

QUY TẮC
BẢO HIỂM CHĂM SÓC SỨC KHỎE
VÀ TAI NẠN CÁ NHÂN VIỆT NAM

(BẢO MINH - CHĂM SÓC SỨC KHỎE VÀ TAI NẠN CÁ NHÂN VIỆT NAM)

*(Ban hành kèm theo Quyết định số: 001317 /2006-BM/BHCN ngày 23 / 05 /2006
của Tổng Giám đốc Tổng Công ty Cổ phần Bảo Minh)*

CHƯƠNG 1- ĐỊNH NGHĨA

Một số thuật ngữ được sử dụng trong văn bản này được hiểu như sau:

- Bệnh bất ngờ** Có nghĩa là Ốm đau hoặc Bệnh bất ngờ, không đoán biết trước, bộc phát và có nguồn gốc sau ngày hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực. Đồng thời, do ốm đau hoặc bệnh đó, Người được bảo hiểm hay người đại diện của Người được bảo hiểm cần phải yêu cầu được điều trị y tế.
- Tổn thương thân thể** Có nghĩa là các Chấn thương - Thương tật thân thể, gây ra bởi Tai Nạn trong suốt thời hạn bảo hiểm. Đồng thời, do chấn thương - thương tật thân thể đó, Người được bảo hiểm hay người đại diện của Người được bảo hiểm cần phải yêu cầu được điều trị y tế.
- Tai nạn** Có nghĩa là bất kỳ sự cố nào bất ngờ, gây ra bởi ngoại lực, để lại dấu vết và nằm ngoài tầm kiểm soát và ý muốn của Người được bảo hiểm phát sinh trong suốt thời hạn bảo hiểm và là nguyên nhân trực tiếp làm cho Người được bảo hiểm bị tổn thương thân thể hoặc chết.
- Bệnh viện** Là một trung tâm có giấy phép hoạt động khám chữa bệnh và phẫu thuật hợp pháp của nước sở tại và cung cấp trang thiết bị phục vụ việc chẩn đoán, đại phẫu, dịch vụ chăm sóc bệnh nhân nằm viện 24/24 giờ và luôn được đặt dưới sự giám sát liên tục của một bác sĩ. Bệnh viện không phải là một trung tâm hoạt động như một suối nước khoáng chữa bệnh, phòng tắm hơi, viện cai nghiện rượu, ma túy, trung tâm điều dưỡng, phòng mạch, phòng khám hoặc nhà dưỡng lão.
- Bác sĩ** Là một người có giấy phép hành nghề khám chữa bệnh hợp pháp theo luật của nước sở tại nơi Người được bảo hiểm điều trị theo quy định và khi đảm trách việc điều trị cho Người được bảo hiểm bác sĩ chỉ được thực hiện việc điều trị trong phạm vi giấy phép hành nghề và lĩnh vực chuyên môn của mình, nhưng loại trừ trường hợp bác sĩ chính là Người được bảo hiểm, vợ (chồng) hoặc họ hàng huyết thống của Người được bảo hiểm

Bác sĩ chuyên khoa / Chuyên viên

tư vấn y khoa	Là một bác sĩ y khoa hoặc nha khoa có đăng ký và được cấp phép hành nghề trong phạm vi nghề nghiệp của mình và được cơ quan có thẩm quyền của ngành y tế công nhận là người có trình độ chuyên môn trong những lĩnh vực y khoa hay nha khoa nhất định đã được cấp phép và được đào tạo và hành nghề y khoa trong chuyên khoa đó nhưng loại trừ trường hợp bác sĩ chuyên khoa/chuyên viên tư vấn y khoa chính là Người được bảo hiểm, vợ (chồng) hoặc họ hàng huyết thống của Người được bảo hiểm.
Bác sĩ đa khoa	Là một bác sĩ y khoa hoặc nha khoa đã đăng ký và được cơ quan có thẩm quyền của ngành y tế cấp phép hành nghề trong lĩnh vực y khoa.
Thuốc chỉ định	Là các loại thuốc điều trị bệnh và phải được sự chỉ định của bác sĩ trước khi sử dụng. Thuốc chỉ định không bao gồm các loại thuốc được mua khi không có toa thuốc của bác sĩ.
Chi phí điều trị ngoại trú tai nạn cấp cứu	Là tiền bảo hiểm chi trả cho chi phí thực tế cần thiết cho việc điều trị một tổn thương thân thể do tai nạn. Quy định rằng, việc điều trị này phải được thực hiện trong vòng 48 giờ ngay sau tai nạn nói trên và số tiền bảo hiểm chi trả sẽ không vượt quá giới hạn tối đa quy định trong Bảng trả tiền bảo hiểm.
Dịch vụ bệnh viện	Là các dịch vụ y tế, loại trừ việc Ghép cơ quan cơ thể cung cấp cho Người được bảo hiểm chỉ khi các tiến trình chẩn đoán và/hoặc các dịch vụ y tế ngoại trú không thể cung cấp được và bệnh viện phải có thể tiếp nhận bệnh nhân nằm viện trong một khoảng thời gian trên hai mươi bốn (24) giờ. Dịch vụ bệnh viện bao gồm các chi phí hợp lý, liên quan đến việc điều trị, trả cho các tiện ích y tế tại bệnh viện, các dịch vụ và điều trị y tế do bác sĩ chỉ định, bao gồm phòng bệnh chăm sóc đặc biệt trong trường hợp cần thiết.
Chi phí phẫu thuật	Là tất cả các chi phí thanh toán cho cuộc phẫu thuật bao gồm chi phí cho phẫu thuật viên, chi phí gây mê, phòng mổ.
Xét nghiệm chẩn đoán trước khi nhập viện	Việc khám bệnh sử dụng các xét nghiệm chẩn đoán được chỉ định bởi một Bác sĩ, thực hiện trong vòng 30 ngày trước khi nhập viện. Việc thực hiện các xét nghiệm chẩn đoán phải trực tiếp liên quan đến tình trạng bệnh được yêu cầu phải nhập viện.
Điều trị	

