được bảo hiểm theo bảo hiểm người nước ngoài du lịch Việt Nam vẫn được tham gia và hưởng quyền lợi của các nghiệp vụ bảo hiểm khác.

Phạm vi bảo hiểm nghiệp vụ bảo hiểm này bao gồm:

- Chết, thương tật thân thể do tai nạn.
- Ốm đau hoặc chết không do tai nạn trong thời hạn bảo hiểm.
- Mất, thiệt hại hành lý và vật dụng riêng mang theo người có thể quy hợp lý cho các nguyên nhân cháy, nổ, phương tiện chuyên chở bị đâm va, lật đổ, chìm, rơi.
- Mất nguyên kiện hành lý gửi theo chuyến hành trình.

Câu hỏi 414: Những trường hợp loại trừ bảo hiểm trong bảo hiểm người nước ngoài du lịch Việt Nam?

Trả lời:

- DNBH không chịu trách nhiệm đối với:
- Rủi ro xảy ra do những nguyên nhân trực tiếp sau đây:
 - + Người được bảo hiểm cố ý vi phạm: Pháp luật, nội quy, quy định của cơ quan du lịch, của chính quyền địa phương nơi du lịch.
 - + Hành động cố ý của người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp (là người được chỉ định nhận tiền bảo hiểm theo Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc di chúc hay theo pháp luật).
 - + Người được bảo hiểm bị ảnh hưởng của rượu, bia, ma túy và các chất kích thích tương tự khác.
 - + Chiến tranh.
 - Những chi phí phát sinh trong trường hợp:
 - + Người được bảo hiểm phát bệnh tâm thần, mang thai (trừ trường hợp xảy thai do tai nạn), sinh đẻ.
 - + Người được bảo hiểm tiếp tục điều trị vết thương hoặc bệnh tật phát sinh từ trước khi bảo hiểm có hiệu lực.
 - + Điều trị hoặc sử dụng thuốc không theo chỉ dẫn của y, bác sĩ điều trị.
 - Những thiệt hại về hành lý trong trường hợp:
 - + Mất vàng, bạc, đá quý, kim loại quý, tiền mặt, séc du lịch, các chứng từ có giá trị như tiền, hộ chiếu, bằng lái xe, vé các loại, tài liệu, chứng từ, bản vẽ, bản thiết kế.
 - + Đồ vật bị xây xát, ướt mà không làm mất đi chức năng của nó.
 - + Cơ quan Nhà nước có thẩm quyền trưng thu, cầm giữ hoặc tịch thu.

Câu hỏi 415: HDBH người nước ngoài du lịch Việt Nam được ký kết như thế nào?

Trả lời:

Người nước ngoài vào Việt Nam có yêu cầu tham gia bảo hiểm du lịch, DNBH cấp Giấy chứng nhận bảo hiểm cho từng cá nhân được bảo hiểm.

Trường hợp một trong hai bên đề nghị hủy bỏ HĐBH phải thông báo cho bên kia biết trước 24h. Nếu hợp đồng được hai bên thoả thuận hủy bỏ, phí bảo hiểm của thời gian còn lại sẽ được hoàn trả 80% với điều kiện tới thời điểm đó người được bảo hiểm chưa có lần nào được DNBH chấp nhận trả tiền bảo hiểm.

Hiệu lực bảo hiểm bắt đầu và kết thúc theo thời gian ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Trường hợp người được bảo hiểm được DNBH cấp Giấy chứng nhận bảo hiểm trước khi vào Việt Nam, hiệu lực của bảo hiểm bắt đầu từ khi làm xong thủ tục nhập cảnh vào Việt Nam, và trong mọi trường hợp, người được bảo hiểm rời Việt Nam trước khi hết thời hạn ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm thì hiệu lực bảo hiểm đều kết thúc khi làm xong thủ tục xuất cảnh để rời khỏi Việt Nam.

Trường hợp xin gia hạn bảo hiểm, người được bảo hiểm phải nộp thêm phí bảo hiểm trước khi hết hạn đó ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Nếu chuyến đi của người được bảo hiểm không thực hiện được đúng như dự định trong thời hạn bảo hiểm do gặp phải bão, lụt, hoả hoạn, động đất hoặc đường xá, cầu cống, phương tiện chuyên chở bị hư hỏng thì thời hạn quy định trên Giấy chứng nhận bảo hiểm được tự động kéo dài cho đến khi hoàn thành chuyến đi mà không phải nộp thêm phí bảo hiểm. Tuy nhiên, thời hạn kéo dài này không được vượt quá 48h, nếu quá thời hạn này thì người được bảo hiểm phải báo cho DNBH nơi gần nhất biết để xét bảo hiểm tiếp, tính thêm phí bảo hiểm hoặc đình chỉ bảo hiểm, tùy từng trường hợp cụ thể.

Câu hỏi 416: Số tiền bảo hiểm và phí bảo hiểm bảo hiểm người nước ngoài du lịch Việt Nam được xác định như thế nào?

Trả lời:

Số tiền bảo hiểm và phí bảo hiểm được xác định theo thỏa thuận giữa người tham gia bảo hiểm và DNBH.

Số tiền bảo hiểm ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm là giới hạn trách nhiệm tối đa của DNBH đối với người được bảo hiểm về người và hành lý.

Phí bảo hiểm do người tham gia bảo hiểm hoặc đại diện người tham gia bảo hiểm nộp cho DNBH khi nhận Giấy chứng nhận bảo hiểm. Phí bảo hiểm nộp bằng loại tiền nào, số tiền bảo hiểm được trả bằng loại tiền đó.

Câu hỏi 417: Những trách nhiệm của bên được bảo hiểm được quy định như thế nào?

Trả lời:

Ngoài trách nhiệm nộp phí bảo hiểm đầy đủ và đúng hạn theo thỏa thuận của HĐBH, khi rủi ro được bảo hiểm xảy ra, người được bảo hiểm hoặc đại diện người được bảo hiểm cần phải:

- Thông báo cho DNBH nơi gần nhất hay tổ chức đoàn du lịch biết trong vòng 24h.

- Thực hiện những chỉ dẫn của DNBH, khách sạn hoặc tổ chức đoàn du lịch.

- Trường hợp có yêu cầu trả tiền bảo hiểm về chi phí y tế, chi phí hồi hương,... bác sĩ do DNBH chỉ định sẽ được phép kiểm tra sức khoẻ người được bảo hiểm vào bất cứ lúc nào khi thấy cần thiết.

