QUY TẮC BẢO HIỂM CHĂM SÓC SỨC KHỎE TOÀN DIỆN

(Được phê chuẩn theo Công văn số 2745/ BTC-QLBH ngày 23/03/2022 của Bộ Tài Chính)

(Ban hành kèm theo Quyết định số 21/2022-QĐHN-TMIV ngày 31 tháng 3, 2022

của Tổng Giám đốc Công ty TNHH Bảo hiểm Tokio Marine Việt Nam)

MỤC LỤC

PHẦN I - ĐỊNH NGHĨA 2
PHẦN II – PHẠM VI BẢO HIỂM 6
PHẦN III - CÁC LOẠI TRỪ CHUNG 8
PHẦN IV – ĐIỀU KIỆN CHUNG 9
PHẦN V - QUY TRÌNH GIẢI QUYẾT YÊU CẦU BỒI THƯỜNG 10
PHẦN VI - QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA CÁC BÊN 12
PHẦN VII - GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP 13
PHẦN VIII - QUYỀN LỢI LỰA CHỌN 14
PHẦN IX – CÁC ĐIỀU KHOẢN BẮT BUỘC 15

PHẦN I - ĐỊNH NGHĨA

Một số thuật ngữ trong Quy tắc bảo hiểm này được hiểu như sau:

1. Người được bảo hiểm

Là cá nhân có tính mạng được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm và có tên trong danh sách Người được bảo hiểm đính kèm Hợp đồng bảo hiểm hoặc trên Giấy chứng nhận bảo hiểm, Bản tóm tắt Hợp đồng bảo hiểm, Sửa đổi bổ sung và được sự chấp thuận của Công ty.

2. Bên mua bảo hiểm

Là cá nhân, nhóm cá nhân hoặc tổ chức có nhu cầu mua bảo hiểm, giao kết Hợp đồng bảo hiểm với Công ty, đóng phí bảo hiểm và được ghi tên Bên mua bảo hiểm trong Hợp đồng bảo hiểm, Bản tóm tắt Hợp đồng bảo hiểm, hoặc sửa đổi bổ sung hợp đồng (nếu có). Bên mua bảo hiểm phải có quyền lợi có thể được bảo hiểm. Với trường hợp Bên mua bảo hiểm là nhóm cá nhân, người giao kết hợp đồng là một cá nhân đại diện cho nhóm cá nhân này.

3. Người phụ thuộc

Là vợ, chồng, bố mẹ, con hợp pháp của Người được bảo hiểm. Con của Người được bảo hiểm có độ tuổi từ 15 ngày tuổi đến 18 tuổi hoặc đến 24 tuổi nếu đang tham gia chương trình đào tạo giáo dục nghề nghiệp hoặc giáo dục đại học và chưa kết hôn kể từ Ngày hiệu lực đầu tiên hoặc ngày tái tục bảo hiểm tiếp theo.

Người phụ thuộc có thể bao gồm những đối tượng khác căn cứ theo thỏa thuận giữa Công ty và Bên mua bảo hiểm nêu tại Bản tóm tắt Hợp đồng bảo hiểm hoặc Sửa đổi bổ sung.

Tất cả những Người phụ thuộc phải có tên trong Danh sách người được bảo hiểm.

4. Người thụ hưởng

Là cá nhân, nhóm cá nhân, tổ chức được Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm chỉ định nhận toàn bộ hoặc một phần các quyền lợi bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm này. Người thụ hưởng được ghi tên trong Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm, Hợp đồng bảo hiểm. Trường hợp không có chỉ định Người thụ hưởng, Công ty sẽ giải quyết theo các quy định pháp luật hiện hành về thừa kế.

5. Công ty

Là Công ty TNHH Bảo hiểm Tokio Marine Việt Nam.

6. Hợp đồng bảo hiểm

Là thỏa thuận bằng văn bản được ký kết giữa Công ty và Bên mua bảo hiểm, theo đó Bên mua bảo hiểm phải đóng phí bảo hiểm, Công ty phải trả tiền bảo hiểm cho Người thụ hưởng hoặc bồi thường cho Người được bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm. Hợp đồng bảo hiểm bao gồm các tài liệu Bản tóm tắt Hợp đồng bảo hiểm, Bảng quyền lợi bảo hiểm, Quy tắc bảo hiểm và các Sửa đổi bổ sung kèm theo hoặc ban hành tùy từng thời điểm.

7. Bảng quyền lợi bảo hiểm

Là bảng liệt kê những quyền lợi bảo hiểm khác nhau dành cho Người được bảo hiểm, và số tiền bảo hiểm hoặc hạn mức trách nhiệm tương ứng với từng quyền lợi.

8. Ngày hiệu lực đầu tiên

Là ngày đầu tiên của một Thời hạn bảo hiểm liên tục và không gián đoạn mà Người được bảo hiểm tham gia theo Hợp đồng bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm này và các Hợp đồng bảo hiểm tái tục kế tiếp.

9. Ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm

Đối với Tai nạn, Ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm là ngày xảy ra Tai nạn. Đối với Ốm đau, Ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm là ngày mà các dịch vụ y tế được cung cấp, hoặc ngày đầu tiên của một lần Nằm viện, tuỳ theo ngày nào đến trước.

10. Thời gian chờ

Là khoảng thời gian mà trong đó các quyền lợi bảo hiểm có liên quan không được Công ty chi trả.

Thời gian chờ áp dụng cho một quyền lợi nào thì phải được thể hiện trên trên Bản tóm tắt Hợp đồng bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc Sửa đổi bổ sung.

11. Thời hạn bảo hiểm

Thời hạn bảo hiểm được quy định cụ thể trong Bản tóm tắt Hợp đồng bảo hiểm và bao gồm cả ngày bắt đầu và ngày kết thúc của thời hạn bảo hiểm này.

12. Tai nạn

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

Các trường hợp ngạt khói, hơi độc, khí độc và chết đuối sẽ được xem là Tai nạn theo Hợp đồng bảo hiểm này với điều kiện là các Tai nạn này không xuất phát từ hành động cố ý của Người được bảo hiểm.

13. Thương tật

Là những tổn thương xảy ra trong Thời hạn bảo hiểm chỉ do nguyên nhân Tai nạn mà không do Ốm đau, suy giảm sức khoẻ hoặc thần kinh, theo thời gian, tuổi tác.

14. Thương tật toàn bộ vĩnh viễn

Là một sự biến đổi hoàn toàn về thể chất và tinh thần làm cho Người được bảo hiểm bị cản trở hoàn toàn khi thực hiện công việc của người đó hay bị mất hoàn toàn khả năng lao động trong bất kỳ loại lao động nào kéo dài 52 tuần liên tục và không có khả năng tiến triển của thương tật đó; hoặc theo kết luận của Hội đồng giám định y khoa cấp tỉnh/ Thành phố trở lên, Người được bảo hiểm bị thương tật hoặc suy giảm khả năng lao động với tỉ lệ từ 81% trở lên.

Theo quy định của Quy tắc này, tàn tật toàn bộ vĩnh viễn chỉ được xác định sau khi việc điều trị tổn thương thân thể đó đã kết thúc.

15. Thương tật bộ phận vĩnh viễn

Là thương tật làm cho một hay nhiều bộ phận cơ thể của Người được bảo hiểm không có khả năng phục hồi chức năng hoạt động bình thường và không có khả năng tiến triển của Thương tật đó. Tỷ lệ thương tật bộ phận vĩnh viễn tương ứng với (các) thương tật bộ phận vĩnh viễn được quy định tại Phụ lục I: Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm thương tật và làm cơ sở để Công ty thanh toán tiền bảo hiểm.

16. Thương tật tạm thời

Là thương tật thân thể làm cho người được bảo hiểm không thể thực hiện một phần hoặc toàn bộ công việc hàng ngày trong một khoảng thời gian nhất định.

17. Ốm đau

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

18. Bệnh viện

Là một cơ sở khám và điều trị bệnh được thành lập và hoạt động hợp pháp, được nhà nước công nhận với hình thức là Bệnh viện và:

- Có khả năng và phương tiện chẩn đoán bệnh, điều trị và phẫu thuật;
- Có điều kiện thuận lợi cho việc điều trị nội trú và có hệ thống theo dõi sức khoẻ hàng ngày cho các bệnh nhân điều trị nội trú;

Bệnh viện không bao gồm các cơ sở y tế nhằm mục đích chính là an dưỡng phục hồi sức khỏe, massage hoặc là một nơi đặc biệt chỉ có mục đích duy nhất là phục vụ cho người già hoặc giúp đỡ cai nghiện rượu, ma tuý, chất kích thích hoặc để điều trị rối loạn tâm thần, điều trị bệnh phong.

19. Cơ sở y tế

Là một cơ sở khám chữa bệnh hợp pháp được luật pháp nước sở tại công nhận, có giấy phép điều trị nội trú và/ hoặc ngoại trú, không phải là cơ sở phục vụ mục đích 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.

20. Bác sỹ

Bác sỹ được cấp giấy phép hành nghề hợp pháp, được luật pháp nước sở tại công nhận và Bác sỹ đó đang điều trị, hành nghề trong phạm vi Giấy phép được cấp và trong phạm vi chuyên ngành đào tạo của mình, loại trừ những Bác sỹ chính là Người được bảo hiểm hoặc người thân (bố mẹ, vợ/ chồng, con cái, anh/chị em ruột) của Người được bảo hiểm. Bác sỹ có thể được công nhận như là một Bác sỹ chuyên khoa hay cố vấn y tế.

21. Điều trị cấp cứu

Là việc điều trị khẩn cấp tại Cơ sở y tế sau khi có Tai nạn hoặc triệu chứng Ốm đau có thể dẫn đến Tình trạng nguy kịch của Người được bảo hiểm mà cần thiết phải điều trị khẩn cấp tại phòng cấp cứu, có phát sinh chi phí giường bệnh và hồ sơ có dấu xác nhận cấp cứu của Cơ sở y tế.

Trường hợp Người được bảo hiểm điều trị tại phòng cấp cứu chỉ vì lý do ngoài giờ phục vụ của Cơ sở y tế thì được coi là Điều trị ngoại trú.

22. Tình trạng nguy kịch

Là tình trạng bệnh nhân có bệnh lý, tổn thương, rối loạn đe dọa tính mạng, nguy cơ tử vong nhanh chóng nếu không được Điều trị cấp cứu ngay.

23. Nằm viện

Là việc nhập viện tại một Bệnh viện dưới hình thức là một bệnh nhân nội trú cho thời gian tối thiểu 24 giờ theo chỉ định bằng văn bản của Bác sỹ và theo đó Bệnh viện thu phí giường và phòng điều trị đối với Người được bảo hiểm. Đơn vị ngày nằm viện được tính bằng 24 giờ hoặc theo đơn vị giường nằm trong Giấy xuất viện hoặc trong chứng từ viện phí chi tiết.

24. Điều trị nội trú

Là điều trị y tế khi Người được bảo hiểm có làm thủ tục nhập viện và nằm tại giường bệnh qua đêm. Giấy xuất viện là chứng từ cần thiết để yêu cầu bồi thường cho quyền lợi này.

25. Điều trị trong ngày

Là việc điều trị y tế khi Người được bảo hiểm cần thiết phải làm thủ tục nhập viện và phải điều trị trên giường bệnh nhưng không phải ở lại bệnh viện qua đêm. Giấy xuất viện hoặc chứng từ viện phí chi tiết là chứng từ cần thiết để yêu cầu bồi thường cho quyền lợi này.

26. Điều trị Ngoại trú

Là việc điều trị y tế do Cơ sở y tế có giấy phép hoạt động hợp lệ cung cấp cho Người được bảo hiểm mà không phải nhập viện điều trị và/hoặc không phát sinh chí phí giường bệnh như Điều trị nội trú hoặc Điều trị trong ngày.

