

QUY TẮC BẢO HIỂM SỨC KHOẺ VIỆT AN

(Được chấp thuận kèm theo công văn số 11877/BTC-QLBH ngày 29/09/2020 của Bộ Tài chính)

ĐIỀU 1: ĐỊNH NGHĨA

“Tai nạn” là sự kiện hoặc chuỗi sự kiện bất ngờ không lường trước được xảy ra ngoài sự kiểm soát của Người được bảo hiểm gây ra bởi một lực bên ngoài và hữu hình lên cơ thể của Người được bảo hiểm. Là nguyên nhân trực tiếp và duy nhất gây ra thương tích, thương tật hoặc tử vong đối với Người được bảo hiểm.

“Tuổi” là tuổi tính theo ngày sinh nhật gần nhất xét vào Ngày tham gia hợp đồng bảo hiểm của Người được bảo hiểm hoặc vào Ngày tái tục hợp đồng.

“Dịch vụ xe cấp cứu” là dịch vụ xe cấp cứu của Bệnh viện hoặc phòng khám hoặc trung tâm cấp cứu để đưa Người được bảo hiểm trong tình trạng khẩn cấp do Bệnh hoặc Tai nạn đến Bệnh viện/phòng khám hoặc từ một phòng khám đến Bệnh viện hoặc từ Bệnh viện này đến Bệnh viện khác.

“Giấy yêu cầu bảo hiểm” là văn bản yêu cầu bảo hiểm theo mẫu của Công ty, trong đó Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm cung cấp tất cả những thông tin mà Công ty yêu cầu và ký tên. Những thông tin được kê khai trên Giấy yêu cầu bảo hiểm là căn cứ để Công ty đánh giá rủi ro và quyết định chấp nhận hay từ chối bảo hiểm.

“Người thụ hưởng” là tổ chức, cá nhân được Bên mua bảo hiểm chỉ định để nhận tiền bảo hiểm theo hợp đồng bảo hiểm con người.

“Bảng liệt kê các quyền lợi” là bảng liệt kê chi tiết các quyền lợi của các chương trình bảo hiểm của Người được bảo hiểm.

“Đồng thanh toán” là tỷ lệ phần trăm của Chi phí hợp lý theo thông lệ của từng hạng mục quyền lợi có liên quan mà Người được bảo hiểm phải tự trả. Công ty sẽ xem xét chi trả phần Chi phí hợp lý theo thông lệ còn lại của từng hạng mục quyền lợi có liên quan dựa trên các chi tiết về quyền lợi bảo hiểm của Người được bảo hiểm được quy định trong Bảng liệt kê các quyền lợi.

“Công ty” là Tổng Công Ty Cổ Phần Bảo Hiểm Hùng Vương và các chi nhánh trực thuộc Tổng Công ty Cổ Phần Bảo Hiểm Hùng Vương.

“Tình trạng bẩm sinh” là sự bất thường về mặt thể chất hoặc y học có từ khi sinh ra cũng như những bất thường về mặt thể chất/tinh thần phát triển sau đó do những nhân tố vốn có từ khi sinh ra, cho dù Người được bảo hiểm có nhận biết được hay không, và có thể được các cơ quan y tế mô tả dưới nhiều tên gọi khác nhau như bệnh bẩm sinh, dị tật bẩm sinh, khuyết tật bẩm sinh, bất thường của nhiễm sắc thể.

“Phẫu thuật thẩm mỹ” là phẫu thuật được thực hiện chủ yếu để cải thiện hoặc nâng cao vẻ bề ngoài của một người hoặc phẫu thuật mà người được phẫu thuật nghĩ rằng hoặc tin rằng sẽ cải thiện hoặc nâng cao vẻ bề ngoài của mình và bao gồm cả bất kỳ phẫu thuật nào cần thiết cho những lý do tâm lý, sự thích nghi và sự thỏa mãn cá nhân đối với một Bệnh/Thương tích được bảo hiểm.

“Điều trị nha khoa” là bất kỳ sự điều trị nào đối với các tình trạng bệnh lý của răng và nướu hoặc hàm trong trường hợp có liên quan đến răng và được thực hiện bởi Nha sĩ.

“Nha sĩ” là người có bằng cấp chứng nhận và được cấp giấy phép hoặc có đăng ký hành nghề nha khoa theo các luật và các quy định có liên quan của nước mà người đó hành nghề.

“Bác sĩ” là người có bằng cấp chứng nhận và được cấp giấy phép hoặc có đăng ký hành nghề y khoa theo các luật và các quy định có liên quan của nước mà người đó hành nghề.

“Chi phí hợp lý theo thông lệ” là các chi phí cần thiết thuộc phạm vi bảo hiểm, nhưng không vượt quá các chi phí thông thường cho việc điều trị Bệnh/Thương tích tương tự hoặc cho các dịch vụ và vật dụng tương tự tại khu vực địa lý nơi chi phí phát sinh.

“Tình trạng khẩn cấp” là tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm thay đổi đột ngột, cần phải có sự can thiệp khẩn cấp của y tế hoặc phẫu thuật để tránh sự nguy hiểm đến tính mạng hoặc sức khỏe sắp xảy ra.

“Chi phí chăm sóc trẻ sơ sinh” là chi phí cho các dịch vụ cần thiết thông thường cho trẻ sơ sinh trong vòng 7 (bảy) ngày kể từ khi sinh như là vệ sinh cho trẻ sơ sinh, chích ngừa, kiểm tra sơ sinh. Chi phí chăm sóc trẻ sơ sinh không bao gồm các chi phí cho việc xét nghiệm chẩn đoán và điều trị các Tình trạng bẩm sinh của trẻ sơ sinh.

“Điều dưỡng tại nhà” là việc chăm sóc y tế tại nơi ở của Người được bảo hiểm ngay sau khi xuất viện sau khi Điều trị nội trú, do một điều dưỡng có giấy phép thực hiện, và phải có xác nhận của Bác sĩ điều trị là cần thiết về mặt y tế.

“Bệnh viện” là một cơ sở khám chữa bệnh được cấp giấy phép hợp pháp như là một bệnh viện tại nước mà nó tọa lạc, được phép lưu bệnh nhân qua đêm, và không phải là một spa, viện điều dưỡng, nơi an dưỡng, viện dưỡng lão, trung tâm phục hồi chức năng, nơi cai nghiện rượu hoặc ma túy.

“Bệnh” là tình trạng sức khỏe thay đổi có tính bệnh lý khác với tình trạng sức khỏe bình thường, cần phải được điều trị bởi Bác sĩ.

“Thương tích” là thương tích trên thân thể (loại trừ những tình trạng tâm thần), phát sinh hoàn toàn và duy nhất từ một Tai nạn.

“Điều trị nội trú” là việc điều trị Bệnh hoặc Thương tích tại Bệnh viện và Người được bảo hiểm cần thiết về mặt y tế phải nằm viện trong một thời gian liên tục từ 18 (mười tám) tiếng trở lên để điều trị Bệnh hoặc Thương tích đó.

“Người được bảo hiểm” là cá nhân từ đủ 15 (mười lăm) ngày tuổi đến 90 (chín mươi) tuổi, sống ở Việt Nam ít nhất là 183 (một trăm tám mươi ba) ngày trong mỗi Năm hợp đồng và được Công ty chấp thuận bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm.

“Mất chi” là sự mất do bị cắt/đứt rời một bàn tay tại hoặc trên cổ tay hay một bàn chân tại hoặc trên mắt cá chân.

“Mất thị lực” là mất hoàn toàn thị lực và không thể phục hồi được.