- Trường hợp hành lý và vật dụng riêng bị mất, người được bảo hiểm phải có trách nhiệm đề phòng hạn chế tổn thất ở mức thấp nhất.

Người được bảo hiểm hoặc đại diện của người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp phải gửi cho DNBH hồ sơ khiếu nại đòi trả tiền bảo hiểm trong vòng 30 ngày kể từ ngày người được bảo hiểm rời khỏi bệnh viện ở Việt Nam hoặc chết (nhưng không quá 01 năm kể từ ngày xảy ra rủi ro được bảo hiểm) hay mất, thiệt hại hành lý.

Câu hỏi 418: Hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm gồm những tài liệu, chứng từ gì?

Trả lời:

1 - Đơn yêu cầu trả tiền bảo hiểm có đề địa chỉ chính xác.

2 - Giấy chứng nhận bảo hiểm.

3 - Những chứng từ cần thiết trong số các giấy tờ dưới đây có liên quan đến trường hợp yêu cầu trả tiền bảo hiểm.

- Trường hợp thiệt hại về người do tai nạn hoặc ốm đau:

+ Biên bản tai nạn có ghi nhận trường hợp chết hoặc thương tật;

+ Giấy điều trị của cơ quan y tế;

+ Biên lai các chi phí y tế, hồi hương và các chi phí khác;

+ Giấy chứng tử và giấy chứng nhận quyền thừa kế hợp pháp;

- Trường hợp thiệt hại về hành lý và vật dụng riêng;

+ Bằng chứng chứng minh hành lý, vật dụng riêng bị mất, thiệt hại và mức độ tổn thất;

+ Biên bản về việc mất toàn bộ kiện hành lý của cơ quan vận chuyển và vé hành lý;

+ Bản kê chi tiết giá trị tài sản bị thiệt hại;

+ Tờ khai hải quan khi nhập cảnh Việt Nam, trong đó ghi rõ hành lý và tài sản mang vào Việt Nam (đối với trường hợp người được bảo hiểm phải làm thủ tục hải quan);

+ Hoá đơn sửa chữa tài sản hay thay thế phụ tùng;

+ Những giấy tờ khác có liên quan mà người bảo hiểm yêu cầu.

Câu hỏi 419: Số tiền DNBH trả như thế nào?

Trả lời:

1- Đối với thiệt hại về người:

- Trường hợp người được bảo hiểm bị chết, thương tật toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn thuộc phạm vi trách nhiệm bảo hiểm, DNBH sẽ trả toàn bộ số tiền bảo hiểm ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Thương tật toàn bộ vĩnh viễn theo nghiệp vụ này bao gồm các trường hợp: mất 1 chân và 1 tay hoặc mất cả 2 chân hoặc 2 tay hoặc mù cả 2 mắt. Mất chân, tay có nghĩa là phẫu thuật cắt rời bàn tay hoặc bàn chân và mất hẳn chức năng của tay hoặc chân.

- Người bảo hiểm trả tiền bảo hiểm đối với những chi phí cần thiết và hợp lý do hậu quả tai nạn, ốm đau thuộc phạm vi bảo hiểm, nhưng không vượt quá số tiền bảo hiểm ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm, bao gồm:

+ Chi phí cấp cứu và chi phí y tế trong thời gian điều trị tại Việt Nam.

+ Tiền phụng và ăn tại bệnh viện trong thời gian điều trị tại Việt Nam mỗi ngày bằng 0,2% số tiền bảo hiểm.

+ Chi phí hồi hương người được bảo hiểm trong trường hợp không tiếp tục điều trị tại Việt Nam, bao gồm các chi phí:

- Tiền thuê xe cấp cứu đưa ra sân bay về nước.
- Tiền thuê thêm ghế phụ, dụng cụ y tế và thuốc điều trị mang theo (trong trường hợp cần thiết).
- Tiền ăn, ở khách sạn và đi lại cho một người phải đi kèm để chăm sóc người được bảo hiểm khi hồi hương, theo yêu cầu của Giám đốc bệnh

viện nơi người được bảo hiểm đang điều trị do tình trạng thương tích hoặc bệnh tật quá hiểm nghèo của người được bảo hiểm.

- Trường hợp người được bảo hiểm chết không do tai nạn, DNBH chỉ trả chi phí chôn cất hoặc hỏa táng tại Việt Nam hoặc chi phí vận chuyển thi hài và hành lý của người được bảo hiểm về nước.

- Trường hợp trong vòng 180 ngày kể từ ngày xảy ra tai nạn thuộc phạm vi trách nhiệm bảo hiểm, người được bảo hiểm bị chết hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn do hậu quả trực tiếp của tai nạn đó, DNBH sẽ trả phần chênh lệch cũn lại giữa số tiền bảo hiểm phải trả cho từng trường hợp này với số tiền đó trả trước đó.

2 - Đối với thiệt hại về hành lý, vật dụng:

DNBH bồi thường cho người được bảo hiểm hành lý và vật dụng riêng bị mất, bị thiệt hại thuộc phạm vi bảo hiểm, nhưng không vượt quá số tiền bảo hiểm về hành lý ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm, cụ thể là:

- Những đồ vật bị mất, thiệt hại theo lời khai của người được bảo hiểm sẽ được người bảo hiểm xem xét, giải quyết theo giá trị thực tế tại thời điểm mất, thiệt hại trên cơ sở giá trị của đồ vật mới tương tự ở nước bán hàng tại thời điểm trả tiền bồi thường.

- Trường hợp đồ vật bị hư hỏng nhẹ, nếu thay thế phụ tùng hoặc sửa chữa có thể dùng được, người bảo hiểm thanh toán chi phí sửa chữa và thay thế phụ tùng tại Việt Nam. Trường hợp không có điều kiện sửa chữa hoặc thay thế phụ tùng tại Việt Nam, DNBH bồi thường theo tỷ lệ tổn thất.

- Giới hạn bồi thường bất kỳ một khoản nào ghi trong danh mục hành lý và vật dụng riêng là 20% số tiền bảo hiểm về hành lý ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm. Một cặp hoặc một bộ của đồ vật được coi là một khoản mục.