sau khi xuất viện	Có nghĩa là hoàn trả các khoản chi phí được trả theo hợp đồng phát sinh từ việc điều trị cần thiết trên phương diện y khoa trong thời hạn không vượt quá 30 ngày liên tục kể từ ngày xuất viện, việc điều trị như vậy được cung cấp và được chỉ định bởi một bác sĩ và phát sinh từ tổn thương thân thể hay bệnh cần phải nhập viện điều trị. Các dịch vụ này bao gồm việc tư vấn bác sĩ, xét nghiệm chẩn đoán.
Chăm sóc thai sản	Có nghĩa là việc điều trị trước, trong và sau khi sinh, điều trị sẩy thai, nạo thai hoặc bất kỳ biện pháp điều trị nào cần thiết từ quá trình mang thai đến khi sinh (kể cả trường hợp bình thường hoặc phức tạp). Khi quyền lợi này được bảo hiểm, thì bảo hiểm này chỉ được áp dụng đối với việc sinh nở sau 270 ngày kể từ ngày Người được bảo hiểm tham gia hợp đồng bảo hiểm đầu tiên và với điều kiện đóng thêm phí bảo hiểm.
Bệnh mạn tính	Có nghĩa là tình trạng bệnh, theo ý kiến của bác sĩ, được xem là bệnh kéo dài và tiến triển liên tục, không có khả năng chữa khỏi và hồi phục trong thời hạn bảo hiểm. Bệnh mạn tính có thể được bảo hiểm khi có sự chấp thuận của Bảo Minh bằng văn bản và Người được bảo hiểm đóng thêm 15% phí tiêu chuẩn.
Bệnh có sẵn	Có nghĩa là tất cả các bệnh, theo ý kiến của một bác sĩ, đã tồn tại và/hoặc có nguồn gốc từ trước ngày ký kết hợp đồng bảo hiểm đầu tiên.
Thương tật	Có nghĩa là bất kỳ bệnh hoặc tổn thương thân thể cùng với tất cả các biến chứng và tình trạng sức khỏe phát sinh từ đó. Thương tật tiếp diễn từ cùng nguyên nhân trên được xem là hậu quả phát sinh từ cùng bệnh hoặc cùng tai nạn, trừ trường hợp thương tật phát sinh sau ba (3) tháng liên tục và trong suốt thời gian đó Người được bảo hiểm không phải nhập viện điều trị.
Mất khả năng lao động toàn bộ tạm thời	Có nghĩa là việc mất khả năng lao động kéo dài liên tục, nguyên nhân do tổn thương thân thể do tai nạn, ngăn cản Người được bảo hiểm thực hiện mọi công việc liên quan đến nghề nghiệp của mình. Việc trả tiền bảo hiểm cho việc mất khả năng lao động này, trong mọi trường hợp, không quá 60 ngày liên tục và chỉ khởi đầu sau 7 ngày tính từ lúc việc mất khả năng lao động bắt đầu.
Mất khả năng lao động	

