

Bảo Việt InterCare

Ban hành kèm theo Bộ quy tắc bảo hiểm InterCare ban hành kèm theo công văn số 6608/QĐ - BHBV ngày 21 tháng 09 năm 2017 của Tổng Công ty Bảo hiểm Bảo Việt đính kèm.

Quy tắc Bảo hiểm

- I. Thuật ngữ**
- II. Điều khoản bảo hiểm chính**
- III. Điều khoản bảo hiểm bổ sung**
- IV. Những điểm loại trừ chung**
- V. Điều kiện chung**
- VI. Thủ tục bồi thường**
- VII. Vận chuyển y tế cấp cứu và hồi hương**

I. THUẬT NGỮ

Những từ ngữ được sử dụng dưới đây sẽ có nghĩa tương ứng như sau:

Công ty Bảo hiểm

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

Công ty cứu trợ do Bảo Việt chỉ định

Là công ty cứu trợ quốc tế do BẢOVIỆT ủy quyền thực hiện các dịch vụ cứu trợ y tế và hồi hương.

Người được bảo hiểm

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

Người yêu cầu bảo hiểm

Là một tổ chức đối với hợp đồng doanh nghiệp hoặc là người đại diện như bố/mẹ cho những người phụ thuộc là con dưới 18 tuổi; hoặc vợ/chồng, con của Người được bảo hiểm đủ 18 tuổi trở lên đứng ra yêu cầu và ký kết Hợp đồng bảo hiểm với BẢOVIỆT và nộp phí bảo hiểm.

Người phụ thuộc

Vợ, chồng kết hôn hợp pháp và con chưa kết hôn (bao gồm con ruột, con ngoài giá thú, con riêng của vợ hoặc chồng, con nuôi được nhận nuôi hợp pháp). Con cái là những người từ 15 ngày tuổi đến 18 tuổi hoặc đến 24 tuổi nếu đang theo học các khóa học dài hạn toàn thời gian, chưa kết hôn và sống phụ thuộc vào Người được bảo hiểm.

Tất cả những người phụ thuộc phải có tên trong hợp đồng bảo hiểm như Người được bảo hiểm và chỉ được tham gia bảo hiểm với quyền lợi tương đương hoặc thấp hơn chủ hợp đồng. Đối tượng người được bảo hiểm dưới 18 tuổi, yêu cầu phải tham gia cùng bố/mẹ và cùng chương trình chính và Sửa đổi bổ sung.

Người thụ hưởng

Là cá nhân, hoặc nhóm cá nhân được người yêu cầu bảo hiểm / 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 bảo hiểm, Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm và trong Giấy chứng nhận bảo hiểm /Hợp đồng bảo hiểm. Trường hợp không có chỉ định người thụ hưởng BẢOVIỆT sẽ giải

quyết theo các quy định về Thừa kế của Bộ Luật Dân sự.

Tuổi được bảo hiểm

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

Hợp đồng nhóm

Là hợp đồng gồm ít nhất 3 nhân viên của cùng một Công ty/tổ chức tham gia các quyền lợi bảo hiểm giống nhau, do Công ty/tổ chức đó đứng tên là chủ Hợp đồng.

Hợp đồng bảo hiểm

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

Tổng hạn mức quyền lợi bảo hiểm/Số tiền bảo hiểm

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

Giới hạn phụ

Là giới hạn bồi thường tối đa cho mỗi hạng mục được quy định chi tiết trong Bảng quyền lợi bảo hiểm. Tuy nhiên tổng các giới hạn chi tiết không vượt quá số tiền bảo hiểm tối đa của mỗi chương trình.

Ngày hiệu lực bảo hiểm

Bảo hiểm có hiệu lực từ 00h:01 sáng ngày bắt đầu bảo hiểm lần đầu tiên hoặc ngày tái tục của Hợp đồng bảo hiểm và được kết thúc vào 23h:59 ngày hết hạn bảo hiểm được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc Hợp đồng bảo hiểm. Hiệu lực bảo hiểm chỉ được coi là liên tục trong trường hợp Người được bảo hiểm thực hiện tái tục Hợp đồng vào ngày hoặc trước ngày hết hạn hiệu lực của Hợp đồng cũ.

Thời hạn bảo hiểm

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

Thời gian chờ

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

Quốc gia gốc/Quê quán

Là quốc gia mà Người được bảo hiểm sinh ra hoặc đăng ký quốc tịch.

Nơi cư trú

Bất kỳ thành phố hay tỉnh nào ở Việt nam nơi mà Người được bảo hiểm khai trong Giấy yêu cầu bảo hiểm hoặc được chấp thuận và ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hay Hợp đồng bảo hiểm.

Vùng bảo hiểm

Là phạm vi lãnh thổ như qui định trong Bảng Quyền lợi bảo hiểm, bao gồm nơi Người được bảo hiểm có thể được vận chuyển tới khi cần cấp cứu khẩn cấp khi những điều trị cần thiết không thể có được tại nơi tình trạng khẩn cấp đó xảy ra và là nơi những chi phí y tế hợp lý và cần thiết do Người được bảo hiểm phát sinh có thể được xét bồi thường theo Đơn bảo hiểm này.

Tai nạn

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 diễn ra trong thời hạn bảo hiểm dẫn đến thương tật thân thể cho Người được bảo hiểm và xảy ra ngoài sự kiểm soát của Người được bảo hiểm.

Thương tật thân thể

Thương tật do tai nạn gây ra trong thời hạn hiệu lực bảo hiểm dẫn đến Người được bảo hiểm bị thương tật.

Thương tật bộ phận

vĩnh viễn

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

Thương tật/tàn tật toàn bộ vĩnh viễn

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

Ôm đau, bệnh tật

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

Cấp tính

Tình trạng bệnh khởi phát nhanh, tồn tại trong khoảng thời gian ngắn và được xác định có thể chữa khỏi.

Mãn tính

Là tình trạng mà theo ý kiến bác sĩ được phép hành nghề như bác sĩ đa khoa, chuyên khoa hay cổ vấn y tế coi là bệnh phát triển, tồn tại và không có khả năng chữa khỏi.

Bệnh/thương tật có sẵn

Bất kỳ một tình trạng sức khỏe nào của Người được bảo hiểm tồn tại trước ngày hiệu lực hợp đồng dù đã được chẩn đoán; hoặc đã xuất hiện triệu chứng khiến cho một người bình thường phải đi khám, điều trị; hoặc do có tình trạng đó mà chuyên gia y tế đã khuyên Người được bảo hiểm cần phải điều trị bất kể là Người được bảo hiểm đã thực sự được điều trị hay chưa.

Bệnh đặc biệt:

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

- a) Bệnh ung thư và u các loại;
- b) Các bệnh liên quan đến tim, viêm gan (A, B, C), tụy, thận, suy phổi;
- c) Các bệnh liên quan đến hệ thống tạo máu bao gồm bệnh suy tủy, bạch cầu cấp, bạch cầu mãn tính;
- d) Bệnh thiếu hooc môn sinh trưởng;
- e) Bệnh đái tháo đường;
- f) Bệnh Parkinson.

AIDS/ HIV

Bảo hiểm cho việc điều trị vi rút HIV(HIV) và các bệnh có liên quan kể cả Hội chứng suy giảm miễn dịch (AIDS), các biến chứng của bệnh và tất cả các bệnh/căn bệnh do Virut HIV gây ra và / hoặc có liên quan tới HIV, kể cả các kết quả điều trị phát sinh mà xảy ra trong thời gian hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm, bao gồm (các) năm tái tục và xuất hiện sau khi hợp đồng liên tục năm (05) năm kể từ ngày hiệu lực đầu tiên. Quyền lợi bảo hiểm này được tính ở cả (các) giới hạn hàng năm và phụ thuộc vào giới hạn phụ bằng 10% của (các) giới hạn bảo hiểm hàng năm/ tuổi thọ/ Người được bảo hiểm.

Bệnh/Dị tật bẩm sinh

Là bất kỳ bệnh nào được hình thành trên thai nhi trong quá trình mang thai của người mẹ dưới tác động của yếu tố môi trường lên sự phát triển của thai nhi và có thể được cơ quan y tế mô tả dưới nhiều tên gọi khác nhau như “bệnh bẩm sinh, dị tật bẩm sinh, khuyết tật bẩm sinh và bất thường của Nhiễm sắc thể”. Việc xác định tình trạng bệnh bẩm sinh phải do bác sĩ thực hiện.

Bệnh di truyền

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

Điều trị tại phòng/khoa cấp cứu

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

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

Tình trạng nguy kịch

Có nghĩa là tình trạng sức khỏe mà theo ý kiến của Công ty cứu trợ và/hoặc BẢOVIỆT là một tình trạng sức khỏe nguy kịch cần phải điều trị khẩn cấp để tránh tử vong hay ảnh hưởng nghiêm trọng tới tình trạng sức khỏe lâu dài hoặc hiện tại. Sự nguy kịch sẽ được xét đoán theo hoàn cảnh của địa phương, bản chất của điều trị khẩn cấp và khả năng cung cấp dịch vụ cũng như cơ sở vật chất tại địa phương đó.

Bệnh viện

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

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

Phòng khám

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

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

Hệ thống bảo lãnh viện phí

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

Nằm viện

Là việc bệnh nhân phải lưu trú tại bệnh viện ít nhất là 24 giờ hoặc **qua đêm** để điều trị. Trong trường hợp bệnh viện không cấp được Giấy nhập viện hoặc xuất viện, hồ sơ y tế hoặc hóa đơn chi trả thể hiện rõ thời gian điều trị sẽ được coi

như chứng từ thay thế. Đơn vị ngày nằm viện được tính bằng 24h và theo đơn vị giường nằm trong Giấy ra/xuất viện hoặc trong chứng từ viện phí chi tiết. Việc điều trị nội trú chỉ được chấp nhận khi bệnh nhân được thực hiện điều trị tại một bệnh viện như định nghĩa, không phải là phòng khám hay cơ sở điều trị ngoại trú.

Chi phí được chi trả

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

Chi trả toàn bộ

Chi phí mà BẢOVIỆT sẽ chi trả cho Người được bảo hiểm toàn bộ chi phí y tế phát sinh thuộc trách nhiệm bảo hiểm nhưng không vượt quá giới hạn tối đa của mỗi Chương trình trong một thời hạn bảo hiểm.

Chi phí thông lệ & hợp lý

Có nghĩa là những chi phí y tế cần thiết không vượt quá mức chi phí chung của các nhà cung cấp dịch vụ y tế có cùng mức độ trong khu vực, nơi phát sinh những chi phí đó, khi cung cấp các dịch vụ điều trị tương đương hoặc mức độ điều trị, dịch vụ, hay việc cung cấp dịch vụ đối với bệnh tật hoặc thương tật tương tự.