27. Chi phí y tế hợp lý

Các chi phí cần thiết về y tế phát sinh cho việc xác định, theo dõi, điều trị y tế của Người được bảo hiểm đối với Thương tật, Ốm đau, thai sản với điều kiện các chi phí đó phải là chi phí thông lệ, hợp lý và/hoặc phù hợp với các hướng dẫn chẩn đoán, điều trị của Bộ Y Tế Việt Nam.

28. Cần thiết về y tế

Là những dịch vụ hoặc cung ứng do Bệnh viện, Bác sỹ cung cấp và cần thiết để xác định hoặc điều trị Ốm đau hoặc Thương tật và là dịch vụ được xác định là:

- Phù hợp và có liên quan với các chẩn đoán và điều trị cho bất kỳ Ốm đau hoặc Thương tật nào; và
- Phù hợp với các tiêu chuẩn về thực hành chuyên khoa; và
- Không chỉ vì sự thuận tiện của Người được bảo hiểm hoặc của bất kỳ Bác sỹ nào; và
- Cung ứng hoặc và cấp độ dịch vụ phù hợp nhất có thể cung cấp được.

Khi áp dụng cho trường hợp Nằm viện, điều này còn có nghĩa là các dịch vụ như vậy cần thiết cho việc điều trị các triệu chứng hoặc tình trạng y tế nhưng không thể cung cấp được một cách an toàn theo hình thức Điều trị ngoại trú.

29. Thuốc theo chỉ định của Bác sỹ

Là những thuốc, dược phẩm được bán và sử dụng theo chỉ định của Bác sỹ và theo quy định của pháp luật, không bao gồm thực phẩm chức năng, dược mỹ phẩm, mỹ phẩm, thuốc bổ và các loại vitamin, khoáng chất trừ trường hợp các loại vitamin, khoáng chất có chỉ định của bác sỹ và chi phí cho các loại vitamin, khoáng chất này không lớn hơn chi phí thuốc điều trị.

Đối với chi phí thuốc điều trị cho các bệnh trong Danh mục bệnh cần chữa trị dài ngày của Bộ Y tế Việt Nam, Công ty sẽ chi trả theo chỉ định của Bác sỹ kê trên đơn thuốc nhưng không vượt quá 90 ngày.

30. Phẫu thuật

Là một phương pháp khoa học để điều trị Thương tật, Ốm đau được thực hiện bởi những phẫu thuật viên có bằng cấp thông qua những ca mổ bằng tay với các dụng cụ y tế hoặc bằng thiết bị y tế trong Bệnh viện bao gồm nhưng không giới hạn bởi mổ nội soi, mổ bằng tia laze, tán sỏi ngoài cơ thể, thủ thuật nội soi để điều trị với các dụng cụ y tế tại Cơ sở y tế. Việc xác định Phẫu thuật dựa trên danh mục Phẫu thuật theo quy định hiện hành của Bộ Y tế Việt Nam.

Với mục đích của Quy tắc bảo hiểm này, Phẫu thuật cũng bao gồm các thủ thuật nội soi với mục đích điều trị bệnh (nhưng không bao gồm các thủ thuật nội soi để xác định, chuẩn đoán các bệnh đường tiêu hóa)

31. Cấy ghép nội tạng

Là việc Phẫu thuật để cấy ghép tim, phổi, gan, tuyến tụy, thận hoặc tủy xương cho Người được bảo hiểm tiến hành tại một Bệnh viện bởi một Bác sỹ phẫu thuật. Các chi phí mua cơ quan nội tạng để cấy ghép và toàn bộ các chi phí phát sinh cho người hiến cơ quan nội tạng không được bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này.

32. Các bộ phận hoặc thiết bị y tế hỗ trợ điều trị

Là các bộ phận/thiết bị/dụng cụ y tế:

- Hỗ trợ vận động/di chuyển: Bao gồm nạng, gậy, khung tập đi, xe lăn bằng tay và xe trượt không có động cơ.
- Hỗ trợ phẫu thuật: Là bất kỳ vật liệu thay thế nhân tạo nào được cấy ghép hoặc lắp vào cơ thể của Người được bảo hiểm trong quá trình Phẫu thuật, cho mục đích sửa chữa hay thay thế một phần cơ thể, bao gồm stent, van tim, bóng nong, đĩa đệm, nẹp vít, chốt treo, máy tạo nhịp tim, thủy tinh thể và các vật liệu thay thế nhân tạo khác.
- Các dụng cụ thiết bị y tế khác có tính chất đặc thù, chỉ sử dụng riêng cho từng loại hình điều trị hoặc Phẫu thuật bao gồm dao cắt sụn, lưỡi bào, dao cắt gan siêu âm, dao cắt trĩ theo phương pháp longo, rọ tán sỏi trong Phẫu thuật lấy sỏi, và các danh mục tương tự.

33. Bộ phận giả:

Là các bộ phận được làm giả để thay thế các bộ phận cơ thể do Bác sỹ chỉ định như là một phần của việc điều trị Ốm đau, Thương tật của Người được bảo hiểm, bao gồm răng giả, chân giả, tay giả, thủy tinh thể giả và các bộ phận giả khác.

34. Điều trị phục hồi chức năng

Là một phần chương trình điều trị của bệnh nhân nội trú dưới sự giám sát của Bác sỹ và phải là chương trình điều trị phục hồi đã được công nhận, nhằm mục đích khôi phục lại tình trạng bình thường và/hay chức năng sau tổn thương cấp tính hoặc do bệnh. Điều trị phục hồi chức năng bao gồm điều trị nội khoa dùng thuốc, ngoại khoa - Phẫu thuật và nhiều kỹ thuật khác, trong đó có kỹ thuật Vật lý trị liệu.

35. Một lần khám bệnh

Là một lần người bệnh được Bác sỹ thăm khám lâm sàng, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng hay các thủ thuật thăm dò khác, kê đơn thuốc điều trị nhằm mục đích chẩn đoán bệnh và điều trị tại cùng một Cơ sở y tế.

Trường hợp nhiều Bác sỹ chuyên khoa cùng hội chẩn trước một người bệnh theo quy chế của Cơ sở y tế thì chỉ được tính là một lần khám bệnh.

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

Riêng trường hợp người bệnh phải khám thêm một số chuyên khoa khác (dù có chỉ định của Bác sỹ hay không) trong cùng một Cơ sở y tế, trong cùng một ngày thì vẫn chỉ tính là một lần khám bệnh.

Nếu vì điều kiện khách quan hoặc yêu cầu chuyên môn mà chưa hoàn thành được quá trình khám bệnh trong ngày đầu tiên, phải tiếp tục trong ngày tiếp theo vẫn tính là một lần khám bệnh.

36. Bệnh có sẵn, Thương tật có sẵn

Là bệnh hoặc thương tật của Người được bảo hiểm đã tồn tại trước Ngày hiệu lực đầu tiên và:

- Người được bảo hiểm đã phải điều trị trong vòng 3 năm trước Ngày hiệu lực đầu tiên;
- Triệu chứng bệnh hoặc thương tật đã xuất hiện hoặc đã xảy ra với Người được bảo hiểm trước ngày Ngày hiệu lực đầu tiên mà Người được bảo hiểm đã biết hoặc ý thức được cho dù Người được bảo hiểm có thực sự khám, điều trị hay không.

37. Bệnh đặc biệt

Là những bệnh ung thư, u (bướu) các loại, huyết áp, tim/mạch máu, viêm/loét dạ dày, viêm/loét đường tiêu hóa, viêm đa khớp mãn tính, viêm gan các loại, viêm màng trong dạ con, trĩ, sỏi sạn các loại, đục thủy tinh thể, viêm xoang, viêm Amidan/ VA cần phải phẫu thuật, thoái hóa khớp, thoát vị đĩa đệm mắc phải, Parkinson, bệnh đái tháo đường, rối loạn chuyển hóa lipid/mật độ xương.

38. Tình trạng bẩm sinh

Là bất kỳ tình trạng di truyền nào, các dị tật bẩm sinh, các bất thường trên cơ thể và/hoặc bất kỳ biến chứng nào khác với sự phát triển bình thường đã xuất hiện khi sinh, nhưng có thể chưa có biểu hiện rõ ràng tại thời điểm đó.

39. Vật lý trị liệu

Là phương pháp điều trị bằng cách sử dụng các tác nhân vật lý tự nhiên hay nhân tạo như nước, không khí, nhiệt độ, điện, tia X, tia cực tím, tia hồng ngoại, siêu âm, các chất đồng vị phóng xạ, xoa bóp..., không bao gồm massage, spa, chỉnh hình thẩm mỹ do kỹ thuật viên vật lý trị liệu được cấp phép thực hiện tại Cơ sơ y tế có chuyên khoa phục hồi chức năng.

40. Đồng chi trả

Là phần chi phí trong phạm vi bảo hiểm mà Người được bảo hiểm sẽ tự chi trả theo thỏa thuận giữa Công ty và Bên mua bảo hiểm và được quy định trên Bản tóm tắt Hợp đồng bảo hiểm. Đối với mỗi yêu cầu bồi thường, Đồng chi trả được tính theo tỷ lệ phần trăm (%) trên tổng chi phí phát sinh thuộc phạm vi bảo hiểm hoặc trên các mức giới hạn phụ của quyền lợi được bảo hiểm tùy theo mức nào thấp hơn thì được áp dụng. Trong Thời hạn bảo hiểm, tổng chi phí được bảo hiểm sau khi áp dụng đồng chi trả không vượt quá mức giới hạn phụ của quyền lợi đó trong Bảng quyền lợi bảo hiểm.

Quyền lợi bảo hiểm, tỷ lệ đồng chi trả, cơ sở y tế áp dụng với Đồng chi trả được quy định trong Bản tóm tắt hợp đồng bảo hiểm.

PHẦN II – PHẠM VI BẢO HIỂM

I. TAI NẠN CÁ NHÂN

Công ty sẽ thanh toán cho Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng các quyền lợi bảo hiểm do tử vong, thương tật vĩnh viễn, trợ cấp ngày/ lương và chi phí y tế phát sinh cho Thương tật do Tai nạn gây ra cho Người được bảo hiểm trong Thời hạn bảo hiểm và hậu quả của Tai nạn xảy ra trong vòng 104 tuần kể từ ngày xảy ra Tai nạn tối đa đến số tiền được nêu trên Bảng quyền lợi bảo hiểm.

1. Tử vong/ Thương tật vĩnh viễn do Tai nạn:

a. Tử vong/ Thương tật toàn bộ vĩnh viễn do Tai nạn: Trả 100% số tiền bảo hiểm theo Phụ Lục I – Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm thương tật của Quy tắc bảo hiểm này.

b. Thương tật bộ phận vĩnh viễn: trả theo tỉ lệ phần trăm của Số tiền bảo hiểm theo Phụ Lục I - Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm thương tật của Quy tắc bảo hiểm này.

2. Trợ cấp trong thời gian điều trị thương tật tạm thời

Trong trường hợp Người được bảo hiểm bị Thương tật trong Thời hạn bảo hiểm và chịu hậu quả là thương tật tạm thời, Công ty đồng ý thanh toán tiền trợ cấp ngày hoặc trợ cấp lương như quy định trong Bảng quyền lợi bảo hiểm, với điều kiện là vẫn tuân thủ theo các điều khoản, điều kiện và loại trừ như trong Hợp đồng bảo hiểm này.

Bồi thường theo quyền lợi này dựa trên cơ sở số ngày nghỉ thực tế để điều trị Tai nạn và số ngày nghỉ phải được chỉ định của Bác sỹ.

Trợ cấp sẽ không được trả đối với bất kỳ khoảng thời gian nào ngay sau khi Người được bảo hiểm bị tử vong hoặc thương tật vĩnh viễn.