toàn bộ vĩnh viễn	Có nghĩa là mất khả năng lao động liên tục, nguyên nhân hoàn toàn do tổn thương thân thể do tai nạn, ngăn cản hoàn toàn Người được bảo hiểm thực hiện bất cứ công việc nào phù hợp với trình độ học vấn, sự đào tạo và kinh nghiệm của người ấy để tạo ra lợi nhuận hay tiền lương trong suốt 12 tháng liên tục.
Mù mắt	Mù một hoặc hai mắt hoàn toàn và không cứu chữa được.
Mất chi	Mất do sự cắt rời hoàn toàn và vĩnh viễn một bàn tay hay ngang mức cổ tay trở lên hoặc một bàn chân hay ngang mức cổ chân trở lên.
Giới hạn tối đa	Là tổng cộng số tiền bảo hiểm gộp mà Người được bảo hiểm có thể khiếu nại đòi tiền bảo hiểm trong một năm bảo hiểm, như được nêu trong Giấy chứng nhận bảo hiểm.
Giới hạn phụ	Là số tiền bảo hiểm tối đa theo hợp đồng bảo hiểm đối với từng sự kiện bảo hiểm như đã được liệt kê trong Bảng trả tiền bảo hiểm.
Phạm vi lãnh thổ	Nước Cộng Hoà Xã Hội Chủ Nghĩa Việt Nam.
Người được bảo hiểm	Là người có tên được kê khai trong Giấy yêu cầu bảo hiểm đồng thời hợp đồng bảo hiểm đã được Bảo Minh xác nhận là có hiệu lực và/hoặc người đã được cấp Giấy chứng nhận bảo hiểm.
Người lệ thuộc	Người lệ thuộc là người sống lệ thuộc vào sự bảo hộ của Người được bảo hiểm bao gồm vợ (hoặc chồng) (loại trừ những người đã ly hôn theo pháp luật) và/hoặc con cái, con ngoài giá thú, con riêng của vợ (hoặc chồng), người được nuôi dưỡng, con nuôi hợp pháp của Người được bảo hiểm. Với điều kiện là những người con lệ thuộc này ít nhất phải được 15 ngày tuổi và không vượt quá 18 tuổi (hoặc 24 tuổi với điều kiện người lệ thuộc này đã và đang học tập liên tục từ trước).
Ngày đến hạn	Ngày khởi đầu hay tái tục bảo hiểm như được nêu trong Giấy chứng nhận bảo hiểm.
Chi phí được trả	Các chi phí phát sinh từ việc điều trị cần thiết trên phương diện y khoa cho các tổn thương hoặc bệnh của Người được bảo hiểm.
Điều trị cần thiết	
trên phương diện y khoa	Điều trị hoặc các công việc cần thiết trên phương diện y khoa mang tất cả các ý nghĩa sau: <ul style="list-style-type: none"> - cần thiết và phù hợp với triệu chứng, chẩn đoán và điều trị bệnh.

- **được thực hiện để chẩn đoán hoặc chăm sóc và điều trị bệnh.**
- **theo tiêu chuẩn dịch vụ y khoa của cộng đồng.**

Miễn thường có khấu

trừ/Đồng bảo hiểm Có nghĩa là một phần chi phí được trả theo hợp đồng mà Người được bảo hiểm phải tự chi trả. Số tiền miễn thường có khấu trừ và/hoặc đồng bảo hiểm và các mục áp dụng trong hợp đồng được nêu trong Giấy chứng nhận bảo hiểm.

CHƯƠNG 2 - PHẠM VI BẢO HIỂM

I. BẢO HIỂM CHĂM SÓC SỨC KHỎE

A. CHI PHÍ Y TẾ

Trường hợp Người được bảo hiểm bị Tồn thương thân thể do tai nạn và/hoặc Bệnh bất ngờ thuộc phạm vi bảo hiểm của hợp đồng bảo hiểm như được định nghĩa phát sinh trong suốt thời hạn bảo hiểm, Bảo Minh trả cho Người được bảo hiểm các chi phí y viện phí thực tế nêu tại Phụ lục 1 - Bảng trả tiền bảo hiểm chăm sóc sức khỏe.

B. VẬN CHUYỂN Y TẾ

Nếu Người được bảo hiểm bị Tồn thương thân thể hoặc Bệnh bất ngờ thuộc phạm vi bảo hiểm của hợp đồng bảo hiểm phát sinh trong suốt thời hạn bảo hiểm, Bảo Minh sẽ trả các chi phí cần thiết hợp lý để vận chuyển Người được bảo hiểm bằng phương tiện thích hợp (bao gồm máy bay cứu thương, máy bay lịch trình, xe cứu thương v.v) và cung cấp các trang thiết bị chăm sóc y tế cần thiết trên đường vận chuyển đến một bệnh viện thích hợp gần nhất trong phạm vi lãnh thổ tùy thuộc vào bản chất tổn thương hoặc bệnh.