“Biến chứng thai sản” gồm có:

- Dọa sảy thai, dọa sinh non;
- Sảy thai hoặc thai nhi chết lưu trong tử cung;
- Phá thai/chấm dứt thai kỳ do các bệnh lý di truyền/dị tật bẩm sinh của thai nhi hoặc để bảo vệ tính mạng của người mẹ là Người được bảo hiểm theo chỉ định của Bác sĩ;
- Thai trứng;
- Thai ngoài tử cung;
- Sinh khó;
- Băng huyết sau sinh;
- Sốt nhau thai sau khi sinh;
- Biến chứng của các tình trạng nói trên.

“Sự cần thiết về mặt y tế” là sự điều trị y tế mà đáp ứng những điều kiện sau:

- a) Theo đúng chẩn đoán của Bác sĩ; và
- b) Theo đúng chỉ dẫn y khoa của y học hiện đại; và
- c) Không phải chủ yếu vì sự tiện lợi của bệnh nhân hoặc gia đình của bệnh nhân hoặc Bác sĩ; và

- d) Theo đúng tiêu chuẩn được chấp nhận chung để chăm sóc cho các bệnh nhân, và được xem là thích hợp cho việc điều trị Bệnh hoặc Thương tích của bệnh nhân.

“Vật tư y tế” là những vật dụng được bác sĩ kê đơn để sử dụng trong y tế như là băng tay, băng, khẩu trang, bộ dụng cụ cho máy khí dung, bơm tiêm, bông, thạch cao, ... cũng như những vật tư tiêu hao khác được sử dụng cho các thiết bị cơ học.

“Thuốc” là thuốc được lưu hành hợp pháp do Bác sĩ kê đơn yêu cầu cụ thể cho việc điều trị một Bệnh hoặc Thương tích.

“Một lần thăm khám” là một lần Người được bảo hiểm được Bác sĩ khám để chẩn đoán bệnh và điều trị hoặc một lần tái khám theo yêu cầu của Bác sĩ điều trị. Trong trường hợp Người được bảo hiểm cần phải khám ở chuyên khoa khác theo yêu cầu của Bác sĩ điều trị, thì một lần khám ở một chuyên khoa được tính là một lần thăm khám.

“Điều trị ngoại trú” là việc điều trị Bệnh hoặc Thương tích tại một cơ sở y tế hợp pháp không phải là Bệnh viện hoặc tại một Bệnh viện nhưng không phải là Điều trị nội trú.

“Thương tật toàn bộ vĩnh viễn” là thương tật từ 81% trở lên sau khi kết thúc 12 (mười hai) tháng kể từ ngày xảy ra tai nạn. Việc xác định Thương tật toàn bộ vĩnh viễn trên cơ sở kết luận của Hội đồng giám định y khoa cấp tỉnh, thành phố trung ương.

“Thời hạn bảo hiểm” là thời hạn được quy định trên Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm.

“Tình trạng thực vật dai dẳng” là

- Một sự sút giảm nghiêm trọng về ý thức trong đó Người được bảo hiểm bị tổn thương hệ thần kinh ở trong trạng thái thức tỉnh một phần chứ không phải nhận thức thật sự, mặc dù các dấu hiệu bề ngoài như là mở mắt, nuốt và thở tự nhiên và những điều tương tự có thể tồn tại; và
- Tình trạng đã kéo dài liên tục trong ít nhất 4 (bốn) tuần mà không có dấu hiệu cải thiện, trong khi tất cả các cố gắng hợp lý đã được thực hiện để làm nhẹ bớt tình trạng này.

Việc xác định tình trạng thực vật dai dẳng căn cứ vào hồ sơ bệnh án.

“Vật lý trị liệu” là phương pháp điều trị sử dụng các biện pháp vật lý để giúp phục hồi các chức năng hay các hoạt động bình thường hằng ngày của Người được bảo hiểm theo chỉ định của Bác sĩ điều trị (không phải là phương pháp massage các loại, spa hay tập sửa dáng đi) và được thực hiện tại các cơ sở y tế.

“Hợp đồng bảo hiểm” là sự thoả thuận giữa Bên mua bảo hiểm và Công ty, 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.

“Bên mua bảo hiểm” là tổ chức, cá nhân giao kết Hợp đồng bảo hiểm với Công ty và đóng phí bảo hiểm.

“Ngày tham gia hợp đồng bảo hiểm” là ngày Công ty bắt đầu bảo hiểm cho Người được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm sau khi thẩm định Giấy yêu cầu bảo hiểm. Nếu Người được bảo hiểm được bảo hiểm không liên tục theo Hợp đồng bảo hiểm, thì ngày Công ty bắt đầu bảo hiểm cho Người được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm sau khi thẩm định Giấy yêu cầu bảo hiểm gần nhất sẽ được xem là Ngày tham gia hợp đồng bảo hiểm của Người được bảo hiểm.

“Năm hợp đồng” là khoảng thời gian tính từ ngày đầu tiên đến ngày cuối cùng của Thời hạn bảo hiểm của hợp đồng.

“Điều trị sau khi xuất viện” là việc điều trị tiếp theo sau khi xuất viện theo chỉ định của Bác sĩ điều trị, có liên quan trực tiếp đến Bệnh/Thương tích mà Người được bảo hiểm vừa được Điều trị nội trú trước đó, và được thực hiện trong vòng 30 (ba mươi) ngày sau khi xuất viện. Điều trị sau khi xuất viện không áp dụng cho quyền lợi thai sản.

“Tình trạng tồn tại trước” là bất kỳ Bệnh, Thương tích hoặc tình trạng nào của Người được bảo hiểm mà:

- đã được khám, chẩn đoán hoặc điều trị trước Ngày tham gia hợp đồng bảo hiểm của Người được bảo hiểm; hoặc
- dấu hiệu hoặc triệu chứng đã có trước Ngày tham gia hợp đồng bảo hiểm của Người được bảo hiểm, cho dù Người được bảo hiểm có thực sự khám, điều trị hay không.

Hồ sơ y tế, tiền sử bệnh hoặc dấu hiệu, triệu chứng được lưu giữ tại các cơ sở y tế được thành lập hợp pháp hoặc các thông tin do Người được bảo hiểm tự kê khai hoặc kết luận của Bác sĩ được xem là bằng chứng đầy đủ và hợp pháp về Tình trạng tồn tại trước.

“**Điều trị trước khi nhập viện**” là lần điều trị gần nhất có liên quan trực tiếp đến Bệnh/Thương tích của Người được bảo hiểm mà phải nhập viện để Điều trị nội trú theo chỉ định của Bác sĩ, và được thực hiện trong vòng 30 (ba mươi) ngày trước khi nhập viện. Điều trị trước khi nhập viện không áp dụng cho quyền lợi thai sản.

“**Thời hạn đóng phí bảo hiểm**” là thời hạn được ghi là thời hạn đóng phí bảo hiểm trong Hợp đồng bảo hiểm.

“**Ngày tái tục hợp đồng**” là ngày được ghi là ngày tái tục hợp đồng trong Hợp đồng bảo hiểm.

“**Chi phí phòng**” là chi phí phòng mà Người được bảo hiểm nằm ở cơ sở y tế điều trị theo Sự cần thiết về mặt y tế, nhưng không phải là phòng bao là phòng có nhiều hơn một giường nhưng được Người được bảo hiểm trả tiền để sử dụng toàn bộ. Nếu Người được bảo hiểm bao cả phòng thì chi phí phòng của Người được bảo hiểm sẽ được xác định bằng cách lấy chi phí của phòng bao đó chia cho số giường của phòng đó.