Điều trị trong ngày

Là việc điều trị y tế khi Người được bảo hiểm cần thiết phải nhập viện để điều trị/phẫu thuật có phát sinh chi phí giường bệnh nhưng không lưu lại bệnh viện qua đêm. Giấy ra viện hoặc giấy phát sinh tiền phòng, tiền giường làm cơ sở chi trả

Phẫu thuật

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

Vật tư tiêu hao, vật tư thay thế thông thường

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

Điều trị ngoại trú

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

Lần khám/Điều trị

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

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

Vật lý trị liệu

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

Bác sỹ

Là người 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, hay vợ (chồng), bố mẹ, bố mẹ vợ/chồng hoặc con của Người được bảo hiểm. Một bác sỹ có thể là một bác sỹ chuyên khoa hay cố vấn y tế.

Bác sỹ Chuyên khoa/Cố vấn

Là Bác sỹ (như đã định nghĩa) được cấp giấy phép hành nghề hợp pháp, được đăng ký theo Y pháp phù hợp với Luật pháp của quốc gia và được Luật pháp quốc gia sở tại công nhận là 01 Bác sỹ chuyên khoa/Cố vấn.

Điều trị y tế

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

Thuốc kê theo đơn của bác sỹ

Là những thuốc, dược phẩm được bán và sử dụng theo Đơn của Bác sỹ, theo quy định của pháp luật và không bao gồm thực phẩm chức năng, dược mỹ phẩm, mỹ phẩm, khoáng chất, chế phẩm không nằm trong danh mục thuốc điều trị của Bộ Y tế, thuốc bổ, vitamin. Tuy nhiên, Bảo Việt sẽ xem xét bồi thường thuốc bổ, vitamin tối đa 20% tổng chi phí của cả toa thuốc khi thỏa mãn các điều kiện sau:

- Các loại thuốc bổ và vitamin này được sự chỉ định của Bác sỹ điều trị.

- Hỗ trợ cho việc điều trị bệnh/tai nạn.
- Trong toa thuốc phải có thuốc điều trị đi kèm

Kiểm tra sức khỏe định kỳ

Là những xét nghiệm/ tầm soát được làm khi không có bất cứ triệu chứng lâm sàng nào. Những xét nghiệm này bao gồm cả các hình thức kiểm tra dưới đây, ở một độ tuổi thích hợp để sớm phát hiện các ốm đau/ bệnh tật:

Dấu hiệu sống(huyết áp, mỡ máu, mạch, hô hấp, nhiệt độ...)

Kiểm tra tim mạch

Kiểm tra hệ thần kinh

Tầm soát bệnh ung thư

Kiểm tra phản xạ của trẻ em (đối với các trẻ em từ 0- 6 tuổi)

Quyền lợi này cũng áp dụng cho Tiêm vacxin

Các hoạt động thể thao chuyên nghiệp

Là các hoạt động thể thao mang lại nguồn thu nhập chính và thường xuyên cho Người được bảo hiểm.

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

Là các bộ phận/thiết bị/dụng cụ y tế:

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

Bộ phận giả	Là các bộ phận/thiết bị/chất liệu được làm giả để thay thế cho các bộ phận của cơ thể
Cấy ghép nội tạng	Là việc phẫu thuật để cấy ghép các cơ quan như tim, phổi, gan, tuyến tụy, thận, bao gồm cả tủy xương cho Người được bảo hiểm tiến hành tại một bệnh viện bởi một bác sỹ có bằng cấp được phép thực hiện loại phẫu thuật này. Các chi phí mua cơ quan cấy ghép và toàn bộ các chi phí phát sinh cho người hiến bộ phận cơ thể không được bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này.
Liệu pháp thay thế hooc môn	Liệu pháp thay thế nội tiết tố có nghĩa là bất kỳ dịch vụ tư vấn và thuốc men được cung cấp bởi Bác sỹ tại một cơ sở khám chữa bệnh hợp pháp để chữa trị việc mất cân bằng nội tiết tố liên quan đến các triệu chứng trước và sau mãn kinh
Đồng chi trả	Đồng chi trả là số tiền theo tỷ lệ mà Công ty bảo hiểm, Người được bảo hiểm cùng chi trả khi phát sinh chi phí thuộc phạm vi bảo hiểm của Quy tắc bảo hiểm. Đồng chi trả được tính theo tỷ lệ phần trăm (%) trên tổng số tiền chi phí phát sinh thuộc phạm vi bảo hiểm hoặc trên các mức giới hạn phụ của quyền lợi ngoại trú (hoặc nội trú) tùy theo mức nào thấp hơn thì được áp dụng. Giới hạn chi phí được bảo hiểm sau khi đồng chi trả tối đa bằng giới hạn của mục quyền lợi trong Bảng quyền lợi bảo hiểm.
Người bảo trợ	Là người đã đăng ký là Người bảo trợ trong đơn yêu cầu bảo hiểm của Hợp đồng này/ bố/mẹ có trách nhiệm chi trả học phí cho sinh viên đó cho toàn thời gian học đã đăng ký tại một trường đào tạo ngoài Việt Nam.
Học phí	Là tổng số tiền phí chi trả cho khóa đào tạo đã đăng ký tại tổ chức giáo dục nước ngoài như đã thông báo bằng văn bản bởi tổ chức giáo dục đó(bao gồm phí sử dụng phòng thí nghiệm và các chi phí khác cho việc sử dụng các cơ sở vật chất khi tham gia khóa học nói trên, nhưng không bao gồm các chi phí như sách vở, lưu trú)
Gián đoạn học tập	Là việc người được bảo hiểm bị gián đoạn học tập (trong thời gian hơn 30 ngày) do bị ốm bệnh hoặc tai nạn phải nằm viện thuộc phạm vi bảo hiểm. Trong trường hợp này, BẢOVIỆT sẽ chi trả cho Người được bảo hiểm khoản tiền trợ cấp quy định trên Bảng quyền lợi bảo hiểm do : <ul style="list-style-type: none"> - Học phí học lại mà Người được bảo hiểm phải trả để có thể học lại các kỳ học gián đoạn hoặc - Phần học phí đã bị mất của kỳ học bị gián đoạn

Hỗ trợ giáo dục

Là khoản trợ cấp mà BẢOVIỆT chi trả cho du học sinh /người được bảo hiểm phát sinh trong thời gian du học ở nước ngoài trong trường hợp người bảo trợ là bố/mẹ của Người được bảo hiểm tử vong do tai nạn

Hoạt động khủng bố

Bao gồm các hoạt động mà không giới hạn việc sử dụng lực lượng hoặc bạo lực và/hoặc sự đe dọa của bất kỳ một cá nhân hay một nhóm người, được thực hiện bởi một cá nhân hay nhân danh các tổ chức, Chính phủ, hay phục vụ cho mục đích hay lý do chính trị, tư tưởng tôn giáo hoặc dân tộc bao gồm cả sự gây căng thẳng để gây ảnh hưởng cho bất kỳ Chính phủ hay đặt các nơi và khu vực công cộng trong sự sợ hãi.

II. ĐIỀU KHOẢN CHÍNH: ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ DO ỐM BỆNH/TAI NẠN

Quyền lợi bảo hiểm được đề cập trong Hợp đồng bảo hiểm chi trả cho Người được bảo hiểm trong trường hợp phát sinh các chi phí y tế, chi phí vận chuyển cấp cứu do ốm bệnh/tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm như quy định trong Đơn bảo hiểm này.

Khi nhận được bằng chứng khiếu nại, BẢOVIỆT sẽ chi trả Quyền lợi bảo hiểm thuộc phạm vi Đơn bảo hiểm này căn cứ theo các giới hạn phụ của Đơn bảo hiểm với mức giới hạn tối đa được ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm. Các khoản chi phí trên được giới hạn theo chi phí thực tế, thông lệ, cần thiết và hợp lý.

Đại diện hợp pháp của Người được bảo hiểm có quyền thực hiện thay mặt cho Người được bảo hiểm khi Người được bảo hiểm bị chết hoặc bị mất năng lực pháp lý. Quyền lợi bảo hiểm có thể chi trả cho Người được bảo hiểm hay đại diện hợp pháp của họ, hoặc chuyên viên cũng như người được phép cung cấp dịch vụ điều trị y tế và/hoặc chăm sóc y tế và/hoặc các dịch vụ phục vụ cho Người được bảo hiểm. BẢOVIỆT cũng có thể chỉ định một đại diện thay mặt giải quyết bồi thường cho Người được bảo hiểm.

Dưới đây là chi tiết những Quyền lợi bảo hiểm cơ bản của Đơn bảo hiểm này. Giới hạn về số tiền bảo hiểm được quy định trong Bảng Quyền lợi bảo hiểm.

1. Tiền phòng

BẢOVIỆT sẽ chi trả cho các chi phí tiền phòng trong quá trình điều trị nội trú và điều trị trong ngày, bao gồm tiền ăn theo tiêu chuẩn điều trị (tức là do bệnh viện cung cấp theo tiêu chuẩn phòng nằm của bệnh viện). BẢOVIỆT không chi trả cho các chi phí khác phát sinh như: điện thoại, báo, tiếp khách, mỹ phẩm.

BẢOVIỆT không chi trả quyền lợi bảo hiểm này nếu như về mặt y khoa các điều trị này có thể được điều trị ngoại trú.

BẢOVIỆT không chi trả quyền lợi bảo hiểm này nếu như về mặt y khoa các điều trị này được coi là điều trị ngoại trú.

2. Phòng chăm sóc đặc biệt:

BẢOVIỆT sẽ chi trả cho các chi phí liên quan đến việc chăm sóc bệnh nhân tại các loại phòng chăm sóc đặc biệt ICU (Intensive Care Unit), HDU (High Dependency Unit), CCU (Coronary Care Unit) trong quá trình điều trị nội trú hoặc điều trị trong ngày.

3. Giường cho người nhà

Chỗ ở tại bệnh viện đối với cha mẹ là người giám hộ hợp pháp lưu lại cùng với Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi, đã nhập viện điều trị nội trú tại một Bệnh viện. Quyền lợi này chỉ áp dụng cho bố hoặc mẹ/ người giám hộ mỗi tối khi trẻ điều trị nội trú tại bệnh viện, với điều kiện là trẻ đang được bảo hiểm theo Chương trình bảo hiểm

4. Các chi phí bệnh viện tổng hợp

Nếu Người được bảo hiểm phải nằm viện, BẢOVIỆT sẽ chi trả cho Người được bảo hiểm những chi phí về dịch vụ y tế hay được phẩm cung cấp bởi bệnh viện, bao gồm nhưng không giới hạn cho các chi phí sau:

- a) Thuốc và dược phẩm sử dụng trong khi nằm viện;
- b) Băng, nẹp thông thường và bột;
- c) Xét nghiệm;
- d) Điện tâm đồ;
- e) Xét nghiệm chuyên hoá cơ bản;
- f) Vật lý trị liệu;
- g) Liệu pháp X-quang, liệu pháp radi; radi và đồng vị;
- h) X-quang;
- i) Tiêm truyền tĩnh mạch;
- j) Chi phí hành chính và chi phí máu, huyết tương.