- Trường hợp hành lý hoặc vật dụng riêng đó được bồi thường do bị mất, sau được tìm thấy thì người được bảo hiểm có quyền nhận lại hành lý đó tìm thấy và hoàn lại số tiền DNBH đó bồi thường. Nếu người được bảo hiểm không nhận lại số tài sản này trong vòng 30 ngày, kể từ ngày nhận được thông báo của người bảo hiểm, thì DNBH có quyền xử lý số tài sản đó để bù đắp số tiền đó bồi thường.

Khi nhận tiền bồi thường về hành lý, vật dụng riêng bị mất, người được bảo hiểm phải chuyển quyền khiếu nại đối với người thứ ba (nếu có) cho DNBH trong phạm vi số tiền bồi thường đó nhận và tạo mọi điều kiện để DNBH thực hiện quyền khiếu nại này.

14. BẢO HIỂM NGƯỜI VIỆT NAM DU LỊCH NƯỚC NGOÀI

Câu hỏi 420: Người được bảo hiểm, phạm vi bảo hiểm người Việt Nam du lịch nước ngoài?

Trả lời:

Theo bảo hiểm người Việt nam du lịch nước ngoài, DNBH nhận bảo hiểm cho công dân Việt Nam ra nước ngoài tham quan, nghỉ mát, thăm bạn bè, bà con, dự hội nghị quốc tế, đại hội, thi đấu thể thao, biểu diễn nghệ thuật, làm việc theo các hình thức sau:

- Tập thể đi thành đoàn có tổ chức và chương trình cụ thể đã định trước.
- Cá nhân.

Trường hợp người được bảo hiểm khảo sát, thám hiểm, biểu diễn nguy hiểm, đua xe, đua ngựa, đua thuyền, thi đấu các môn thể thao có tính chuyên nghiệp như: bóng đá, đấm bốc, leo núi, lướt ván,... chỉ được bảo hiểm với điều kiện đã nộp thêm phí bảo hiểm.

Người được bảo hiểm người Việt Nam du lịch nước ngoài vẫn được tham gia và hưởng quyền lợi của các nghiệp vụ bảo hiểm khác.

Phạm vi bảo hiểm nghiệp vụ bảo hiểm người Việt Nam du lịch nước ngoài bao gồm:

- Chết, thương tật thân thể do tai nạn;
- Ốm đau hoặc chết không do tai nạn trong thời hạn bảo hiểm;
- Mất, thiệt hại hành lý và vật dụng riêng mang theo người có thể quy hợp lý cho các nguyên nhân: cháy, nổ, phương tiện chuyên chở bị đâm va, chìm, lật đổ, rơi;
- Mất nguyên kiện hành lý gửi theo chuyến hành trình.

Câu hỏi 421: Các loại trừ trong bảo hiểm người Việt Nam du lịch nước ngoài?

Trả lời:

DNBH khụng chịu trách nhiệm đối với:

- Rủi ro xảy ra do những nguyên nhân trực tiếp sau đây:
 - + Người được bảo hiểm cố ý vi phạm: Pháp luật, quy định của nước đến du lịch và nội quy của cơ quan tổ chức du lịch;
 - + Hành động cố ý của người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp (là người được chỉ định nhận tiền bảo hiểm theo Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc di chúc hay theo pháp luật);
 - + Người được bảo hiểm bị ảnh hưởng của rượu, bia, ma túy và các chất kích thích tương tự khác;
 - + Chiến tranh;

- Những chi phí phát sinh trong trường hợp:
 - + Người được bảo hiểm phát bệnh tâm thần, mang thai (trừ trường hợp xảy ra thai do tai nạn), sinh đẻ;
 - + Người được bảo hiểm tiếp tục điều trị vết thương hoặc bệnh tật phát sinh từ trước khi bảo hiểm có hiệu lực;
 - + Điều trị hoặc sử dụng thuốc không theo chỉ dẫn của y, bác sĩ điều trị.
- Những thiệt hại về hành lý trong trường hợp:
 - + Mất vàng, bạc, đá quý, kim loại quý, tiền mặt, séc, hộ chiếu, bằng lái xe, và các loại, chứng từ có giá trị như tiền, tài liệu, bản vẽ, bản thiết kế;
 - + Đồ vật bị xây xát, ướt mà không làm mất đi chức năng của nó;
 - + Cơ quan nhà nước có thẩm quyền trưng thu, cầm giữ hoặc tịch thu.

Câu hỏi 422: HĐBH người Việt Nam du lịch nước ngoài được ký kết như thế nào?

Trả lời:

HĐBH người Việt Nam du lịch nước ngoài được ký kết giữa DNBH và người tham gia bảo hiểm.

- Trường hợp tham gia bảo hiểm tập thể, người bảo hiểm ký hợp đồng với tập thể đó kèm theo danh sách các cá nhân được bảo hiểm.
- Trường hợp tham gia bảo hiểm cá nhân, người bảo hiểm cấp Giấy chứng nhận bảo hiểm cho từng cá nhân.

Trường hợp một trong hai bên đề nghị hủy bỏ HĐBH phải thông báo cho bên kia biết trước 24h. Nếu hợp đồng được hai bên thỏa thuận hủy bỏ, phí bảo hiểm của thời gian cũn lại sẽ được hoàn trả 80% với điều kiện tới thời điểm đó người được bảo hiểm chưa có lần nào được người bảo hiểm chấp nhận trả tiền bảo hiểm.

Bảo hiểm có hiệu lực kể từ khi người được bảo hiểm làm xong thủ tục xuất cảnh để rời khỏi Việt Nam đi du lịch nước ngoài và kết thúc khi làm xong thủ tục nhập cảnh về nước.

Bảo hiểm không có hiệu lực kể từ khi người được bảo hiểm tự ý rời bỏ hành trình đó định trước mà không có sự thỏa thuận của DNBH bằng văn bản.

Trường hợp người được bảo hiểm đi du lịch vượt quá thời gian ghi trên HĐBH hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm và xin gia hạn HĐBH, đại diện người được bảo hiểm phải nộp thêm phí bảo hiểm trước khi hết hạn đó ghi trên HĐBH. Nếu không xin gia hạn, bảo hiểm sẽ kết thúc vào đúng 24h ngày cuối cùng của thời hạn bảo hiểm quy định.