Trong điều trị nội trú, Chi phí phòng bao gồm cả suất ăn theo tiêu chuẩn của bệnh nhân do Bệnh viện cung cấp và xuất hóa đơn.

“**Mức phí bảo hiểm ngắn hạn**” là mức phí bảo hiểm được tính theo công thức dưới đây cho thời hạn bảo hiểm hoặc khoảng thời gian đã bảo hiểm cho Người được bảo hiểm dưới 12 (mười hai) tháng trong Năm hợp đồng.

Thời hạn bảo hiểm hoặc khoảng thời gian đã bảo hiểm cho Người được bảo hiểm trong Năm hợp đồng	Mức phí bảo hiểm ngắn hạn
Một (1) tháng hoặc dưới một (1) tháng	25% phí bảo hiểm năm
Hai (2) tháng hoặc dưới hai (2) tháng	40% phí bảo hiểm năm
Ba (3) tháng hoặc dưới ba (3) tháng	50% phí bảo hiểm năm
Bốn (4) tháng hoặc dưới bốn (4) tháng	65% phí bảo hiểm năm
Năm (5) tháng hoặc dưới năm (5) tháng	75% phí bảo hiểm năm
Sáu (6) tháng hoặc dưới sáu (6) tháng	80% phí bảo hiểm năm
Bảy (7) tháng hoặc dưới bảy (7) tháng	85% phí bảo hiểm năm
Tám (8) tháng hoặc dưới tám (8) tháng	90% phí bảo hiểm năm
Nhiều hơn tám (8) tháng	100% phí bảo hiểm năm

“**Bệnh đặc biệt**” bao gồm các loại u/bướu, nang và polyp, các loại ung thư, các loại sỏi, bệnh trĩ, rò hậu môn, các tình trạng của tuyến tiền liệt, các bệnh về tai mũi họng cần phải phẫu thuật bao gồm cả cắt Amidan và nạo VA, các bệnh về phổi (ngoại trừ viêm phổi cấp), suy giãn tĩnh mạch, thoát vị đĩa đệm, viêm dạ dày, viêm tá tràng, loét dạ dày, loét tá tràng, viêm xoang, đái tháo đường, tất cả các loại viêm gan, lạc nội mạc tử cung, các bệnh tim mạch và huyết áp, đột quỵ/tai biến mạch máu não, cơn thiếu máu não thoáng qua, viêm khớp, hội chứng ống cổ tay.

“**Phẫu thuật**” là một phương pháp y khoa để điều trị Bệnh/Thương tích, do Bác sĩ có chuyên môn phù hợp thực hiện. Các phẫu thuật phục vụ cho mục đích chẩn đoán sẽ không được xem là Phẫu thuật theo định nghĩa này. Phẫu thuật gồm có hai loại:

- **Phẫu thuật nội trú:** là Phẫu thuật được thực hiện ở Bệnh viện và Người được bảo hiểm cần thiết về mặt y tế phải nằm viện trong một thời gian liên tục từ 18 (mười tám) tiếng trở lên.
- **Phẫu thuật ngoại trú:** là Phẫu thuật được thực hiện ở một cơ sở y tế hợp pháp không phải là Bệnh viện hoặc được thực hiện ở một Bệnh viện nhưng không phải là Phẫu thuật nội trú.

ĐIỀU 2: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

2.1 Quyền lợi chính: bao gồm các hạng mục quyền lợi sau:

- **Chi phí phòng trong điều trị nội trú:** tối đa 60 ngày/Năm hợp đồng.

- **Chi phí phòng chăm sóc đặc biệt:** tối đa 15 ngày/Năm hợp đồng.
 - **Chi phí phẫu thuật nội trú:** bao gồm chi phí Bác sĩ phẫu thuật, chi phí phòng phẫu thuật, chi phí gây mê/gây tê, chi phí đánh giá tiền phẫu thuật và chăm sóc hậu phẫu thuật thông thường.
 - **Các chi phí khác trong điều trị nội trú:** các chi phí xét nghiệm chẩn đoán, chẩn đoán hình ảnh theo chỉ định của bác sĩ, thuốc được kê đơn, phí bác sĩ, máu, huyết tương, thuê xe lăn sử dụng trong bệnh viện, vật tư y tế, dụng cụ và trang thiết bị phẫu thuật, thiết bị y khoa được đặt /gắn bên trong cơ thể, ...
 - **Chi phí phẫu thuật nội soi ngoại trú:** chi phí bác sĩ phẫu thuật, chi phí phòng phẫu thuật, chi phí gây mê/gây tê, chi phí xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, chi phí vật tư y tế, dụng cụ và trang thiết bị phẫu thuật, thuốc được kê đơn, và các chi phí có liên quan khác.
- Lưu ý: Mức chi trả cho chi phí phòng (nếu có) tối đa bằng với mức giới hạn của Chi phí phòng trong điều trị nội trú.
- **Điều trị trước khi nhập viện** (trong vòng 30 ngày trước khi nhập viện).
 - **Điều trị sau khi xuất viện** (trong vòng 30 ngày sau khi xuất viện).
 - **Điều dưỡng tại nhà:** tối đa 20 ngày/Năm hợp đồng.
 - **Dịch vụ xe cấp cứu.**
 - **Điều trị ung thư:** Các chi phí cho việc xạ trị và hóa trị trong khi điều trị nội trú hay ngoại trú.
 - **Ghép tạng:** Các chi phí cho việc ghép thận, tim, phổi, gan, tủy xương cho người nhận là Người được bảo hiểm (tối đa 50% cho người hiến tặng và số phần trăm còn lại cho người nhận, tùy theo sự lựa chọn của Người được bảo hiểm). Công ty không thanh toán cho các chi phí để có được tạng. Quyền lợi này là tổng cộng tối đa cho mỗi tạng trong suốt cuộc đời và Công ty sẽ không thanh toán bất kỳ quyền lợi nào khác trong Hợp đồng bảo hiểm liên quan đến việc ghép tạng của Người được bảo hiểm.
 - **Thai sản:** Các chi phí khám thai, sinh con, chăm sóc trẻ sơ sinh (trong vòng 7 ngày kể từ khi sinh), điều trị các Biến chứng thai sản.
 - **Điều trị ngoại trú do tai nạn tại phòng cấp cứu:** các dịch vụ trong phòng cấp cứu của Bệnh viện/phòng khám cho Tai nạn được bảo hiểm mà được điều trị trong vòng 24 giờ kể từ khi xảy ra Tai nạn.
 - **Điều trị tổn thương răng do tai nạn:** trong vòng tối đa 7 ngày kể từ khi xảy ra tai nạn gây mất mát hoặc tổn hại cho răng tự nhiên lành mạnh, loại trừ việc làm răng giả.

Công ty sẽ chi trả các Chi phí hợp lý theo thông lệ theo đúng chương trình bảo hiểm của quyền lợi chính của Người được bảo hiểm được quy định trong Bảng liệt kê các quyền lợi. Trong mọi trường hợp, tổng số tiền chi trả cho quyền lợi chính của Người được bảo hiểm trong một Năm hợp đồng sẽ không vượt quá mức quyền lợi tối đa của chương trình bảo hiểm của quyền lợi chính của Người được bảo hiểm được quy định trong Bảng liệt kê các quyền lợi.

2.2 Các quyền lợi lựa chọn

Quyền lợi lựa chọn chỉ có thể được mua vào lúc nộp Giấy yêu cầu bảo hiểm cho Người được bảo hiểm hoặc khi tái tục Hợp đồng bảo hiểm. Quyền lợi lựa chọn không thể bị hủy bỏ trong Năm hợp đồng trừ khi hủy bỏ bảo hiểm của Người được bảo hiểm hoặc hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm.