Các chi phí xét nghiệm hoặc chẩn đoán bằng hình ảnh như X-quang, MRI, CT, PET hoặc tương tự

Các chi phí này phải do bác sĩ chỉ định là biện pháp tối cần thiết để đánh giá tình trạng bệnh hoặc thương tật và phải là một phần của chi phí điều trị nằm viện.

BẢOVIỆT sẽ chi trả cho chi phí trị liệu như vật lý trị liệu do bác sĩ chỉ định nếu những chi phí này là cần thiết trong quá trình điều trị nằm viện.

5. Khám trước khi nhập viện

BẢOVIỆT sẽ chi trả các dịch vụ thăm khám, chẩn đoán, xét nghiệm cần thiết và liên quan trực tiếp đến bệnh hoặc thương tật của Người được bảo hiểm cần được thực hiện điều trị nằm viện ngay sau đó, và những chẩn đoán này là cơ sở trực tiếp để bác sĩ kết luận việc điều trị nằm viện là cần thiết. Việc thăm khám, chẩn đoán như vậy không vượt quá 30 ngày trước khi nhập viện điều trị.

6. Điều trị sau khi xuất viện

BẢOVIỆT sẽ chi trả cho các chi phí điều trị ngay sau khi xuất viện theo chỉ định của bác sĩ cho một bệnh hay thương tật Người được bảo hiểm đã phải điều trị nằm viện, bao gồm: tái khám, các xét nghiệm, tiền thuốc và dược sử dụng hoặc thực hiện trong vòng 90 ngày kể từ ngày xuất viện.

7. Y tá chăm sóc tại nhà

BẢOVIỆT sẽ chi trả chi phí cho các dịch vụ chăm sóc y tế của một y tá được cấp giấy phép hành nghề hợp pháp cho Người được bảo hiểm được hưởng ngay sau khi rời bệnh viện tại nơi ở của Người được bảo hiểm, thực hiện theo chỉ định của bác sĩ điều trị vì những lý do đặc thù của ngành y. Thời hạn điều trị được giới hạn tối đa không quá số ngày quy định trong Bản Quyền lợi bảo hiểm và sau khi được điều trị tối thiểu là 7 ngày tại bệnh viện.

8. Chi phí phẫu thuật

BẢO VIỆT sẽ chi trả các chi phí y tế liên quan đến một ca phẫu thuật nội trú hoặc phẫu thuật trong ngày như định nghĩa, bao gồm chi phí thuốc men, vật tư tiêu hao, các thiết bị cần thiết không nằm trong điểm loại trừ, các thủ thuật /phẫu thuật, phòng mổ, phẫu thuật viên, các chi phí gây mê và các chi phí thông thường cho các chẩn đoán trước khi mổ và hồi sức sau khi mổ, chi phí tái mổ. Chi phí phẫu thuật không bao gồm các thủ thuật chẩn đoán bệnh.

9. Cấy ghép nội tạng

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

10. Chi phí hội chẩn chuyên khoa

Bảo Việt sẽ trả chi phí khám chuyên khoa trong thời gian điều trị nội trú theo giới hạn một lần khám một ngày, 90 ngày/năm theo mức giới hạn phụ được ghi trong Bảng quyền lợi bảo hiểm.

11. Chi phí cấp cứu do ốm bệnh /tai nạn khẩn cấp

Bảo Việt sẽ trả những chi phí điều trị tiến hành trong vòng 24 giờ tại phòng khám cấp cứu của bệnh viện cho việc cấp cứu do tai nạn hoặc ốm bệnh khẩn cấp theo định nghĩa Phòng Điều trị cấp cứu. Giới hạn bảo hiểm được ghi rõ trong Bảng quyền lợi bảo hiểm

12. Điều trị thai sản cấp cứu do tai nạn

Nếu Người được bảo hiểm bị tai nạn dẫn đến thương tổn đối với bà mẹ hoặc thai nhi cần phải điều trị cấp cứu thì BẢO VIỆT sẽ chi trả những chi phí thực tế phát sinh, hợp lý và cần thiết cho những điều trị đó nhưng tối đa không vượt quá mức giới hạn phụ qui định trong Bảng quyền lợi bảo hiểm. Tuy nhiên, quyền lợi này loại trừ mọi chi phí liên quan đến việc sinh nở và hậu quả của tai nạn (như dưỡng thai v.v...)

13. Chi phí cấp cứu tai nạn răng khẩn cấp

Nếu Người được bảo hiểm bị tai nạn dẫn đến thương tổn đối với răng tự nhiên chắc khỏe cần phải điều trị răng khẩn cấp tại bệnh viện trong vòng hai tư (24) tiếng kể từ khi tai nạn xảy ra, thì BẢO VIỆT sẽ chi trả những chi phí hợp lý cần thiết cho những điều trị đó nhưng tối đa không vượt quá mức giới hạn phụ qui định trong Bảng quyền lợi bảo hiểm.

Răng tự nhiên chắc khỏe tức là răng không phải răng giả, không bị sâu, không bị trám nhiều hơn 2 mặt răng, không bị yếu, lung lay do các bệnh về nướu, không bị mất chân răng hoặc đang phải chữa tủy.

Điều trị tai nạn về răng không bao gồm việc trồng răng hoặc thay răng giả.

14. Chi phí vận chuyển trong trường hợp khẩn cấp

Bảo Việt sẽ chi trả cho chi phí vận chuyển bằng xe cứu thương trong trường hợp khẩn cấp để đưa Người được bảo hiểm từ nơi xảy ra sự cố đến cơ sở y tế gần nhất, hoặc chuyển từ bệnh viện này sang bệnh viện khác có sự chỉ định của Bác sĩ.

Giới hạn của quyền lợi này được quy định trong Bảng quyền lợi.

15. Vận chuyển y tế cấp cứu và hồi hương

Chi tiết tại mục VII Quy tắc bảo hiểm

16. Trợ cấp thăm bệnh

Một người thân của Người được bảo hiểm đến thăm Người được bảo hiểm đang đi du lịch hoặc công tác học tập một mình phải nằm viện và tiến hành phẫu thuật ngoài Quê quán hoặc nước thường trú trong thời gian quá 7 ngày liên tục với điều kiện có sự chấp thuận của BẢOVIỆT.

17. Rối loạn tâm thần cấp tính

BẢOVIỆT sẽ chi trả các chi phí y tế liên quan đến việc điều trị nội trú tại một bệnh viện có chức năng điều trị tâm thần đối với những tình huống Người được bảo hiểm bị rối loạn tâm thần cấp tính. Tất cả việc điều trị phải được sự giám sát của bác sĩ chuyên khoa tâm thần, tuy nhiên, đơn bảo hiểm này vẫn chi trả cho lần đi khám ban đầu với bác sĩ không chuyên khoa.

18. Trợ cấp nằm viện

BẢOVIỆT sẽ chi trả số tiền ghi trên bản quyền lợi bảo hiểm cho mỗi ngày nằm viện điều trị nội trú qua đêm, tối đa 20 đêm/thời hạn bảo hiểm.

19. Giới hạn bảo hiểm cả đời

Là giới hạn tối đa số tiền bảo hiểm chi trả cho Người được bảo hiểm ghi trong Bảng quyền lợi bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm/ hợp đồng bảo hiểm trong suốt cuộc đời kể từ khi phát sinh hiệu lực bảo hiểm tới khi người được bảo hiểm tử vong hoặc hợp đồng bảo hiểm chấm dứt hiệu lực.

III. ĐIỀU KHOẢN BẢO HIỂM BỔ SUNG

ĐIỀU KHOẢN BỔ SUNG 1: ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ DO ỐM BỆNH/TAI NẠN

Quyền lợi bổ sung này mở rộng chi trả cho các chi phí điều trị ngoại trú do ốm bệnh/tai nạn sau đây:

1. Chi phí khám bệnh.
2. Tiền thuốc theo kê đơn của bác sĩ.
3. Chi phí xét nghiệm, chẩn đoán và điều trị bệnh do bác sĩ chỉ định.
4. Dụng cụ y tế cần thiết cho việc điều trị gãy chi, thương tật (như băng, nẹp) do bác sĩ chỉ định.
5. Điều trị bằng các phương pháp vật lý trị liệu, trị liệu học bức xạ, nhiệt, liệu pháp ánh sáng do bác sĩ chỉ định.
6. Kiểm tra sức khỏe định kỳ/ tiêm vaccin

Ngoại trú - OP	Select	Essential	Classic	Gold	Diamond
Giới hạn trách nhiệm tối đa cho một thời hạn bảo hiểm	31.500.000	63.000.000	84.000.000	105.000.000	168.000.000
Phạm vi lãnh thổ	Vùng 1	Vùng 2	Vùng 3	Vùng 4	Vùng 5
<ul style="list-style-type: none"> • Chi phí khám bệnh. • Chi phí thuốc men. • Chi phí xét nghiệm, chẩn đoán và điều trị bệnh. 	3.200.000 /lần khám	5.000.000 /lần khám	6.700.000 /lần khám	7.300.000 /lần khám	11.800.000 /lần khám

<ul style="list-style-type: none"> • Dụng cụ y tế cần thiết cho việc điều trị gãy chi, thương tật (như băng, nẹp) và phương tiện trợ giúp cho việc đi bộ do bác sĩ chỉ định. • Điều trị bằng các phương pháp vật lý trị liệu, trị liệu học bức xạ, nhiệt, liệu pháp ánh sáng do bác sĩ chỉ định 					
<ul style="list-style-type: none"> • Kiểm tra sức khỏe định kỳ/ tiêm vacxin/năm 	Không	Không	Không	2.000.000	3.000.000

ĐIỀU KHOẢN BỔ SUNG 2: THAI SẢN VÀ SINH ĐẸ

(Áp dụng cho phụ nữ có độ tuổi từ 18 đến 45)

Đơn vị: VND

MA	Select	Essential	Classic	Gold	Diamond
Mức bảo hiểm tối đa	21.000.000	31.500.000	63.000.000	84.000.000	105.000.000

Quyền lợi:

a) Biến chứng thai sản và sinh khó

BẢOVIỆT sẽ chi trả các chi phí y tế phát sinh do các biến chứng trong quá trình mang thai, hoặc trong quá trình sinh nở cần đến các thủ thuật sản khoa, các chi phí chăm sóc mẹ trước và sau khi sinh tại bệnh viện. Thủ thuật sinh mổ chỉ được bảo hiểm nếu do bác sĩ chỉ định là cần thiết cho ca sinh đó, không bao gồm việc sinh mổ theo yêu cầu (hoặc phải mổ lại do việc yêu cầu mổ trước đó). Biến chứng thai sản và sinh khó bao gồm và không giới hạn trong các trường hợp sau:

- Sảy thai hoặc thai nhi chết trong tử cung;
- Mang thai trứng nước;
- Thai ngoài tử cung;
- Băng huyết sau khi sinh;
- Sốt nhau thai trong tử cung sau khi sinh;
- Phá thai do điều trị bao gồm các trường hợp phá thai do các bệnh lý di truyền/ dị tật bẩm sinh của thai nhi hoặc phải phá thai để bảo vệ tính mạng của người mẹ;
- Dọa sinh non;
- Sinh khó;
- Biến chứng của các nguyên nhân trên.

b) Sinh thường

BẢOVIỆT sẽ chi trả các chi phí y tế phát sinh cho việc Sinh thường bao gồm và không giới hạn trong các chi phí: đỡ đẻ, viện phí tổng hợp, bác sĩ chuyên khoa, chăm sóc mẹ trước và sau khi sinh tại bệnh viện, chi phí may thắm mỹ đường rạch.