3. Chi phí y tế do tai nạn

Công ty sẽ thanh toán các Chi phí y tế thực tế và hợp lý cho việc chẩn đoán và điều trị y tế bao gồm cả điều trị nội trú, phẫu thuật, điều trị ngoại trú, các chi phí đồ dùng y tế và xe cứu thương (bao gồm cả trường hợp vận chuyển cấp cứu bằng xe taxi) theo giới hạn được ghi trong Bảng quyền lợi bảo hiểm do cùng một Tai nạn.

II. TỬ VONG HOẶC THƯƠNG TẬT TOÀN BỘ VĨNH VIỄN DO ỐM ĐAU, THAI SẢN

Bảo hiểm này chi trả toàn bộ số tiền bảo hiểm cho Người thụ hưởng khi Người được bảo hiểm bị tử vong hoặc Thương tật toàn bộ vĩnh viễn do Ốm đau, thai sản và các trường hợp đột tử không rõ nguyên nhân, không thuộc các điểm loại trừ nêu trong Quy tắc bảo hiểm này.

III. CHI PHÍ Y TẾ CHO NẰM VIỆN, PHẪU THUẬT DO ỐM ĐAU, THAI SẢN

Bảo hiểm này sẽ thanh toán các Chi phí y tế hợp lý phát sinh do Ốm đau, thai sản phải Nằm viện hoặc Phẫu thuật tối đa đến giới hạn được quy định trên Bảng quyền lợi bảo hiểm.

1. Chi phí nằm viện

Nếu Người được bảo hiểm phải Nằm viện để thực hiện việc Điều trị nội trú hoặc Điều trị trong ngày, Công ty sẽ thanh toán cho Người được bảo hiểm những chi phí về dịch vụ y tế hay Thuốc theo chỉ định của Bác sỹ, bao gồm các chi phí sau:

a. Giường, phòng, suất ăn theo tiêu chuẩn điều trị tại Bệnh viện;

b. Chi phí hành chính, chi phí máu, huyết tương;

c. Thuốc theo chỉ định của Bác sỹ và dược phẩm sử dụng trong khi Nằm viện;

d. Tiêm truyền tĩnh mạch;

e. Xét nghiệm, điện tâm đồ hoặc chẩn đoán bằng hình ảnh như X-quang, MRI, CT, PET (các chi phí xét nghiệm này phải do Bác sỹ chỉ định là biện pháp cần thiết để đánh giá tình trạng bệnh và phải là một phần của chi phí Nằm viện)

f. Chi phí giường lưu trú cho cha/mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp, gồm chi phí một giường nằm bổ sung trong cùng phòng trong trường hợp Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi phải Nằm viện.

g. Các chi phí khác theo chỉ định của Bác sỹ

2. Phòng chăm sóc đặc biệt

Công ty chi trả các chi phí liên quan đến việc chăm sóc bệnh nhân tại các loại phòng chăm sóc đặc biệt ICU (Intensive Care Unit), ITU (Intensive Treatment Unit), HDU (High Dependency Unit), CCU (Coronary Care Unit) theo chỉ định của Bác sỹ trong quá trình Nằm viện.

3. Chi phí phẫu thuật

Công ty chi trả các chi phí y tế liên quan đến một ca Phẫu thuật nội trú, Phẫu thuật trong ngày hoặc Phẫu thuật ngoại trú, bao gồm chi phí thuốc men dùng trong Phẫu thuật, vật tư y tế, các thiết bị cần thiết cho Phẫu thuật, chi phí phòng mổ, phẫu thuật viên, các chi phí gây mê và hồi sức sau khi mổ, chi phí tái mổ.

4. Các quyền lợi khác (không áp dụng cho Điều trị trong ngày và Chăm sóc thai sản**):**

a. Điều trị phục hồi chức năng

Công ty chi trả chi phí Điều trị phục hồi chức năng là một phần chương trình điều trị của bệnh nhân nội trú phải Nằm viện và/hoặc Phẫu thuật do Ốm đau.

b. Điều trị trước khi nhập viện

Công ty chi trả chi phí y tế hợp lý phát sinh cho việc khám, xét nghiệm gần nhất của Người được bảo hiểm như xét nghiệm X-quang, chụp cắt lớp và xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh do Bác sỹ chỉ định, liên quan trực tiếp đến Ốm đau cần phải nhập viện để Điều trị nội trú và cần theo dõi, được thực hiện trong vòng tối đa không vượt quá số ngày quy định được ghi trên Bảng quyền lợi bảo hiểm trước khi nhập viện.

c. Điều trị sau khi xuất viện

Công ty chi trả chi phí điều trị ngay sau khi xuất viện theo chỉ định của Bác sỹ của Người được bảo hiểm nhưng tối đa không vượt quá số ngày quy định được ghi trên Bảng quyền lợi bảo hiểm và liên quan trực tiếp đến việc Điều trị nội trú trước đó cho cùng Ốm đau. Những chi phí này bao gồm phí tái khám, kiểm tra và xét nghiệm, Thuốc theo chỉ định của Bác sỹ.

d. Chăm sóc y tá tại nhà

Công ty chi trả chi phí dịch vụ chăm sóc y tế của một y tá được cấp giấy phép hành nghề hợp pháp được thực hiện tại nhà của Người được bảo hiểm ngay sau khi ra viện. Dịch vụ này phải được thực hiện theo chỉ định của Bác sỹ điều trị. Thời hạn được bảo hiểm giới hạn tối đa được quy định trong Bảng quyền lợi bảo hiểm và với điều kiện số ngày nằm viện tối thiểu là 7 ngày.

e. Dịch vụ vận chuyển cấp cứu

Công ty chi trả chi phí thực tế, hợp lý, hợp lệ cho:

- Việc sử dụng xe cứu thương của Cơ sở y tế hoặc dịch vụ 115 trong trường hợp Người được bảo hiểm trong Tình trạng nguy kịch do Ốm đau buộc phải đưa Người được bảo hiểm đến Cơ sở y tế thích hợp để Điều trị cấp cứu.
- Việc sử dụng xe Taxi trong trường hợp Người được bảo hiểm trong Tình trạng nguy kịch do Ốm đau buộc phải đưa người bệnh đến Cơ sở y tế thích hợp để Điều trị cấp cứu tối đa đến số tiền được nêu trên Bảng quyền lợi bảo hiểm.
- Vận chuyển trong trường hợp phải chuyển Bệnh viện điều trị: Công ty thanh toán chi phí thực tế, hợp lý vận chuyển Người được bảo hiểm từ Bệnh viện này sang Bệnh viện khác trong lãnh thổ Việt Nam cần thiết cho việc điều trị theo chỉ định của Bác sỹ điều trị.

f. Điều trị cấp cứu

Công ty chi trả chi phí dịch vụ cấp cứu được thực hiện tại phòng cấp cứu của một Bệnh viện hoặc Cơ sở y tế nếu Người được bảo hiểm trong Tình trạng nguy kịch do Ốm đau.

g. Cấy ghép nội tạng

Công ty chi trả các chi phí hội chẩn, gây mê, hồi sức, Phẫu thuật, nằm viện để Cấy ghép nội tạng cho Người được bảo hiểm được tiến hành tại một Bệnh viện.

h. Trợ cấp nằm viện

Công ty chi trả số tiền ghi trên Bảng quyền lợi bảo hiểm cho mỗi ngày Nằm viện để Điều trị nội trú của Người được bảo hiểm với điều kiện có Giấy ra vào viện hoặc hồ sơ y tế thể hiện rõ thời gian điều trị hoặc Bảng kê viện phí có phát sinh tiền phòng, tiền giường.

i. Trợ cấp mai táng

Trường hợp Người được bảo hiểm tử vong do Ốm đau thuộc phạm vi trách nhiệm bảo hiểm, Công ty sẽ chi trả tiền trợ cấp mai táng ghi trên Bảng quyền lợi bảo hiểm.

5. Chăm sóc thai sản

(Quyền lợi này không được áp dụng nếu khách hàng mua QUYỀN LỢI LỰA CHỌN 4 - Chăm sóc thai sản đặc biệt)

a. Sinh thường

Công ty chi trả các chi phí y tế phát sinh cho việc sinh thường của Người được bảo hiểm bao gồm và không giới hạn trong các chi phí: đỡ đẻ, viện phí tổng hợp, Bác sỹ chuyên khoa.

b. Sinh mổ

Công ty chi trả các chi phí y tế theo chỉ định của Bác sỹ phát sinh cho việc sinh mổ của Người được bảo hiểm bao gồm và không giới hạn trong các chi phí: Phẫu thuật lấy thai, viện phí tổng hợp, Bác sỹ chuyên khoa. Thủ thuật sinh mổ chỉ được bảo hiểm nếu do Bác sỹ chỉ định là cần thiết cho ca sinh khó hoặc sinh thường thất bại chuyển mổ, không bao gồm việc sinh mổ theo yêu cầu của Người được bảo hiểm hoặc phải mổ lại do việc yêu cầu mổ trước đó.

c. Biến chứng thai sản

Công ty chi trả các chi phí y tế phát sinh cho Người được bảo hiểm khi Điều trị nội trú do các biến chứng trong quá trình mang thai, hoặc trong quá trình sinh nở cần đến các thủ thuật sản khoa theo chỉ định của Bác sỹ. Biến chứng thai sản bao gồm và không giới hạn trong các trường hợp sau:

- Bất thường trong quá trình mang thai cần phải điều trị theo chỉ định của Bác sỹ: thai ngừng phát triển, thai lưu, dọa sảy thai, sảy thai, thai trứng, thai ngoài tử cung, rau tiền đạo, rau bong non, dọa đẻ non, chửa vết mổ, phá thai do Tình trạng bẩm sinh của thai nhi hoặc phải phá thai để bảo vệ tính mạng của người mẹ.
- Bệnh lý phát sinh nguyên nhân do thai kỳ: đái tháo đường thai kỳ, cao huyết áp thai kỳ, nhiễm độc thai nghén không bao gồm nôn nhiều, nôn nặng.
- Tai biến sản khoa: nhiễm trùng hậu sản các loại, tiền sản giật, sản giật, dọa vỡ tử cung, vỡ tử cung, băng huyết, phù phổi cấp, thuyên tắc ối, sót nhau thai trong tử cung sau khi sinh.\
- Biến chứng thai sản khác đòi hỏi phải Nằm viện hoặc Phẫu thuật theo chỉ định Bác sỹ.

d. Chi phí dưỡng nhi

Công ty chi trả cho Người được bảo hiểm những chi phí bao gồm ở các chi phí thuốc dưỡng nhi, xét nghiệm dưỡng nhi, chích ngừa, chi phí vệ sinh em bé và các chi phí y tế Điều trị nội trú cho trẻ sơ sinh với điều kiện là các chi phí này liên quan đến những triệu chứng bệnh lý xuất hiện khi sinh hoặc có biểu hiện trong vòng 7 ngày sau khi sinh.

e. Chi phí khám thai

Công ty chi trả chi phí khám thai và tái khám trước và sau khi sinh cho Người được bảo hiểm theo giới hạn tối đa được nêu trên Bảng quyền lợi bảo hiểm.

Công ty không bảo hiểm cho các chi phí xét nghiệm tầm soát trước khi sinh để phát hiện sớm các dị tật thai nhi, bệnh lý gen hoặc giảm thiểu trí tuệ như xét nghiệm dị tật thai nhi (Double Test, Triple Test), xét nghiệm nhiễm sắc thể.

6. Giới hạn điều trị ung thư

Công ty chi trả Chi phí y tế hợp lý phát sinh trực tiếp liên quan đến điều trị ung thư của Người được bảo hiểm tuân theo các giới hạn phụ khác của Phần III. CHI PHÍ Y TẾ CHO NẰM VIỆN, PHẪU THUẬT DO ỐM ĐAU VÀ THAI SẢN và tối đa đến số tiền bảo hiểm được nêu trong Bảng quyền lợi bảo hiểm.