II. BẢO HIỂM TAI NẠN CÁ NHÂN

Nếu người được bảo hiểm bị Tồn thương thân thể trong lãnh thổ nước Cộng Hòa Xã Hội Chủ Nghĩa Việt Nam trong suốt thời hạn bảo hiểm và hậu quả của Tồn thương đó trong vòng 12 tháng gây ra bất kỳ Sự kiện bảo hiểm nào nêu trong Phụ lục 2 - Bảng trả tiền bảo hiểm tai nạn cá nhân, Bảo Minh sẽ trả tiền bảo hiểm theo điều kiện điều khoản của hợp đồng bảo hiểm và Phụ lục 2 - Bảng trả tiền bảo hiểm tai nạn cá nhân.

CHƯƠNG 3 - CÁC ĐIỂM LOẠI TRỪ

Việc chữa trị, thuốc men, bệnh, các hoạt động và các chi phí phát sinh sau đây có liên quan hoặc phát sinh từ hậu quả của chúng đều không được bảo hiểm theo hợp đồng bảo hiểm này:

1. Tất cả các chi phí vượt quá chi phí hợp lý, theo thông lệ và điều trị cần thiết trên phương diện y khoa.
2. Bệnh có sẵn và bệnh mạn tính trong năm đầu tiên tham gia bảo hiểm.
3. Các dịch vụ hoặc việc chữa trị tại nhà, suối khoáng, phòng tắm hơi, trung tâm điều dưỡng, phòng điều dưỡng hoặc trung tâm dưỡng lão, những nơi không được xem là bệnh viện
4. Điều trị tại các nước ngoài Phạm vi lãnh thổ quy định.
5. Quyền lợi bảo hiểm không được trả trong trường hợp điều trị hoặc nằm viện tại các bệnh viện chăm sóc miễn phí cho Người được bảo hiểm.
6. Kiểm tra sức khỏe hoặc khám sức khỏe định kỳ, kiểm tra mắt định kỳ hoặc kiểm tra tai mũi họng, tiêm ngừa, xin giấy chứng nhận sức khỏe, kiểm tra sức khỏe trước khi tuyển dụng làm việc hoặc du lịch, kính đeo mắt hoặc kính sát tròng và các thiết bị trợ thính.
7. Làm bộ phận giả, thiết bị chỉnh hình và thiết bị y tế hỗ trợ trừ khi phát sinh từ việc phẫu thuật.
8. Điều trị ngoại trú tổng quát, ngoại trừ điều trị ngoại trú tai nạn cấp cứu.
9. Giải phẫu thẩm mỹ hoặc phẫu thuật tạo hình trừ khi việc giải phẫu này nhằm mục đích tái tạo lại cơ quan bị tổn thương phát sinh trong Thời hạn bảo hiểm nêu trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc trong thời hạn bảo hiểm của hợp đồng bảo hiểm.
10. Điều trị răng hàm mặt hoặc giải phẫu khoang miệng, trừ khi việc điều trị này cần thiết phải được thực hiện sau tai nạn.
11. Mang thai và các biến chứng từ việc mang thai, sinh con, hư thai, chăm sóc trước hoặc sau khi sinh con trừ khi có thỏa thuận khác.
12. Kế hoạch hóa gia đình. Dị tật bẩm sinh, bệnh bẩm sinh và bệnh di truyền.
13. Điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục, hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS), bất kỳ hội chứng phức hợp liên quan đến hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải, tình trạng và bệnh liên quan đến HIV.
14. Điều trị bệnh tâm thần hoặc rối loạn tâm lý.
15. Tự gây thương tích, tự sát kể cả trong tình trạng tinh táo hoặc mất trí.
16. Tham gia hoặc huấn luyện các môn thể thao, 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 hoặc phục vụ lực lượng quân sự.

17. Điều khiển hoặc thi hành công vụ trên máy bay, trừ khi đi lại trên máy bay của một hãng hàng không chở khách hoặc thuê chuyên hoạt động hợp pháp như một hành khách có vé.
18. Chiến tranh, bạo động, hành động thù địch, ngoại xâm hoặc các hoạt động liên quan đến chiến tranh (dù có tuyên chiến hay không có tuyên chiến), nội chiến, binh biến, khởi nghĩa, tiếm quyền do dân chúng, quân đội gây ra, nổi dậy, phiến loạn, các hành động quân sự hoặc hành động của bất kỳ người nào lãnh đạo một tổ chức lật đổ hoặc đe dọa chính quyền, kiểm soát bằng bạo lực, khủng bố hoặc hành động bạo lực.
19. Tổn thương và bệnh phát sinh từ phản ứng phân hạch hay nhiệt hạch hạt nhân hoặc nhiễm phóng xạ.
20. Bất kỳ hành động cố ý phạm pháp hoặc ẩu đả của Người được bảo hiểm, trừ khi là hành động cứu người, bảo vệ tài sản hoặc tự vệ.
21. Việc điều trị không được khoa học công nhận hoặc điều trị thử nghiệm.
22. Cai nghiện bia rượu hoặc cai nghiện chất kích thích và bất kỳ tổn thương hoặc bệnh phát sinh trực tiếp hay gián tiếp do ảnh hưởng của men bia rượu hoặc chất kích thích độc hại.
23. Đối với bảo hiểm tai nạn cá nhân, tiền bảo hiểm không được trả đối với các khiếu nại phát sinh từ thương tật do bệnh gây ra và/hoặc khiếu nại phát sinh từ việc uống hoặc hít phải thuốc độc hoặc hơi ga độc.