Thời gian chờ:

Đối với sinh nở

Trường hợp cá nhân: Quyền lợi này được chi trả với điều kiện sau 635 ngày kể từ ngày có hiệu lực của hợp đồng.

Trường hợp hợp đồng nhóm: Quyền lợi này được chi trả sau 365 ngày kể từ ngày có hiệu lực của hợp

đồng.

Đối với biến chứng thai sản: Quyền lợi này được chi trả sau 90 ngày kể từ ngày có hiệu lực của hợp đồng, áp dụng cho tất cả các đối tượng

Lưu ý: Các chi phí sinh mổ trọn gói phát sinh tại các bệnh viện phụ sản Hà nội, phụ sản TW và bệnh viện công(nếu phát sinh tương tự) được chi trả toàn bộ bao gồm cả trường hợp không bóc tách được bằng kê chi tiết từ các bệnh viện này.

ĐIỀU KHOẢN BỔ SUNG 3: BẢO HIỂM NHA KHOA (DC)

Đơn vị: VND

Bảo hiểm Nha khoa- DC	Select	Essential	Classic	Gold	Diamond
Mức bảo hiểm tối đa	21.000.000	21.000.000	31.500.000	31.500.000	31.500.000
Vùng bảo hiểm	Vùng 1	Vùng 2	Vùng 3	Vùng 4	Vùng 5
Quyền lợi: 1. Các chi chăm sóc răng thông thường ➤ Khám và chẩn đoán bệnh ➤ Lấy cao răng	Kiểm tra răng định kỳ (bao gồm cao vôi và đánh bóng) 1.000.000/năm	Kiểm tra răng định kỳ (bao gồm cao vôi và đánh bóng) 1.000.000/năm	Kiểm tra răng định kỳ (bao gồm cao vôi và đánh bóng) 2.000.000/năm	Kiểm tra răng định kỳ (bao gồm cao vôi và đánh bóng) 2.000.000/năm	Kiểm tra răng định kỳ (bao gồm cao vôi và đánh bóng) 2.000.000/năm
2. Các chi phí điều trị răng ➤ Trám răng bằng các chất liệu thông thường (amalgam hoặc composite) ➤ Nhổ răng sâu. ➤ Nhổ những răng bị ảnh hưởng, răng bị phủ nướu hoặc không thể mọc được ➤ Nhổ chân răng ➤ Lấy u vôi răng (lấy vôi răng sâu dưới nướu) ➤ Phẫu thuật cắt chóp răng ➤ Chữa tủy răng ➤ Điều trị viêm nướu, viêm nha chu	Toàn bộ đến Số Tiền Bảo Hiểm	Toàn bộ đến Số Tiền Bảo Hiểm	Toàn bộ đến Số Tiền Bảo Hiểm	Toàn bộ đến Số Tiền Bảo Hiểm	Toàn bộ đến Số Tiền Bảo Hiểm
3. Các chi phí điều trị răng đặc biệt, làm răng giả ➤ Làm mới hoặc sửa cầu răng,	Tự bảo hiểm 50%	Tự bảo hiểm 50%	Tự bảo hiểm 50%	Tự bảo hiểm 50%	Tự bảo hiểm 50%

phủ chóp răng, răng giả					
-------------------------	--	--	--	--	--

ĐIỀU KHOẢN BỔ SUNG 4 : TAI NẠN CÁ NHÂN (PA)

Quyền lợi bổ sung này sẽ bồi thường trong trường hợp Người được bảo hiểm tử vong hoặc thương tật vĩnh viễn do tai nạn xảy ra trong vòng 24 giờ trong ngày.

Quyền lợi bảo hiểm sẽ được chi trả theo Bảng tỷ lệ thương tật dưới đây:

Thương tật thân thể bất ngờ dẫn tới	% số tiền bảo hiểm
Chết	100%
Thương tật toàn bộ vĩnh viễn : <ul style="list-style-type: none"> - Mù hoàn toàn và không thể phục hồi cả hai mắt - Rối loạn tâm thần hoàn toàn và không thể chữa được - Mất hai cánh tay hoặc hai bàn tay - Mất một cánh tay và một bàn chân hoặc một cánh tay và một cẳng chân hoặc một bàn tay và một bàn chân - Mất hai cẳng chân hoặc hai bàn chân.. 	100%
Thương tật bộ phận vĩnh viễn <ul style="list-style-type: none"> - Điếc hoàn toàn và vĩnh viễn cả hai tai - Điếc hoàn toàn và vĩnh viễn một tai - Mất tiếng hoàn toàn (Câm) - Mất hoàn toàn và vĩnh viễn thị lực của một mắt 	70% 20% 50% 50%
Mất do cắt bỏ hoặc mất hoàn toàn và vĩnh viễn khả năng sử dụng của: <ul style="list-style-type: none"> - Một tay từ bả vai - Một chân từ háng - Cả hai đốt ngón chân cái - Một đốt ngón chân cái - Bất kỳ ngón chân nào khác - Cả hai đốt ngón tay cái - Một đốt ngón tay cái - Ngón tay trở - Ngón tay giữa - Ngón nhẫn hoặc ngón út - Phẫu thuật tháo bỏ hàm dưới - Mất một phần ngón tay 	50% 50% 10% 03% 02% 25% 10% 15% 10% 08% 25%
- Trường hợp thương tật bộ phận vĩnh viễn của chi không được ghi trong bảng này	Số tiền được trả cho đốt ngón tay bị mất bằng 1/3 tỷ lệ quy định ở trên đối với ngón tay liên quan. Số tiền được trả sẽ được xác định theo mức độ nghiêm trọng của thương tật này đối với những trường hợp thực tế khác được nêu trên.

Quyền lợi bảo hiểm sẽ được chi trả trong trường hợp Người được bảo hiểm bị chết hoặc thương tật vĩnh viễn do tai nạn xảy ra trong vòng 24 tháng kể từ ngày tai nạn với điều kiện là nguyên nhân gây ra chết hoặc thương tật đó phải phát sinh trong thời hạn bảo hiểm.

Loại trừ áp dụng cho quyền lợi tai nạn cá nhân:

BÁOVIỆT không chịu trách nhiệm trả tiền bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm tham gia bất kỳ hoạt động có tính chất nguy hiểm liệt kê dưới đây và cá rủi ro gây ra bởi: Sóng thần, núi lửa hoặc động đất.

a. Lặn dưới nước có sử dụng thiết bị lặn.	f. Phóng lao
b. Đắm bốc	g. Hockey trên băng
c. Leo núi (có dây leo)	h. Nhảy dù
d. Môn thể thao bay lượn	i. Đua các loại.
e. Du thuyền buồm cách xa bờ biển 5 km.	j. Đua ngựa vượt rào.
	k. Môn nhào lượn trên không.

ĐIỀU KHOẢN BỔ SUNG 5: BẢO HIỂM SINH MANG (TL)

a) Phạm vi bảo hiểm:

Bảo hiểm trường hợp tử vong hoặc tàn tật toàn bộ vĩnh viễn do mọi nguyên nhân trừ nguyên nhân do tai nạn và các điểm loại trừ quy định trong Đơn bảo hiểm này xảy ra trong thời hạn bảo hiểm trừ những điểm loại trừ Đơn bảo hiểm này.

b) Hiệu lực bảo hiểm:

Đối với trường hợp tử vong do bệnh thông thường: Bảo hiểm có hiệu lực sau 90 ngày kể từ ngày đóng phí bảo hiểm (trừ khi có thỏa thuận khác). Đối với hợp đồng bảo hiểm tái tục liên tục mặc nhiên có hiệu lực ngay sau khi Người tham gia bảo hiểm đóng phí cho kỳ tiếp theo.

Đối với những trường hợp tử vong do bệnh đặc biệt/bệnh có sẵn/bệnh loại trừ trong mục số 2 của Điều khoản loại trừ chung/ thai sản: bảo hiểm chỉ có hiệu lực đối với Người được bảo hiểm tham gia theo hợp đồng liên tục từ năm bảo hiểm thứ hai trở đi.

Quyền lợi này không áp dụng đối với Người được bảo hiểm từ 70 tuổi trở lên.

c) Quyền lợi bảo hiểm:

Trường hợp Người được bảo hiểm bị tử vong hoặc tàn tật toàn bộ vĩnh viễn thuộc phạm vi bảo hiểm, BẢOVIỆT trả toàn bộ số tiền bảo hiểm ghi trên giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc Hợp đồng bảo hiểm.

ĐIỀU KHOẢN BỔ SUNG 6: BẢO HIỂM HỖ TRỢ DU HỌC SINH (OSP)

Điều khoản này mở rộng hỗ trợ bảo hiểm cho các đối tượng du học sinh là Người được bảo hiểm trong các trường hợp sau:

a, Gián đoạn học tập: Khi quyền lợi này là một phần của hợp đồng bảo hiểm và nếu trong thời hạn bảo hiểm, việc học của Người được bảo hiểm bị gián đoạn hơn 30 ngày liên tục và hậu quả của việc:

- Người được bảo hiểm phải nằm viện hơn 30 ngày do ốm bệnh hoặc tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm

- Thành viên gia đình như bố, mẹ, anh chị em ruột của Người được bảo hiểm bị tử vong

Bảo Việt sẽ chi trả với mức qui định trên bảng quyền lợi bảo hiểm trong Giấy chứng nhận bảo hiểm trong trường hợp:

- Học phí học lại mà Người được bảo hiểm phải trả để có thể học lại các kỳ học gián đoạn hoặc sau khi bình phục; hoặc
- Phần học phí bị mất của kỳ học bị gián đoạn đã được chi trả trước cho tổ chức đào tạo nước ngoài

Trong trường hợp đòi bồi thường phải có giấy chứng nhận của Bác sỹ về tình trạng mất khả năng và không thể tiếp tục khóa học do ốm bệnh hoặc tai nạn và phải nộp các biên lai/ chứng từ hợp lệ từ tổ chức đào tạo nước ngoài chứng minh khoản học phí học lại hoặc học phí bị mất nói trên và số tiền ghi trên biên lai này sẽ được dùng là cơ sở giải quyết bồi thường theo qui định trong bảng quyền lợi bảo hiểm. Trường hợp thành viên gia đình của NĐBH tử vong yêu cầu nộp Giấy chứng tử và hồ sơ liên quan để phục vụ giải quyết bồi thường.

