

**QUY TẮC
BẢO HIỂM CHĂM SÓC SỨC KHỎE TOÀN DIỆN**

**(TÊN THƯƠNG MẠI:
BẢO MINH AN SINH THỊNH VƯỢNG)**

(Được chấp thuận kèm theo Công văn số 4826/BTC-QLBH ngày 12/05/2021 của Bộ Tài Chính)

I. QUY ĐỊNH CHUNG

Điều 1. Phạm vi địa lý được bảo hiểm

Người được bảo hiểm được chi trả bảo hiểm theo quy tắc bảo hiểm này trong trường hợp bị tai nạn, ốm đau bệnh tật, thai sản và những chi phí y tế phát sinh liên quan đến tai nạn, ốm đau bệnh tật, thai sản trong phạm vi lãnh thổ Việt Nam và/hoặc ở nước ngoài (Phạm vi cụ thể được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm).

Điều 2. Đối tượng bảo hiểm

Người được bảo hiểm là mọi công dân Việt Nam hoặc người nước ngoài cư trú tại Việt Nam từ đủ 15 ngày tuổi đến đủ 65 tuổi tại thời điểm bắt đầu hiệu lực bảo hiểm. Người được bảo hiểm từ trên 65 tuổi đến đủ 75 tuổi chỉ được tham gia với điều kiện đã tham gia liên tục từ trước năm 65 tuổi.

Trường hợp người dưới 18 tuổi, Bảo Minh nhận bảo hiểm với điều kiện phải tham gia bảo hiểm cùng hợp đồng với Bố và/hoặc Mẹ hoặc Bố/Mẹ đã tham gia ít nhất một loại hình bảo hiểm sức khỏe, chi phí y tế còn hiệu lực tại Bảo Minh. Chương trình bảo hiểm của người phụ thuộc chỉ được áp dụng mức tương đương hoặc thấp hơn chương trình của Bố hoặc Mẹ.

Điều 3. Điều kiện tham gia bảo hiểm

Không bị tâm thần, bệnh phong, bệnh ung thư, bệnh suy thận mạn,

Không bị thương tật vĩnh viễn trên 50%,

Không đang điều trị ốm đau, bệnh tật, thương tật.

Trẻ em từ 15 ngày tuổi đến 1 tuổi bổ sung những điều kiện sau:

- Cung cấp giấy yêu cầu bảo hiểm trong tình trạng sức khỏe tốt và khi trẻ đã xuất viện.
- Tham gia cùng Bố/Mẹ như đề cập ở trên.

Điều 4. Các định nghĩa

Những thuật ngữ sau đây trong Quy tắc này được hiểu:

1. Bảo Minh

Là Tổng Công Ty Cổ Phần Bảo Minh và các Công ty thành viên, đơn vị trực thuộc Bảo Minh.

2. 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 có thể đồng thời là người thụ hưởng.

3. Bên mua bảo hiểm

Là tổ chức, cá nhân có quyền lợi được bảo hiểm theo quy định pháp luật giao kết Hợp đồng bảo hiểm với doanh nghiệp bảo hiểm và đóng phí bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm có thể đồng thời là Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng.

4. Người phụ thuộc

Là con (bao gồm con ruột, con ngoài giá thú, con riêng của vợ hoặc chồng, con nuôi hợp pháp) của Người được bảo hiểm theo luật pháp có độ tuổi từ đủ 15 ngày tuổi đến đủ 18 tuổi hoặc đến đủ 24 tuổi nếu đang theo học các khóa học dài hạn và chưa từng kết hôn tại thời điểm ngày hiệu lực bảo hiểm bắt đầu hoặc ngày bắt đầu tái tục bảo hiểm tiếp theo. Tất cả những Người phụ



thuộc phải có tên trong Danh sách yêu cầu được bảo hiểm.

5. Người thụ hưởng

Là cá nhân, tổ chức được Bên mua bảo hiểm chỉ định để nhận tiền bảo hiểm theo 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 Người được bảo hiểm chết/mất năng lực hành vi dân sự mà không có chỉ định Người thụ hưởng thì Bảo Minh sẽ giải quyết theo các quy định pháp luật về đại diện và thừa kế.

6. Tuổi

Là tuổi của Người được bảo hiểm tại thời điểm Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, tính theo ngày sinh nhật cuối cùng trước ngày hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm.

7. Hợp đồng bảo hiểm

Là hợp đồng được ký kết giữa Bảo Minh và Bên mua bảo hiểm, theo đó Bên mua bảo hiểm phải đóng phí bảo hiểm, Bảo Minh phải trả một khoản tiền bảo hiểm cho Bên được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng khi xảy ra sự kiện bảo hiểm thuộc phạm vi bảo hiểm. Hợp đồng bảo hiểm bao gồm: Hợp đồng bảo hiểm/Đơn bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm, Giấy yêu cầu bảo hiểm, Danh sách Người được bảo hiểm, Quy tắc bảo hiểm và các Phụ lục, sửa đổi bổ sung (nếu có). Những tài liệu trên là những bộ phận cấu thành không thể tách rời của Hợp đồng bảo hiểm.

8. Bảng quyền lợi bảo hiểm

Bảng quyền lợi bảo hiểm cung cấp các thông tin tóm tắt về quyền lợi bảo hiểm của Người được bảo hiểm. Bảng quyền lợi bảo hiểm được cung cấp cùng và là bộ phận không tách rời của Quy tắc bảo hiểm này và Hợp đồng bảo hiểm.

9. Ngày hiệu lực bảo hiểm

Bảo hiểm có hiệu lực và hết hạn bảo hiểm được ghi cụ thể 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.

10. 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 thân thể của Người được bảo hiểm. Là nguyên nhân trực tiếp và duy nhất gây ra thương tật hoặc tử vong đối với Người được bảo hiểm.


11. Thương tật thân thể

Là những tổn thương của cơ thể Người được bảo hiểm mà nguyên nhân trực tiếp và duy nhất do tai nạn xảy ra trong thời hạn bảo hiểm.

12. Thương tật tạm thời

Là thương tật thân thể làm cho Người được bảo hiểm không thể thực hiện một phần hoặc toàn bộ công việc hàng ngày trong thời gian điều trị y tế.

13. Thương tật vĩnh viễn

Là Người được bảo hiểm mất một phần hoặc toàn bộ chức năng của một hay nhiều bộ phận trong cơ thể không có khả năng hồi phục do tai nạn gây ra. 