CHƯƠNG 4 - QUY ĐỊNH CHUNG

1. Đối tượng bảo hiểm

Mọi công dân Việt Nam và người nước ngoài hiện cư trú hợp pháp tại Việt Nam từ 14 ngày tuổi cho đến 64 tuổi, có đủ điều kiện, đều có thể tham gia bảo hiểm theo quy tắc bảo hiểm này.

2. Hiệu lực bảo hiểm và tái tục hợp đồng

- a. Hợp đồng bảo hiểm này được cấu thành bởi Giấy yêu cầu bảo hiểm, Giấy chứng nhận sức khỏe trước khi tham gia bảo hiểm (nếu có), Phụ lục hợp đồng hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm và toàn bộ văn kiện điều kiện điều khoản bảo hiểm này. Tất cả các văn kiện nêu trên phải được xem là một bộ hồ sơ duy nhất.
- b. Bảo hiểm này có hiệu lực một năm kể từ thời điểm nêu trong Giấy chứng nhận bảo hiểm, với điều kiện Người được bảo hiểm đã nộp phí bảo hiểm. Trường hợp phí bảo hiểm chưa được thanh toán, bảo hiểm này mặc nhiên không có hiệu lực thi hành.

- c. Hợp đồng bảo hiểm này được tái tục hàng năm theo các điều kiện điều khoản của hợp đồng bảo hiểm đang có hiệu lực vào Ngày ký hợp đồng bảo hiểm, với điều kiện Người được bảo hiểm có yêu cầu và đã nộp phí tái tục. Nếu Người được bảo hiểm có yêu cầu thay đổi bất kỳ điều kiện bảo hiểm nào, thì phải được Bảo Minh chấp thuận bằng văn bản.
- 3. Sửa đổi bổ sung: trong trường hợp tại Giấy chứng nhận bảo hiểm và / hoặc phụ lục sửa đổi bổ sung (nếu có) quy định những điểm khác với Quy tắc bảo hiểm này thì hai bên phải tuân thủ theo những điều đã ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm và / hoặc phụ lục sửa đổi bổ sung (nếu có) nếu chúng không trái với quy định của pháp luật Nhà nước Việt Nam.
- 4. Chấm dứt hợp đồng

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 15 ngày kể từ ngày có ý định chấm dứt. Nếu hợp đồng được hai bên thỏa thuận chấm dứt, việc hoàn phí được qui định như sau:

- a. Trường hợp Bảo Minh đề nghị chấm dứt hợp đồng, phí bảo hiểm được hoàn trả theo tỷ lệ của thời gian hiệu lực còn lại của hợp đồng.
- b. Trường hợp Người được bảo hiểm đề nghị chấm dứt hợp đồng, hoàn phí bảo hiểm sẽ được tính toán dựa trên cơ sở phí ngắn hạn do Bảo Minh đưa ra.

Trong mọi trường hợp, chấm dứt hợp đồng phải phù hợp với Luật Bảo hiểm Việt Nam. Hoàn phí chỉ được thực hiện với điều kiện đến thời điểm chấm dứt, hợp đồng bảo hiểm này chưa có lần nào được Bảo Minh chấp nhận trả tiền bồi thường.

5. Xác minh

Bảo Minh có quyền yêu cầu chuyên viên y khoa đại diện cho Bảo Minh xác minh tình trạng của Người được bảo hiểm vào bất kỳ lúc nào trong suốt thời gian khiếu nại theo hợp đồng bảo hiểm này. Hơn nữa, Bảo Minh có quyền yêu cầu xét nghiệm tử thi trong trường hợp chết, nếu việc xét nghiệm này không trái với luật pháp và phong tục tập quán.