Bảo hiểm này không bao gồm các trường hợp bị gián đoạn do hoặc gây ra bởi:

- Sự thay đổi kế hoạch của Người được bảo hiểm hoặc thành viên gia đình vì bất kỳ lý do nào;
- Tình trạng tài chính của Người được bảo hiểm và Thành viên gia đình;
- Bất kỳ nghĩa vụ kinh doanh hoặc theo hợp đồng nào của Người được bảo hiểm hoặc Thành viên gia đình;
- Khoản học phí được hoàn trả hoặc được chi trả từ nguồn khác

b, Bảo hiểm người Bảo trợ: Khi quyền lợi này là một phần của hợp đồng bảo hiểm và nếu người bảo trợ của Người được bảo hiểm bị tai nạn hoặc ốm bệnh dẫn đến tử vong hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn, Bảo Việt sẽ chi trả cho Người được bảo hiểm một khoản tiền để hỗ trợ giáo dục và trang trải khi ở nước ngoài theo giới hạn qui định trong bảng quyền lợi bảo hiểm

Ghi chú: Người được bảo hiểm không được đòi bồi thường cùng lúc cho mục a – Gián đoạn học tập và mục b- Bảo hiểm Người Bảo trợ cho cùng một sự kiện

Bảo hiểm phần này sẽ không chi trả cho những tổn thất phát sinh khi người bảo trợ của Người được bảo hiểm tham gia các hoạt động hay nghề nghiệp sau: lặn, hầm mỏ hay các nhân viên làm việc dưới mặt đất; làm việc ở độ cao trên 30m so với mặt đất; xường cưa và xẻ gỗ; công nhân trong các nhà máy chế biến chất nổ, vũ khí, đạn dược, dầu thô, khai thác gaz, dầu mỏ, xi măng, đá, công nhân xây dựng ngoài công trường, khai thác đá, amiăng, năng lượng hạt nhân nguyên tử và nghiên cứu khoa học ngoài không gian

c, Bảo hiểm khủng bố

Các loại khủng bố như định nghĩa trừ khủng bố hạt nhân, hóa học, sinh học nào hoặc bất cứ nguyên nhân hay sự kiện nào khác đóng góp đồng thời hoặc theo một trình tự khác dẫn đến tổn thất

IV. NHỮNG ĐIỂM LOẠI TRỪ CHUNG

(Áp dụng cho toàn bộ Quy tắc bảo hiểm và các Điều khoản bảo hiểm bổ sung)

Những điều trị, các hạng mục, điều kiện, các hoạt động sau đây và các chi phí phát sinh liên quan hay chi phí hậu quả của chúng sẽ bị loại trừ trong Hợp đồng này:

1. Những bệnh / thương tật có sẵn, bệnh đặc biệt như định nghĩa và danh sách các bệnh trong mục số 2 dưới đây sẽ bị loại trừ trong năm đầu tiên bảo hiểm. Loại trừ này sẽ không áp dụng trong những trường hợp sau đây:
 - Đơn bảo hiểm nhóm từ 20 người trở lên.
 - Những trường hợp tham gia bảo hiểm cá nhân và gia đình đã tham gia theo Đơn bảo hiểm này được 12 tháng liên tục, thì bệnh đặc biệt, bệnh /thương tật có sẵn sẽ được chấp nhận bồi thường theo giới hạn ở Bảng Quyền lợi bảo hiểm...
2. Danh sách các bệnh không được bảo hiểm trong năm đầu tiên đối với tất cả các quyền lợi bảo hiểm: Nạo VA, Phẫu thuật/cắt amidan, phẫu thuật vẹo vách ngăn, rối loạn tiền đình, hen/suyễn, phẫu thuật viêm tai giữa, viêm xoang, thoái hóa đốt sống/ khớp, phẫu thuật trĩ, thoát vị đĩa đệm, bệnh polip.
3. Dịch vụ khám hoặc điều trị tại nhà không theo kê toa của bác sĩ y khoa (trừ chi phí y tá được qui định trong Bảng quyền lợi bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm này) hoặc điều trị tại các cơ sở điều trị bằng thủy lực, các phương pháp thiên nhiên, spa, massage, điều trị tại viện điều dưỡng, tại viện chăm sóc dài hạn hoặc tại các cơ sở tương tự. Điều trị tại phòng khám không đúng theo định nghĩa và bao gồm cả việc chỉ định của bác sĩ phòng khám này đối với mua thuốc hay xét nghiệm, điều trị tại phòng khám, bệnh viện, nhà thuốc hợp pháp
4. Kiểm tra sức khỏe định kỳ (nội trú hay ngoại trú); kiểm tra sức khỏe tổng quát, tầm soát ung thư kết quả bình thường, giám định y khoa hoặc tư vấn y tế không liên quan đến điều trị ốm đau hoặc thương tật, bao gồm cả kiểm tra phụ khoa/nam khoa; Xét nghiệm định kỳ, khám định kỳ cho trẻ mới sinh, tất cả các hình thức tiêm chủng, vắc-xin và thuốc phòng ngừa (trừ trường hợp tiêm vắc-xin sau khi bị tai nạn hay súc vật, côn trùng cắn). Điều khoản này không áp dụng nếu người được bảo hiểm tham gia quyền lợi khám sức khỏe định kỳ theo điều khoản bổ sung ngoại trú qui định trong bảng quyền lợi bảo hiểm
5. Kiểm tra thị lực, đục thủy tinh thể, thính giác thông thường, lão hóa, thoái hóa, điều trị suy biến tự nhiên/không phải vì lý do bệnh lý của cho việc suy giảm thính thị lực, bao gồm những danh mục liệt kê dưới đây và/hoặc các danh mục khác được liệt kê trong Sửa đổi bổ sung như là một bộ phận đính kèm của Quy tắc/Hợp đồng bảo hiểm như các tật khúc xạ như cận thị, viễn thị và loạn thị và bất kỳ phẫu thuật để phục hồi hiệu chỉnh nào đối với các khuyết tật thoái hóa thính giác và thị giác.
6. **Điều trị răng** (nội trú và ngoại trú), trừ việc điều trị khẩn cấp để phục hồi răng lành mạnh tự nhiên bị tổn hại trong một Tai nạn. Răng giả các loại. Điểm loại trừ này sẽ không được áp dụng nếu Người được bảo hiểm lựa chọn tham gia Quyền lợi bổ sung “Bảo hiểm Nha khoa”.

7. Các hình thức điều trị thẩm mỹ, điều trị kiểm soát cân nặng (tăng, giảm cân, bệnh béo phì, còi xương...), nám da (tăng sắc tố da), điều trị chứng rụng tóc, giải phẫu thẩm mỹ hoặc phẫu thuật tạo hình và các hậu quả liên quan trừ khi việc giải phẫu này nhằm tái tạo lại cơ quan bị thương tật do tai nạn/bệnh trong thời hạn bảo hiểm ghi trong Hợp đồng bảo hiểm.
8. Điều trị bệnh rối loạn tâm thần và hành vi, bệnh tâm thần/loạn thần kinh hoặc bệnh chậm phát triển, bệnh rối loạn thiếu tập trung, bệnh tự kỉ, bệnh Alzheimer. Điều trị rối loạn giấc ngủ, mất ngủ, ngủ ngáy không rõ nguyên nhân, suy nhược và hội chứng căng thẳng (stress) hoặc các bệnh có liên quan từ hội chứng đó.
9. Thực hiện các biện pháp kế hoạch hóa gia đình, hậu quả của phá thai do nguyên nhân tâm lý hay xã hội, điều trị vô sinh nam/nữ, thụ tinh nhân tạo, điều trị bất lực/liệt dương, hoặc thay đổi giới tính và bất kỳ hậu quả hay biến chứng nào từ những điều trị trên.
10. Các chi phí liên quan đến thai sản và sinh đẻ, ngoại trừ những biến chứng về thai sản do nguyên nhân tai nạn. Điểm loại trừ này sẽ không được áp dụng nếu Người được bảo hiểm lựa chọn tham gia Quyền lợi bổ sung “Thai sản và sinh đẻ”.
11. Điều trị và/hoặc phẫu thuật cho các bệnh bẩm sinh, bệnh di truyền bao gồm di truyền đột biến gen lặn/dị tật/khuyết tật bẩm sinh, bệnh dị dạng về gen và mọi biến chứng, hậu quả liên quan đến những bệnh này, những chỉ định phẫu thuật có từ trước ngày bắt đầu bảo hiểm; bao gồm những danh mục liệt kê dưới đây và/ hoặc các danh mục được liệt kê trong Sửa đổi bổ sung như là một bộ phận đính kèm của Quy tắc/Hợp đồng bảo hiểm như bệnh tim bẩm sinh, bệnh Down, hở môi, hở hàm ếch, tích nước trong não, hẹp hậu môn, hẹp bao quy đầu, vẹo vách ngăn bẩm sinh.
12. Chi phí để cung cấp, bảo dưỡng, sửa chữa hay thay thế các bộ phận/ thiết bị hỗ trợ điều trị hay bộ phận giả như định nghĩa.

Riêng các thiết bị như máy tạo nhịp tim, khí dung, stent và dụng cụ dao longo phẫu thuật trĩ được bảo hiểm đồng chi trả 70/30 (BẢOVIỆT trả 70%, Người được bảo hiểm tự chi trả 30%)
13. Điều trị suy thận mãn tính, bao gồm các phương pháp thẩm tách (lọc máu nhân tạo).
Tuy nhiên, BẢOVIỆT sẽ trả các chi phí thẩm tách phát sinh:
 - a. Ngay trước và sau phẫu thuật.
 - b. Liên quan tới việc tổn thương thận cấp tính thứ phát khi Người được bảo hiểm phải điều trị tại phòng chăm sóc đặc biệt.
14. Điều trị liên quan đến việc phẫu thuật tái tạo dây chằng (điểm loại trừ này không áp dụng cho trường hợp đã tham gia chương trình bảo hiểm này được 12 tháng liên tục).
15. Điều trị các bệnh lây lan qua đường tình dục như bệnh giang mai, bệnh lậu, rối loạn chức năng sinh dục hay điều trị sinh lý.
16. Hành động cố ý của Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng quyền lợi bảo hiểm.
17. Người được bảo hiểm từ 14 tuổi trở lên vi phạm pháp luật phải thụ án hình sự và/ hoặc vi phạm Luật an toàn giao thông; vi phạm nội quy của cơ quan theo Luật lao động. Người được bảo hiểm điều khiển phương tiện giao thông khi có nồng độ cồn trong máu vượt quá mức quy định của Luật an toàn giao thông và Người được bảo hiểm bị ảnh hưởng bởi rượu, bia hoặc các chất kích thích,

các chất gây nghiện khác là nguyên nhân dẫn đến tai nạn, ốm bệnh phát sinh từ việc lạm dụng hay nghiện các chất kích thích đó.