14. Thương tật bộ phận vĩnh viễn

Người được bảo hiểm bị thương tật vĩnh viễn do tai nạn với tỷ lệ dưới 81% (theo bảng tỷ lệ thương tật), thời gian xác định là 52 tuần liên tục kể từ ngày xác định là thương tật vĩnh viễn. Việc xác định trình trạng thương tật vĩnh viễn phải do cơ quan chức năng có đủ thẩm quyền thực hiện.

15. Thương tật toàn bộ vĩnh viễn

Người được bảo hiểm bị thương tật vĩnh viễn do tai nạn với tỷ lệ từ 81% trở lên (theo bảng tỷ lệ thương tật), thời gian xác định là 104 tuần liên tục kể từ ngày xác định là thương tật vĩnh viễn.

16. Căn cứ xác định thương tật

Kết quả giám định y khoa của cơ quan có thẩm quyền là cơ sở đánh giá thương tật (có thương tật, thương tật tạm thời hay vĩnh viễn).

Trường hợp mất hoàn toàn bộ phận chỉ cần căn cứ vào Bảng tỷ lệ trả tiền thương tật đính kèm Quy tắc bảo hiểm này và có thể trả tiền ngay sau khi Người được bảo hiểm điều trị ổn định không cần trải qua thời gian quy định tại Khoản 14, 15 điều này nêu trên.

17. 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.

18. Bệnh bất ngờ

Có nghĩa là ốm đau hoặc bệnh, không đoán biết trước, bộc phát và có nguồn gốc sau ngày hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực. Đồng thời, do ốm đau hoặc bệnh đó, Người được bảo hiểm cần phải yêu cầu được điều trị y tế.

19. Bệnh, thương tật có sẵn/Bệnh có sẵn

Là bất kỳ bệnh hoặc thương tật nào đã có ở Người được bảo hiểm từ trước thời điểm Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực và thuộc một trong các trường hợp sau đây:

- Người được bảo hiểm đã khám, chữa bệnh, điều trị bệnh hoặc thương tật đó trong vòng 03 năm trở lại đây tính đến thời điểm Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực; hoặc
- Triệu chứng bệnh, thương tật đã xuất hiện hoặc xảy ra trước thời điểm Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, không phụ thuộc vào việc Người được bảo hiểm đã biết về bệnh hoặc tổn thương đó hay đã khám và điều trị hay chưa.
- Việc xác định bệnh có sẵn của Người được bảo hiểm được thực hiện trên cơ sở các chứng cứ, tài liệu hợp pháp do Người được bảo hiểm cung cấp hoặc do Người được bảo hiểm ủy quyền hợp pháp cho Bảo Minh thu thập hoặc do Bảo Minh tự thu thập, bao gồm các tài liệu liên quan đến quá trình điều trị của Người được bảo hiểm tại Cơ sở y tế điều trị.
- Ngoài các bệnh có sẵn theo định nghĩa trên, một số bệnh sau được hiểu là bệnh có sẵn: viêm Amidan cần phải cắt, viêm VA cần phải nạo, vẹo vách ngăn cần phẫu thuật, rối loạn tiền đình, thoái hóa khớp/đốt sống/cột sống, viêm tai giữa cần phẫu thuật, thoát vị đĩa đệm, bệnh hen.

20. Bệnh đặc biệt

Là các bệnh u bướu các loại, huyết áp, tim mạch, viêm dạ dày, viêm khớp, viêm gan (A, B, C), trĩ, sỏi các loại trong hệ bài tiết, viêm xoang, đái tháo đường, hen phế quản, viêm thận (không bao gồm những ca cấp tính cần điều trị y tế khẩn cấp của bệnh viêm thận), đục thủy tinh thể

bệnh lý do biến chứng của bệnh khác, Parkinson, bệnh liên quan đến việc điều trị hệ thống tái tạo máu như lọc máu, thay máu, chạy thận nhân tạo.

21. Bệnh di truyền

Bệnh di truyền là những bệnh do Cha, Mẹ truyền cho con qua tế bào sinh dục (trứng hoặc tinh trùng). Vì vậy, mầm bệnh có từ trong hợp tử (phôi), từ điểm khởi thủy của sự sống trong ổ tử cung. Trên nhiễm sắc thể của tinh trùng hay trứng đã có sẵn các gen bệnh hoặc cũng có thể do sai lệch bất thường của nhiễm sắc thể. Bệnh xác định bởi y học dựa trên kết quả thăm khám và xét nghiệm lâm sàng trên cơ sở ý kiến của bác sỹ.

Một trong những đặc điểm của bệnh di truyền là nó vốn có tính bẩm sinh, loại bệnh này sinh ra đã có nhưng không phải tất cả các bệnh sinh ra đã có đều là bệnh di truyền.

22. Bệnh bẩm sinh

Là các bất thường bẩm sinh có sẵn khi sinh ra. Nhiều bệnh có thể được chẩn đoán trước khi sinh hay vừa sinh ra trong khi một số bệnh khác chỉ biểu hiện nhiều năm sau khi sinh.

Việc xác định bệnh bẩm sinh căn cứ vào tài liệu y học, danh sách bệnh bẩm sinh theo hệ thống mã bệnh ICD – chương bệnh bẩm sinh, căn cứ theo kết quả thăm khám và chẩn đoán của bác sỹ.

23. Bệnh tâm thần

Bao gồm các bệnh thuộc danh mục bệnh tâm thần theo quy định của cơ quan Nhà nước có thẩm quyền.

24. Bệnh nghề nghiệp

Bao gồm các bệnh thuộc danh mục bệnh nghề nghiệp theo quy định của cơ quan Nhà nước có thẩm quyền.

25. Tình trạng nguy kịch

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

26. Dịch vụ vận chuyển cấp cứu

Là dịch vụ vận chuyển bệnh nhân trong tình trạng nguy kịch bằng xe cứu thương (loại trừ vận chuyển bằng đường hàng không) từ nơi Người được bảo hiểm cần cấp cứu đến điều trị tại phòng/khoa cấp cứu của cơ sở khám, chữa bệnh gần nhất có đủ điều kiện sơ cứu, cấp cứu hoặc từ cơ sở y tế này sang cơ sở y tế khác khi cần thiết theo chỉ định của bác sỹ điều trị.

27. Điều trị cấp cứu do ốm đau, bệnh tật, tai nạn khẩn cấp

Là việc điều trị khẩn cấp tại khoa cấp cứu của cơ sở y tế trong vòng 24 giờ sau khi có tai nạn hoặc triệu chứng ốm 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.

28. 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 Minh 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 quy 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).