PHẦN III - CÁC LOẠI TRỪ CHUNG

(Áp dụng chung cho toàn bộ hợp đồng bảo hiểm)

Công ty không chịu trách nhiệm chi trả tiền bảo hiểm đối với việc điều trị, các khoản chi phí, tình trạng sức khoẻ, các hoạt động sau đây và các chi phí phát sinh liên quan hay chi phí hậu quả của chúng:

1. Hành động cố ý của Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng;

2. Thương tật tự gây ra, tự tử hoặc có ý định tự tử, cố ý đặt mình vào những tình huống nguy hiểm (trừ khi là để cứu mạng người);

3. Người được bảo hiểm vi phạm pháp luật, vi phạm quy định về lao động, vi phạm luật giao thông bao gồm nhưng không giới hạn ở việc điều khiển phương tiện giao thông không có giấy phép lái xe hợp lệ (đối với loại xe bắt buộc phải có giấy phép lái xe), đua xe (hợp pháp hoặc bất hợp pháp), xe đi vào đường cấm, khu vực cấm hoặc vượt xe trong đường cấm vượt, đi ngược chiều của đường một chiều hoặc của đường hai chiều có dãy phân cách cứng, vượt đèn đỏ hoặc không chấp hành theo hiệu lệnh của người điều khiển giao thông, xe đi đêm không có đèn chiếu sáng theo quy định, vượt quá tốc độ quy định. Đối với trường hợp Người được bảo hiểm có nồng độ cồn khi điều khiển phương tiện tham gia giao thông, điểm loại trừ này chỉ áp dụng khi nồng độ cồn trên 50 miligam/100 mililit máu hoặc 0,25 miligam/ 1 lít khí thở;

4. Điều trị cho các chứng nghiện rượu, ma túy, hoặc sử dụng, lạm dụng hay nghiện bất cứ chất nào và Thương tật, Ốm đau phát sinh trực tiếp hay gián tiếp từ việc sử dụng lạm dụng hay sự nghiện đó;

5. Các hình thức Điều trị ngoại trú, Điều trị nội trú, Điều trị trong ngày liên quan đến nha khoa. Điểm loại trừ này không áp dụng đối với: các quyền lợi cụ thể về nha khoa đã được liệt kê trong Bảng quyền lợi bảo hiểm; việc điều trị khẩn cấp cho Thương tật sau một Tai nạn đối với răng tự nhiên với điều kiện Thương tật đó không phải trực tiếp hoặc gián tiếp do việc cắn hoặc nhai gây ra;

6. Các hành động đánh nhau của Người được bảo hiểm, trừ phi chứng minh được hành động đánh nhau đó chỉ với mục đích phòng vệ chính đáng;

7. Điều trị y tế hoặc sử dụng thuốc không có đơn thuốc và sự chỉ dẫn, chỉ định của Bác sỹ;

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

9. Thảm họa tự nhiên như: Động đất, núi lửa, sóng thần, nhiễm phóng xạ;

10. Chiến tranh, nội chiến, đình công, khủng bố, bạo động, dân biến, phiến loạn các hoạt động dân sự hoặc hành động của bất kỳ người cầm đầu của tổ chức nào nhằm lật đổ, đe dọa chính quyền, kiểm soát bằng vũ lực;

11. Tham gia tập luyện hoặc tham gia thi đấu các môn thể thao chuyên nghiệp;

12. Người được bảo hiểm tham gia vào việc khám phá hang động, leo núi hoặc leo núi đá, khám phá hốc đá hang động sâu, nhảy dù mạo hiểm nhảy dù, nhảy bungee, khinh khí cầu, tàu lượn, lặn biển sâu, các hoạt động thể thao dưới nước cần sử dụng không khí nén hoặc dưỡng khí, đua xe đường trường, đua dưới bất kỳ hình thức nào bằng bất kỳ phương tiện hoặc thiết bị có động cơ nào, và bất kỳ hoạt động thể thao có tổ chức nào dưới hình thức chuyên nghiệp hoặc được tài trợ, hoặc là kết quả của bất kỳ hoạt động nào được yêu cầu từ hoặc ở trên tàu hoặc giàn khoan dầu khí, hoặc tại một địa điểm ngoài khơi tương tự;

13. Bệnh lao phổi; bệnh sốt rét; bệnh nghề nghiệp;

14. Điều trị các bệnh lây lan qua đường tình dục (bao gồm các bệnh sau: Bệnh hạ cam, U hạt bẹn, Bệnh lậu, Giang mai, Herpes sinh dục, Bệnh sùi mào gà, U mềm lây, Bệnh rận mu do Rận mu hay còn gọi là chấy cua), Ốm đau liên quan đến các bệnh thuộc hội chứng suy giảm miễn dịch (HIV) bao gồm các hội chứng liên quan đến AIDS và/hoặc bất cứ biến chứng hoặc biến đổi nào;

15. Điều trị và/hoặc phẫu thuật cho các bệnh di truyền, dị tật, khuyết tật bẩm sinh, bệnh dị dạng về gen và mọi biến chứng, hậu quả liên quan đến những bệnh này, những chỉ định phẫu thuật có từ trước ngày bắt đầu bảo hiểm bao gồm nhưng không giới hạn ở bệnh tim bẩm sinh, bệnh Down, hở môi, hở hàm ếch, tích nước trong não, hẹp hậu môn, hẹp bao quy đầu, vẹo vách ngăn bẩm sinh;

16. Kiểm tra sức khỏe, bao gồm cả kiểm tra phụ khoa/nam khoa (tuy nhiên việc khám và xét nghiệm phụ khoa/nam khoa phục vụ cho mục đích điều trị bệnh vẫn được bảo hiểm), xét nghiệm định kỳ, khám định kỳ cho trẻ mới sinh, tất cả các hình thức tiêm chủng, vắc-xin và thuốc phòng ngừa, khám thai định kỳ;

17. Kiểm tra thị lực, thính giác thông thường, điều trị suy biến tự nhiên/ không phải vì lý do bệnh lý của việc suy giảm thính giác, thị lực (như tật khúc xạ: cận thị, viễn thị, loạn thị) và bất kỳ Phẫu thuật để phục hồi hiệu chỉnh nào đối với các khuyết tật thoái hóa thính giác và thị giác;

18. Điều trị hoặc Phẫu thuật theo yêu cầu của Người được bảo hiểm không liên quan đến điều trị và phẫu thuật theo chỉ định của Bác sỹ, điều trị thông thường do Bộ y tế Việt Nam hoặc nước sở tại quy định (bao gồm trường hợp mổ đẻ theo yêu cầu của Người được bảo hiểm hoặc người đại diện của họ);

19. Điều trị, Phẫu thuật thẩm mỹ và các biến chứng của việc điều trị, Phẫu thuật thẩm mỹ, chỉnh hình, phục hồi chức năng không phải là điều trị tiếp theo của một Thương tật, Ốm đau được bảo hiểm;

20. Các điều trị mang tính chất thẩm mỹ bao gồm việc điều trị tăng sắc tố (nám da), điều trị mụn, trứng cá, điều trị chứng rụng tóc ...bị loại trừ riêng đối với Điều trị ngoại trú. Trường hợp Người được bảo hiểm bị những bệnh này phải Điều trị nội trú thì vẫn được giải quyết theo quyền lợi Điều trị nội trú do Ốm đau;

21. Các chi phí cung cấp, bảo dưỡng, sửa chữa Các bộ phận hoặc thiết bị y tế hỗ trợ điều trị, dụng cụ chỉnh hình, các thiết bị trợ thính hoặc thị lực, nạng hay xe lăn, các máy móc, thiết bị dụng cụ phục vụ cá nhân Người được bảo hiểm để chẩn đoán bệnh hoặc hỗ

trợ điều trị y tế (máy tạo nhịp tim, stent van tim, máy khí dung, mổ trĩ phương pháp longo, rọ sỏi ...), Bộ phận giả. Riêng các thiết bị hỗ trợ Phẫu thuật gồm đĩa đệm, nẹp vít cố định được bảo hiểm dưới quyền lợi chi phí y tế do Tai nạn.

22. Các sản phẩm được phân loại là vitamin, khoáng chất, bổ sung dinh dưỡng/dưỡng chất và các chất hữu cơ, thực phẩm chức năng, sản phẩm phục vụ việc ăn kiêng, mỹ phẩm, trừ khi vitamin khoáng chất được chỉ định để điều trị chính cho các bệnh thiếu hụt vitamin hoặc điều trị hỗ trợ với điều kiện chi phí cho vitamin, khoáng chất không lớn hơn chi phí thuốc điều trị;

23. Thực hiện các biện pháp kế hoạch hóa gia đình, hậu quả của phá thai do nguyên nhân tâm lý hay xã hội, điều trị vô sinh, thụ tinh nhân tạo, điều trị bất lực, liệt dương hoặc thay đổi giới tính và bất kỳ hậu quả hay biến chứng nào từ những điều trị trên;

24. Các xét nghiệm hoặc điều trị liên quan đến khả năng sinh sản, hỗ trợ thụ thai, các loại thuốc tránh thai kể cả khi những loại thuốc đó được chỉ định cho mục đích khác ngoài mục đích tự phòng tránh thai hoặc bất kỳ điều trị nào chưa được khoa học công nhận, triệt sản bao gồm bất kỳ việc đảo ngược các phẫu thuật triệt sản trước đó;

25. Điều trị kiểm soát trọng lượng cơ thể (tăng cân, giảm cân), béo phì;

26. Điều trị các bệnh lý về bệnh tâm thần, suy giảm trí nhớ, suy nhược thần kinh, suy nhược cơ thể (không có nguyên nhân bệnh lý cụ thể), mệt mỏi, mất ngủ (bao gồm rối loạn giấc ngủ), hội chứng căng thẳng do công việc (stress), bệnh chậm phát triển, bệnh tự kỷ;

27. Các chi phí để có cơ quan Cấy ghép nội tạng như cho, nhận, mua, vận chuyển, bảo quản nội tạng. Tuy nhiên, Hợp đồng bảo hiểm này bảo hiểm cho các chi phí y tế cho việc Cấy ghép nội tạng vào cơ thể;

28. Chi phí liên quan đến hệ thống tái tạo máu như lọc máu, lọc thẩm tách, thay máu, chạy thận nhân tạo;

29. Việc điều trị thử nghiệm, điều trị không được khoa học công nhận;

30. Điều trị tại Cơ sở y tế không có giấy phép hoạt động khám, chữa bệnh và/hoặc không cung cấp được chứng từ/hóa đơn tài chính theo quy định pháp luật;

31. Bệnh đặc biệt, Bệnh có sẵn, Thương tật có sẵn và Chăm sóc thai sản trong Thời gian chờ;

32. Thương tật gây ra do ngộ độc thực phẩm và đồ uống;

33. Thương tật gây ra do thực hiện nghĩa vụ sĩ quan công an hay quân đội;

34. Các chi phí liên quan đến Phẫu thuật, điều trị Thương tật, Ốm đau bằng phương pháp cấy tế bào gốc như chi phí chiết xuất, xử lý, cấy tế bào gốc, điều trị duy trì sau khi cấy tế bào và hậu quả của phương pháp điều trị này;

35. Các dịch vụ điều trị ngoại trú trừ những điều trị ngoại trú phát sinh do Tai nạn. Điểm loại trừ này sẽ không được áp dụng nếu Người được bảo hiểm tham gia Quyền lợi tùy chọn "Điều trị Ngoại trú".

36. Bệnh ung thư đã được điều trị hoặc chẩn đoán bởi Bác sỹ trước Ngày hiệu lực đầu tiên.

PHẦN IV – ĐIỀU KIỆN CHUNG

1. Toàn bộ hợp đồng

Quy tắc bảo hiểm, Bản tóm tắt hợp đồng bảo hiểm, Giấy chứng nhận bảo hiểm, Giấy yêu cầu bảo hiểm & bản kê khai, bản chào phí bảo hiểm và các sửa đổi bổ sung sẽ cấu thành một bộ hợp đồng và các tài liệu hợp đồng này phải được đọc cùng với nhau.