Có 3 quyền lợi lựa chọn riêng biệt sau:

a) **Quyền lợi y tế bổ sung:** bao gồm các hạng mục quyền lợi sau:

- **Điều trị ngoại trú (không phẫu thuật):** chi phí Bác sĩ, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh theo chỉ định của Bác sĩ, Thuốc được kê đơn, Vật tư y tế, và các chi phí có liên quan khác.
- **Chi phí phẫu thuật ngoại trú:** chi phí bác sĩ phẫu thuật, chi phí phòng phẫu thuật, chi phí gây mê/gây tê, chi phí xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, chi phí vật tư y tế, dụng cụ và trang thiết bị phẫu thuật, thuốc được kê đơn, và các chi phí có liên quan khác.

- **Chi phí vật lý trị liệu, trị liệu thần kinh cột sống trong điều trị ngoại trú:** tối đa 30 ngày/Năm hợp đồng.

Công ty sẽ chi trả các Chi phí hợp lý theo thông lệ theo đúng chương trình bảo hiểm của quyền lợi y tế bổ sung của Người được bảo hiểm được quy định trong Bảng liệt kê các quyền lợi. Trong mọi trường hợp, tổng số tiền chi trả cho quyền lợi chính và quyền lợi y tế bổ sung của Người được bảo hiểm trong một Năm hợp đồng sẽ không vượt quá mức quyền lợi tối đa của chương trình bảo hiểm của quyền lợi chính của Người được bảo hiểm được quy định trong Bảng liệt kê các quyền lợi.

b) Quyền lợi nha khoa: Đồng thanh toán 20:80

Công ty sẽ bảo hiểm và chi trả 80% Chi phí hợp lý theo thông lệ cho các trường hợp sau:

- Khám, chụp X quang răng bệnh lý.
- Điều trị viêm nướu, nha chu.
- Cắt chóp răng, lấy u vô răng (lấy vô răng sâu dưới nướu).
- Trám răng bệnh lý.
- Điều trị tủy răng.
- Nhổ răng bệnh lý (bao gồm cả phẫu thuật).
- Cạo vô răng (tối đa 1 lần/Năm hợp đồng).

Trong mọi trường hợp, tổng số tiền chi trả cho quyền lợi nha khoa của Người được bảo hiểm trong một Năm hợp đồng sẽ không vượt quá mức quyền lợi tối đa của chương trình bảo hiểm về quyền lợi nha khoa của Người được bảo hiểm được quy định trong Bảng liệt kê các quyền lợi.

c) Quyền lợi tai nạn cá nhân:

Quyền lợi này chỉ bảo hiểm cho Người được bảo hiểm có tuổi từ 15 (mười lăm) ngày tuổi đến 70 (bảy mươi) tuổi. Quyền lợi này sẽ không được tái tục khi Người được bảo hiểm đạt đến tuổi 71 (bảy mươi một).

Nếu Người được bảo hiểm bị một Tai nạn xảy ra trong khi bảo hiểm tai nạn cá nhân của Người được bảo hiểm đang có hiệu lực, và Tai nạn đó là nguyên nhân trực tiếp và duy nhất trong vòng 12 (mười hai) tháng dương lịch kể từ khi xảy ra Tai nạn gây ra:

- tử vong; hoặc
- mất hoàn toàn thị lực và không thể phục hồi được của một hoặc cả hai mắt; hoặc
- mất hoàn toàn một hoặc hơn một chi; hoặc
- mất hoàn toàn khả năng sử dụng và không thể chữa được của hai hoặc hơn hai chi; hoặc
- Thương tật toàn bộ vĩnh viễn; hoặc
- mất hoàn toàn khả năng sử dụng và không thể chữa được của một chi.

thì Công ty sẽ chi trả quyền lợi tai nạn cá nhân theo đúng bảng liệt kê quyền lợi dành cho tai nạn cá nhân được quy định dưới đây, trong đó các quyền lợi được biểu thị theo tỷ lệ phần trăm của số tiền bảo hiểm về tai nạn cá nhân của Người được bảo hiểm:

Tử vong do tai nạn	100%
Mất hoàn toàn thị lực và không thể phục hồi được của một hoặc cả hai mắt	100%
Mất hoàn toàn một hoặc hơn một chi	100%
Mất hoàn toàn khả năng sử dụng và không thể chữa được của hai hoặc hơn hai chi	100%
Thương tật toàn bộ vĩnh viễn	100%
Mất hoàn toàn khả năng sử dụng và không thể chữa được của một chi	50%

Trong mọi trường hợp, tổng số tiền chi trả cho tất cả các tổn thất gây ra bởi bất kỳ và tất cả các tai nạn xảy ra trong một Năm hợp đồng sẽ không vượt quá 100% số tiền bảo hiểm về tai nạn cá nhân của Người được bảo hiểm trong Năm hợp đồng mà tai nạn xảy ra.

ĐIỀU 3: CÁC LOẠI TRỪ TRÁCH NHIỆM BẢO HIỂM

3.1 Các loại trừ trách nhiệm bảo hiểm đối với quyền lợi chính và quyền lợi y tế bổ sung:

Công ty không có trách nhiệm chi trả quyền lợi chính và quyền lợi y tế bổ sung cho bất kỳ việc điều trị nào và/hoặc chi phí nào của Người được bảo hiểm nếu việc điều trị đó và/hoặc chi phí đó phát sinh từ hoặc thuộc bất kỳ trường hợp hoặc sự việc nào dưới đây:

- 1) Các Tình trạng tồn tại trước và các biến chứng, di chứng của chúng (ngoại trừ các Tình trạng tồn tại trước đã được khai báo đầy đủ, trung thực với Công ty và không bị loại trừ trong Hợp đồng bảo hiểm);
- 2) Các Bệnh di truyền, các Tình trạng bẩm sinh, và các triệu chứng, biến chứng của chúng;
- 3) Thay đổi giới tính, kế hoạch hóa sinh đẻ, hủy bỏ triệt sản, phá thai theo ý muốn, và bất kỳ các tình trạng hoặc biến chứng nào phát sinh từ những việc đó;
- 4) Rối loạn chức năng tình dục, vô sinh (bao gồm cả việc thụ tinh nhân tạo, thụ tinh trong ống nghiệm, chuyển phôi), dậy thì sớm;
- 5) Khám sức khỏe tổng quát hoặc kiểm tra sức khỏe, chăm sóc dưỡng bệnh bao gồm cả chữa bệnh bằng cách nghỉ ngơi;
- 6) Bất kỳ xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thuốc hay dịch vụ nào mà không cần thiết cho việc chẩn đoán hoặc điều trị một Bệnh/Thương tích được bảo hiểm;
- 7) Điều trị phòng ngừa, tiêm chủng/chích ngừa, ngoại trừ chích ngừa bệnh dại cần thiết sau khi bị động vật tấn công hoặc chích ngừa uốn ván cần thiết sau khi bị tai nạn hoặc bị thương tích;
- 8) Lún/vùi dương vật, dài bao quy đầu, hẹp bao quy đầu, và các biến chứng của chúng, cắt bao quy đầu và các biến chứng của việc đó;
- 9) Các chứng thoát vị của Người được bảo hiểm dưới mười (10) tuổi;
- 10) Bệnh động kinh, tất cả các hình thức của não úng thủy;
- 11) Thoái hóa cột sống, thoái hóa khớp, loãng xương, vẹo cột sống và tất cả các hình thức của bệnh thoái hóa xương;
- 12) Các bệnh lây truyền qua đường tình dục và các biến chứng, di chứng của chúng;
- 13) Xét nghiệm HIV và điều trị các Bệnh có liên quan đến HIV bao gồm cả Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (“AIDS”), phức hợp có liên quan đến AIDS và/hoặc bất kỳ sự đột biến, tiến hóa, hoặc biến dị nào của chúng;
- 14) Vẹo vách ngăn mũi và các biến chứng của nó, đục thủy tinh thể, các tật khúc xạ của mắt hoặc lão thị, mù màu, tất cả các hình thức lác mắt (lệ), khô mắt, mỏi mắt, kiểm tra thính lực;
- 15) Các dụng cụ/thiết bị hiệu chỉnh, kính đeo mắt, mắt kính, kính sát trùng, thiết bị trợ thính;
- 16) Các bộ phận giả, các dụng cụ/thiết bị chỉnh hình, các thiết bị hỗ trợ di chuyển, nạng chống, xe lăn ngoại trừ trường hợp thuê xe lăn của Bệnh viện trong thời gian Điều trị nội trú;
- 17) Tất cả các dịch vụ nha khoa và Điều trị nha khoa ngoại trừ trường hợp được bảo hiểm theo quyền lợi “Điều trị tổn thương răng do tai nạn”;
- 18) Phẫu thuật thẩm mỹ và bất kỳ các biến chứng hoặc di chứng nào của việc đó;
- 19) Các điều trị mang tính chất thẩm mỹ, điều trị nám da, thiếu sắc tố da, sẹo, tàn nhang, nốt ruồi lành tính, mụn thịt, mụn trứng cá, chứng rụng tóc, gàu và bất kỳ các biến chứng hoặc di chứng nào của việc điều trị đó;