18. Rủi ro tai nạn xảy ra trong thời hạn bảo hiểm nhưng hậu quả của tai nạn xảy ra ngoài thời hạn bảo hiểm đối với chi phí y tế

19. Người được bảo hiểm đang điều trị cho chứng nghiện rượu, ma túy hoặc sử dụng, lạm dụng hay nghiện bất cứ chất nào và các thương tật, ốm đau phát sinh trực tiếp hay gián tiếp từ việc sử dụng, lạm dụng hay sự nghiện đó.
20. Người được bảo hiểm đánh nhau (trừ phi chứng minh được đó là hành động tự vệ), tham gia thi đấu hay tập luyện các môn thể thao chuyên nghiệp hay bất kỳ các hoạt động đua chuyên nghiệp nào.
21. Các hoạt động hàng không trừ khi là hành khách trên máy bay có giấy phép chở khách. Tham gia các cuộc diễn tập huấn luyện quân sự, tham gia chiến đấu của lực lượng vũ trang.
22. Các chi phí trực tiếp hoặc gián tiếp phát sinh do hậu quả của: chiến tranh, bạo động, xâm lược, hành động thù địch hoặc hoạt động hiếu chiến từ các thế lực thù địch bên ngoài (dù có tuyên bố hay không), nội chiến, nổi loạn, khởi nghĩa khủng bố, cướp chính quyền, bạo động, dân biến, phiến loạn, các hành động quân sự hoặc hành động của bất kỳ người cầm đầu của tổ chức nào nhằm lật đổ, đe dọa Chính quyền, kiểm soát bằng vũ lực, khủng bố hoặc hành động bạo lực.
23. Những rủi ro mang tính chất thảm họa như động đất, núi lửa, sóng thần, nhiễm phóng xạ, dịch bệnh theo công bố của cơ quan có thẩm quyền (bao gồm SARS, H5N1, Ebola).
24. Liệu pháp thay thế hooc-môn trong thời kỳ sinh trưởng hoặc tiền mãn kinh hay mãn kinh ở phụ nữ.
25. Điều trị trực tiếp hay gián tiếp phát sinh do hậu quả của sự nhiễm hóa chất hoặc nhiễm phóng xạ từ các sự phân hạch hay cháy năng lượng hạt nhân, bệnh phổi do hít phải hạt amiăng hoặc bất kỳ các tình trạng liên quan nào.
26. Khám, xét nghiệm, điều trị hoặc sử dụng thuốc không theo chỉ dẫn, không có kết luận chẩn đoán của Y, bác sỹ điều trị. Các loại thuốc đông y không rõ nguồn gốc, các phòng khám chẩn trị đông y tư nhân. Việc điều trị không được khoa học công nhận và các dịch vụ điều trị miễn phí tại bất kỳ bệnh viện nào.
27. Các dịch vụ điều trị ngoại trú trừ những điều trị ngoại trú khẩn cấp phát sinh do tai nạn. Điểm loại trừ này sẽ không được áp dụng nếu Người được bảo hiểm lựa chọn tham gia Quyền lợi bổ sung “Điều trị Ngoại trú”.
28. Điều trị ngoài phạm vi lãnh thổ của chương trình bảo hiểm đã được lựa chọn và kê khai trên Hợp đồng bảo hiểm.
29. Thực phẩm chức năng, khoáng chất, các chất hữu cơ bổ sung cho chế độ dinh dưỡng hoặc phục vụ cho chế độ ăn kiêng có sẵn trong tự nhiên, các sản phẩm dược mỹ phẩm.
30. Các chi phí và điều trị cho đối tượng không đủ điều kiện tham gia bảo hiểm.

V. ĐIỀU KHOẢN CHUNG

1. Hiệu lực bảo hiểm và tái tục Hợp đồng

Hiệu lực bảo hiểm sẽ bắt đầu từ ngày ghi cụ thể trong Hợp đồng bảo hiểm hay Giấy chứng nhận bảo hiểm. Tất cả các khoản phí sẽ được thanh toán vào ngày hoặc trước ngày có hiệu lực (trừ khi có thoả thuận khác) qui định trong Hợp đồng bảo hiểm. Nếu việc thanh toán không được thực hiện thì Hợp đồng Bảo hiểm sẽ bị vô hiệu ngay từ ngày đầu của thời hạn bảo hiểm chưa được thanh toán phí.

Đối với trường hợp Chi phí y tế do ốm bệnh thông thường: sẽ có hiệu lực sau 30 ngày kể từ ngày hiệu lực của hợp đồng

Đối với trường hợp Chi phí y tế do bệnh/ thương tật có sẵn, bệnh đặc biệt, danh sách bệnh không được bảo hiểm tại mục 2 trong điểm loại trừ chung: sẽ có hiệu lực sau 365 ngày kể từ ngày hiệu lực của hợp đồng

Phí bảo hiểm tái tục mỗi năm sẽ thay đổi nếu tại thời điểm tái tục Hợp đồng Người được bảo hiểm chuyển sang nhóm tuổi mới (như đã được phân loại trong Bảng phí). **Tùy tình hình lịch sử bồi thường, Công ty bảo hiểm có quyền điều chỉnh quyền lợi hoặc phí bảo hiểm tái tục.**

Hợp đồng sẽ được ký kết tái tục khi hết hạn phụ thuộc vào quy tắc bảo hiểm tại thời điểm tái tục và các điều kiện đặc biệt mà công ty bảo hiểm áp dụng riêng cho chương trình tái tục của Người được bảo hiểm

2. Chấm dứt Hợp đồng

Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt vào ngày hết hạn đầu tiên sau sinh nhật thứ 70 của Người được bảo hiểm. Tuy nhiên đối với hợp đồng tái tục, thì hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt vào ngày hết hạn đầu tiên sau sinh nhật thứ 75 của Người được bảo hiểm trừ khi có chấp thuận của Bảo Việt bằng văn bản.

Bất kỳ khiếu nại nào thể hiện gian lận hay không trung thực, hoặc nếu có hành vi gian dối hoặc có mưu kế trục lợi bảo hiểm của Người được bảo hiểm hoặc đại diện Người được bảo hiểm về bất cứ phương diện nào nhằm lấy tiền bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này thì Hợp đồng bảo hiểm này sẽ bị hủy bỏ ngay lập tức và Người được bảo hiểm sẽ mất toàn bộ quyền lợi bảo hiểm cũng như phí bảo hiểm.

Đối với hợp đồng bảo hiểm nhóm: Trường hợp Người được bảo hiểm làm việc cho Công ty/tổ chức / đơn vị đứng tên hợp đồng bảo hiểm và người đại diện có yêu cầu chấm dứt bảo hiểm. Yêu cầu phải thông báo bằng văn bản trước 30 ngày, BẢOVIỆT sẽ hoàn lại phí bảo hiểm theo tỷ lệ giữa số ngày còn lại của hợp đồng và số ngày của hợp đồng bảo hiểm với điều kiện chưa có khiếu nại đòi trả tiền bảo hiểm nào xảy ra

Đối với hợp đồng bảo hiểm cá nhân, gia đình: trong trường hợp Người được bảo hiểm yêu cầu chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm vào bất kỳ thời điểm nào và lý do hợp lý với điều kiện chưa có khiếu nại đòi trả tiền bảo hiểm nào xảy ra và phải thông báo bằng văn bản trước 30 ngày. BẢOVIỆT hoàn phí 80% của thời gian còn lại theo biểu phí bảo hiểm ngắn hạn.

3. Thay đổi quyền lợi bảo hiểm

Giới hạn trách nhiệm của các Quyền lợi bảo hiểm chỉ có thể được thay đổi vào thời điểm tái tục hợp đồng. Trường hợp tái tục với Số tiền bảo hiểm cao hơn hoặc tham gia thêm quyền lợi bổ sung so với năm trước phải được sự chấp thuận của BẢOVIỆT và phần chênh lệch về số tiền bảo hiểm cũng như quyền lợi tham

gia thêm mới sẽ không được coi là tái tục liên tục và được áp dụng thời gian chờ theo qui định của Quy tắc bảo hiểm

4. Đối tượng được tham gia bảo hiểm

Tất cả công dân Việt Nam và người nước ngoài sống hợp pháp tại Việt Nam bao gồm cả các đối tượng du học sinh Việt Nam tại nước ngoài có thể đăng ký mua Hợp đồng bảo hiểm này.

Độ tuổi tham gia hợp đồng mới là đến 70 tuổi và đến 75 tuổi cho những trường hợp tái tục.

Người phụ thuộc phải được bảo hiểm theo chương trình thấp hơn hoặc bằng mức quyền lợi bao gồm cả quyền lợi chính và các sửa đổi bổ sung với Người được bảo hiểm chính và phải được Bảo Việt chấp thuận

Trẻ em mới sinh đủ điều kiện tham gia bảo hiểm sau mười lăm (15) ngày tuổi kể từ ngày sinh hay kể từ ngày xuất viện, ngày nào xảy ra sau sẽ được chọn. Người được bảo hiểm phải nộp Giấy yêu cầu bảo hiểm cho đứa trẻ đó cùng với Giấy chứng nhận đứa trẻ ở trong tình trạng sức khỏe tốt và phải được Bảo Việt chấp thuận.

Trẻ em dưới 18 tuổi yêu cầu tham gia cùng bố/mẹ và tham gia chương trình thấp hơn hoặc tương đương với chương trình của chủ hợp đồng bao gồm cả quyền lợi chính và sửa đổi bổ sung.

Bảo Việt sẽ không bảo hiểm cho người bị bệnh tâm thần hoặc bị thương tật vĩnh viễn từ 80% trở lên.

5. Kiểm tra

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

6. Nghĩa vụ và Thông báo thay đổi tình trạng bảo hiểm

Người yêu cầu bảo hiểm/Người được bảo hiểm phải có nghĩa vụ:

- (1) Kê khai trung thực đầy đủ các nội dung trong Giấy yêu cầu bảo hiểm của BẢOVIỆT
- (2) Ủy quyền cho BẢOVIỆT thay mặt Người được bảo hiểm đến bệnh viện sao lưu hồ sơ phục vụ công tác bồi thường.

Người được bảo hiểm phải thông báo ngay lập tức cho Bảo Việt về:

- (1). Bất kỳ thay đổi nào về địa chỉ, nghề nghiệp hay công việc họ đang làm;
- (2). Bất kỳ thương tật, ốm đau, khiếm khuyết hay khuyết tật cơ thể phát sinh cho dù trước khi tham gia bảo hiểm hay sau khi tham gia bảo hiểm
- (3). Bất kỳ loại hình bảo hiểm khác đang có hiệu lực của Người được bảo hiểm

Trường hợp Người yêu cầu bảo hiểm/ Người được bảo hiểm không trung thực và/ hoặc không tuân thủ đúng các quy định trong Quy tắc bảo hiểm này, BẢOVIỆT có quyền từ chối giải quyết bồi thường này hoặc xét điều chỉnh số tiền bồi thường.