Bất kỳ sự thay đổi điều khoản điều kiện nào do Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm yêu cầu sẽ có hiệu lực khi được người có thẩm quyền của Công ty chấp thuận bằng việc ban hành Sửa đổi bổ sung và/hoặc dự định ban hành và đính kèm, hoặc dự định đính kèm vào Hợp đồng bảo hiểm này bởi Công ty.

Nếu bất kỳ từ hoặc cách diễn đạt nào đã được gán cho một ý nghĩa cụ thể được nêu trong bất kỳ phần nào của Hợp đồng bảo hiểm sẽ mang ý nghĩa đó ở bất cứ nơi nào nó xuất hiện. Trong trường hợp có xung đột về các điều khoản, điều kiện và cách diễn đạt, thỏa thuận bằng văn bản sau cùng giữa hai bên sẽ được ưu tiên áp dụng trừ khi hai bên có thỏa thuận khác về việc giải quyết xung đột đó.

2. Phạm vi địa lý

Hợp đồng bảo hiểm này bảo hiểm cho những chi phí liên quan đến Thương tật, Ốm đau, thai sản của Người được bảo hiểm phát sinh trong lãnh thổ Việt Nam hoặc khu vực khác được thể hiện trên Bản tóm tắt hợp đồng bảo hiểm.

3. Đối tượng tham gia bảo hiểm

a. Công ty sẽ đồng ý bảo hiểm cho cá nhân đáp ứng các điều kiện sau đây:
- Độ tuổi: từ 15 ngày tuổi đến 80 tuổi (tính theo lần sinh nhật gần nhất); và
- Trường hợp người trên 70 tuổi chỉ được bảo hiểm nếu đã tham gia bảo hiểm với Công ty ít nhất 2 năm liên tục.
- Cá nhân đáp ứng điều kiện là Người phụ thuộc theo quy định tại Hợp đồng bảo hiểm.

b. Công ty không đồng ý bảo hiểm và/hoặc không thực hiện trách nhiệm bảo hiểm đối với các trường hợp sau:

- Người bị tâm thần, down, bệnh phong;
- Người bị thương tật vĩnh viễn hoặc suy giảm khả năng lao động từ 50% trở lên;
- Vào thời điểm tái tục bảo hiểm, Người được bảo hiểm trên 80 tuổi.

c. Trường hợp Công ty phát hiện việc không đáp ứng điều kiện bảo hiểm sau ngày bắt đầu hiệu lực, Công ty sẽ có quyền hủy bỏ bảo hiểm với cá nhân không đáp ứng điều kiện bảo hiểm và hoàn lại phí bảo hiểm đã thu sau khi trừ đi chi phí quản lý và hành chính với Hợp đồng bảo hiểm.

4. Hợp đồng bảo hiểm khác

Nếu tại thời điểm phát sinh bồi thường bảo hiểm, Người được bảo hiểm đang được một hợp đồng bảo hiểm khác có hiệu lực chi trả cho cùng những chi phí và tổn thất yêu cầu bồi thường với Công ty, Người được bảo hiểm có quyền yêu cầu bồi thường ở bất kỳ Quy tắc bảo hiểm nào có hiệu lực. Trong trường hợp chi phí y tế đã được thanh toán bởi hợp đồng khác thì Quy tắc bảo hiểm này sẽ chỉ chi trả cho Người được bảo hiểm các khoản không được thanh toán dưới Hợp đồng bảo hiểm khác đó hoặc theo thỏa thuận khác được quy định trên Bản tóm tắt hợp đồng bảo hiểm.

5. Gian dối

Khi giao kết Hợp đồng bảo hiểm, Công ty có trách nhiệm cung cấp đầy đủ thông tin liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm, giải thích các điều kiện, điều khoản bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm; Bên mua bảo hiểm có trách nhiệm cung cấp đầy đủ thông tin liên quan đến đối tượng bảo hiểm cho Công ty. Các bên chịu trách nhiệm về tính chính xác, trung thực của thông tin đó. Công ty có trách nhiệm giữ bí mật về thông tin do Bên mua bảo hiểm cung cấp.

Công ty có quyền đơn phương đình chỉ thực hiện Hợp đồng bảo hiểm và thu phí bảo hiểm đến thời điểm đình chỉ thực hiện Hợp đồng bảo hiểm khi Bên mua bảo hiểm có một trong những hành vi sau đây:

- Cố ý cung cấp thông tin sai sự thật nhằm giao kết Hợp đồng bảo hiểm để được trả tiền bảo hiểm hoặc được bồi thường;
- Không thông báo những trường hợp có thể làm tăng rủi ro hoặc làm phát sinh thêm trách nhiệm của Công ty trong quá trình thực hiện Hợp đồng bảo hiểm theo yêu cầu của Công ty.

Trong trường hợp Công ty cố ý cung cấp thông tin sai sự thật nhằm giao kết Hợp đồng bảo hiểm thì Bên mua bảo hiểm có quyền đơn phương đình chỉ thực hiện Hợp đồng bảo hiểm; Công ty phải bồi thường thiệt hại phát sinh cho Bên mua bảo hiểm do việc cung cấp thông tin sai sự thật.

6. Hiệu lực bảo hiểm và Thời gian chờ

Hiệu lực bảo hiểm sẽ bắt đầu kể từ ngày hiệu lực ghi trên Hợp đồng bảo hiểm. Quyền lợi bảo hiểm sẽ không được trả cho đến khi khoản phí bảo hiểm đầu tiên hoặc các kỳ thanh toán phí bảo hiểm tiếp theo đã được thanh toán.

Quyền lợi bảo hiểm sẽ không được chi trả trong Thời gian chờ cụ thể dưới đây:

- 30 ngày kể từ Ngày hiệu lực đầu tiên đối với các Ốm đau thông thường (chỉ áp dụng với Tử vong hoặc Thương tật toàn bộ vĩnh viễn do Ốm đau)
- 90 ngày kể từ Ngày hiệu lực đầu tiên đối với biến chứng thai sản;
- 270 ngày kể từ Ngày hiệu lực đầu tiên đối với sinh đẻ;
- 365 ngày kể từ Ngày hiệu lực đầu tiên đối với Bệnh đặc biệt và Bệnh có sẵn, Thương tật có sẵn;

Nếu Người được bảo hiểm phải điều trị biến chứng thai sản trước 90 ngày hoặc sinh đẻ trước 270 ngày, số tiền được trả sẽ tính theo tỷ lệ giữa số ngày kể từ Ngày hiệu lực đầu tiên đến ngày sự kiện được bảo hiểm xảy ra với 90 ngày hoặc 270 ngày tương ứng. Quy định này chỉ áp dụng nếu được nêu trên Hợp đồng bảo hiểm.

7. Chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm

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

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

8. Đảm bảo tái tục hợp đồng

Công ty đảm bảo rằng Hợp đồng bảo hiểm này sẽ được tái tục khi hết Thời hạn bảo hiểm với điều kiện sau:

- Công ty nhận được xác nhận yêu cầu tái tục Hợp đồng bảo hiểm chậm nhất là vào ngày hết hạn của Hợp đồng bảo hiểm;
- Phí bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm tái tục vẫn phải đảm bảo được thanh toán đúng hạn theo quy định của Hợp đồng bảo hiểm tái tục đó hoặc theo quy định pháp luật tại thời điểm tái tục;
- Vào thời điểm kết thúc Thời hạn bảo hiểm, căn cứ tỷ lệ tổn thất, Công ty có quyền điều chỉnh quyền lợi bảo hiểm và tỷ lệ tăng/ giảm phí bảo hiểm cho phù hợp.

9. Lựa chọn mở rộng bảo hiểm

Hợp đồng bảo hiểm cũng xem xét không áp dụng Thời gian chờ quy định nêu trên và/hoặc mở rộng một số trường hợp loại trừ tại PHẦN III – CÁC LOẠI TRỪ CHUNG và/ hoặc thay đổi một số định nghĩa ở PHẦN I - ĐỊNH NGHĨA với điều kiện được Công ty chấp thuận và Bên mua bảo hiểm đồng ý trả thêm phí bảo hiểm (nếu có) cho việc mở rộng hoặc thay đổi phạm vi bảo hiểm này. Các mở rộng hoặc thay đổi này, nếu có, sẽ được nêu chi tiết tại Hợp đồng bảo hiểm và các Sửa đổi bổ sung.

10. Luật áp dụng

Hợp đồng bảo hiểm được diễn giải và điều chỉnh bởi pháp luật Việt Nam.

11. Giám định y khoa

Công ty có quyền yêu cầu Người được bảo hiểm tiến hành thêm một số xét nghiệm hay giám định y khoa bằng chi phí của Công ty nếu Công ty nhận thấy một yêu cầu bồi thường có liên quan trực tiếp hay gián tiếp đến một điểm loại trừ trách nhiệm bảo hiểm. Người được bảo hiểm có nghĩa vụ hợp tác trong việc giám định này, nếu không, Công ty có quyền từ chối hồ sơ yêu cầu bồi thường liên quan.

Thêm vào đó, Công ty có quyền yêu cầu tiến hành khám nghiệm tử thi trong trường hợp xảy ra tử vong nếu việc này không vi phạm pháp luật hiện hành và/hoặc không ảnh hưởng đế tín ngưỡng và thuần phong mỹ tục.

PHẦN V - QUY TRÌNH GIẢI QUYẾT YÊU CẦU BỒI THƯỜNG

1. Thời hạn thông báo và yêu cầu bồi thường

Thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm hoặc bồi thường theo Hợp đồng bảo hiểm này là 1 năm, kể từ Ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm. Thời gian xảy ra sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan khác không tính vào thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm hoặc bồi thường.

Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm chứng minh được rằng mình không biết thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm thì thời hạn quy định như trên được tính từ ngày Người được bảo hiểm biết việc xảy ra sự kiện bảo hiểm đó.

2. Hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm

Để đảm bảo quyền lợi của khách hàng, trong vòng 90 ngày kể từ Ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm cần thông báo bằng văn bản cho Công ty về các sự kiện yêu cầu bồi thường có thể xảy ra. Sau khi nhận được thông báo yêu cầu bồi thường, Công ty sẽ yêu cầu Bên mua bảo hiểm cung cấp hồ sơ yêu cầu bồi thường bao gồm:

- Giấy yêu cầu bồi thường đã điền đầy đủ theo mẫu của Công ty.
- Các hóa đơn gốc và bằng chứng về việc điều trị y tế và các chứng từ/tài liệu gốc liên quan đến việc thanh toán chi phí y tế có ghi chi tiết các loại chi phí và chẩn đoán điều trị.
- Các tài liệu và/hoặc bằng chứng bổ sung để giúp Công ty xác minh yêu cầu bồi thường (nếu có).
- Các giấy tờ khác theo hướng dẫn chi tiết của Công ty tại Quy trình yêu cầu bồi thường cập nhật của Công ty tại thời điểm nộp hồ sơ

Tất cả các giấy chứng nhận, thông tin hoặc bằng chứng cần thiết mà Công ty yêu cầu phải được cung cấp bằng tiếng Anh hoặc tiếng Việt, được công chứng, chứng thực hoặc hợp pháp hóa với các chi phí do Bên mua bảo hiểm chịu.

3. Thanh toán quyền lợi bảo hiểm

Các quyền lợi bảo hiểm có thể được thanh toán cho Người được bảo hiểm, Người Thụ hưởng hoặc người thừa kế của Người được bảo hiểm.

Tất cả mọi quyền lợi sẽ được chi trả bằng đồng Việt Nam. Trong trường hợp yêu cầu bồi thường có đơn vị tiền tệ không phải đồng Việt Nam thì sẽ được quy đổi sang đồng Việt Nam theo tỷ giá bán ra của Ngân hàng thương mại cổ phần Ngoại thương Việt Nam tại thời điểm giải quyết bồi thường.