- 20) Bệnh Parkinson, bệnh Alzheimer, căng thẳng (stress), suy nhược thần kinh, các rối loạn tâm thần, tâm lý, tinh thần hoặc thần kinh, và bất kỳ các biểu hiện sinh lý hoặc thần kinh nào của các rối loạn đó;
- 21) Suy nhược cơ thể, các rối loạn về ăn, suy dinh dưỡng, còi xương, những vấn đề liên quan đến sự phát triển thể chất;
- 22) Thương tích do khủng bố, chiến tranh có tuyên chiến hay không có tuyên chiến, sự xâm lược, hành động của kẻ thù nước ngoài, chiến sự, nội chiến, nổi dậy quân sự, khởi nghĩa, phiến loạn, cách mạng, các hành động quân sự hoặc cướp chính quyền, nổi loạn, bạo động dân sự;
- 23) Nhiễm phóng xạ;
- 24) Thương tích bị trong khi đang phục vụ trong quân đội, công an, lực lượng vũ trang;
- 25) Thương tích do tự gây ra một cách cố ý, tự tử hoặc cố gắng tự tử cho dù đang trong bất kỳ tình trạng nào;
- 26) Thương tích phát sinh từ hành động của Người được bảo hiểm khi trong cơ thể có chất cồn, ma túy, chất gây nghiện, chất kích thích, được phẩm trừ khi sử dụng thuốc theo chỉ định của Bác sĩ điều trị;
- 27) Thương tích phát sinh trong khi tập luyện hoặc tham gia thể thao chuyên nghiệp, bất kỳ cuộc đua nào (không phải là đi bộ, chạy bộ, bơi lội), các môn thể thao hoặc các hoạt động nguy hiểm bao gồm săn bắn, cưỡi ngựa, các hình thức thử nghiệm xe có động cơ, trượt patin, trượt băng, trượt tuyết, trượt ván trên tuyết, trượt ván, nhảy dù, dù kéo, dù lượn, điều lượn, bay lượn hoặc đi trên bất kỳ phương tiện hoặc thiết bị nào di chuyển trên không (không phải như là hành khách có mua vé đi trên một máy bay thương mại của một hãng hàng không bay theo lịch được cấp giấy phép hợp lệ), đi lên xuống hoặc di chuyển trên một khí cầu, thám hiểm hang động, leo đá hoặc leo núi (có hoặc không có sử dụng dây thừng hoặc thiết bị khác), nhảy bungee, lặn có bình dưỡng khí hoặc lặn có sử dụng không khí nén, quyền anh, võ thuật, vật, bóng bầu dục, polo/mã cầu;
- 28) Thương tích do tham gia đấu đả, tham gia vào bất kỳ hoạt động bất hợp pháp nào hoặc vi phạm pháp luật, chống lại việc bắt giữ của cơ quan có thẩm quyền;
- 29) Đua xe, lái xe đi vào đường cấm hoặc khu vực cấm, lái xe mà không có giấy phép lái xe hoặc giấy phép lái xe không hợp lệ, lái xe khi trong cơ thể có chất cồn, ma túy, chất gây nghiện, chất kích thích, được phẩm trừ khi sử dụng thuốc theo chỉ định của Bác sĩ điều trị;
- 30) Hành động cố ý của Người được bảo hiểm;
- 31) Điều trị thí nghiệm hoặc chưa được chứng minh, điều trị mà không theo Sự cần thiết về mặt y tế, điều trị ở những nơi không có giấy phép khám chữa bệnh hợp pháp hoặc không có chức năng điều trị Bệnh/Thương tích có liên quan, điều trị bằng y học khác không phải là tây y như là y học cổ truyền/y học dân tộc, đông y;
- 32) Điều trị chứng nghiện rượu, thuốc lá, ma túy hoặc các chất gây nghiện khác;
- 33) Điều trị những khó khăn trong việc học, rối loạn tăng động giảm chú ý, tự kỷ, các rối loạn về nói, những vấn đề về cách ứng xử;
- 34) Điều trị những rối loạn về ngủ, những rối loạn về hơi thở có liên quan đến giấc ngủ, ngáy, ngưng thở trong lúc ngủ, mệt mỏi, mệt mỏi sau một chuyến bay dài hoặc bất kỳ tình trạng có liên quan nào;
- 35) Bất kỳ sự điều trị nào mà Bác sĩ điều trị là bản thân Người được bảo hiểm, cha mẹ ruột, cha mẹ vợ/chồng, anh chị em ruột, vợ chồng, con cái của Người được bảo hiểm;
- 36) Quản lý cân nặng, điều trị tăng cân hoặc giảm cân, và bất kỳ các tình trạng hoặc biến chứng nào phát sinh từ các việc đó;
- 37) Thực phẩm chức năng, vitamin, khoáng chất, sữa, chất dinh dưỡng bổ sung, mỹ phẩm;
- 38) Điều trị đối với Tình trạng thực vật dai dẳng hoặc tổn thương thần kinh vĩnh viễn.