Trường hợp người được bảo hiểm đang đi với tư cách là hành khách trên phương tiện công cộng trở về nước và nếu theo dự định sẽ đến nơi trước khi kết thúc thời hạn bảo hiểm ghi trên HĐBH, nhưng bị chậm chễ vì lý do khách quan thì thời hạn bảo hiểm được tự động kéo dài cho tới khi hành trình trở về của người được bảo hiểm chấm dứt và không phải nộp thêm phí bảo hiểm.

Câu hỏi 423: Số tiền bảo hiểm và phí bảo hiểm người Việt Nam du lịch nước ngoài được xác định như thế nào?

Trả lời:

Số tiền bảo hiểm và phí bảo hiểm được xác định theo thỏa thuận giữa người tham gia bảo hiểm và người bảo hiểm.

Số tiền bảo hiểm ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm là giới hạn trách nhiệm tối đa của người bảo hiểm đối với người được bảo hiểm về người và hành lý.

Phí bảo hiểm do người tham gia bảo hiểm hoặc đại diện người tham gia bảo hiểm nộp cho người bảo hiểm khi ký HĐBH. Phí bảo hiểm nộp bằng loại tiền nào, số tiền bảo hiểm được trả bằng loại tiền đó.

Câu hỏi 424: Trách nhiệm của bên được bảo hiểm là gì?

Trả lời:

Ngoài trách nhiệm nộp phí bảo hiểm đầy đủ và đúng hạn theo thỏa thuận của HĐBH, khi rủi ro được bảo hiểm xảy ra, người được bảo hiểm hoặc đại diện người được bảo hiểm cần phải:

- Thông báo ngay cho tổ chức đoàn du lịch biết, hoặc đại lý của người bảo hiểm tại nước đến du lịch trong vòng 24h.

- Thực hiện những chỉ dẫn của tổ chức du lịch hoặc đại lý của người bảo hiểm tại nước đến du lịch.

Người được bảo hiểm hoặc đại diện của người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp phải gửi cho DNBH hồ sơ khiếu nại đòi trả tiền bảo hiểm trong vòng 30 ngày kể từ ngày người được bảo hiểm rời khỏi bệnh viện ở nước ngoài hoặc chết hoặc điều trị khỏi thương tích do tai nạn (nhưng không quá 01 năm kể từ ngày xảy ra rủi ro được bảo hiểm) hay mất, hỏng hành lý.

Hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm gồm:

- 1 - Giấy đề nghị trả tiền bảo hiểm.

2 - Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc bản sao danh sách người được bảo hiểm.

3 - Những chứng từ cần thiết trong số các giấy tờ dưới đây có liên quan đến trường hợp yêu cầu trả tiền bảo hiểm.

- Trường hợp thiệt hại về người do tai nạn hoặc ốm đau:
- + Biên bản tai nạn có ghi nhận trường hợp chết hoặc thương tật;
- + Giấy điều trị của cơ quan y tế;
- + Biên lai các chi phí y tế, hồi hương và các chi phí khác;
- + Giấy chứng tử và giấy xác nhận quyền thừa kế hợp pháp.
- Trường hợp thiệt hại về hành lý và vật dụng riêng:
- + Bằng chứng chứng minh hành lý, vật dụng riêng bị mất, thiệt hại và mức độ tổn thất;
- + Biên bản về việc mất toàn bộ kiện hành lý của cơ quan vận chuyển và vé hành lý;
- + Bản kê chi tiết giá trị tài sản bị thiệt hại;
- + Tờ khai hải quan khi xuất cảnh Việt Nam hoặc nước đến du lịch để về Việt Nam, trong đó ghi rõ hành lý và tài sản mang theo;
- + Hoá đơn sửa chữa tài sản hay thay thế phụ tùng;
- + Những giấy tờ khác có liên quan mà người bảo hiểm yêu cầu.

Câu hỏi 425: Số tiền DNBH chi trả được xác định như thế nào?

Trả lời:

1- Đối với thiệt hại về người:

- Trường hợp người được bảo hiểm bị chết do tai nạn thuộc phạm vi trách nhiệm bảo hiểm, DNBH sẽ trả toàn bộ số tiền bảo hiểm ghi trong HĐBH.

- Trường hợp người được bảo hiểm bị thương do tai nạn thuộc phạm vi trách nhiệm bảo hiểm, DNBH sẽ trả tiền bảo hiểm theo quy định tại “Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm”.

- DNBH trả tiền bảo hiểm đối với những chi phí cần thiết và hợp lý do hậu quả của tai nạn, ốm đau thuộc phạm vi bảo hiểm, nhưng không vượt quá số tiền bảo hiểm ghi trong HĐBH, bao gồm:

+ Tiền trợ cấp cho mỗi ngày điều trị do ốm đau, tai nạn ở bệnh viện nước ngoài bằng 0,2% số tiền bảo hiểm ghi trong HĐBH.

+ Chi phí hồi hương người được bảo hiểm trong trường hợp không tiếp tục điều trị nước ngoài, bao gồm các chi phí:

Tiền thuê xe cấp cứu đưa ra sân bay trở về nước;

Tiền thuê thêm ghế phụ, dụng cụ y tế và thuốc điều trị mang theo (trong trường hợp cần thiết);

Tiền ăn, ở khách sạn và đi lại cho một người phải đi kèm để chăm sóc người được bảo hiểm khi hồi hương, theo yêu cầu của giám đốc bệnh viện nơi người được bảo hiểm đang điều trị do tình trạng thương tích hoặc bệnh tật quá hiểm nghèo của người được bảo hiểm.

+ Chi phí vận chuyển xác hoặc tro và hành lý của người được bảo hiểm về Việt Nam trong trường hợp người được bảo hiểm bị chết không do tai nạn. Trường hợp hỏa táng ở nước ngoài sẽ được thanh toán chi phí hỏa táng.

- Trường hợp trong vòng 01 năm kể từ ngày xảy ra tai nạn thuộc phạm vi trách nhiệm bảo hiểm, người được bảo hiểm bị chết hoặc vết thương trầm trọng hơn do hậu quả trực tiếp của tai nạn đó, người bảo hiểm sẽ trả phần chênh lệch còn lại giữa số tiền bảo hiểm phải trả cho từng trường hợp này với số tiền đó trả trước đó.