Bất kỳ khoản thanh toán nào phải trả cho Người được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm sẽ được Công ty thanh toán cho Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng và việc nhận được khoản thanh toán này của Người được bảo hiểm hiểm hoặc Người thụ hưởng sẽ chấm dứt toàn bộ trách nhiệm của Công ty đối với yêu cầu bồi thường tương ứng.

Người được bảo hiểm có trách nhiệm quản lý thông tin liên quan đến số tiền đã được thanh toán cho mỗi quyền lợi. Công ty không có trách nhiệm thông báo về việc sử dụng các hạn mức bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm. Những yêu cầu bồi thường được nộp sau khi các khoản thanh toán đã tới hạn mức bồi thường tối đa sẽ bị từ chối.

4. Thời hạn trả tiền bồi thường

Công ty sẽ tiến hành giải quyết bồi thường trong thời hạn 15 ngày, kể từ ngày nhận được đầy đủ hồ sơ yêu cầu bồi thường hợp lệ.

5. Quyền thu hồi

Trong trường hợp Công ty đã thanh toán hoặc uỷ quyền thanh toán cho một yêu cầu bồi thường mà yêu cầu bồi thường đó không nằm trong phạm vi được bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm hoặc vượt quá tổng giới hạn tối đa theo năm của Hợp đồng bảo hiểm hoặc liên quan đến một yêu cầu bồi thường gian lận, Công ty bảo lưu quyền thu hồi lại số tiền đã thanh toán hoặc thanh toán vượt mức này từ Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm.

6. Thời hạn khởi kiện

Thời hiệu khởi kiện về Hợp đồng bảo hiểm là 3 năm, kể từ thời điểm phát sinh tranh chấp.

PHẦN VI - QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA CÁC BÊN

1. Quyền và nghĩa vụ của Công ty

a. Quyền của Công ty

- Thu phí bảo hiểm theo thỏa thuận tại Hợp đồng bảo hiểm;
- Yêu cầu Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm cung cấp đầy đủ, trung thực thông tin liên quan đến việc giao kết và thực hiện Hợp đồng bảo hiểm;
- Đơn phương đình chỉ thực hiện Hợp đồng bảo hiểm theo quy định của Luật kinh doanh bảo hiểm;
- Từ chối trả tiền bảo hiểm cho Người thụ hưởng hoặc từ chối bồi thường cho Người được bảo hiểm trong trường hợp không thuộc phạm vi trách nhiệm bảo hiểm hoặc trường hợp loại trừ trách nhiệm bảo hiểm theo thỏa thuận trong Quy tắc bảo hiểm này;
- Yêu cầu Bên mua bảo hiểm áp dụng các biện pháp đề phòng, hạn chế tổn thất theo quy định pháp luật;
- Các quyền khác theo quy định của pháp luật.

b. Nghĩa vụ của Công ty

- Giải thích cho Bên mua bảo hiểm về các điều kiện, điều khoản bảo hiểm, quyền, nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm;
- Cấp cho Bên mua bảo hiểm, Hợp đồng bảo hiểm ngay sau khi giao kết Hợp đồng bảo hiểm;
- Trả tiền bảo hiểm kịp thời cho Người thụ hưởng hoặc bồi thường cho Người được bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm;
- Giải thích bằng văn bản lý do từ chối trả tiền bảo hiểm hoặc từ chối bồi thường;
- Các nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật.

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

a. Quyền của Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm

- Yêu cầu Công ty giải thích các điều kiện, điều khoản bảo hiểm, cấp Hợp đồng bảo hiểm;
- Đơn phương đình chỉ thực hiện Hợp đồng bảo hiểm nếu Công ty cố ý cung cấp thông tin sai sự thật nhằm giao kết Hợp đồng bảo hiểm hoặc nếu Công ty từ chối việc giảm phí cho thời gian còn lại của Hợp đồng bảo hiểm tính từ thời điểm có thay đổi những yếu tố làm cơ sở tính phí bảo hiểm dẫn đến giảm các rủi ro được bảo hiểm;
- Yêu cầu Công ty trả tiền bảo hiểm cho Người thụ hưởng hoặc bồi thường cho Người được bảo hiểm theo thỏa thuận trong Quy tắc bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm;
- Các quyền khác theo quy định của pháp luật.

b. Nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm

- Đóng phí bảo hiểm đầy đủ, theo thời hạn và phương thức theo thỏa thuận tại Hợp đồng bảo hiểm;
- Kê khai đầy đủ, trung thực mọi chi tiết có liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm theo yêu cầu của Công ty;
- Thông báo những trường hợp có thể làm tăng rủi ro hoặc làm phát sinh thêm trách nhiệm của Công ty trong quá trình thực hiện Hợp đồng bảo hiểm theo yêu cầu của Công ty;
- Thông báo cho Công ty về việc xảy ra sự kiện bảo hiểm theo quy định của Quy tắc bảo hiểm này;
- Áp dụng các biện pháp đề phòng, hạn chế tổn thất theo quy định pháp luật;
- Các nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật.

PHẦN VII - GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP

Mọi tranh chấp có liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm này sẽ được hai bên Công ty và Bên mua bảo hiểm đưa ra thương lượng. Nếu các bên không thỏa thuận được bằng thương lượng thì trong vòng 30 ngày kể từ ngày phát sinh tranh chấp, việc tranh chấp sẽ được chuyển đến cơ quan giải quyết tranh chấp nêu tại Bản tóm tắt Hợp đồng bảo hiểm.

PHẦN VIII - QUYỀN LỢI LỰA CHỌN

Các quyền lợi lựa chọn dưới đây chỉ được bảo hiểm nếu được nêu trong Hợp đồng bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các Sửa đổi bổ sung (nếu có).

QUYỀN LỢI LỰA CHỌN 1: ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ DO ỐM ĐAU

Trên cơ sở Bên mua bảo hiểm đã đóng phí bảo hiểm bổ sung, Công ty đồng ý bảo hiểm cho các Chi phí y tế hợp lý đối với trường hợp Điều trị ngoại trú do Ốm đau như sau với mức bảo hiểm được ghi rõ trên Bảng quyền lợi bảo hiểm:

a. Chi phí khám và điều trị bệnh

- Chi phí khám Bác sỹ;
- Chi phí thuốc men theo chỉ định của Bác sỹ;
- Chi phí chụp X – Quang, cận lâm sàng, xét nghiệm do Bác sỹ chỉ định và cần thiết cho việc chẩn đoán và điều trị bệnh.
- Các chi phí khác theo chỉ định của Bác sỹ

b. Vật lý trị liệu: Công ty thanh toán các chi phí Vật lý trị liệu/phương pháp trị liệu thần kinh cột sống theo chỉ định của Bác sỹ điều trị tại các Cơ sở y tế và theo giới hạn phụ trên Bảng quyền lợi bảo hiểm, không phải là phương pháp massage, đấm bóp hay tập sửa dáng đi.

c. Điều trị bằng phương pháp Đông Y: Công ty thanh toán các chi phí điều trị bằng phương pháp Đông Y theo chỉ định của Bác sỹ điều trị tại các Cơ sở y tế và theo giới hạn phụ trên Bảng quyền lợi bảo hiểm.

d. Chăm sóc nha khoa cơ bản: (Quyền lợi này không được áp dụng nếu khách hàng mua QUYỀN LỢI LỰA CHỌN 2: Chăm sóc nha khoa tách biệt)

Công ty thanh toán các chi phí điều trị răng cơ bản sau đây phát sinh tại Cơ sở y tế, bao gồm:

- Khám và chẩn đoán bệnh;
- Thuốc theo chỉ định của Bác sỹ
- Lấy cao răng và đánh bóng răng;
- Chụp X-quang;
- Điều trị các bệnh lý nha chu, viêm nướu;
- Hàn/Trám răng bằng các chất liệu thông thường (amalgam hoặc composite, fuji hoặc các chất liệu tương đương);
- Điều trị tủy răng;
- Nhổ răng bệnh lý/tổn thương, không mọc hoặc bị lợi phủ, răng khôn mọc lệch; nhổ các chân răng, điều trị ống tủy chân răng, cắt u răng cứng, cắt cuống răng (không kèm theo Phẫu thuật).

QUYỀN LỢI LỰA CHỌN 2: CHĂM SÓC NHA KHOA TÁCH BIỆT

Chi phí được bảo hiểm như được nêu tại Quyền lợi chăm sóc nha khoa cơ bản dưới QUYỀN LỢI LỰA CHỌN 1: ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ DO ỐM ĐAU. Số tiền bảo hiểm của quyền lợi này không được tính vào giới hạn tối đa của Điều trị ngoại trú.

QUYỀN LỢI LỰA CHỌN 3: CHĂM SÓC NHA KHOA ĐẶC BIỆT

Lựa chọn 1: Bảo hiểm chi phí làm răng giả với răng bị tổn thương do Tai nạn

Quyền lợi này chỉ được áp dụng khi Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi: Tai nạn cá nhân nhưng sẽ không được tính vào giới hạn tối đa của quyền lợi Tai nạn cá nhân.

Nếu Người bảo hiểm bị Tai nạn dẫn đến thương tích đối với răng lành lặn, tự nhiên và cần phải điều trị răng trong vòng 7 ngày kể từ ngày xảy ra Tai nạn tại Cơ sở y tế, Công ty sẽ thanh toán cho các chi phí y tế được bảo hiểm phát sinh thực tế liên quan đến việc điều trị răng này bao gồm chi phí tư vấn nha khoa, chi phí cầm máu, chi phí nhổ răng, lấy tủy răng, chi phí chụp theo giới hạn tối đa quy định tại Bảng quyền lợi bảo hiểm.

Công ty sẽ không thanh toán cho bất kỳ chi phí y tế nào liên quan đến việc điều chỉnh hoặc phục hồi răng, việc sử dụng các chất liệu kim loại quý hiếm; hoặc điều trị chỉnh nha bằng mọi hình thức hoặc phẫu thuật nha khoa thực hiện tại Cơ sở y tế trừ khi đây là phương pháp điều trị duy nhất để

giảm đau;

Công ty cũng không thanh toán bất kỳ chi phí y tế nào liên quan đến việc điều trị tổn thương răng do các nguyên nhân sau:

- Các thương tích gây ra trong quá trình ăn uống;
- Những thương tích trong quá trình bào mòn tự nhiên của răng;
- Những thương tích gây ra trong khi đánh răng hoặc bất kỳ phương pháp vệ sinh răng miệng nào.

Lựa chọn 2: Bảo hiểm chi phí làm răng giả với răng bệnh lý

Quyền lợi này chỉ được áp dụng khi Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi Điều trị răng cơ bản hoặc Chăm sóc nha khoa tách biệt.

Công ty thanh toán các chi phí làm răng giả sau đây phát sinh tại các Cơ sở y tế, bao gồm: Làm mới hoặc sửa cầu răng, mão răng, bọc răng sứ, làm răng giả.

QUYỀN LỢI LỰA CHỌN 4: CHĂM SÓC THAI SẢN ĐẶC BIỆT

Chi phí được bảo hiểm như được nêu tại Quyền lợi Thai sản và sinh đẻ dưới CHI PHÍ Y TẾ CHO NẰM VIỆN, PHẪU THUẬT DO ỐM ĐAU VÀ THAI SẢN. Quyền lợi này sẽ không được tính vào giới hạn tối đa của Điều trị nội trú

QUYỀN LỢI LỰA CHỌN 5: TRỢ CẤP THU NHẬP TRONG THỜI GIAN ĐIỀU TRỊ ỐM ĐAU (không áp dụng với trẻ em dưới 18 tuổi)

Quyền lợi này sẽ không được tính vào giới hạn tối đa của Điều trị nội trú

Không áp dụng quyền lợi này cho trường hợp thai sản.