6. Phí ngắn hạn

Phí ngắn hạn được áp dụng như sau:

Thời hạn bảo hiểm dưới 1 tuần:.....	1/8 phí bảo hiểm năm
Thời hạn bảo hiểm dưới 1 tháng:.....	1/4 phí bảo hiểm năm
Thời hạn bảo hiểm dưới 2 tháng:.....	3/8 phí bảo hiểm năm
Thời hạn bảo hiểm dưới 3 tháng:.....	1/2 phí bảo hiểm năm
Thời hạn bảo hiểm dưới 4 tháng:.....	5/8 phí bảo hiểm năm
Thời hạn bảo hiểm dưới 6 tháng:.....	3/4 phí bảo hiểm năm

Thời hạn bảo hiểm dưới 8:.....7/8 phí bảo hiểm năm

Thời hạn bảo hiểm từ 8 tháng trở lên:.....bằng phí bảo hiểm năm

7. Thông báo ủy quyền và thông báo chuyển nhượng quyền

Bảo Minh không bị buộc phải chấp nhận bất kỳ thông báo nào ủy quyền, chuyển giao, thế chấp, chuyển nhượng hoặc mua bán hợp đồng bảo hiểm này.

8. Tai nạn cá nhân (áp dụng cho bảo hiểm chăm sóc sức khỏe và tai nạn cá nhân)

- a. Tiền bảo hiểm trả cho mỗi thương tật chỉ được áp dụng đối với một sự kiện bảo hiểm từ 1-13. Sự kiện bảo hiểm mục 14 sẽ được thanh toán độc lập đối với cùng thương tật thân thể trên.
- b. Sau khi xảy ra sự kiện bảo hiểm từ 2 đến 7a, thì quyền lợi bảo hiểm theo Phần 1 (bảo hiểm chăm sóc sức khỏe) sẽ chấm dứt.
- c. Bảo hiểm tai nạn cá nhân sẽ không được cung cấp riêng lẻ. Người được bảo hiểm phải mua bảo hiểm chăm sóc sức khỏe trước đó.

9. Hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm

Trong vòng 30 ngày kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm, Người được bảo hiểm phải thông báo cho Bảo Minh (có thể bằng thông báo trực tiếp, bằng điện thoại, bằng fax) sau đó bằng văn bản. Quá thời hạn trên, người được bảo hiểm sẽ bị từ chối một phần hay toàn bộ số tiền bảo hiểm trừ trường hợp bất khả kháng.

Thời gian yêu cầu trả tiền bảo hiểm là 01 năm. Hồ sơ gửi cho Bảo Minh phải đầy đủ bằng chứng theo yêu cầu của Bảo Minh. Trong trường hợp Người được bảo hiểm chết, ốm đau, tàn tật, thương tật hay tổn thất thuộc phạm vi bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này, Người được bảo hiểm cung cấp chứng từ theo yêu cầu của Bảo Minh với chi phí của Người được bảo hiểm tự chịu.

Hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm bao gồm các chứng từ sau:

- a. Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm đã được kê khai đầy đủ và có chữ ký của bác sĩ và/hoặc các cơ quan có thẩm quyền khác;
- b. Giấy chứng nhận bảo hiểm đang còn hiệu lực và bảng kê khai danh sách Người được bảo hiểm (nếu có);
- c. Hồ sơ tai nạn (nếu có);
- d. Hồ sơ bệnh án, hóa đơn y viện phí và biên nhận thu tiền và các chứng từ liên quan khác (nếu có).

Người được bảo hiểm có thể được yêu cầu bổ sung thêm hồ sơ khiếu nại nếu xét thấy cần thiết. Tất cả hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm phải là hồ sơ gốc. Bản sao không có giá trị khiếu nại đòi tiền bảo hiểm.

10. Thời hạn giải quyết khiếu nại / giải quyết tranh chấp

- a. Thời hạn giải quyết khiếu nại là 60 ngày kể từ ngày Bảo Minh nhận đầy đủ hồ sơ khiếu nại.

- b. Bất kỳ tranh chấp nào về quan điểm y khoa liên quan đến việc xác định tỷ lệ thương tật, điều trị tổn thương thân thể và bệnh sẽ được đưa ra Hội đồng giám định y khoa giải quyết.
- c. Thời hiệu khiếu nại giải quyết tranh chấp là 03 năm kể từ ngày phát sinh khiếu nại.
- d. Các bên tham gia hợp đồng bảo hiểm thỏa thuận áp dụng Luật Pháp của Nước Cộng Hòa Xã Hội Chủ Nghĩa Việt Nam để giải quyết bất kỳ tranh chấp nào giữa các bên phát sinh từ hợp đồng bảo hiểm này và thỏa thuận chấp nhận quyền tài phán của các tòa án nước Cộng Hòa Xã Hội Chủ Nghĩa Việt Nam.