2 - Đối với thiệt hại về hành lý, vật dụng:

DNBH bồi thường cho người được bảo hiểm hành lý và vật dụng riêng bị mất, bị thiệt hại thuộc phạm vi bảo hiểm, nhưng không vượt quá số tiền bảo hiểm về hành lý ghi trong HĐBH, cụ thể là:

- Đối với hành lý và vật dụng riêng mang theo:

+ Những đồ vật bị mất, thiệt hại theo lời khai của người được bảo hiểm sẽ được DNBH xem xét, giải quyết theo giá trị thực tế tại thời điểm mất, thiệt hại trên cơ sở giá của đồ vật mới tương tự ở nước bán hàng tại thời điểm trả tiền bồi thường.

+ Đồ vật hỏng nhẹ, nếu sửa chữa hay thay thế phụ tùng có thể dùng được, người bảo hiểm thanh toán chi phí sửa chữa và thay thế phụ tùng tại nước ngoài hoặc ở Việt Nam.

+ Giới hạn bồi thường bất kỳ một khoản nào ghi trong danh mục hành lý và vật dụng riêng là 20% số tiền bảo hiểm về hành lý ghi trong HĐBH. Một cặp hoặc một bộ của đồ vật được coi là một khoản mục.

- Trường hợp mất nguyên kiện hành lý ký gửi theo chuyến hành trình, DNBH bồi thường cho người được bảo hiểm tối đa đối với mỗi một kg hành lý là 2% số tiền bảo hiểm hành lý.

- Trường hợp hành lý hoặc vật dụng riêng đó được bồi thường do bị mất, sau được tìm thấy thì người được bảo hiểm có quyền nhận lại hành lý đó tìm thấy và hoàn lại số tiền DNBH đó bồi thường. Nếu người được bảo hiểm không nhận

lại số tài sản này trong vòng 30 ngày, kể từ ngày nhận được thông báo của DNBH, thì người bảo hiểm có quyền xử lý số tài sản đó để bù đắp số tiền đó bồi thường.

Khi nhận tiền bồi thường về hành lý, vật dụng riêng bị mất, người được bảo hiểm phải chuyển quyền khiếu nại đối với người thứ ba (nếu có) cho DNBH trong phạm vi số tiền bồi thường đó nhận và tạo mọi điều kiện để DNBH thực hiện quyền khiếu nại này.

15. BẢO HIỂM NGƯỜI VIỆT NAM DU LỊCH NƯỚC NGOÀI NGẮN HẠN

Câu hỏi 426: Người được bảo hiểm, phạm vi bảo hiểm người Việt Nam du lịch nước ngoài ngắn hạn?

Trả lời:

Theo bảo hiểm người Việt Nam du lịch nước ngoài ngắn hạn, DNBH nhận bảo hiểm cho những người định cư ở Việt Nam đi ra nước ngoài du lịch.

Phạm vi bảo hiểm là:

DNBH nhận bảo hiểm cho những chi phí y tế phát sinh trong trường hợp người được bảo hiểm bị ốm đau hoặc bị tai nạn trong thời gian du lịch ở nước ngoài trên toàn thế giới (trừ việc điều trị ở Việt Nam).

Sự cố được bảo hiểm được tính kể từ lúc bắt đầu việc điều trị y tế và kết thúc khi dựa trên cơ sở y học, việc điều trị tiếp tục là không cần thiết. Sự cố được bảo hiểm cũng bao gồm cả việc cấp cứu và hồi hương cần thiết nhằm phục vụ việc điều trị.

Câu hỏi 427: HDBH người Việt Nam du lịch nước ngoài ngắn hạn được ký kết như thế nào?

Trả lời:

HDBH phải được ký kết trước thời gian đi du lịch. Trường hợp ký kết sau khi chuyến đi đã bắt đầu coi như không có hiệu lực. Người tham gia bảo hiểm phải là người định cư ở Việt Nam.

Người bảo hiểm chỉ cấp đơn bảo hiểm sau khi phí bảo hiểm được người tham gia bảo hiểm nộp đầy đủ.

Hiệu lực bảo hiểm bắt đầu kể từ ngày được quy định trong đơn bảo hiểm, song không được trước thời điểm ký kết HDBH, thời điểm nộp phí bảo hiểm và

cũng không trước thời điểm du lịch. Các sự cố xảy ra trước khi bảo hiểm có hiệu lực sẽ không được giải quyết bồi thường.

Thời hạn bảo hiểm tối đa là 90 ngày liên tục đối với mọi chuyến đi.

Hiệu lực bảo hiểm sẽ chấm dứt khi hết hạn HĐBH hoặc khi kết thúc quá trình du lịch, hay khi người được bảo hiểm đã được hồi hương. Quá trình du lịch được xem như kết thúc khi người được bảo hiểm đi qua biên giới trở về Việt Nam.

Tuy nhiên, sau khi hết hạn HĐBH, nếu tình trạng ốm đau, thương tật trong quá trình người được bảo hiểm du lịch ở nước ngoài vẫn cần phải điều trị tiếp tục thì DNBH sẽ có trách nhiệm bồi thường thêm theo các điều khoản của đơn bảo hiểm này song tối đa không quá 4 tuần.

Trường hợp một trong hai bên đề nghị huỷ bỏ HĐBH, phải thông báo cho bên kia biết trước 24 giờ. Khi đó người được bảo hiểm sẽ được hoàn trả một phần phí bảo hiểm tỷ lệ với thời gian còn lại của đơn bảo hiểm với điều kiện là trước đó chưa có khiếu nại nào được bồi thường theo đơn bảo hiểm này. Tuy nhiên, trường hợp người được bảo hiểm chủ động yêu cầu huỷ bỏ đơn bảo hiểm, DNBH chỉ hoàn lại cho người được bảo hiểm 80% phần phí bảo hiểm tỷ lệ với thời gian còn lại của đơn bảo hiểm.

Câu hỏi 428: Số tiền bảo hiểm và phí bảo hiểm, quyền lợi bảo hiểm được quy định như thế nào?

Trả lời:

Số tiền bảo hiểm (mức trách nhiệm bảo hiểm) và phí bảo hiểm được xác định dựa trên sự thỏa thuận giữa người tham gia bảo hiểm và người bảo hiểm. Số tiền bảo hiểm là trách nhiệm tối đa của người bảo hiểm đối với mỗi chuyến đi. Phí bảo hiểm được tính bằng Đôla Mỹ trên cơ sở biểu phí quy định. Phí bảo hiểm được nộp ngay sau khi có yêu cầu bảo hiểm.