Các bên nhất trí rằng Người được bảo hiểm sẽ nhận quyền lợi là khoản trợ cấp trong thời gian Điều trị nội trú và/hoặc Điều trị ngoại trú nhưng không vượt quá thời gian quy định trên Bảng quyền lợi bảo hiểm. Bồi thường theo điều khoản này dựa trên cơ sở số ngày nghỉ thực tế để điều trị Ốm đau và số ngày nghỉ phải được chỉ định của Bác sỹ. Số tiền bồi thường /người/ngày (bao gồm cả ngày thứ bảy, chủ nhật, và ngày lễ) sẽ được tính như sau:

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

QUYỀN LỢI LỰA CHỌN 6: HỖ TRỢ GIÁO DỤC TRẺ EM

Trong trường hợp Công ty bồi thường cho tử vong do Tai nạn của Người được bảo hiểm, Công ty sẽ chi trả khoản trợ cấp Quỹ hỗ trợ Giáo dục Trẻ em theo số tiền bảo hiểm được thể hiện trong Bản tóm tắt Hợp đồng bảo hiểm cho (các) con hợp pháp dưới 18 tuổi của Người được bảo hiểm. Khoản trợ cấp này (đối với mỗi Người được bảo hiểm), trong mọi trường hợp, sẽ không vượt quá số tiền bảo hiểm nêu trên Bảng quyền lợi bảo hiểm.

QUYỀN LỢI LỰA CHỌN 7: CHI PHÍ KHÁM SỨC KHỎE

Quyền lợi này sẽ không được tính vào giới hạn tối đa của Điều trị ngoại trú.

Công ty sẽ thanh toán chi phí phát sinh để kiểm tra/khám sức khỏe định kỳ cho 1 lần duy nhất trong mỗi năm tham gia bảo hiểm tối đa đến số tiền bảo hiểm của quyền lợi này được nêu trong Bảng quyền lợi bảo hiểm, với điều kiện là việc kiểm tra/khám sức khỏe định kỳ này được thực hiện tại các Cơ sở y tế hoạt động hợp pháp và được cấp phép cung cấp dịch vụ này.

PHẦN IX – CÁC ĐIỀU KHOẢN BẮT BUỘC

1. Điều khoản loại trừ chiến tranh và nội chiến

Hợp đồng bảo hiểm này không bảo hiểm cho bất cứ trách nhiệm thực hiện bởi Người được bảo hiểm cho các tổn thất hoặc thiệt hai trực tiếp hoặc gián tiếp nào gây ra bởi, xảy ra hoặc hậu quả của chiến tranh, xâm lược, hành động thù địch của nước ngoài hoặc các hoạt động có tính chất chiến tranh (cho dù có tuyên chiến hay không), nội chiến, tiếm quyền, binh biến, khởi nghĩa, bạo động, cách mạng, đảo chính, quyền lực quân sự hay quyền lực bị chiếm đoạt, tình trạng thiết quân luật, tịch thu hoặc quốc hữu hóa hoặc trưng dụng hoặc phá hủy hoặc phá hoại tài sản theo lệnh của bất kỳ Chính phủ hoặc cơ quan chính quyền địa phương nào.

2. Điều khoản loại trừ khủng bố (NMA2921)

Cho dù có bất kì điều khoản nào trái ngược được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm này hoặc trong bất kì điều khoản bổ sung nào khác, các bên thoả thuận rằng Hợp đồng bảo hiểm này loại trừ các tổn thất, thiệt hại, chi phí hoặc phí tổn dưới bất kì hình thức trực tiếp hoặc gián tiếp nào gây ra bởi, bắt nguồn từ hoặc có liên quan đến bất cứ hành động khủng bố nào bất kể do các nguyên nhân hoặc sự kiện nào khác xảy ra đồng thời hoặc tiếp nối đối với tổn thất:

Với mục đích của điều khoản bổ sung này một hành động khủng bố được hiểu là một hành động bao gồm nhưng không giới hạn ở việc dùng vũ lực hay bạo lực của bất kì người hay (các) nhóm người nào hoạt động độc lập hoặc đại diện cho hoặc có liên hệ với bất kì (các) tổ chức hoặc (các) chính phủ nào có liên quan đến chính trị, tôn giáo, ý thức hệ, dân tộc, hoặc cho các mục đích tương tự, kể cả ý định tác động gây ảnh hưởng đến bất cứ chính quyền nào hoặc gây sợ hãi cho công chúng hay một bộ phận công chúng.

Điều khoản này cũng loại trừ các tổn thất, thiệt hại, chi phí hoặc phí tổn dưới bất kỳ hình thức nào trực tiếp hoặc gián tiếp bị gây ra bởi, hoặc là hậu quả của hoặc có liên quan đến bất cứ hành động nào nhằm kiểm soát, ngăn chặn, đàn áp hoặc bằng bất cứ cách nào có liên quan đến hành động khủng bố

Nếu Công ty cho rằng vì lý do của điểm loại trừ này mà các thiệt hại, tổn thất hay chi phí không được bảo hiểm bởi Hợp đồng bảo hiểm này thì Người được bảo hiểm có nghĩa vụ phải chứng minh điều ngược lại.

Trong trường hợp có bất cứ phần nào của điều khoản bổ sung này bị coi là vô hiệu hoặc không thực hiện được, phần còn lại của điều khoản này vẫn giữ nguyên tính hiệu lực.

3. Điều khoản loại trừ theo lệnh cấm vận

Công ty sẽ không cung cấp phạm vi bảo hiểm và không có trách nhiệm chi trả yêu cầu bồi thường hoặc đưa ra bất kỳ lợi ích nào khi việc thanh toán yêu cầu bồi thường, đồng ý bảo hiểm, thanh toán các khoản tiền bồi thường bảo hiểm hoặc đưa ra bất kỳ lợi ích nào từ việc trả bồi thường đó dẫn đến việc Công ty sẽ vi phạm các lệnh cấm, điều cấm hoặc các hạn chế theo các nghị quyết của Liên Hiệp Quốc hay các cấm vận về kinh tế hoặc thương mại, các luật lệ hoặc quy định của Liên Minh Châu Âu, Vương Quốc Anh hay Hợp Chủng Quốc Hoa Kỳ.

4. Điều khoản loại trừ chất amiăng

Các bên đồng ý và hiểu rằng Hợp đồng bảo hiểm này không áp dụng cho và không bảo hiểm cho bất kì tổn thất, thiệt hại thực tế hay bị quy cho đối với (các) yêu cầu bồi thường về (các) tổn thất, thiệt hại phát sinh trực tiếp hay gián tiếp từ hoặc là hậu quả của chất amiăng dưới bất kì hình thức và số lượng nào xảy ra đối với Người được bảo hiểm.

5. Điều khoản loại trừ rủi ro vũ khí điện từ, hóa sinh, sinh học, hóa học và nhiễm bẩn phóng xạ CL370 10/11/2003

Điều khoản này có hiệu lực cao nhất và sẽ vô hiệu hoá những điều khoản khác có nội dung không thống nhất trong Hợp đồng bảo hiểm này.

Hợp đồng bảo hiểm này sẽ không bảo hiểm cho tổn thất, trách nhiệm hoặc chi phí trực tiếp hay gián tiếp phát sinh từ:

- phóng xạ ion hoá từ hoặc ô nhiễm bởi năng lượng phóng xạ từ bất kì nguồn nhiên liệu hạt nhân, rác thải hạt nhân hoặc từ vụ nổ nhiên liệu hạt nhân nào
- chất phóng xạ, chất độc, chất nổ hoặc những tài sản bị ô nhiễm hoặc nguy hiểm do việc xây dựng nhà máy hạt nhân, lò phản ứng hạt nhân hoặc máy móc thiết bị trong nhà máy hạt nhân đó.
- bất cứ một vũ khí hoặc thiết bị nào sử dụng nguyên tử, phân hạch hạt nhân, sự nung chảy, các quá trình phản ứng khác hoặc năng lượng phóng xạ
- chất phóng xạ, chất độc, chất nổ, những tài sản bị ô nhiễm hoặc nguy hiểm do chất phóng xạ. Điểm loại trừ trong điều khoản phụ này không mở rộng cho chất đồng vị phóng xạ không phải là nhiên liệu hạt nhân, khi những chất đồng vị đó được chuẩn bị, chuyên chở, lưu giữ, hoặc sử dụng cho mục đích thương mại, nông nghiệp, y tế, khoa học, hoặc các mục đích vì hoà bình khác
- bất kì vũ khí hoá học, sinh học, hoá sinh hoặc điện từ nào khác.

6. Điều khoản loại trừ rủi ro năng lượng hạt nhân

Hợp đồng bảo hiểm này sẽ loại trừ tất cả các rủi ro năng lượng hạt nhân

- Tất cả các tài sản nằm trên địa phận của nhà máy điện hạt nhân.
- Các lò phản ứng hạt nhân, nhà máy hạt nhân và trang thiết bị trong đó tại bất kì vị trí nào ngoài địa phận nhà máy điện hạt nhân.
- Tất cả các tài sản, tại bất kì vị trí nào (bao gồm nhưng không giới hạn các vị trí được đề cập tại phần I trên đây) được sử dụng hoặc đã từng được sử dụng để
- Tạo ra năng lượng hạt nhân; hoặc
- Sản xuất, sử dụng hoặc lưu trữ nguyên liệu hạt nhân
- Bất kì tài sản nào khác hội đủ điều kiện được bảo hiểm bởi hiệp hội hoặc tổ chức bảo hiểm hạt nhân địa phương nhưng chỉ bảo hiểm khi hiệp hội hoặc tổ chức đó yêu cầu.
- Cung cấp hàng hoá, dịch vụ cho bất kì địa điểm nào được đề cập tới ở phần I, phần III trên đây

ĐỊNH NGHĨA

"Nguyên liệu hạt nhân" có nghĩa là:

- Nhiên liệu hạt nhân, ngoại trừ urani tự nhiên và urani **bán rã**, có khả năng sản xuất ra năng lượng bởi qui trình chuỗi tự phân hạch hạt nhân bên ngoài một lò phản ứng hạt nhân, với duy nhất loại nguyên liệu này hoặc kết hợp với một vài nguyên liệu khác; và
- Sản phẩm phóng xạ hoặc rác thải phóng xạ

"Sản phẩm phóng xạ hoặc rác thải phóng xạ" có nghĩa là bất kì một nguyên liệu phóng xạ nào, hoặc bất kì một nguyên liệu phóng xạ nào được tạo ra bởi việc tiếp xúc với bức xạ một cách ngẫu nhiên trong quá trình sản xuất hoặc sử dụng nhiên liệu hạt nhân, nhưng sẽ không bao gồm các đồng vị phóng xạ sản sinh ra từ giai đoạn cuối của quá trình sản xuất, chế tạo phục vụ cho khoa học, y khoa, nông nghiệp, thương mại và công nghiệp.

"Sản xuất hạt nhân" có nghĩa là:

- bất kì lò phản ứng hạt nhân nào;
- bất kì nhà máy nào sử dụng năng lượng hạt nhân để sản xuất nguyên liệu hạt nhân, hoặc bất kì nhà máy nào chế biến nguyên liệu hạt nhân, bao gồm cả nhà máy tái chế năng lượng hạt nhân bức xạ; và
- bất kì phương tiện nào làm nơi lưu trữ nguyên liệu hạt nhân, ngoại trừ việc lưu trữ tạm thời cho việc vận chuyển những nguyên liệu hạt nhân đó.

"Lò phản ứng hạt nhân" có nghĩa là bất kì một công trình nào chứa năng lượng hạt nhân để sử dụng cho qui trình chuỗi tự phân hạch hạt nhân mà không cần có một nguồn các nơtron thêm vào nào.

"Sản xuất, sử dụng hoặc lưu trữ nguyên liệu hạt nhân" có nghĩa là sản xuất, làm giàu, kiểm tra, chế tạo, tái chế, sử dụng, lưu trữ, quản lý và chuyển giao nguyên liệu hạt nhân.