29. 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 24 giờ kể từ khi tai nạn xảy ra, thì Bảo Minh 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 quy 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 02 (hai) 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.

30. Bệnh viện

Là một cơ sở khám chữa bệnh được thành lập và hoạt động theo pháp luật của Việt Nam hoặc nước sở tại 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.
- Không bao gồm các Trạm y tế cấp xã, phường, thị trấn; Phòng khám, phòng mạch hoặc các loại phòng khám tương tự khác;
- Có chứng từ, hóa đơn/biên lai/phiếu thu hoặc các loại chứng từ tài chính khác hợp pháp theo quy định của cơ quan nhà nước có thẩm quyền.

31. Bệnh viện công lập

Bệnh viện công lập là tổ chức do Cơ quan nhà nước có thẩm quyền thành lập và quản lý theo quy định của pháp luật, có tư cách pháp nhân, con dấu, tài khoản và tổ chức bộ máy kế toán theo quy định của pháp luật về kế toán để thực hiện nhiệm vụ cung cấp dịch vụ công hoặc phục vụ quản lý nhà nước trong các lĩnh vực chuyên môn khám chữa bệnh.

32. Bệnh viện y học cổ truyền

Là các cơ sở y tế được cơ quan nhà nước có thẩm quyền cấp phép hoạt động hợp pháp theo hình thức tổ chức cơ sở khám, chữa bệnh; là bệnh viện và có chức năng cung cấp dịch vụ khám, chữa bệnh y học cổ truyền hoặc đông tây y kết hợp.

33. 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 pháp luật thuế và quy định pháp luật khác có liên quan.

34. Nằm viện/điều trị nội trú

Là việc bệnh nhân phải điều trị lưu trú tại bệnh viện ít nhất 24 giờ để điều trị. Giấy xuất viện là chứng từ cần thiết để yêu cầu bồi thường cho quyền lợi này. 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.

Số ngày nằm viện phụ thuộc vào bảng kê có chi phí tiền giường/phòng của bệnh viện.

35. Điều trị trong ngày/Phẫu thuật/thủ thuật trong ngày

Là việc điều trị y tế khi Người được bảo hiểm cần thiết phải nhập viện để điều trị/phẫu thuật/thủ thuật có phát sinh chi phí giường bệnh nhưng lưu lại bệnh viện ít hơn 24 giờ. Giấy ra viện và giấy chứng nhận phẫu thuật (nếu có phẫu thuật/thủ thuật) là cơ sở để chi trả.

36. Khám, chữa bệnh/Điều trị y tế/Điều trị

Là việc sử dụng các phương tiện, phương pháp chuyên môn, kỹ thuật y học; thuốc, dược phẩm được Cơ quan nhà nước công nhận, cho phép lưu hành, thực hiện để cấp cứu, điều trị cho Người được bảo hiểm theo chỉ định của bác sỹ trực tiếp thực hiện điều trị cho Người được bảo hiểm đó.

37. Chi phí hội chẩn chuyên khoa

Bảo Minh sẽ trả chi phí khám chuyên khoa trong thời gian điều trị nội trú theo giới hạn một ngày nằm viện, tối đa 60 ngày/năm theo mức giới hạn phụ được ghi trong Bảng quyền lợi bảo hiểm.

38. Một lần khám và điều trị ngoại trú

Là một lần Người được bảo hiểm được bác sỹ thuộc một cơ sở y tế nhất định hỏi bệnh, khai thác tiền sử bệnh, thăm khám thực thể, khi cần thiết thì chỉ định làm xét nghiệm cận lâm sàng, thăm dò chức năng để chẩn đoán và chỉ định phương pháp điều trị phù hợp đã được công nhận.

Trường hợp một Người được bảo hiểm được nhiều bác sỹ chuyên khoa cùng tham gia khám bệnh theo quy định, quy chế về khám, chữa bệnh của cơ sở y tế nơi Người được bảo hiểm đang thực hiện khám bệnh thì toàn bộ quá trình khám bệnh của tất cả các bác sỹ đó chỉ được tính là một lần khám bệnh;

Trường hợp một Người được bảo hiểm thực hiện khám bệnh một chuyên khoa nhiều lần trong ngày tại một hoặc nhiều cơ sở y tế khác nhau thì tất cả những lần khám bệnh đó chỉ được tính là một lần khám bệnh. Lần khám bệnh được tính làm cơ sở để giải quyết yêu cầu bồi thường là lần khám bệnh tại cơ sở y tế đầu tiên;

Trường hợp một Người được bảo hiểm thực hiện khám bệnh nhiều chuyên khoa khác nhau trong ngày tại cùng một cơ sở y tế thì mỗi chuyên khoa mà Người được bảo hiểm được chẩn đoán bệnh và chỉ định điều trị của bác sỹ tại chuyên khoa đó được tính là một lần khám bệnh.

39. Đồng chi trả

Là số tiền theo tỉ lệ mà Bảo Minh và Người được bảo hiểm cùng chi trả khi phát sinh chi phí thuộc phạm vi được bảo hiểm. Đồng chi trả được tính theo tỉ lệ phần trăm (%) trên tổng số tiền chi phí phát sinh thuộc phạm vi được bảo hiểm hoặc trên các mức giới hạn phụ của quyền lợi nội trú/ngoại 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 mức trách nhiệm quy định trong bảng quyền lợi bảo hiểm.

40. Giường bệnh

Là giường chuyên dụng dùng cho một người bệnh để nằm điều trị tại các cơ sở y tế, không bao gồm giường cho người trực, giường phòng khám, giường cho người nhà và giường cho người chăm sóc.

41. Chi phí y tế

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

42. Chi phí điều trị trước khi nhập viện

Là các chi phí khám, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh và tiền thuốc theo chỉ định của bác sỹ, liên quan trực tiếp đến bệnh/thương tật cần phải nhập viện và cần theo dõi, chi được chấp nhận một lần gán nhất, được thực hiện trong vòng 30 ngày trước khi nhập viện.

43. Chi phí điều trị sau khi xuất viện

Là các chi phí y tế phát sinh theo chỉ định của bác sỹ sau khi Người được bảo hiểm xuất viện và có liên quan trực tiếp đến đợt điều trị nội trú trước đó. Các chi phí này bao gồm chi phí khám, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh và tiền thuốc phát sinh trong vòng 30 ngày kể từ ngày Người được bảo hiểm xuất viện.

44. Trợ cấp nằm viện

Là khoản tiền trợ cấp trong trường hợp Người được bảo hiểm nằm viện điều trị nội trú do ốm bệnh, tai nạn tại các bệnh viện.