7. Biểu phí bảo hiểm ngắn hạn

Phí bảo hiểm ngắn hạn sẽ là:

Thời hạn bảo hiểm không quá 1 tuần	bằng	1/8 phí năm
Thời hạn bảo hiểm không quá 1 tháng	bằng	1/4 phí năm
Thời hạn bảo hiểm không quá 2 tháng	bằng	3/8 phí năm
Thời hạn bảo hiểm không quá 3 tháng	bằng	1/2 phí năm
Thời hạn bảo hiểm không quá 4 tháng	bằng	5/8 phí năm

Thời hạn bảo hiểm không quá 6 tháng	bằng	3/4 phí năm
Thời hạn bảo hiểm không quá 8 tháng	bằng	7/8 phí năm
Thời hạn bảo hiểm hơn 8 tháng	bằng	100% phí năm

8. Lỗi chính tả

Những lỗi chính tả sẽ không làm mất hiệu lực của những Hợp đồng bảo hiểm đang có hiệu lực và ngược lại sẽ không phát huy hiệu lực của những Đơn bảo hiểm không còn hiệu lực.

9. Thông báo chuyển nhượng

BẢOVIỆT sẽ không bị ràng buộc phải chấp nhận hoặc bị ảnh hưởng bởi bất kỳ thông báo chuyển nhượng, thể chấp nào liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm này.

10. Thế quyền đòi bồi thường

Khi nhận tiền bồi thường theo đơn này, Người được bảo hiểm chấp thuận rằng BẢOVIỆT sẽ được thế quyền của Người được bảo hiểm đối với mọi khiếu nại, yêu cầu, kiện tụng, quyền lợi hay đòi bồi hoàn từ các bên thứ ba hay từ các công ty bảo hiểm tới mức độ mà đơn này đã bồi thường.

11. Trọng tài

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

12. Tiến trình tố tụng

Người được bảo hiểm không có quyền kiện BẢOVIỆT trong vòng sáu mươi (60) ngày kể từ khi bằng chứng khiếu nại được cung cấp, hoặc sau thời hạn kết thúc ba mươi (30) ngày kể từ khi BẢOVIỆT có quyết định giải quyết khiếu nại, hoặc sau hai năm kể từ ngày bồi thường được giải quyết.

Các bên đồng ý rằng Luật pháp của nước Cộng Hoà Xã Hội Chủ Nghĩa Việt Nam sẽ điều chỉnh và chi phối tất cả những xung đột và mâu thuẫn giữa các bên liên quan đến Hợp đồng/Quy tắc bảo hiểm này.

13. Thanh toán phí bảo hiểm

Phí bảo hiểm có thể được thanh toán 1 lần cho thời hạn bảo hiểm một năm vào ngày hoặc trước ngày ghi trên Giấy thông báo thu phí của Bảo Việt hoặc Môi giới (trừ trường hợp có thỏa thuận bằng văn bản). Tỷ giá áp dụng là tỷ giá thông dụng của một số Ngân hàng tại thời điểm thanh toán.

Đối với Hợp đồng tái tục, phí bảo hiểm phải được thanh toán theo qui định trong hợp đồng kể từ ngày tái tục Hợp đồng.

Nếu phí bảo hiểm không được thanh toán trong thời gian quy định trên, Giấy chứng nhận Bảo hiểm tạm thời sẽ bị hủy bỏ.

14. Chuyển đổi tiền tệ

Theo điều khoản này, các bên thoả thuận rằng, phí bảo hiểm và tiền bồi thường theo điều khoản điều kiện của Hợp đồng có thể được thanh toán bằng loại tiền tệ khác với loại tiền tệ được thể hiện trên Hợp đồng bảo hiểm với tỷ giá bán của Ngân hàng ngoại thương Việt Nam tại thời điểm thanh toán phí hoặc tại thời điểm nhận tiền bồi thường.

Trong trường hợp điều chỉnh phí bảo hiểm, tỉ giá cũng được áp dụng theo nguyên tắc trên.

Điều khoản chuyển đổi tiền tệ này phải tuân theo luật pháp của nước Cộng Hoà Xã Hội Chủ Nghĩa Việt Nam.

VI. THỦ TỤC BỒI THƯỜNG

I. NGUYÊN TẮC CHUNG:

1. Hồ sơ bồi thường (áp dụng cho tất cả chương trình của Điều khoản chính và bổ sung)

Khi yêu cầu bồi thường, Người được bảo hiểm và/hoặc Người thừa kế hợp pháp phải gửi cho BẢOVIỆT các giấy tờ sau đây bằng Tiếng Anh hoặc Tiếng Việt trong vòng 1 năm từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm hoặc thông báo cho Bảo Việt trong vòng 60 ngày kể từ ngày Người được bảo hiểm điều trị ổn định /hoặc xuất viện/hoặc tử vong:

- **Giấy yêu cầu bồi thường** (theo mẫu của BẢOVIỆT) phải do chính Người được bảo hiểm hoặc Người yêu cầu bồi thường là người thừa kế/người thụ hưởng/người được chỉ định trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Người được ủy quyền hợp pháp của NĐBH kê khai và ký tên (trừ trường hợp trẻ em do bố mẹ/Người giám hộ hợp pháp kê khai). Với trường hợp tham gia công ty cần có chữ ký và con dấu của công ty đứng tên Chủ hợp đồng bảo hiểm (trừ khi có thỏa thuận khác)
- **Trường hợp tai nạn:**
 - a) Tai nạn sinh hoạt: Trong mọi trường hợp, Người được bảo hiểm cần có tường trình tóm tắt về tai nạn sinh hoạt, không yêu cầu xác nhận của công ty/ tổ chức
 - b) Tai nạn lao động: Trong mọi trường hợp, Người được bảo hiểm cần có xác nhận của Công ty/ tổ chức.
 - c) Tai nạn giao thông không phát sinh bên thứ ba: Người được bảo hiểm phải có tường trình tai nạn, không yêu cầu xác nhận của cơ quan công an/ chính quyền địa phương (trừ trường hợp tử vong), Giấy phép lái xe trong trường hợp Người được bảo hiểm bị tai nạn trong khi điều khiển xe cơ giới trên 50cc

Tai nạn giao thông có phát sinh bên thứ ba: Bản tường trình tai nạn theo quy định của pháp luật, hồ sơ giải quyết tai nạn của cơ quan Công an, Giấy phép lái xe trong trường hợp Người được bảo hiểm bị tai nạn trong khi điều khiển xe cơ giới trên 50cc.
- **Các chứng từ liên quan đến việc điều trị và chi phí y tế:** đơn thuốc, sổ khám bệnh, giấy ra viện, phiếu điều trị, phiếu chỉ định xét nghiệm, kết quả xét nghiệm hoặc phiếu chụp liên quan, phiếu mổ (trong trường hợp phải mổ) và các chứng từ liên quan đến điều trị y tế. Trường hợp không cung cấp được bản chính, có thể cung cấp bản photo có xác nhận sao y của BẢOVIỆT. Trong mọi trường hợp, BẢOVIỆT có quyền yêu cầu cung cấp bản chính để kiểm tra. Chứng từ sổ khám bệnh/ đơn thuốc trên phải có dấu của cơ sở y tế điều trị trừ trường hợp có thỏa thuận khác với BẢOVIỆT. Trường hợp cơ sở y tế sử dụng hóa đơn điện tử: yêu cầu có hóa đơn chuyển đổi/hoặc chứng từ điều trị phải là bản gốc
- **Các chứng từ liên quan đến việc chi trả chi phí y tế:** hóa đơn tài chính, biên lai, phiếu thu theo quy định của Bộ Tài chính, Tổng cục thuế và bảng kê chi tiết kèm theo. Các giấy tờ trên phải là bản gốc và sẽ thuộc sở hữu của BẢOVIỆT sau khi khiếu nại đã được giải quyết.

Hóa đơn mua thuốc/điều trị phải được xuất trong vòng 30 ngày kể từ ngày kê đơn thuốc/điều trị và thể hiện số lượng thuốc đúng theo đơn thuốc bác sỹ điều trị. Bảo hiểm Bảo hiểm không chấp nhận các phiếu thu/biên lai bán lẻ cộng gộp cho mỗi hồ sơ yêu cầu bồi thường.

- **Trường hợp tử vong:** Bản gốc hoặc bản sao có công chứng Giấy chứng tử, Giấy Xác nhận quyền thừa kế hợp pháp (trường hợp Người được bảo hiểm không chỉ định Người thụ hưởng)
- **Trường hợp khiếu nại liên quan đến “gián đoạn học tập”:** Giấy chứng nhận của Bác sỹ về tình trạng mất khả năng và không thể tiếp tục khóa học do ốm bệnh hoặc tai nạn; các biên lai/ chứng từ hợp lệ từ tổ chức đào tạo nước ngoài chứng minh khoản học phí học lại hoặc học phí bị mất và số tiền ghi trên biên lai này sẽ được dùng là cơ sở giải quyết bồi thường theo qui định trong bảng quyền lợi bảo hiểm. Trường hợp người giám hộ hợp pháp/ bố/mẹ của Người được bảo hiểm tử vong yêu cầu cung cấp Giấy chứng tử và các tài liệu liên quan khác theo yêu cầu của BẢOVIỆT.
- Các chứng từ khác có liên quan phục vụ việc giải quyết bồi thường theo yêu cầu của BẢOVIỆT

2, Thủ tục trả tiền bảo hiểm và bảo lãnh

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

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

b. Thời hạn bồi thường

BẢOVIỆT có trách nhiệm giải quyết và chi trả tiền bảo hiểm trong thời hạn tối đa 15 (mười lăm) ngày làm việc kể từ ngày nhận được hồ sơ yêu cầu bồi thường đầy đủ và hợp lệ, cụ thể như sau:

- Thời gian gửi thông báo nhận hồ sơ trong vòng ba (03) ngày làm việc kể từ ngày nhận đầy đủ hồ sơ.
- Thời gian gửi thông báo bổ sung hồ sơ trong vòng sáu (06) ngày làm việc kể từ ngày nhận đầy đủ hồ sơ.
- Thời gian gửi thông báo bồi thường trong vòng mười (10) ngày làm việc kể từ ngày nhận đầy đủ hồ sơ.
- Thời gian chuyển khoản trong vòng mười lăm (15) ngày làm việc kể từ ngày nhận đầy đủ hồ sơ.
- Thời gian yêu cầu hoàn trả hồ sơ trong trường hợp bị từ chối bồi thường là tối đa sáu mươi (60) ngày kể từ ngày BẢOVIỆT gửi thông báo.
- Thời gian để BẢOVIỆT xác minh hồ sơ tối đa chín mươi (90) ngày làm việc kể từ ngày nhận đầy đủ hồ sơ.
- Thời hạn để khách hàng bổ sung hồ sơ trong vòng ba mươi (30) ngày làm việc kể từ ngày nhận hồ sơ.

c. Thông tin chung về chi trả bảo hiểm

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

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

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

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

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

- Xuất trình thẻ BaoViet InterCare và chứng minh nhân dân hoặc hộ chiếu, giấy khai sinh (nếu là Người được bảo hiểm dưới 15 tuổi) cho bệnh viện, phòng khám.
- Kiểm tra giấy yêu cầu bồi thường mà bệnh viện, phòng khám cung cấp sau khi điều trị và ký tên để xác nhận việc điều trị của Người được bảo hiểm, đặt cọc theo quy định của bệnh viện/phòng khám (nếu có).
- Chi trả các chi phí trong bệnh viện không thuộc phạm vi bảo hiểm hoặc vượt quá mức trách nhiệm bảo hiểm.