11. Trách nhiệm của Người được bảo hiểm

Người được bảo hiểm có trách nhiệm thông báo ngay cho Bảo Minh tất cả những thông tin sau trong thời hạn 30 ngày:

- a. Bất kỳ sự thay đổi về quốc tịch, địa chỉ cư trú và nghề nghiệp của mình và Người lệ thuộc.
- b. Bất kỳ tổn thương, bệnh, khuyết tật thân thể hoặc suy nhược thần kinh và thể chất, nếu có.
- c. Bất kỳ chương trình bảo hiểm tai nạn con người và bệnh nào khác đang có hiệu lực.

Việc không thông báo của Người được bảo hiểm sẽ cho phép Bảo Minh từ chối khiếu nại, nếu có, hoặc được toàn quyền điều chỉnh việc thanh toán trả tiền bảo hiểm.

12. Yêu cầu được trợ cứu y tế

Trong trường hợp khẩn cấp cần được trợ cứu y tế, Người được bảo hiểm hoặc người đại diện phải gọi điện thoại (phí gọi điện sẽ được hoàn trả lại) đến một trong những Trung tâm trợ cứu y tế hoạt động 24/24 giờ của Công ty trợ cứu y tế theo địa chỉ và số điện thoại ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm ở khu vực gần nhất nơi xảy ra sự cố trước khi tiến hành bất kỳ công việc cứu chữa cần thiết nào và

- a. Nêu rõ tên của Người được bảo hiểm, số và ngày hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm;
- b. Nêu rõ tên người liên hệ, địa chỉ và số điện thoại liên lạc; và
- c. Mô tả vắn tắt tình trạng và bản chất của vụ việc cần được trợ cứu.

TỔNG CÔNG TY CỔ PHẦN BẢO MINH

TỔNG GIÁM ĐỐC



TS. TRẦN VINH ĐỨC

PHỤ LỤC 1

BẢNG TRẢ TIỀN BẢO HIỂM CHĂM SÓC SỨC KHỎE

(Ban hành kèm theo Quyết định số: 001317 /2006-BM/BHCN ngày 23 / 05 /2006 của Tổng Giám đốc Tổng Công ty Cổ phần Bảo Minh)

Stt	Quyền lợi bảo hiểm	Giới hạn tối đa / năm	
		USD	VNĐ
1	Giới hạn địa lý nơi chi phí được trả phát sinh	Việt Nam	
2	Giới hạn tối đa năm / một người	30.000	450.000.000
3	Mức Miễn Thường có khấu trừ / mỗi sự kiện bảo hiểm	5	75.000
4	Nằm viện (phòng/đêm). Tối đa 180 ngày / năm	50	750.000
5	Nằm viện chăm sóc đặc biệt (phòng chăm sóc đặc biệt / đêm). Tối đa 15 ngày / năm.	150	2.250.000
6	Chi phí phẫu thuật (áp dụng cho bệnh nhân nội trú)	10.000	150.000.000
7	Khám chữa bệnh chuyên khoa (tối đa 1 lần / ngày)	500	7.500.000
8	Chi phí viện phí khác (chi phí xét nghiệm chẩn đoán trước khi nhập viện và chi phí trả cho các dịch vụ và tiện ích y tế cần thiết khi đang điều trị nội trú)	4.000	60.000.000
9	Điều trị sau khi xuất viện (trong vòng 30 ngày sau khi xuất viện, với điều kiện Bảo Minh đã chấp thuận trước)	500	7.500.000
10	Điều trị phẫu thuật trong ngày (bao gồm các dịch vụ điều trị trong trường hợp Người được bảo hiểm chỉ điều trị trong ngày)	1.500	22.500.000
11	Điều trị ngoại trú tai nạn cấp cứu (gồm các dịch vụ điều trị thực hiện khi Người được bảo hiểm vào điều trị như bệnh nhân trong ngày)	2.000	30.000.000
12	Vận chuyển y tế	trả toàn bộ	
13	Xử lý xác, hòm và chôn cất	1.000	15.000.000

* Bảo hiểm chăm sóc sức khỏe bắt đầu 30 ngày kể từ sau khi cấp hợp đồng bảo hiểm đầu tiên, thời gian chờ này không áp dụng cho hợp đồng bảo hiểm tái tục và bảo hiểm chi phí y tế cho tai nạn cá nhân.