3.2 Các loại trừ trách nhiệm bảo hiểm đối với quyền lợi tai nạn cá nhân:

Công ty không có trách nhiệm chi trả quyền lợi tai nạn cá nhân cho bất kỳ tổn thất nào của Người được bảo hiểm mà phát sinh từ, được gây ra bởi hay là hậu quả của bất kỳ trường hợp hoặc sự việc nào sau đây:

- 1) Tập luyện hoặc tham gia thể thao chuyên nghiệp, bất kỳ cuộc đua nào (ngoại trừ đi bộ, chạy bộ, bơi lội), các môn thể thao hoặc các hoạt động nguy hiểm bao gồm săn bắn, cưỡi ngựa, các hình thức thử nghiệm xe có động cơ, trượt patin, trượt băng, trượt tuyết, trượt ván trên tuyết, trượt ván, nhảy dù, dù kéo, dù lượn, điều lượn, bay lượn hoặc đi trên bất kỳ phương tiện hoặc thiết bị nào di chuyển trên không (không phải như là hành khách có mua vé đi trên một máy bay thương mại của một hãng hàng không bay theo lịch được cấp giấy phép hợp lệ), đi lên xuống hoặc di chuyển trên một khí cầu, thám hiểm hang động, leo đá hoặc leo núi (có hoặc không có sử dụng dây thừng hoặc thiết bị khác), nhảy bungee, lặn có bình dưỡng khí hoặc lặn có sử dụng không khí nén, quyền anh, võ thuật, vật, bóng bầu dục, polo/mã cầu;
- 2) Tự gây thương tích, tự tử, cố gắng tự tử cho dù đang trong bất kỳ tình trạng nào;
- 3) Tất cả các loại ngộ độc, trúng độc, nhiễm độc;
- 4) Thai nghén, sinh đẻ, phá thai, hậu sản;
- 5) Sử dụng đồ uống có cồn, ma túy, chất gây nghiện, chất kích thích, dung môi hoặc thuốc trừ khi được thực hiện theo chỉ định của Bác sĩ điều trị;
- 6) Khủng bố, chiến tranh có tuyên chiến hay không có tuyên chiến, sự xâm lược, hành động của kẻ thù nước ngoài, chiến sự, nội chiến, nổi dậy quân sự, khởi nghĩa, phiến loạn, cách mạng, các hành động quân sự hoặc cướp chính quyền, nổi loạn, bạo động dân sự;
- 7) Tham gia đấu đá, tham gia vào bất kỳ hoạt động bất hợp pháp nào hoặc vi phạm pháp luật, chống lại việc bắt giữ của cơ quan có thẩm quyền;
- 8) Virus gây suy giảm miễn dịch ở người (“HIV”) và/hoặc các Bệnh có liên quan đến HIV bao gồm cả Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (“AIDS”), phức hợp có liên quan đến AIDS và/hoặc bất kỳ sự đột biến, tiến hóa, hoặc biến dị nào của nó;
- 9) Thương tích phát sinh từ hoặc được góp phần bởi bất kỳ sự khiếm khuyết hoặc sự suy nhược nào về thể chất hoặc tinh thần của Người được bảo hiểm mà không được khai báo trước đó hoặc bị Công ty loại trừ bảo hiểm;
- 10) Nhiễm phóng xạ, nhiễm hóa chất;
- 11) Thương tích phát sinh trong khi đang phục vụ như là nhân viên của thủy thủ đoàn hay phi hành đoàn hoặc nhân viên hãng hàng không, hoặc trong khi đang phục vụ trong quân đội, công an, lực lượng vũ trang;
- 12) Đua xe, lái xe đi vào đường cấm hoặc khu vực cấm, lái xe nhưng không có giấy phép lái xe hoặc giấy phép lái xe không hợp lệ, lái xe khi trong cơ thể có chất cồn, ma túy, chất gây nghiện, chất kích thích, dung môi hoặc thuốc trừ khi sử dụng theo chỉ định của Bác sĩ điều trị;
- 13) Hành động cố ý của Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng. Trong trường hợp một hoặc một số Người thụ hưởng cố ý gây ra cái chết hay thương tật vĩnh viễn cho Người được bảo hiểm, Công ty vẫn trả tiền bảo hiểm cho những Người thụ hưởng khác theo thoả thuận trong Hợp đồng bảo hiểm.

ĐIỀU 4: CÁC ĐIỀU KHOẢN VÀ ĐIỀU KIỆN

4.1 Phạm vi bảo hiểm

Hợp đồng bảo hiểm cung cấp bảo hiểm cho Người được bảo hiểm trên phạm vi toàn cầu.

4.2 Tái tục Hợp đồng bảo hiểm

Hợp đồng bảo hiểm có thời hạn là 1 (một) năm và được tái tục khi hết Thời hạn hợp đồng. Công ty đảm bảo việc tái tục Hợp đồng bảo hiểm, với điều kiện là Bên mua bảo hiểm đóng đầy đủ phí bảo hiểm tái tục theo yêu cầu trong Thời hạn đóng phí bảo hiểm và chấp nhận các điều chỉnh về quyền lợi và quy tắc bảo hiểm khi tái tục Hợp đồng bảo hiểm.

4.3 Phí bảo hiểm

- 4.3.1 Phí bảo hiểm đầu tiên của Người được bảo hiểm được tính dựa trên các chương trình bảo hiểm của Người được bảo hiểm, tuổi của Người được bảo hiểm vào Ngày tham gia hợp đồng bảo hiểm, bảng phí bảo hiểm được áp dụng, Thời hạn bảo hiểm của Người được bảo hiểm, thông tin của Người được bảo hiểm được kê khai trên Giấy yêu cầu bảo hiểm, và mức chiết khấu được áp dụng (nếu có).
- 4.3.2 Phí bảo hiểm tái tục của Người được bảo hiểm có thể thay đổi và được tính dựa trên các chương trình bảo hiểm của Người được bảo hiểm, tuổi của Người được bảo hiểm vào Ngày tái tục hợp đồng, bảng phí bảo hiểm được áp dụng, lịch sử bồi thường của Người được bảo hiểm, và mức chiết khấu được áp dụng (nếu có).

4.4 Thời gian chờ

Công ty không có trách nhiệm chi trả bất kỳ quyền lợi nào cho những sự kiện bảo hiểm xảy ra trong những thời gian quy định dưới đây, bao gồm cả trường hợp mà ngày nhập viện nằm trong những thời gian này nhưng ngày xuất viện nằm ngoài những thời gian này:

- a) Đối với việc điều trị các Bệnh đặc biệt và các biến chứng của chúng: 12 (mười hai) tháng kể từ Ngày tham gia hợp đồng bảo hiểm của Người được bảo hiểm.
- b) Đối với việc điều trị các Bệnh viêm/nhiễm trùng đường hô hấp, viêm phổi cấp, và các biến chứng của các Bệnh này mà Người được bảo hiểm là trẻ em dưới 6 (sáu) tuổi vào Ngày tham gia hợp đồng bảo hiểm: 6 (sáu) tháng kể từ Ngày tham gia hợp đồng bảo hiểm của Người được bảo hiểm.
- c) Đối với việc điều trị các Bệnh khác: 30 (ba mươi) ngày kể từ Ngày tham gia hợp đồng bảo hiểm của Người được bảo hiểm.
- d) Đối với các tổn thương của dây chằng và sụn chêm: 12 (mười hai) tháng kể từ Ngày tham gia hợp đồng bảo hiểm của Người được bảo hiểm. Việc điều trị xảy ra sau thời gian 12 (mười hai) tháng nói trên sẽ được Công ty bảo hiểm trên cơ sở Đồng chi trả 30:70 (Người được bảo hiểm tự chi trả 30% Chi phí hợp lý theo thông lệ);
- e) Đối với quyền lợi thai sản: 270 ngày kể từ Ngày tham gia hợp đồng bảo hiểm của Người được bảo hiểm.
- f) Đối với quyền lợi nha khoa: 6 (sáu) tháng kể từ ngày có hiệu lực của quyền lợi nha khoa của Người được bảo hiểm khi mua.

Công ty có thể xem xét việc bỏ các thời gian chờ a, b, c nói trên cho Người được bảo hiểm nếu vào thời điểm nộp Giấy yêu cầu bảo hiểm, Người được bảo hiểm đang có hợp đồng bảo hiểm sức khỏe còn hiệu lực với công ty bảo hiểm khác.

4.5 Phân loại rủi ro nghề nghiệp

Loại 1: Các nhiệm vụ chuyên môn, hành chính của cơ quan có tính chất tĩnh tại và các công việc có tính chất tĩnh tại khác.