Lưu ý:

- Nếu bác sĩ chỉ định việc điều trị của Người được bảo hiểm được thực hiện tại khoa châm cứu, chỉnh hình, chữa bệnh bằng phương pháp nắn khớp xương, châm cứu, chữa theo phương pháp vi lượng đồng căn thì Người được bảo hiểm phải gửi kèm theo giấy chỉ định hoặc giấy giới thiệu của bác sĩ.
- Nếu Người được bảo hiểm đã làm các xét nghiệm sinh hóa, và/hoặc chụp X-quang thì sẽ phải gửi kèm kết quả xét nghiệm trong hồ sơ yêu cầu bồi thường.
- Nếu xét thấy hồ sơ yêu cầu bồi thường không có đầy đủ các chứng từ cần thiết, Bao Việt hoặc bên quản lý hợp đồng có quyền yêu cầu khách hàng cung cấp thông tin hoặc “Giấy yêu cầu bồi thường khác” để tiến hành giải quyết bồi thường đầy đủ và hợp lệ.

3. Tự bảo hiểm/Bảo hiểm khác/Đòi người thứ ba

Nếu tại thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm, Người được bảo hiểm được chi trả (bồi thường) chi phí y tế từ một (01) chương trình bảo hiểm khác cho cùng một Thương tật, ốm đau hay bệnh tật được bảo hiểm theo Qui tắc bảo hiểm này, thì BẢOVIỆT chỉ bồi thường theo tỉ lệ trách nhiệm của mình đối với các thương tật đó.

Người được bảo hiểm phải thông báo ngay cho BẢOVIỆT trong bất kỳ hoàn cảnh nào khi có thể khiếu nại đòi người thứ ba. Người thụ hưởng quyền lợi bảo hiểm, theo đề nghị và bằng chi phí của BẢOVIỆT sẽ tiến hành toàn bộ những hành động có thể làm được để giúp BẢOVIỆT đòi lại tiền bồi thường từ người thứ ba mà BẢOVIỆT được quyền hưởng theo điều khoản Thẻ quyền của Quy tắc này.

II. TRƯỜNG HỢP KHẨN CẤP

1. Yêu cầu cứu trợ, Vận chuyển y tế cấp cứu

Trong trường hợp khẩn cấp, Người được bảo hiểm hoặc người đại diện phải gọi điện ngay lập tức đến Hotline của Bảo Việt theo số: (84-24) 39368888/(84-24) 39369550 hoặc (84) 904832888/ (84) 906633757

Điểm thường trực	Địa chỉ	Số điện thoại/ Fax	Email
Hà nội, Việt Nam	104 Trần Hưng Đạo, Quận Hoàn Kiếm, Hà Nội.	(84 - 24) 39368888 (84 - 24) 39369550 (84) 904 832 888 (84) 906 633 757 Fax: (84 – 24) 38245157	Tpa.hanoi@baoviet.com.vn
TP Hồ Chí Minh, Việt Nam	233 Đồng Khởi, Quận I, TP Hồ Chí Minh	(84 - 28) 38274128 (84) 904 832 888 Fax: (84 – 28) 35202666	Tpa.hochiminh@baoviet.com.vn
TP Đà Nẵng, Việt Nam	97 Trần Phú, Quận Hải Châu, TP Đà Nẵng	(84 - 236) 3822855 Fax: (84 – 236) 3822234	Tpa.danang@baoviet.com.vn

Để BẢO VIỆT có thể quyết định biện pháp trợ giúp, Người được bảo hiểm phải cung cấp những thông tin sau đây khi liên hệ:

- Tên Người được bảo hiểm, số Hợp đồng bảo hiểm và ngày hết hạn bảo hiểm.
- Số điện thoại và địa điểm có thể liên hệ.
- Mô tả vấn đề tình trạng sức khỏe thực tế của Người được bảo hiểm cần được cứu trợ.
- Tên, địa chỉ, số điện thoại của bệnh viện mà Người được bảo hiểm đã được chuyển đến.
- Tên, địa chỉ, số điện thoại của bác sĩ điều trị, và bác sĩ gia đình (nếu có).

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

2. Trường hợp tính mạng bị đe dọa

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

3. Nhập viện trước khi thông báo cho Công ty Cứu trợ

Trường hợp Người được bảo hiểm ốm đau hoặc thương tật thân thể cần thiết phải nằm viện, Người được bảo hiểm hoặc người đại diện của họ phải thông báo cho Bảo Việt / Công ty Cứu trợ biết trong vòng 24 giờ

kể từ khi nhập viện. Trường hợp không thực hiện thông báo trong thời hạn quy định trên, Bảo Việt/ Công ty cứu trợ có quyền yêu cầu Người được bảo hiểm phải chịu một phần chi phí vượt trội không hợp lý phát sinh do việc thông báo chậm trễ đó.

VII. Vận chuyển y tế cấp cứu và hồi hương

Tài liệu này là một phần của bảng điều khoản hợp đồng

DỊCH VỤ CHUNG

Những dịch vụ sau đây sẽ được áp dụng trong trường hợp vận chuyển y tế cấp cứu

1. Hỗ trợ dịch vụ y tế

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

2. Thu xếp hẹn bác sĩ

(chỉ áp dụng khi Người được bảo hiểm ra khỏi lãnh thổ Việt Nam)

Công ty cứu trợ do Bảo Việt chỉ định sẽ thu xếp cho Người được bảo hiểm hẹn gặp bác sĩ địa phương để khám hoặc điều trị.

3. Thu xếp nhập viện

(chỉ áp dụng khi Người được bảo hiểm ra khỏi lãnh thổ Việt Nam)

Nếu Người được bảo hiểm lâm vào tình trạng nguy kịch cần phải nhập viện thì Công ty cứu trợ do Bảo Việt chỉ định sẽ thu xếp nhập viện cho Người được bảo hiểm khi có yêu cầu.

4. Thu xếp và chi trả các chi phí vận chuyển y tế cấp cứu.

Sau khi thăm định tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm, Công ty cứu trợ do BẢO VIỆT chỉ định ngay lập tức phải thông báo cho Bảo Việt liệu tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm đã nguy cấp đến mức phải vận chuyển cấp cứu hay chưa.

Sau khi nhận được ủy quyền của BẢO VIỆT về việc đồng ý vận chuyển cấp cứu, địa điểm vận chuyển đến và các phương tiện cũng như phương thức vận chuyển cấp cứu, Công ty cứu trợ do Bảo Việt chỉ định sẽ thực hiện việc vận chuyển cấp cứu cho Người được bảo hiểm đang trong tình trạng nguy kịch tới một bệnh viện gần nhất trong phạm vi lãnh thổ qui định trong Giấy chứng nhận bảo hiểm có phương tiện điều trị hợp lý.

BẢO VIỆT sẽ chi trả các chi phí cần thiết liên quan tới việc di chuyển cấp cứu trên và chi phí vận chuyển cho một người đi cùng với Người được bảo hiểm. Chi phí vé máy bay (nếu phát sinh) hạn chế ở mức vé khứ hồi hạng thường.

5. Thu xếp và chi trả các chi phí hồi hương sau Vận chuyển y tế cấp cứu

Sau khi đánh giá tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm, Công ty cứu trợ do Bảo Việt chỉ định ngay lập tức phải thông báo cho BẢOVIỆT về việc thu xếp vận chuyển hồi hương cho Người được bảo hiểm.

Sau khi nhận được ủy quyền của BẢOVIỆT về phương tiện cũng như phương thức vận chuyển hồi hương, Công ty cứu trợ do BẢOVIỆT chỉ định sẽ thu xếp hồi hương cho Người được bảo hiểm trong phạm vi địa lý của chương trình bảo hiểm. Các chi phí y tế phát sinh trong thời gian tiếp theo sẽ được bảo hiểm trong mục “Chi phí bệnh viện tổng hợp” của Đơn bảo hiểm này. BẢOVIỆT sẽ chi trả các chi phí cần thiết, hợp lý phát sinh trong quá trình thực hiện dịch vụ đó.

6. Thu xếp và chi trả chi phí hồi hương thi hài

Công ty cứu trợ do Bảo Việt chỉ định sau khi nhận được ủy quyền của Bảo Việt sẽ thu xếp vận chuyển thi hài Người được bảo hiểm từ nơi tử vong trở về Việt nam hay quê hương của họ trong phạm vi lãnh thổ chương trình lựa chọn hoặc thu xếp mai táng tại nơi tử vong theo đề nghị của thân quyến và với sự chấp thuận của BẢOVIỆT. BẢOVIỆT sẽ chi trả tất cả các chi phí cần thiết và hợp lý phát sinh cho việc hồi hương thi hài hay mai táng đó.

7. Cung cấp thuốc đặc trị

(Chỉ áp dụng khi Người được bảo hiểm ra khỏi lãnh thổ Việt Nam)

Công ty cứu trợ do Bảo Việt chỉ định sau khi nhận được ủy quyền của Bảo Việt sẽ điều phối các loại thuốc đặc trị cần thiết cho việc chăm sóc và/hoặc điều trị cho Người được bảo hiểm nhưng với điều kiện những loại thuốc đó không sẵn có tại địa phương đó. Việc cung cấp các loại thuốc đặc trị sẽ tuân thủ theo luật pháp và quy chế địa phương liên quan tới nhập khẩu và cung cấp những sản phẩm đó. BẢOVIỆT sẽ chi trả những chi phí liên quan tới việc cung cấp thuốc thiết yếu kể trên.

8. Bảo lãnh chi trả các chi phí y tế phát sinh trong thời gian nằm viện, theo dõi sức khỏe trong và sau khi nằm viện.

Ngoài lãnh thổ Việt Nam:

Nếu Người được bảo hiểm gặp sự cố ốm đau hay tai nạn cần phải nằm viện, và yêu cầu được sự đồng ý của Bảo Việt thì Công ty cứu trợ sẽ giúp thu xếp nhập viện cho Người được bảo hiểm. Công ty cứu trợ cũng sẽ, khi có ủy quyền của BẢOVIỆT, thay mặt BẢOVIỆT bảo lãnh chi trả viện phí cho Người được bảo hiểm và giám sát tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm cùng với bác sĩ điều trị; và sẽ đảm bảo tuân thủ nghĩa vụ bảo mật thông tin và thực thi trách nhiệm trong phạm vi quyền hạn cho phép.

Trong lãnh thổ Việt Nam:

Nếu Người được bảo hiểm điều trị tại bệnh viện nằm trong hệ thống bảo lãnh chi trả viện phí của BẢOVIỆT thì BẢOVIỆT sẽ chi trả trực tiếp cho bệnh viện các chi phí thuộc phạm vi bảo hiểm.

Nếu bệnh viện chưa có thỏa thuận với BẢOVIỆT, Người được bảo hiểm phải tự chi trả các chi phí phát sinh trước khi xuất viện.