Ghi chú:

- Toàn bộ số tiền được nêu tại Quy tắc bảo hiểm đều là khoản tiền bằng đô la Mỹ và ghi bằng tiền Việt Nam đồng theo tỷ giá công bố của Ngân hàng Nhà nước vào thời điểm thanh toán hoặc nộp phí bảo hiểm.
- Trong trường hợp tỷ giá tại thời điểm thanh toán hoặc nộp phí bảo hiểm khác với tỷ giá tham chiếu dưới đây thì tỷ giá tại thời điểm thanh toán hoặc nộp phí được áp dụng.
- Tỷ giá tham chiếu tại Quy tắc bảo hiểm này là 1USD=15.000VNĐ

TỔNG CÔNG TY CỔ PHẦN BẢO MINH
TỔNG GIÁM ĐỐC


TS. TRẦN VINH ĐỨC



PHỤ LỤC 2

BẢNG TRẢ TIỀN BẢO HIỂM TAI NẠN CÁ NHÂN

(Ban hành kèm theo Quyết định số: 001317 /2006-BM/BHCN ngày 23 / 05 /2006 của Tổng Giám đốc Tổng Công ty Cổ phần Bảo Minh)

Tuổi	Số tiền bảo hiểm	
	USD	VND
18 và dưới 18	3.000	45.000.000
19 – 64	30.000	450.000.000

Ghi chú: Tỷ giá đồng đô la Mỹ được tạm tính 15.000đ/1USD và được qui đổi theo tỷ giá qui định của Ngân hàng Nhà nước Việt Nam tùy từng thời điểm

SỰ KIỆN BẢO HIỂM

Tồn thương trực tiếp gây ra:

1. Chết.....100%
2. Mất khả năng lao động toàn bộ vĩnh viễn.....100%
3. Liệt tất cả các chi toàn bộ vĩnh viễn.....100%
4. Mù cả hai mắt toàn bộ vĩnh viễn.....100%
5. Mất cả hai chi toàn bộ vĩnh viễn.....100%
6. Mất một chi toàn bộ vĩnh viễn.....80%
7. Điếc toàn bộ vĩnh viễn.....
7a. cả hai tai.....80%
7b. một tai.....30%
8. Mất toàn bộ 4 ngón tay và ngón cái của bàn tay.....50%
9. Mất toàn bộ thủy tinh thể của một mắt vĩnh viễn.....50%
10. Mù một mắt toàn bộ vĩnh viễn.....50%
11. Mất bốn ngón của một bàn tay toàn bộ vĩnh viễn.....50%
12. Bỏng độ 3 và/hoặc biến dạng 40% diện tích da.....50%
13. Thương tật vĩnh viễn khác, trừ khi có thỏa thuận riêng: Phần trăm số tiền bảo hiểm hoàn toàn dựa vào quyết định của Bảo Minh không tuân theo bất kỳ số tiền bảo hiểm nào trả cho các sự kiện bảo hiểm từ 9-12.
14. Mất khả năng lao động toàn bộ tạm thời (thời hạn trả tiền tối đa là 60 ngày và chỉ bắt đầu sau 07 ngày kể từ lúc việc mất khả năng lao động xảy ra: Trong suốt thời gian mất khả năng lao động, Bảo Minh sẽ trả mỗi ngày 0,3% số tiền bảo hiểm.

TỔNG CÔNG TY CỔ PHẦN BẢO MINH
TỔNG GIÁM ĐỐC



TS. TRẦN VINH ĐỨC



PHỤ LỤC 3

BIỂU PHÍ

(Ban hành kèm theo Quyết định số : 001317 /2006-BM/BHCN ngày 23 / 05 /2006 của Tổng Giám đốc Tổng Công ty Cổ phần Bảo Minh)

I. BẢO HIỂM CHĂM SÓC SỨC KHỎE

Tuổi	Phí bảo hiểm / người/năm	
	USD	VND
18 & và dưới 18	213	3.195.000
19 đến 25	253	3.795.000
26 đến 30	253	3.795.000
31 đến 35	266	3.990.000
36 đến 40	293	4.395.000
41 đến 45	333	4.995.000
46 đến 50	399	5.985.000
51 đến 55	480	7.200.000
56 đến 60	587	8.805.000
61 đến 64	799	11.985.000

II. BẢO HIỂM TAI NẠN CÁ NHÂN (Phí bảo hiểm cho nhóm nghề nghiệp I)

Tuổi	Phí bảo hiểm / người/ năm	
	USD	VND
18 & dưới 18	6	90.000
19 – 64	54	810.000

- Phí bảo hiểm nêu trên là phí tiêu chuẩn đối với nhóm nghề nghiệp I
- Phí bảo hiểm cho nhóm nghề nghiệp II = phí tiêu chuẩn x 1,25
- Phí bảo hiểm cho nhóm nghề nghiệp III = phí tiêu chuẩn x 1,5
- Phí bảo hiểm cho nhóm nghề nghiệp VI = phí tiêu chuẩn x 2

III. BẢO HIỂM THAI SẢN

	USD	VND
Quyền lợi bảo hiểm, giới hạn tối đa	1,000	15.000.000
Phí bảo hiểm	230	3.450.000

TỔNG CÔNG TY CỔ PHẦN BẢO MINH
TỔNG GIÁM ĐỐC