Ví dụ: Kế toán, nhân viên ngân hàng, thư ký, bác sỹ, đại lý kinh doanh bất động sản, luật sư, nhân viên bán hàng có liên quan đến công việc nhẹ nhàng và không phải sử dụng máy móc.

Loại 2: Các nghề nghiệp không phải lao động chân tay nhưng ở trong tình trạng dễ bị rủi ro tai nạn do môi trường làm việc hay công việc đó đòi hỏi phải đi lại nhiều, những nghề nghiệp có liên quan đến nhiệm vụ giám sát chính.

Ví dụ: Kỹ sư dân dụng, người đi chào hàng, thợ cắt tóc, uốn tóc, người nội trợ, nhân viên của văn phòng đại diện, quản đốc trong ngành cơ khí nhẹ.

Loại 3: Những nghề nghiệp dễ xảy ra tai nạn hoặc những công việc lao động chân tay nhẹ, những công việc lao động chân tay không nguy hiểm.

Ví dụ: Thợ điện dân dụng, thợ trang trí, kỹ sư cơ khí, lái xe, bác sỹ thú y.

Loại 4: Những nghề nghiệp nguy hiểm, các ngành công nghiệp nặng và không được quy định từ loại 1 đến loại 3.

Ví dụ: Những ví dụ không nêu ở trên.

4.6 Sự chi trả các quyền lợi

4.6.1 Tất cả các quyền lợi bảo hiểm sẽ được chi trả cho:

- Người được bảo hiểm hay người được ủy quyền của Người được bảo hiểm.
- Cha mẹ hay người giám hộ hợp pháp của Người được bảo hiểm nếu Người được bảo hiểm dưới 18 (mười tám) tuổi.

4.6.2 Trong trường hợp Người được bảo hiểm tử vong thì quyền lợi bảo hiểm sẽ được chi trả cho Người thụ hưởng.

4.6.3 Công ty không có trách nhiệm chi trả bất kỳ quyền lợi nào cho bất kỳ trường hợp nào mà ngày nhập viện là trước Ngày tham gia hợp đồng bảo hiểm của Người được bảo hiểm nhưng ngày xuất viện là sau hoặc vào Ngày tham gia hợp đồng bảo hiểm của Người được bảo hiểm.

4.7 Thay đổi quyền lợi của Người được bảo hiểm

Các quyền lợi của Người được bảo hiểm chỉ có thể được thay đổi vào lúc tái tục Hợp đồng bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm phải gửi yêu cầu thay đổi quyền lợi bảo hiểm của Người được bảo hiểm cho Công ty ít nhất 7 (bảy) ngày trước Ngày tái tục hợp đồng, Công ty sẽ đánh giá rủi ro và có quyền chấp thuận hoặc từ chối yêu cầu này. Nếu Công ty chấp thuận, thì sự thay đổi đó sẽ có hiệu lực kể từ Ngày tái tục hợp đồng, với điều kiện là Bên mua bảo hiểm đóng đầy đủ phí bảo hiểm tái tục mới theo yêu cầu trong Thời hạn đóng phí bảo hiểm.

4.8 Bổ sung thêm Người được bảo hiểm vào Hợp đồng bảo hiểm

4.8.1 Bên mua bảo hiểm có thể nộp Giấy yêu cầu bảo hiểm để yêu cầu bổ sung thêm Người được bảo hiểm vào Hợp đồng bảo hiểm bất kỳ lúc nào trong khi Hợp đồng bảo hiểm đang có hiệu lực hoặc trong Thời hạn đóng phí bảo hiểm. Công ty sẽ thẩm định Giấy yêu cầu bảo hiểm và có quyền chấp nhận hoặc từ chối yêu cầu này. Người được yêu cầu bổ sung thêm sẽ trở thành Người được bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm chỉ khi nào có sự xác nhận bằng văn bản của Công ty.

4.8.2 Phí bảo hiểm của người được yêu cầu bổ sung sẽ được tính theo Mức phí bảo hiểm ngắn hạn.

4.9 Hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm

4.9.1 Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu hủy bỏ bảo hiểm của Người được bảo hiểm hoặc hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm bằng văn bản thông báo cho Công ty.

4.9.2 Công ty có quyền hủy bỏ bảo hiểm của Người được bảo hiểm bất cứ lúc nào bằng văn bản thông báo cho Bên mua bảo hiểm trong bất kỳ trường hợp hoặc sự việc nào sau đây:

- a) Khai sai ngày tháng năm sinh của Người được bảo hiểm đó;
- b) Khai sai hoặc trình bày sai, cho dù do sai sót hay cố tình, về Tình trạng tồn tại trước, tình trạng thể chất hoặc tinh thần của Người được bảo hiểm đó;
- c) Che giấu hoặc không cho biết bất kỳ thông tin quan trọng nào hoặc sự việc nào về Tình trạng tồn tại trước, tình trạng thể chất hoặc tinh thần của Người được bảo hiểm đó;
- d) Khai sai nghề nghiệp hoặc không thông báo cho Công ty biết về sự thay đổi nghề nghiệp của Người được bảo hiểm đó;
- e) Người được bảo hiểm đó thay đổi nghề nghiệp mà nghề nghiệp sau khi thay đổi có mức độ rủi ro cao hơn nghề nghiệp trước khi thay đổi và Công ty không chấp nhận tiếp tục bảo hiểm, hoặc phí bảo hiểm bổ sung mà Công ty yêu cầu để tiếp tục bảo hiểm cho Người được bảo hiểm đó sau khi thay đổi nghề nghiệp không được Bên mua bảo hiểm nộp đầy đủ trong thời hạn yêu cầu;
- f) Không trung thực trong yêu cầu bồi thường;

g) Thời gian sống ở Việt Nam của Người được bảo hiểm đó ít hơn 183 (một trăm tám mươi ba) ngày trong một Năm hợp đồng.

4.9.3 Khi bảo hiểm của Người được bảo hiểm bị hủy bỏ thì tất cả mọi quyền lợi của Người được bảo hiểm đó theo Hợp đồng bảo hiểm sẽ kết thúc vào ngày hiệu lực của việc hủy bỏ bảo hiểm đó. Công ty sẽ hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm số phí bảo hiểm đã đóng cho Người được bảo hiểm đó cho Năm hợp đồng trừ đi Mức phí bảo hiểm ngắn hạn cho khoảng thời gian mà Công ty đã bảo hiểm cho Người được bảo hiểm đó trong Năm hợp đồng trước khi bảo hiểm bị hủy bỏ. Tuy nhiên số tiền này sẽ không được hoàn lại nếu Công ty đã thanh toán hoặc phải thanh toán cho bất kỳ yêu cầu bồi thường nào của Người được bảo hiểm đó phát sinh trong Năm hợp đồng.

4.9.4 Khi Hợp đồng bảo hiểm bị hủy bỏ thì tất cả các bảo hiểm của tất cả những Người được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm sẽ bị hủy bỏ vào ngày hiệu lực của việc hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm. Công ty sẽ áp dụng Điều 4.9.3 ở trên để tính số tiền hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm đối với từng Người được bảo hiểm trong Hợp đồng bảo hiểm.

4.10 Chấm dứt hợp đồng bảo hiểm

Hợp đồng bảo hiểm sẽ tự động bị chấm dứt từ thời điểm kết thúc thời hạn thanh toán của hợp đồng bảo hiểm trong các trường hợp sau đây:

- a) Bên mua bảo hiểm không đóng đủ phí bảo hiểm hoặc không đóng phí bảo hiểm theo thời hạn thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm, trừ trường hợp các bên có thỏa thuận khác;
- b) Bên mua bảo hiểm không đóng đủ phí bảo hiểm hoặc không đóng phí bảo hiểm trong thời gian gia hạn đóng phí bảo hiểm theo thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm.