Người được bảo hiểm được hưởng những quyền lợi sau:

Người bảo hiểm sẽ bồi thường những chi phí điều trị y tế cần thiết mà người được bảo hiểm phải gánh chịu trong thời gian tạm trú ở nước ngoài.

1 - Chi phí “điều trị y tế” chỉ bao gồm:

- Điều trị ngoại trú: gồm tiền khám bệnh, tiền thuốc theo kê đơn của bác sĩ, tiền chụp X-quang và làm các xét nghiệm chẩn đoán do bác sĩ chỉ định.

- Dụng cụ y tế cần thiết cho việc điều trị gãy chi (như băng, nẹp) và phương tiện trợ giúp cho việc đi bộ do bác sĩ chỉ định.

- Việc trị liệu học bức xạ, liệu pháp ánh sáng và các phương pháp điều trị tương tự khác do bác sĩ chỉ định.

- Điều trị răng, nhưng chỉ để giảm đau răng cấp tính.

- Điều trị nội trú tại một số cơ sở được công nhận như là một bệnh viện, được một bác sĩ theo dõi chặt chẽ, có đầy đủ các phương tiện chẩn đoán và điều trị. Người được bảo hiểm sẽ được nằm tại bệnh viện địa phương nơi họ đang tạm trú hoặc tại một bệnh viện thích hợp gần nhất.

- Phẫu thuật (bao gồm cả các chi phí liên quan đến cuộc phẫu thuật).

Người được bảo hiểm sẽ chịu mức miễn thường có khấu trừ là 50 đôla Mỹ đối với mỗi khiếu nại (tức là mỗi sự cố được bảo hiểm) cho những trường hợp được bảo hiểm từ phần (a) đến phần (d) nói trên.

2 - Ngoài các chi phí đã nêu ở phần 1 nói trên, người được bảo hiểm còn được hưởng các quyền lợi dưới đây:

2.1. Những dịch vụ hỗ trợ du lịch:

- Dịch vụ thông tin trước chuyến đi.

Công ty cứu trợ khẩn cấp do người bảo hiểm chỉ định sẽ cung cấp các thông tin liên quan đến yêu cầu về thị thực và tiêm chủng ở nước ngoài trên phạm vi toàn thế giới.

- Những vấn đề về đại sứ quán.

Công ty cứu trợ khẩn cấp do DNBH chỉ định sẽ cung cấp các địa chỉ, số điện thoại và giờ làm việc của các lãnh sự, các đại sứ quán gần nhất trên phạm vi toàn thế giới.

- Những vấn đề về dịch thuật.

Công ty cứu trợ khẩn cấp do DNBH chỉ định sẽ cung cấp tên, địa chỉ, số điện thoại và giờ làm việc của các cơ quan dịch thuật trên phạm vi toàn thế giới.

2.2. Những dịch vụ hỗ trợ y tế:

- Cung cấp thông tin về nơi tiến hành các dịch vụ y tế.

Công ty cứu trợ khẩn cấp do DNBH chỉ định sẽ cung cấp cho người được bảo hiểm các thông tin về các bác sĩ, bệnh viện trên phạm vi toàn thế giới.

- Thu xếp và thanh toán tiền vận chuyển cấp cứu.

Công ty cứu trợ khẩn cấp do DNBH chỉ định sẽ thu xếp và người bảo hiểm sẽ thanh toán những chi phí cần thiết của việc vận chuyển bằng đường không và/hoặc đường bộ, việc chăm sóc y tế trong quá trình vận chuyển, chi phí liên lạc và toàn bộ các chi phí thông thường phát sinh khi vận chuyển người được bảo hiểm trong “tình trạng sức khỏe nghiêm trọng” tới bệnh viện gần nhất có điều kiện chăm sóc y tế thích hợp mà không nhất thiết phải vận chuyển về Việt Nam.

Tình trạng sức khỏe nghiêm trọng có nghĩa là tình trạng sức khỏe mà theo đánh giá của công ty cứu trợ khẩn cấp và DNBH đòi hỏi phải được điều trị khẩn

cấp để người được bảo hiểm khỏi bị thiệt mạng hoặc khỏi bị ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe tại thời điểm trước mất hay lâu dài. Mức độ nghiêm trọng ở đây sẽ được xem xét tùy theo hoàn cảnh cụ thể về vị trí địa lý nơi người được bảo hiểm đang ở, khả năng cứu trợ y tế và các phương tiện y tế thích hợp tại khu vực đó có đầy đủ hay không.

Công ty cứu trợ khẩn cấp và DNBH được toàn quyền quyết định liệu tình trạng sức khỏe của người được bảo hiểm có đủ nghiêm trọng đến mức phải vận chuyển cấp cứu không. Ngoài ra, dựa trên các yếu tố tác động và hoàn cảnh trong từng thời gian cụ thể mà công ty cứu trợ khẩn cấp và DNBH nhận thấy, họ có quyền quyết định các phương tiện vận chuyển và nơi chuyển người được bảo hiểm đến.

- Thu xếp và thanh toán tiền hồi hương khẩn cấp.

Công ty cứu trợ khẩn cấp do DNBH chỉ định sẽ thu xếp và người bảo hiểm sẽ thanh toán những chi phí thực tế hợp lý và cần thiết để chuyển người được bảo hiểm trở về Việt Nam sau khi đã điều trị ở nước ngoài.

Ngoài ra, dựa trên các yếu tố tác động và hoàn cảnh trong từng thời gian cụ thể mà công ty cứu trợ khẩn cấp và DNBH có quyền quyết định phương tiện và cách thức để tiến hành hồi hương.

- Thu xếp và thanh toán tiền hồi hương thi hài.

Công ty cứu trợ khẩn cấp do DNBH chỉ định sẽ thu xếp và người bảo hiểm sẽ thanh toán toàn bộ chi phí thực tế hợp lý và cần thiết trong quá trình chuyên chở thi hài người được bảo hiểm từ nơi bị chết trở về Việt Nam hoặc những chi phí chôn cất người được bảo hiểm tại nước ngoài sau khi đã được công ty cứu trợ khẩn cấp và DNBH đồng ý.