45. Điều trị phục hồi chức năng

Là việc sử dụng phương pháp chuyên môn kỹ thuật (ngoại trừ thuốc) nhằm cải thiện chức năng của cơ thể hoặc bộ phận cơ thể.

46. Thủ thuật/Phẫu thuật

Là những hành động tác động từ bên ngoài vào tổ chức hoặc cơ quan của con người nhằm mục đích chẩn đoán và điều trị bệnh tật, tai nạn, thai sản. Danh mục thủ thuật/phẫu thuật được áp dụng theo quy định hiện hành của Bộ y tế hoặc nước sở tại và các phương pháp khoa học dùng để điều trị thương tật, bệnh tật, các trường hợp thai sản được thực hiện bởi các phẫu thuật viên có bằng cấp thông qua những ca mổ với các dụng cụ y tế tại bệnh viện, bao gồm cả hình thức mổ nội soi, mổ bằng tia laser.

Danh mục thủ thuật/phẫu thuật được áp dụng theo quy định hiện hành của Bộ y tế hoặc quy định pháp luật của nước sở tại. Phân loại:

- Thủ thuật/Phẫu thuật nội trú: là hình thức bệnh nhân sau phẫu thuật cần phải lưu trú tại bệnh viện ít nhất 24h.
- Thủ thuật/Phẫu thuật ngoại trú: là hình thức bệnh nhân sau phẫu thuật chỉ lưu trú tại bệnh viện dưới 24h.

47. Nội soi chẩn đoán

Nội soi là thủ thuật y khoa nhằm mục đích chẩn đoán bệnh tật. Phân loại:

- Nội soi nội trú: được thực hiện trong thời gian bệnh nhân nội soi lưu trú tại bệnh viện ít nhất 24h,

- Nội soi ngoại trú: được thực hiện trong thời gian bệnh nhân nội soi chỉ lưu trú tại bệnh viện dưới 24h.

48. Cây ghép nội tạng, bộ phận cơ thể

Là việc di chuyển nội tạng hoặc bộ phận cơ thể từ người này sang người khác hoặc từ vị trí này sang vị trí khác trên cùng một cơ thể người, nhằm thay thế nội tạng hoặc bộ phận cơ thể bị mất hoặc hư hỏng. Cây, ghép nội tạng hoặc bộ phận cơ thể phải được thực hiện bởi các bác sĩ tại bệnh viện.

Các chi phí mua cơ quan cấy ghép và toàn bộ các chi phí phát sinh cho người hiến tạng/bộ phận cơ thể không được bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này.

49. Bác sĩ

Là người có bằng cấp chuyên môn y khoa được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc thừa nhận được thực hành nghề y hợp pháp trong phạm vi giấy phép theo pháp luật của nước sở tại nơi Người được bảo hiểm tiến hành việc khám và điều trị.

Bác sĩ trong bảo hiểm loại trừ những người sau: chính là Người được bảo hiểm, vợ hoặc chồng, bố, mẹ, bố vợ, mẹ vợ, bố chồng, mẹ chồng hoặc con đẻ, con nuôi hợp pháp, anh chị em ruột của Người được bảo hiểm.

50. Thuốc kê theo Đơn của bác sĩ

Là những thuốc, dược phẩm được bán và sử dụng theo Đơn của Bác sĩ và theo quy định của pháp luật. Không bao gồm thực phẩm chức năng, dược mỹ phẩm, mỹ phẩm, khoáng chất, chế phẩm, thuốc bổ, vitamin. Tuy nhiên, Bảo Minh sẽ thỏa thuận với Người được bảo hiểm tỷ lệ % trong Hợp đồng bảo hiểm bồi thường thuốc bổ, vitamin tối đa nhưng trong mọi trường hợp thỏa thuận không vượt quá 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 sĩ điều trị,
- Hỗ trợ cho việc điều trị bệnh/tai nạn,
- Trong toa thuốc phải có thuốc điều trị đi kèm.

51. Các bộ phận/Dụng cụ/Thiết bị y tế hỗ trợ điều trị/phẫu thuật

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 và/hoặc hỗ trợ cho việc điều trị và phẫu thuật (trừ trường hợp điều trị thương tật do tai nạn), stent, van tim, bóng nong, đĩa đệm, nẹp, vis, chốt treo, máy tạo nhịp tim.

Được sử dụng bên ngoài cơ thể nhằm hỗ trợ chức năng vận động hoặc các chức năng khác của cơ thể, nạng, nẹp, xe lăn, xe đẩy, thiết bị trợ thính, kính thuốc, máy hỗ trợ tim.

Các dụng cụ chỉnh hình mang tính chất thẩm mỹ khác.

52. Bộ phận giả

Là bất kỳ thành phần nhân tạo nào được lắp đặt, cấy, ghép vào cơ thể nhằm thay thế các bộ phận, cơ quan của cơ thể để duy trì sự sống hoặc chức năng sinh lý của cơ thể người (bao gồm thiết bị, dụng cụ, vật tư thay thế).

53. Vật lý trị liệu

Là phương pháp 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 móng đi.

54. Điều trị bằng phương pháp sinh học

Là những liệu pháp điều trị dựa trên sự hiểu biết khoa học về sinh học phân tử và tế bào, để đưa ra phương pháp điều trị kích thích hoặc khôi phục khả năng của hệ thống miễn dịch (bảo vệ bên trong tự nhiên) của cơ thể để chống lại nhiễm trùng và bệnh tật, lão hóa, các loại ung thư.

55. Liệu pháp tế bào gốc

Là phương pháp thúc đẩy phản ứng sửa chữa các mô bị bệnh, rối loạn chức năng hoặc bị tổn thương bằng cách sử dụng tế bào gốc hoặc các dẫn xuất của chúng.

56. Ung thư

Là một khối u ác tính được chẩn đoán dựa trên bằng chứng mô học, có đặc điểm là sự phát triển và lan rộng không thể kiểm soát của các tế bào ác tính với sự xâm lấn và phá hủy tổ chức lành. Việc xác định ung thư được căn cứ theo kết luận của bác sĩ điều trị và các bằng chứng y tế liên quan của Người được bảo hiểm cung cấp.

57. Quê hương

Là quốc gia nơi Người được bảo hiểm mang hộ chiếu hoặc giấy chứng minh nhân dân/căn cước công dân. Trong trường hợp Người được bảo hiểm mang nhiều hộ chiếu hoặc giấy chứng minh nhân dân/căn cước công dân khác nhau thì quê hương được xác định là quốc gia nơi Người được bảo hiểm đã khai báo trong Giấy yêu cầu bảo hiểm.