"Tài sản" có nghĩa là tất cả đất đai, tòa nhà, cấu trúc, nhà máy, trang thiết bị, xe cộ, đồ đạc (bao gồm nhưng không giới hạn các chất lỏng và khí đốt) và tất cả các nguyên liệu được mô tả có tính chất cố định hay không.

"Khu vực có năng lượng phóng xạ cao" nghĩa là:

- Khu vực có nhà máy hạt nhân và các lò phản ứng hạt nhân, con tàu hoặc cấu trúc chứa đựng hạt nhân (bao gồm cột chống và dây chằng) và tất cả các thiết bị trong đó; và
- Khu vực có lắp đặt lò hạt nhân không phản ứng, và bất kì một khu vực nào có chứa chất phóng xạ yêu cầu phải có lá chắn bảo vệ sinh học.

PHỤ LỤC I – BẢNG TỶ LỆ TRẢ TIỀN BẢO HIỂM THƯƠNG TẬT

No.	SỰ KIỆN BẢO HIỂM	Tỷ lệ chi trả
		Số tiền bảo hiểm (%)
	THƯƠNG TẬT TOÀN BỘ VĨNH VIỄN	
1	Tử vong	100
2	Mất hoàn toàn khả năng lao động và làm việc (toàn bộ bị tê liệt, bị thương dẫn đến tình trạng nằm liệt giường hoặc dẫn đến tàn tật toàn bộ vĩnh viễn)	
3	Mù hoàn toàn và mất vĩnh viễn thị lực của một hoặc cả hai mắt	100
4	Rối loạn tâm thần hoàn toàn và không thể chữa được	
5	Hỏng hoàn toàn chức năng nhai và nói	
6	Thương tật toàn bộ vĩnh viễn do phải cắt cụt hoặc mất khả năng sử dụng vĩnh viễn:	100
	- một hoặc hai chân	
	- một hoặc hai tay	
	- cánh tay từ trên cùi chỏ	
	- cánh tay ở ngay hoặc dưới cùi chỏ	
	- chân từ trên đầu gối	
	- cẳng chân ở ngay hoặc dưới đầu gối	
7	Cắt toàn bộ một bên phổi và một phần phổi bên kia	100
	THƯƠNG TẬT BỘ PHẬN VĨNH VIỄN	
	ĐẦU	
1	Cắt bỏ 1 phần xương hàm trên hoặc 1 phần xương hàm dưới từ 1/3 đến ½ bị mất từ cành cao trở xuống	32
2	Cắt bỏ bán cầu não	48
3	Cắt bỏ bộ phận hay toàn bộ thùy não	40
4	Cắt bỏ toàn bộ xương hàm trên và một phần xương hàm dưới từ cành cao trở xuống khác bên	68
5	Cắt bỏ toàn bộ xương hàm trên và một phần xương hàm dưới từ cành cao trở xuống cùng bên	60
6	Cắt bỏ toàn bộ xương hàm trên hoặc dưới	60
7	Cắt bỏ ¾ lưỡi còn gốc lưỡi (từ đường gai V trở ra)	64
8	Cắt bỏ 2/3 từ đầu lưỡi	44
9	Cắt bỏ 1/3 lưỡi ảnh hưởng đến phát âm	16
10	Cắt bỏ 1 phần nhỏ lưỡi (dưới 1/3) ảnh hưởng đến phát âm	8
11	Cắt bỏ hoặc bấm các dây nói	10
12	Cắt bỏ túi lệ	13
13	Điếc hoàn toàn một tai ..	28
14	Điếc hoàn toàn 2 tai	64
15	Cắt xương chũm	28
16	Cắt vành tai 2 bên	24
17	Cắt vành tai 1 bên	12
18	Cắt mũi hoàn toàn	32
	CHI TRÊN	
19	Mất trọn ngón cái	25

20	Mất trọn 1 đốt ngón cái	10
21	Mất ngón trỏ	17
22	Mất 2 đốt 2 và 3	8
23	Mất đốt 3	7
24	Mất trọn ngón giữa hoặc ngón nhẫn	14
25	Ngón giữa mất 2 đốt 2 và 3	8
26	Ngón giữa mất đốt 3	4
27	Mất 1 ngón cái và 1 ngón khác	26
28	Mất 1 ngón cái và 2 ngón khác	30
29	4 ngón tay của 1 bàn tay	40
30	Ngón cái và 4 ngón tay của 1 bàn tay	50
31	Mất 1 ngón trỏ và 2 ngón khác	30
32	Mất 1 ngón trỏ và 1 ngón giữa	26
33	Mất trọn 1 ngón giữa hoặc ngón đeo nhẫn (cả đốt bàn)	16
34	Mất cả ngón út và đốt bàn	14
35	Mất cả ngón út	10
36	Mất 2 đốt 2 và 3	7
37	Mất đốt 3	4
	CHI DƯỚI	
38	Liệt hoàn toàn dây thần kinh hông khoeo ngoài	32
39	Liệt hoàn toàn dây thần kinh hông khoeo trong ..	24
40	Mất phần lớn của xương bánh chè, bị vỡ thành nhiều mảnh và giới hạn nhiều khả năng duỗi cẳng chân trên đùi .	40
41	Mất phần lớn xương bánh chè nhưng vẫn có khả năng vận động chi	20
42	Ngắn chi dưới ít nhất 5 cm..	30
43	Ngắn chi dưới từ 3-5 cm ..	20
44	Mất cả 5 ngón chân	40
45	Mất 4 ngón cả ngón cái	34
46	Mất 1 ngón cái	14
47	Mất 1 đốt ngón cái	8
48	Mất 1 ngón ngoài ngón cái	10
49	Mất đoạn xương chày, mác gây khớp giả cẳng chân	32
50	Mất đoạn xương mác	20
51	Cắt mắt cá chân ngoài hoặc trong	10
52	Mất 4 ngón trừ ngón cái	32
53	Mất 3 ngón, 3-4-5	22
54	Mất 3 ngón, 1-2-3	26
55	Mất 1 ngón cái và ngón 2	18
56	Cứng khớp háng	40
57	Cứng khớp gối	28
	CỘT SỐNG	
58	Cắt bỏ đĩa đệm đường trước hoặc sau	26

59	Cắt bỏ cung sau của một đốt sống	28
60	Cắt bỏ cung sau của 2 – 3 đốt sống trở lên	40
	LỒNG NGỰC	
61	Cắt bỏ 1-2 xương sườn	14
62	Cắt bỏ từ 3 xương sườn (mỗi xương sườn cắt bỏ trên 03 xương sườn tăng thêm 5%)	20
63	Cắt bỏ đoạn mỗi xương sườn (mỗi đoạn xương sườn cắt bỏ tăng thêm 3%)	7
64	Cắt toàn bộ một bên phổi	60
65	Cắt nhiều thủy phổi ở 2 bên, DTS giảm trên 50%	56
66	Cắt nhiều thủy phổi ở 1 bên	44
67	Cắt màng phổi thành	24
68	Cắt 1 thùy phổi	32
	BỤNG	
69	Cắt toàn bộ dạ dày	64
70	Cắt ¾ hoặc 2/3 kèm tho cắt dây thần kinh phế vị	32
71	Cắt gần hết ruột non (còn lại dưới 1 m)	64
72	Cắt đoạn ruột non	36
73	Cắt toàn bộ đại tràng	64
74	Cắt đoạn đại tràng	44
75	Cắt bỏ gan phải đơn thuần	60
76	Cắt bỏ gan trái đơn thuần	52
77	Cắt ½ của một thùy gan	48
78	Cắt 1/3 của một thùy gan	32
79	Cắt dưới của 1/3 của thùy gan	24
80	Cắt bỏ túi mật	21
81	Cắt bỏ lá lách	36
82	Cắt bỏ đuôi tụy, lách	52
83	Cắt bỏ tụy kèm mở thông tụy hổng tràng	32
84	Cắt ruột thừa	12
85	Cắt thực quản, cắt đoạn thực quản kèm theo nối dạ dày	40
	CƠ QUAN TIẾT NIỆU, SINH DỤC	
86	Cắt bỏ 1 thận, thận còn lại bình thường	44
87	Cắt bỏ 1 thận, thận còn lại bị tổn thương hoặc bệnh lý	60
88	Cắt 1 phần thận trái hoặc phải	28
89	Cắt bỏ niệu quản	24
90	Mất dương vật và 2 tinh hoàn ở người dưới 55 tuổi chưa con	60
91	Mất dương vật và 2 tinh hoàn ở người dưới 55 tuổi đã có con rồi	48
92	Mất dương vật và 2 tinh hoàn ở người trên 55 tuổi	32
93	Cắt bỏ dạ con và buồng trứng 1 bên ở người dưới 45 tuổi chưa có con	52
94	Cắt bỏ dạ con và buồng trứng 1 bên ở người dưới 45 tuổi có con rồi	28
95	Cắt bỏ dạ con và buồng trứng 1 bên ở người trên 45 tuổi	22
96	Cắt vú ở nữ dưới 45 tuổi 1 bên	20

97	Cắt vú ở nữ dưới 45 tuổi 2 bên	40
98	Cắt vú ở nữ trên 45 tuổi 1 bên	14
99	Cắt vú ở nữ trên 45 tuổi 2 bên	28
100	Cắt một phần bàng quan	24
101	Cắt bỏ tuyến, u tuyến bartholin	5
102	Cắt mở âm đạo bị cắt hoàn toàn	14
103	Cắt bỏ hoàn toàn vòi – buồng trứng 1 hoặc 2 bên	17
104	Cắt bỏ tử cung qua đường bụng không kèm theo vòi hay buồng trứng	20
105	Cắt bỏ buồng trứng kèm theo mạc nối	16
106	Cắt bỏ 1 tinh hoàn	8
107	Cắt bỏ 2 tinh hoàn	11

- Trường hợp có nhiều Thương tật ở cùng một bộ phận cơ thể, tổng số tiền trả cho các Thương tật không được vượt quá tỷ lệ mất bộ phận cơ thể đó.
- Nếu Người được bảo hiểm tử vong (trong vòng 24 tháng tính từ ngày bị Thương tật) sau khi đã nhận tiền bồi thường của quyền lợi bảo hiểm Thương tật bộ phận vĩnh viễn, thì Công ty sẽ trả phần tiền bảo hiểm còn lại nếu tiền bồi thường cho tử vong nhiều hơn tiền bồi thường nêu trong phần Thương tật bộ phận vĩnh viễn nói trên đã nhận.
- Các trường hợp Thương tật không được liệt ở đây sẽ được bồi thường theo tỉ lệ phần trăm mức độ Thương tật căn cứ vào những trường hợp tương tự đã được liệt kê, không kể đến nghề nghiệp của Người được bảo hiểm hoặc theo kết luận của Hội đồng giám định y khoa cấp tỉnh/thành phố trở lên.
- Những trường hợp Thương tật bị mất khả năng sử dụng ở các chi hoặc những bộ phận của chi sẽ được đánh giá tương tự những thương tổn do bị đứt lìa.
- Việc chứng nhận Người được bảo hiểm bị cắt cụt hoặc mất toàn bộ phần cơ thể (tay, chân hoặc mắt) có thể thực hiện được ngay sau khi sự kiện bảo hiểm xảy ra. Các trường hợp Thương tật bộ phận vĩnh viễn khác, việc xác định này phải được thực hiện không sớm hơn 6 tháng kể từ ngày xảy ra Thương tật.
- Trường hợp hậu quả của Tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm bị trầm trọng hơn do Ốm đau có sẵn của Người được bảo hiểm hoặc điều trị Thương tật không kịp thời và không theo chỉ dẫn của Cơ sở y tế thì Công ty chỉ trả tiền bảo hiểm như đối với loại Thương tật tương tự ở người có sức khỏe bình thường được điều trị một cách hợp lý.