2.3. Thanh toán ngay các chi phí nằm viện:

Công ty cứu trợ sẽ thay mặt DNBH để thanh toán ngay các chi phí phát sinh trong quá trình người được bảo hiểm phải nằm viện (bao gồm cả chi phí ăn, ở và chi phí cho bác sĩ) khi đang du lịch ngoài lãnh thổ Việt Nam.

Riêng các chi phí điều trị ngoại trú sẽ không được thanh toán ngay theo điều khoản này.

Câu hỏi 429: Những loại trừ trong bảo hiểm người Việt Nam du lịch nước ngoài ngắn hạn được quy định như thế nào?

Trả lời:

DNBH không chịu trách nhiệm bồi thường đối với:

1- Những bệnh có sẵn: Bệnh có sẵn được hiểu là một tình trạng bệnh và những hậu quả của bệnh đó làm cho người được bảo hiểm phải nằm viện vào bất

kỳ thời gian nào trong vòng 12 tháng ngay trước ngày đầu tiên tham gia bảo hiểm, hoặc các bệnh mãn tính, bệnh bẩm sinh hoặc bất kỳ tình trạng bệnh lý nào đã được bác sĩ chẩn đoán hoặc điều trị trong vòng 12 tháng trước ngày bắt đầu bảo hiểm;

2- Những chi phí vượt quá chi phí hợp lý và thông thường: Chi phí hợp lý và thông thường ở đây được xem nh là chi phí y tế không vượt quá mức chung cần thiết trong quá trình điều trị và cung cấp các dịch vụ y tế ở cùng khu vực đối với một người có cùng giới tính, độ tuổi và cùng một mức độ bệnh tật hoặc thương tật;

3- Bất kỳ chi phí nào có liên quan đến việc chữa bệnh bằng nghỉ ngơi hay an dưỡng tại vùng suối khoáng, viện điều dưỡng, nhà điều dưỡng hoặc các cơ sở tương tự;

4- Phục hồi chức năng, phương pháp vật lý trị liệu hoặc các chi phí về lắp bộ phận giả (chi giả,...);

5- Bất kỳ chi phí nào không được liệt kê bồi thường ở trên;

6- Những chi phí di chuyển y tế cấp cứu, hồi hương hay những chi phí khác không được sự đồng ý trước bằng văn bản của công ty cứu trợ khẩn cấp và/hoặc không được thu xếp bởi công ty cứu trợ khẩn cấp do DNBH chỉ định,

Điểm loại trừ này sẽ không áp dụng đối với trường hợp vận chuyển cấp cứu từ những vùng xa xôi hẻo lánh không thể liên hệ trước với công ty cứu trợ khẩn cấp được và nếu trễ hoãn có thể sẽ làm cho người được bảo hiểm bị thiệt mạng hay bị ảnh hưởng nghiêm trọng đến tình trạng sức khỏe;

7- Bất kỳ sự cố nào xảy ra khi người được bảo hiểm đang ở trong lãnh thổ Việt Nam;

8- Mọi chi phí phát sinh khi Người được bảo hiểm đi ra khỏi lãnh thổ Việt Nam trái với lời khuyên của bác sĩ hoặc nhằm mục đích điều trị hay nghỉ ngơi, an dưỡng sau một rủi ro tai nạn hay bệnh tật xảy ra trước đó;

9- Mọi chi phí phát sinh khi người được bảo hiểm không ở trong tình trạng sức khỏe nghiêm trọng hoặc khi việc điều trị có thể trì hoãn được một cách hợp lý cho đến khi người được bảo hiểm trở về Việt Nam;

10- Mọi chi phí hay điều trị liên quan đến việc sinh đẻ, thai sản (trừ trường hợp mang thai bất thường hoặc có biến chứng nghiêm trọng trong quá trình mang thai có khả năng đe dọa đến tính mạng người mẹ và/hoặc thai nhi);

11- Điều trị những triệu chứng mới xuất hiện trong thời gian mang thai và những biến chứng của nó, bao gồm cả việc điều trị những tiến triển của bệnh mãn tính do ảnh hưởng của quá trình mang thai;

12- Bất kỳ chi phí nào liên quan đến tai nạn hay thương tật xảy ra khi người được bảo hiểm tham gia leo núi, leo các vách đá có sử dụng thiết bị hớng dẫn hoặc dây thừng, trượt tuyết, nhảy dù, lướt ván, lặn dưới biển sâu có sử dụng mũ cứng và

bình oxy kèm theo, tham gia các cuộc đua và tất cả các môn thể thao chuyên nghiệp;

13- Những chi phí phát sinh do hậu quả của các bệnh tâm thần hoặc rối loạn tinh thần gây ra;

14- Tự gây thương tích hoặc bệnh tật, bị thương tật do phạm tội, tự tử, sử dụng rượu hay ma túy, các bệnh truyền qua đường tình dục, HIV/AIDS hoặc bất kỳ tình trạng hay bệnh tật có liên quan đến AIDS;

15- Việc điều trị do một bác sĩ không có đăng ký hành nghề theo quy định ở nước đó chỉ định hoặc thực hiện;

16- Các chi phí chôn cất người được bảo hiểm ở Việt Nam;

17- Các chi phí phát sinh do hậu quả của việc tham gia vào các cuộc chiến tranh, khủng bố, nội chiến, hoặc các hoạt động bất hợp pháp dẫn đến phải vào tù hay trong khi đang phục vụ trong lực lượng quân đội hay công an;

18- Các chi phí phát sinh khi người được bảo hiểm trên 65 tuổi, trừ khi đã được DNBH đồng ý bằng văn bản vào ngày bắt đầu bảo hiểm;

19- Chi phí vận chuyển người được bảo hiểm bằng tàu thuộc sở hữu hoặc cho thuê của chính người được bảo hiểm, trừ khi đã được người bảo hiểm đồng ý bằng văn bản trước ngày bắt đầu bảo hiểm.

Câu hỏi 430: Những trách nhiệm của bên được bảo hiểm là gì?

Trả lời:

Ngoài trách nhiệm nộp phí bảo hiểm đầy đủ và đúng hạn theo thỏa thuận của HĐBH, khi rủi ro được bảo hiểm xảy ra, người được bảo hiểm hoặc đại diện người được bảo hiểm cần phải:

- Trường hợp nằm viện, di chuyển y tế cấp cứu, hồi hương y tế cấp cứu và hồi hương thi hài.