58. Trợ cứu y tế ngoài lãnh thổ Việt Nam

Vận chuyển y tế:

Nếu Người được bảo hiểm bị tổn thương thân thể do tai nạn hoặc bệnh bất ngờ thuộc phạm vi bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm phát sinh ngoài lãnh thổ Việt Nam, Bảo Minh sẽ trả các chi phí cần thiết hợp lý:

- Vận chuyển Người được bảo hiểm bằng phương tiện thích hợp (bao gồm máy bay cứu thương, máy bay lịch trình, xe cứu thương) và cung cấp các trang thiết bị chăm sóc y tế cần thiết trên đường vận chuyển đến một bệnh viện thích hợp gần nhất trong phạm vi lãnh thổ tùy thuộc vào bản chất tổn thương hoặc bệnh;
- Vận chuyển Người được bảo hiểm trở về Việt Nam sau khi tổn thương và bệnh đã thuyên giảm;
- Vận chuyển Người được bảo hiểm trong tình trạng tổn thương và bệnh không thể chữa khỏi, nhập viện để tiếp tục điều trị tại Việt Nam hoặc quê hương của Người được bảo hiểm.

59. Chi phí cho thân nhân trong trường hợp khẩn cấp

Nếu Người được bảo hiểm phải nằm viện do tổn thương thân thể hoặc bệnh bất ngờ trong thời gian hơn 07 (bảy) ngày liên tục, Bảo Minh sẽ trả chi phí cho một vé máy bay khứ hồi (hạng thường) cho một thân nhân thăm nuôi theo sự chỉ định của Người được bảo hiểm.

60. Hồi hương thi hài trong trường hợp tử vong

Trong trường hợp Người được bảo hiểm tử vong thuộc phạm vi Hợp đồng bảo hiểm, Bảo Minh chi trả các chi phí xử lý xác, quan tài, và chi phí vận chuyển thi hài của Người được bảo hiểm về quê hương.

61. Hỗ trợ thụ thai/Hỗ trợ mang thai

Là việc sử dụng các công nghệ y tế để tăng số lượng trứng trong quá trình rụng trứng hoặc để mang một tinh trùng và một quả trứng, hoặc nhiều trứng lại gần nhau, nhờ đó làm tăng cơ hội thụ thai. Bao gồm việc thụ tinh trong tử cung (IUI), thụ tinh trong ống nghiệm (IVF), tiêm tinh trùng vào bào tương trứng (ICSI) hoặc sử dụng bất kỳ hình thức điều trị nào để giảm hay tăng khả năng rụng trứng. Việc hỗ trợ này bao gồm cả mang thai hộ.

62. Công ty cứu trợ do Bảo Minh chỉ định

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

63. Hợp đồng bảo hiểm nhóm

Là Hợp đồng bảo hiểm bao gồm Người được bảo hiểm tham gia với tư cách là thành viên thuộc một công ty, cơ quan, xí nghiệp, đoàn thể, hiệp hội hay các tổ chức tương tự và người thân của họ.

Đối với Hợp đồng bảo hiểm nhóm, danh sách những Người được bảo hiểm đính kèm là bộ phận không thể tách rời Hợp đồng bảo hiểm. Trường hợp Bên mua bảo hiểm có yêu cầu, Bảo Minh sẽ cấp Đơn bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm riêng biệt cho mỗi Người được bảo hiểm tham gia trong Hợp đồng bảo hiểm nhóm.

64. Hợp đồng bảo hiểm cá nhân

Là hợp đồng bảo hiểm bao gồm Người được bảo hiểm tham gia với tư cách cá nhân hoặc gia đình hoặc các trường hợp khác không thuộc Hợp đồng bảo hiểm nhóm như định nghĩa.

Điều 5. Tổng hạn mức quyền lợi bảo hiểm/Số tiền bảo hiểm và giới hạn phụ

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

Là hạn mức quyền lợi bảo hiểm của Bảo Minh 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.

2. 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.

Điều 6. 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 01 (một) năm. Đối với hợp đồng cá nhân, không chấp nhận các trường hợp tham gia ngắn hạn. Không bổ sung quyền lợi giữa kỳ.

Điều 7. Thời gian chờ

Là khoảng thời gian tính từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm mà trong thời gian đó Chủ hợp đồng hoặc Người được bảo hiểm không được thanh toán cho bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào, bao gồm cả những sự kiện phát sinh trong thời gian chờ nhưng hậu quả xảy ra/điều trị kéo dài ngoài thời gian chờ và trong thời hạn bảo hiểm. Thời gian chờ áp dụng cho một quyền lợi nào thì phải được thể hiện trên hợp đồng/giấy chứng nhận bảo hiểm tương ứng với quyền lợi đó.

Đối với Hợp đồng bảo hiểm tái tục, thời gian chờ được tính kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm tương ứng với Người được bảo hiểm đó quy định tại Hợp đồng bảo hiểm đầu tiên trước đó mà

Người được bảo hiểm có tham gia.

Thời gian chờ cho mỗi rủi ro bảo hiểm được áp dụng như sau:

HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM CÁ NHÂN:

Rủi ro được bảo hiểm	Thời gian chờ	Đối tượng áp dụng
Điều trị bệnh có sẵn, bệnh đặc biệt, ung thư và các bệnh được liệt kê tại điểm loại trừ số 18 Điều 10 của Quy tắc bảo hiểm này	365 ngày	Áp dụng đối với mọi Người được bảo hiểm
Thai sản (Sinh thường, sinh mổ, sinh khó)	365 ngày	
Thai sản (Biến chứng thai sản)	90 ngày	
Nhiễm khuẩn hô hấp trên (Viêm Amidan, Viêm VA cấp hoặc mạn/quá phát), Nhiễm khuẩn hô hấp dưới viêm phế quản, viêm tiểu phế quản, viêm phế quản phổi, viêm phổi)	180 ngày	Chỉ áp dụng đối với Người được bảo hiểm là cá nhân từ đủ 15 ngày tuổi đến dưới 05 tuổi
Bệnh thông thường	30 ngày	Áp dụng đối với mọi Người được bảo hiểm
Tử vong, thương tật toàn bộ vĩnh viễn do bệnh thông thường	90 ngày	
Tử vong, thương tật toàn bộ vĩnh viễn do bệnh có sẵn, bệnh đặc biệt	730 ngày	
Tử vong do ung thư	730 ngày	
Tử vong do thai sản	365 ngày	
Bệnh nha khoa	30 ngày	
Các điều trị liên quan đến tái tạo dây chằng, rách sụn chêm	365 ngày	
Các rủi ro được bảo hiểm có nguyên nhân do tai nạn khác	Không áp dụng thời gian chờ	
Tử vong, thương tật toàn bộ vĩnh viễn hoặc thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn	Không áp dụng thời gian chờ	

HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM NHÓM:

Rủi ro được bảo hiểm	Thời gian chờ	Đối tượng áp dụng
Điều trị bệnh có sẵn, bệnh đặc biệt, ung thư và các bệnh được liệt kê tại điểm loại trừ số 18 Điều 10 của Quy tắc bảo hiểm này	365 ngày	Áp dụng đối với mọi Người được bảo hiểm
Thai sản (Sinh thường, sinh mổ, sinh khó)	270 ngày	

Thai sản (Biến chứng thai sản)	90 ngày	
Nhiễm khuẩn hô hấp trên (Viêm Amidan, Viêm VA cấp hoặc mạn/quá phát), Nhiễm khuẩn hô hấp dưới viêm phế quản, viêm tiểu phế quản, viêm phế quản phổi, viêm phổi)	180 ngày	Chỉ áp dụng đối với Người được bảo hiểm là cá nhân từ đủ 15 ngày tuổi đến dưới 05 tuổi
Bệnh thông thường	30 ngày	Áp dụng đối với mọi Người được bảo hiểm
Tử vong, thương tật toàn bộ vĩnh viễn do bệnh thông thường	30 ngày	
Tử vong, thương tật toàn bộ vĩnh viễn do bệnh có sẵn, bệnh đặc biệt	365 ngày	
Tử vong do ung thư	365 ngày	
Tử vong do thai sản	365 ngày	
Bệnh nha khoa	30 ngày	
Các rủi ro được bảo hiểm có nguyên nhân do tai nạn	Không áp dụng thời gian chờ	
Tử vong, thương tật toàn bộ vĩnh viễn hoặc thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn	Không áp dụng thời gian chờ	

II. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM CHÍNH

Điều 8. Quyền lợi bảo hiểm

- Bảo hiểm cho trường hợp ốm đau, bệnh tật, tai nạn xảy ra trong thời hạn bảo hiểm khiến Người được bảo hiểm phải nằm viện điều trị nội trú và hoặc phẫu thuật nội trú tại bệnh viện.
- Đối tượng trẻ em từ đủ 15 ngày tuổi đến 05 (năm) tuổi, quyền lợi này áp dụng theo tỷ lệ đồng chi trả 20% (Bảo Minh chỉ thanh toán 80% chi phí thuộc phạm vi bảo hiểm).

1. Trường hợp nằm viện

Trường hợp Người được bảo hiểm phải nằm viện thuộc phạm vi bảo hiểm, Bảo Minh sẽ thanh toán các chi phí điều trị, tiền phòng và giường, tiền ăn theo tiêu chuẩn điều trị nội trú của bệnh viện (nếu có), chi phí xét nghiệm, hoặc các phương pháp chẩn đoán hình ảnh như X-quang, MRI, CT, PET, siêu âm, nội soi (các xét nghiệm này phải do bác sỹ chỉ định là biện pháp cần thiết để đánh giá tình trạng bệnh và phải là một phần của chi phí điều trị nằm viện), thuốc điều trị, truyền máu, ôxy, huyết thanh, quần áo bệnh viện và các chi phí y tế liên quan khác nhưng tối đa không quá giới hạn phụ cho mỗi ngày điều trị quy định trong Bảng quyền lợi hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm. Tổng số ngày điều trị được xét trả tiền bảo hiểm không quá 60 ngày/năm và tổng số tiền không vượt quá Số tiền bảo hiểm quy định của quyền lợi điều trị nội trú.

2. Trường hợp phẫu thuật



Trường hợp Người được bảo hiểm phải phẫu thuật, nằm viện điều trị nội trú thuộc phạm vi bảo hiểm, Bảo Minh sẽ thanh toán toàn bộ các chi phí hội chẩn, gây mê, hồi sức, chi phí phẫu thuật bao gồm cả phẫu thuật cấy ghép nội tạng, bộ phận cơ thể (không bảo hiểm cho chi phí mua các bộ phận nội tạng, bộ phận cơ thể và chi phí hiến nội tạng, bộ phận cơ thể). Giới hạn số tiền chi trả cho trường hợp phẫu thuật không vượt mức giới hạn tối đa do Người được bảo hiểm lựa chọn khi tham gia bảo hiểm và được ghi cụ thể trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc Hợp đồng bảo hiểm.

Trường hợp thủ thuật/phẫu thuật ngoại trú không được chi trả trong quyền lợi này.

3. Các quyền lợi bảo hiểm khác (giới hạn quyền lợi được liệt kê chi tiết trong Bảng Quyền lợi bảo hiểm)

- Phục hồi chức năng;
- Chi phí điều trị tại khoa cấp cứu trong tình trạng nguy kịch;
- Dịch vụ xe cứu thương, xe cấp cứu bằng đường bộ;
- Chi phí điều trị trước khi nhập viện phát sinh trong vòng 30 ngày trước khi nhập viện;
- Chi phí điều trị sau khi xuất viện trong vòng 30 ngày sau khi xuất viện;
- Y tá chăm sóc tại nhà phát sinh ngay sau khi xuất viện nhưng không vượt quá 30 ngày kể từ ngày xuất viện;
- Trợ cấp nằm viện;
- Trợ cấp mai táng phí trong trường hợp tử vong tại bệnh viện;
- Trợ cứu y tế ngoài lãnh thổ Việt Nam;
- Thăm thân trong trường hợp khẩn cấp;
- Hồi hương thi hài;
- HIV/AIDS xảy ra trong thời gian hiệu lực hợp đồng, bao gồm những năm tái tục và xuất hiện sau khi hợp đồng liên tục trong 05 (năm) năm kể từ hiệu lực bảo hiểm đầu tiên.

4. Hiệu lực bảo hiểm

Bảo hiểm có hiệu lực sau thời gian chờ nêu tại Điều 7 của Quy tắc bảo hiểm này.

5. Ghi chú

- Phạm vi địa lý: Việt Nam.
- Chương trình bảo hiểm mức trách nhiệm cao: mở rộng phạm vi Đông Nam Á, Châu Á, Toàn cầu (Mỹ, Canada áp dụng đồng chi trả chi phí điều trị 20%) thu phí bổ sung theo Phụ phí đính kèm quy tắc.