4.11 Yêu cầu bồi thường

4.11.1 Yêu cầu bồi thường phải được nộp cho Công ty trong vòng một 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 này. Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm, bằng chi phí của mình, phải nộp các giấy tờ sau cho Công ty:

- Giấy yêu cầu bồi thường theo mẫu của Công ty được điền đầy đủ thông tin.
- Các chứng từ liên quan đến việc điều trị: đơn thuốc, kết quả xét nghiệm, kết quả chẩn đoán hình ảnh, phiếu phẫu thuật (trong trường hợp phẫu thuật), giấy xuất viện, sổ khám bệnh hoặc hồ sơ bệnh án có ghi rõ chẩn đoán và sự điều trị được áp dụng, giấy xác nhận của bác sĩ điều trị về việc cần phải có điều dưỡng tại nhà, phiếu điều trị nha khoa. Công ty có quyền yêu cầu cung cấp bản chính để kiểm tra.
- Các chứng từ bản chính hợp pháp liên quan đến việc thanh toán chi phí: phiếu thu, hóa đơn (với hóa đơn điện tử thì yêu cầu phải có hóa đơn chuyển đổi), bảng kê chi tiết chi phí. Các chứng từ bản chính này sẽ được Công ty lưu giữ để làm căn cứ để chi trả quyền lợi.
- Bản tường trình tai nạn của Người được bảo hiểm, giấy phép lái xe, biên bản của cảnh sát (trong trường hợp tai nạn giao thông), xác nhận của công ty/tổ chức sử dụng Người được bảo hiểm (trong trường hợp tai nạn lao động).
- Bản sao hộ chiếu (passport) trong trường hợp yêu cầu bồi thường chi phí y tế hoặc tai nạn phát sinh/xảy ra ở ngoài nước Việt Nam. Công ty có quyền yêu cầu cung cấp bản chính để kiểm tra.
- Giấy chứng từ/trích lục khai tử, các biên bản và hồ sơ y tế có liên quan trong trường hợp tử vong do tai nạn.
- Các biên bản và hồ sơ y tế có liên quan trong trường hợp thương tật vĩnh viễn do tai nạn, kết quả giám định thương tật của cơ quan/hội đồng giám định y khoa được Công ty chấp nhận.

Các yêu cầu bồi thường nộp sau thời hạn nêu trên sẽ không được Công ty chấp nhận.

- 4.11.2 Nếu chứng từ cần phải nộp có ngôn ngữ khác với tiếng Việt hoặc tiếng Anh thì Người được bảo hiểm và Bên mua bảo hiểm phải tự chịu chi phí dịch thuật và chứng thực các chứng từ đó trước khi nộp cho Công ty cùng với bản chính.
- 4.11.3 Công ty sẽ giải quyết yêu cầu bồi thường trong vòng 15 (mười lăm) ngày làm việc kể từ ngày nhận được đầy đủ các chứng từ theo yêu cầu. Trong trường hợp cần điều tra thêm, Công ty có quyền kéo dài thời gian nhưng không vượt quá 45 (bốn mươi lăm) ngày kể từ ngày Công ty nhận được đầy đủ các chứng từ theo yêu cầu.

4.12 Quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm

4.12.1 Quyền của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm:

- a) Yêu cầu Công ty giải thích các điều kiện, điều khoản bảo hiểm; cấp giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc đơn bảo hiểm.
- b) Yêu cầu Công ty trả tiền bảo hiểm cho Người thụ hưởng hoặc Người được bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm.
- c) 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 chấm dứt 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.
- d) Các quyền khác theo quy định của pháp luật.

4.12.2 Nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm:

- a) Đóng phí bảo hiểm đầy đủ, theo thời hạn và phương thức đã thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm và phù hợp với quy định pháp luật.
- b) Kê khai đầy đủ, trung thực mọi chi tiết có liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm theo yêu cầu của Công ty. Kê khai trung thực và đầy đủ các nội dung trong Giấy yêu cầu bảo hiểm hoặc bất kỳ mẫu đơn nào khác do Công ty cung cấp.
- c) Thông báo ngay cho Công ty biết khi có sự thay đổi về địa chỉ liên lạc, địa chỉ email, số điện thoại của Bên mua bảo hiểm. Công ty sẽ không chịu trách nhiệm về bất kỳ sự không liên lạc được nào do việc thay đổi địa chỉ liên lạc, địa chỉ email, số điện thoại của Bên mua bảo hiểm mà Công ty không được thông báo.
- d) 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. Thông báo ngay cho Công ty biết khi có sự thay đổi về nghề nghiệp của Người được bảo hiểm. Công ty có quyền không chi trả quyền lợi cho bất kỳ chi phí và/hoặc tổn thất nào phát sinh do hoặc có liên quan đến nghề nghiệp của Người được bảo hiểm đã thay đổi mà không có sự chấp nhận bằng văn bản của Công ty.
- e) Thông báo cho Công ty về việc xảy ra sự kiện bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm, cung cấp đầy đủ, trung thực hồ sơ yêu cầu bồi thường.
- f) Cung cấp các giấy ủy quyền cho Công ty thay mặt Người được bảo hiểm đến các Bệnh viện, phòng khám hoặc các cơ quan có liên quan để lấy hồ sơ phục vụ công tác thẩm định yêu cầu bồi thường khi Công ty có yêu cầu. Nếu Người được bảo hiểm không hợp tác thì Công ty có quyền không chi trả yêu cầu bồi thường đó.
- g) Áp dụng các biện pháp đề phòng, hạn chế tổn thất theo quy định pháp luật.
- h) Các nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật.

4.13 Quyền và Nghĩa vụ của Công ty

4.13.1 Quyền của Công ty:

- a) Thu phí bảo hiểm theo thoả thuận trong Hợp đồng bảo hiểm;
- b) Yêu cầu Bên mua bảo hiểm cung cấp đầy đủ, trung thực thông tin liên quan đến việc giao kết và thực hiện Hợp đồng bảo hiểm;
- c) Từ chối trả tiền bảo hiểm cho Người thụ hưởng hoặc 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 quy định tại quy tắc;
- d) Yêu cầu Bên mua bảo hiểm áp dụng các biện pháp đề phòng, hạn chế tổn thất theo quy định của pháp luật;
- e) Các quyền khác theo quy định của pháp luật.

4.13.2 Nghĩa vụ của doanh nghiệp bảo hiểm

- a) Giải thích cho Bên mua bảo hiểm về các điều kiện, điều khoản bảo hiểm; quyền, nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm.
- b) Cấp cho Bên mua bảo hiểm Hợp đồng bảo hiểm, giấy chứng nhận bảo hiểm, đơn bảo hiểm.
- c) Trả tiền bảo hiểm cho Người thụ hưởng hoặc Người được bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm theo thoả thuận trong Hợp đồng bảo hiểm.
- d) Giải thích bằng văn bản lý do từ chối trả tiền bảo hiểm.
- e) Các nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật.

4.14 Giải quyết tranh chấp

Mọi tranh chấp phát sinh liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm sẽ được hai bên giải quyết bằng thương lượng. Trường hợp hai bên không thể giải quyết được bằng thương lượng thì tranh chấp sẽ được giải quyết ở tòa án có thẩm quyền của Việt Nam và theo luật pháp Việt Nam (mọi chi phí liên quan đến tòa án cũng như ai trả sẽ do tòa án quyết định). Thời hạn khởi kiện là 3 (ba) năm kể từ ngày phát sinh tranh chấp.