Người được bảo hiểm phải liên hệ với điểm thường trực của công ty cứu trợ khẩn cấp (do DNBH chỉ định, đã được in trên thẻ bảo hiểm) để thông báo các chi tiết về đơn bảo hiểm của mình trước khi phải nằm viện, di chuyển y tế cấp cứu, hồi hương thi hài. Điểm thường trực này sẽ thông báo cho người được bảo hiểm biết liệu nơi cung cấp các dịch vụ trên có chấp nhận và có thể thu xếp giải quyết được hay không. Đây là điều kiện tiên quyết để ràng buộc trách nhiệm của DNBH trong đơn bảo hiểm này, trừ khi người được bảo hiểm ở nơi xa xôi hẻo lánh không thể liên hệ trước với điểm thường trực được và nếu trì hoãn có thể sẽ dẫn đến kết quả người được bảo hiểm bị thiệt mạng hay bị ảnh hưởng nghiêm trọng tới sức khỏe sau này. Trong trường hợp đó, người được bảo hiểm sẽ trực tiếp trả toàn bộ những chi phí phát sinh, và khi trở về Việt Nam sẽ yêu cầu DNBH hoàn trả sau;

- Khi DNBH yêu cầu, người giữ đơn bảo hiểm và người được bảo hiểm phải cung cấp cho DNBH mọi thông tin cần thiết để xác định sự cố xảy ra đối với người được bảo hiểm cũng như phạm vi trách nhiệm bồi thường của người bảo hiểm. Trong trường hợp đặc biệt, theo yêu cầu của DNBH, người được bảo hiểm còn phải nộp bằng chứng về ngày bắt đầu thật sự của chuyến đi;

- Khi DNBH yêu cầu, người giữ đơn bảo hiểm và người được bảo hiểm sẽ uỷ quyền cho DNBH thu thập các thông tin được coi là cần thiết từ người thứ ba (bác sỹ, nha sỹ, các cơ sở y tế,...) và giải phóng họ khỏi trách nhiệm phải giữ kín các thông tin;

- Khi DNBH yêu cầu, người được bảo hiểm sẽ bắt buộc phải đi bác sỹ do người bảo hiểm chỉ định tiến hành kiểm tra sức khoẻ;

- DNBH sẽ không có trách nhiệm giải quyết bồi thường nếu những điều kiện nói trên bị vi phạm.

Câu hỏi 431: Bên được bảo hiểm khiếu nại đòi trả tiền bảo hiểm như thế nào?

Trả lời:

Yêu cầu đòi trả tiền bồi thường phải được nộp cho DNBH trong vòng 01 tháng sau khi kết thúc quá trình điều trị hay sau khi hồi hương, hay sau khi di chuyển thi hài về nước hoặc chôn cất trong trường hợp chết.

Câu hỏi 432: Hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm gồm những tài liệu, chứng từ gì?

Trả lời:

DNBH chỉ có trách nhiệm bồi thường khi ngoài các bằng chứng đã tham gia bảo hiểm, người được bảo hiểm còn phải cung cấp các bằng chứng được yêu cầu dưới đây (Khi đó các hoá đơn, chứng từ sẽ thuộc sở hữu của DNBH):

- Các hoá đơn gốc;

- Các hoá đơn, chứng từ phải có tên bác sỹ, tên người được điều trị, loại bệnh, chi tiết các mục điều trị và ngày điều trị, đơn thuốc phải kể tên thuốc rõ ràng, giá và hoá đơn có dấu của hiệu thuốc. Trong trường hợp điều trị răng, hoá đơn chứng từ phải nêu chi tiết về chiếc răng được điều trị và cách thức điều trị;

- Khi yêu cầu bồi thường trường hợp di chuyển thi hài về nước hay mai táng ở nước ngoài phải nộp Giấy chứng tử theo quy định và phải có kết luận của bác sỹ về nguyên nhân chết. Khi yêu cầu bồi thường trường hợp hồi hương phải nộp các chứng từ do người bảo hiểm yêu cầu tùy theo từng trường hợp cụ thể. Các bản xác nhận y tế của những người thân thích hay vợ hoặc chồng sẽ không được chấp nhận;

- Người bảo hiểm có thể yêu cầu các hoá đơn chứng từ tiếng nước ngoài phải nộp kèm theo một bản dịch thích hợp. Chi phí dịch đó người giữ đơn bảo hiểm chịu.

Câu hỏi 433: Việc giải quyết bồi thường của DNBH được thực hiện như thế nào?

Trả lời:

- Nếu người được bảo hiểm đã liên hệ với điểm thường trực của công ty cứu trợ khẩn cấp và công ty cứu trợ khẩn cấp đã chấp thuận giải quyết trực tiếp, họ sẽ thay mặt DNBH và bằng tài khoản của người bảo hiểm thanh toán cho người được bảo hiểm những chi phí dịch vụ hỗ trợ y tế.

- Nếu người được bảo hiểm không liên hệ với điểm thường trực của công ty cứu trợ khẩn cấp, thì phải nêu rõ lý do cho DNBH biết. Sau khi kiểm tra thực tế và xác định thuộc trách nhiệm bồi thường, DNBH sẽ hoàn trả những chi phí theo đúng quyền lợi bảo hiểm.

Tiền bồi thường sẽ được thanh toán bằng Đô la Mỹ.

Sau khi nhận tiền bồi thường, bên được bảo hiểm phải chuyển quyền khiếu nại đối với người thứ ba (nếu có) cho DNBH trong phạm vi số tiền bồi thường đó nhận và tạo mọi điều kiện để DNBH thực hiện quyền khiếu nại này.

Trường hợp người được bảo hiểm nhận được bồi thường từ người thứ ba hoặc từ bất kỳ nơi nào khác cho những chi phí mà người được bảo hiểm phải gánh chịu, DNBH có quyền trừ số tiền bồi thường này vào phần quyền lợi bảo hiểm phải trả cho người được bảo hiểm.

Thời hạn người giữ đơn bảo hiểm hoặc người được bảo hiểm khiếu nại về việc trả tiền bồi thường là 06 tháng kể từ ngày người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp nhận được giấy thông báo kết quả giải quyết của DNBH. Quá thời hạn trên, mọi khiếu nại đều không còn giá trị.

Mọi tranh chấp có liên quan đến HĐBH này, nếu các bên không giải quyết được bằng thương lượng, sẽ được đưa ra tòa án tại Việt Nam để giải quyết.