6. Chương trình bảo hiểm chuẩn

QUYỀN LỢI BẢO HIỂM CHÍNH - ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ DO ÓM ĐAU, BỆNH TẬT, TAI NẠN (loại trừ ung thư)	
Tổng hạn mức quyền lợi bảo hiểm chính/người/năm. Tối đa 60 ngày/năm. Theo giới hạn phụ bên dưới.	Số tiền bảo hiểm tối đa 500.000.000 VND
Giới hạn viện phí/năm	Tối đa Viện phí/năm = 40% Số tiền bảo hiểm

Chi phí nằm viện điều trị nội trú không quá 60 ngày/năm. Giới hạn/ngày Chi phí phòng, giường bệnh Chi phí phòng chăm sóc đặc biệt Các chi phí bệnh viện tổng hợp Phòng đơn tiêu chuẩn có giá thấp nhất tại bệnh viện	Tối đa 5% Viện phí
Chi phí Phẫu thuật/thủ thuật nội trú bao gồm chi phí cấy ghép nội tạng (không bảo hiểm chi phí mua các bộ phận nội tạng và chi phí hiến các bộ phận nội tạng)/năm	Tối đa 40% Số tiền bảo hiểm
Phục hồi chức năng/năm	Tối đa 2% Số tiền bảo hiểm
Chi phí điều trị tại khoa cấp cứu trong tình trạng nguy kịch. Giới hạn/năm	Tối đa 50% Số tiền bảo hiểm
Dịch vụ xe cứu thương, xe cấp cứu bằng đường bộ/năm (xe cấp cứu 115, xe cấp cứu bệnh viện và các xe cấp cứu được cấp phép hoạt động trong lĩnh vực vận chuyển cấp cứu y tế)	Tối đa 50% Số tiền bảo hiểm
Chi phí khám và điều trị trong vòng 30 ngày trước khi nhập viện/năm	Tối đa 2% Số tiền bảo hiểm
Chi phí tái khám và điều trị trong vòng 30 ngày sau xuất viện/năm	Tối đa 2% Số tiền bảo hiểm
Y tá chăm sóc tại nhà phát sinh ngay sau khi xuất viện nhưng không vượt quá 30 ngày kể từ ngày xuất viện. Việc chăm sóc tại nhà sẽ do Y tá hoặc Bác sỹ thực hiện công việc này và phải có giấy chứng nhận. Giới hạn/năm	Tối đa 2% Số tiền bảo hiểm
Trợ cấp nằm viện/ngày không quá 60 ngày/năm	Tối đa 0,08% Số tiền bảo hiểm
Trợ cấp mai táng phí trong trường hợp tử vong tại bệnh viện	Tối đa 2% Số tiền bảo hiểm

7. Chương trình bảo hiểm mức trách nhiệm cao

QUYỀN LỢI BẢO HIỂM CHÍNH - ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ DO ÓM ĐAU, BỆNH TẬT, TAI NẠN (không bao gồm ung thư) Mở rộng bệnh ung thư: Quy định tại Biểu phí, phần II, Mục 5. Biểu phí bảo hiểm ung thư	
Tổng hạn mức quyền lợi bảo hiểm chính/người/năm. Tối đa 60 ngày/năm. Theo giới hạn phụ bên dưới.	Số tiền bảo hiểm theo quy định tại biểu phí
Tối đa viện phí/năm	Tối đa Viện phí/năm = 40% Số tiền bảo hiểm

<p>Chi phí nằm viện điều trị nội trú và/hoặc điều trị trong ngày không quá 60 ngày/năm. Giới hạn/ngày Chi phí phòng, giường bệnh Chi phí phòng chăm sóc đặc biệt Các chi phí bệnh viện tổng hợp Chi phí hội chẩn chuyên khoa</p> <p>Tất cả các loại phòng nhưng không bao gồm phòng bao, giới hạn tối đa 0.5% Viện phí</p>	Tối đa 5% Viện phí
Chi phí Phẫu thuật/thủ thuật nội trú bao gồm chi phí cấy ghép nội tạng (không bảo hiểm chi phí mua các bộ phận nội tạng và chi phí hiến các bộ phận nội tạng)/năm	Tối đa 40% Số tiền bảo hiểm
Điều trị phẫu thuật/thủ thuật trong ngày (bao gồm các dịch vụ điều trị trong trường hợp Người được bảo hiểm chi điều trị trong ngày).	Tối đa 10% viện phí
Phục hồi chức năng/năm	Tối đa 2% Số tiền bảo hiểm
Chi phí điều trị tại khoa cấp cứu trong tình trạng nguy kịch. Giới hạn/năm Điều trị thai sản cấp cứu do tai nạn (tối đa 2% Số tiền bảo hiểm) Chi phí cấp cứu tai nạn răng khẩn cấp (tối đa 2% Số tiền bảo hiểm)	Tối đa 50% Số tiền bảo hiểm
Dịch vụ xe cứu thương, xe cấp cứu bằng đường bộ/năm (xe cấp cứu 115, xe cấp cứu bệnh viện và các xe cấp cứu được cấp phép hoạt động trong lĩnh vực vận chuyển cấp cứu y tế)	Tối đa 50% Số tiền bảo hiểm
Chi phí khám và điều trị trong vòng 30 ngày trước khi nhập viện/năm	Tối đa 2% Số tiền bảo hiểm
Chi phí tái khám và điều trị trong vòng 30 ngày sau xuất viện/năm	Tối đa 2% Số tiền bảo hiểm
Y tá chăm sóc tại nhà phát sinh ngay sau khi xuất viện nhưng không vượt quá 30 ngày kể từ ngày xuất viện. Việc chăm sóc tại nhà sẽ do Y tá hoặc Bác sỹ thực hiện công việc này và phải có giấy chứng nhận. Giới hạn/năm	Tối đa 2% Số tiền bảo hiểm
Trợ cấp nằm viện/ngày và không quá 60 ngày/năm	Tối đa 0.08% Số tiền bảo hiểm
Trợ cấp mai táng phí trong trường hợp tử vong tại bệnh viện	Tối đa 2% Số tiền bảo hiểm
Trợ cứu y tế ngoài lãnh thổ Việt Nam	Tối đa 100% Số tiền bảo hiểm
Thăm thân trong trường hợp khẩn cấp	Tối đa 1% Số tiền bảo hiểm
Hồi hương thi hài	Tối đa 10% Số tiền bảo hiểm
Điều trị HIV/AIDS và giới hạn/trọn đời	Tối đa 10% Số tiền bảo hiểm

III. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM BỔ SUNG

Trên cơ sở yêu cầu của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm, Bảo Minh đồng ý nhận bảo hiểm theo các quyền lợi bảo hiểm bổ sung quy định tại các Phụ lục được ban hành cùng với Quy tắc bảo hiểm này với điều kiện Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm đã nộp phí bảo hiểm theo quy định và được ghi rõ trên Hợp đồng bảo hiểm và/hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm. Việc giải quyết bồi thường sẽ căn cứ vào các quy định trong Quy tắc bảo hiểm.

IV. CÁC TRƯỜNG HỢP LOẠI TRỪ TRÁCH NHIỆM BẢO HIỂM

Bảo Minh không chịu trách nhiệm chi trả tiền bảo hiểm đối với các rủi ro xảy ra do các nguyên nhân sau:

Điều 9. Các điểm loại trừ chung

1. Các chi phí điều trị bất hợp lý, không cần thiết về mặt y tế hoặc không theo chỉ định của bác sĩ.
2. Điều trị y tế hoặc sử dụng thuốc không có đơn thuốc và sự chỉ dẫn của bác sỹ; các loại thuốc đông y không rõ nguồn gốc.
3. Các chi phí và điều trị, các chỉ định điều trị có từ trước ngày bắt đầu bảo hiểm.
4. Những rủi ro mang tính chất thảm họa như động đất, núi lửa, sóng thần, nhiễm phóng xạ, dịch bệnh theo công bố của Tổ chức y tế thế giới hoặc cơ quan nhà nước có thẩm quyền.
5. Chiến tranh, nội chiến, đình công, khủng bố, bạo động, phiến loạn, các hoạt động dân sự hoặc hành động của bất kỳ người cầm đầu của tổ chức nào nhằm lật đổ, đe dọa chính quyền, kiểm soát bằng vũ lực.
6. Các chấn thương, bệnh tật do các tác nhân hạt nhân gây ra hoặc do bị nhiễm chất phóng xạ.
7. Chi phí cung cấp, bảo dưỡng, sửa chữa hay thay thế/bộ phận/dụng cụ/thiết bị y tế hỗ trợ điều trị/phẫu thuật hay bộ phận giả, vật tư thay thế như định nghĩa, dụng cụ chỉnh hình, các thiết bị trợ thính hoặc thị lực, nạng hay xe lăn hoặc các dụng cụ khác.
8. Các chi phí liên quan đến phẫu thuật, điều trị bệnh/thương tật bằng liệu pháp tế bào gốc, phương pháp cấy tế bào gốc và hậu quả của các phương pháp điều trị này. Riêng trường hợp này chỉ bảo hiểm chi phí ngày nằm viện nội trú tại các bệnh viện công.
9. 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.
10. Việc điều trị thử nghiệm, điều trị không được khoa học công nhận và các dịch vụ điều trị miễn phí tại bất kỳ bệnh viện nào.
11. Người được bảo hiểm mất tích (trừ trường hợp Tòa án có quyết định tuyên bố Người được bảo hiểm đã chết do tai nạn trong thời hạn bảo hiểm).
12. Mọi trường hợp khám, điều trị bệnh được thực hiện tại Phòng cấp cứu hoặc bộ phận có chức năng điều trị cấp cứu của cơ sở y tế vì bất kỳ lý do nào nhưng không nhằm mục đích cấp cứu. Việc khám, điều trị bệnh này được coi là điều trị ngoại trú và Bảo Minh chỉ xem xét giải quyết yêu cầu bồi thường bảo hiểm theo chi phí điều trị ngoại trú.

13. Mọi chi phí phát sinh từ hoặc có liên quan đến Phòng/Giường nằm điều trị được cơ sở y tế quy định là Phòng bao hoặc Phòng/Giường VIP hoặc các loại Phòng/Giường điều trị có tính chất tương tự. Trong trường hợp này, Bảo Minh chỉ xem xét giải quyết yêu cầu bồi thường bảo hiểm theo mức giá thấp nhất của Phòng đơn/Giường tiêu chuẩn 01 (một) người tại mỗi chuyên khoa điều trị.
14. Chi phí điều trị bằng phương pháp sinh học và liệu pháp hormone.
15. Người được bảo hiểm bị đột tử hoặc tử vong không rõ nguyên nhân hoặc bị tử vong mà không thể xác định được nguyên nhân.
16. Người được bảo hiểm điều khiển phương tiện giao thông khi có nồng độ cồn trong máu hoặc hơi thở hoặc khi bị ảnh hưởng bởi rượu, bia, ma túy hoặc các chất kích thích, các chất gây nghiện khác vi phạm quy định của pháp luật hiện hành.
17. Người được bảo hiểm bị ảnh hưởng bởi rượu, bia, ma túy hoặc các chất kích thích, các chất gây nghiện khác là nguyên nhân dẫn đến tai nạn, ốm đau, bệnh tật theo kết luận của bác sĩ/cơ quan có thẩm quyền.

Điều 10. Các điểm loại trừ ốm đau, bệnh tật

1. Bệnh lao, bệnh sốt rét, bệnh nghề nghiệp, bệnh phong.
2. Bệnh ung thư. Điểm loại trừ này không được áp dụng nếu Người được bảo hiểm tham gia Điều khoản bổ sung - Bảo hiểm ung thư.
3. 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, ốm đau liên quan đến các bệnh thuộc hội chứng suy giảm miễn dịch (HIV) bao gồm các hội chứng liên quan đến AIDS và/hoặc bất cứ biến chứng hoặc biến đổi nào, hoặc bệnh lây truyền qua đường tình dục hay bất cứ hội chứng liên quan đến AIDS hoặc các bệnh liên quan đến AIDS khác.
4. Điều trị và/hoặc phẫu thuật cho các bệnh bẩm sinh, bệnh di truyền, dị tật, khuyết tật bẩm sinh, bệnh dị dạng về gen và mọi biến chứng, hậu quả liên quan đến những bệnh này, 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.
5. 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 cắn, côn trùng cắn).
6. 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, các tật khúc xạ như cận thị, viễn thị và loạn thị, khô mắt, mỏi mắt điều tiết và bất kỳ phẫu thuật để phục hồi hiệu chỉnh nào đối với các khuyết tật thoái hóa thính giác và thị giác.
7. Sinh đẻ (bao gồm cả các trường hợp biến chứng dẫn đến hậu quả phải sinh đẻ, sinh non), trừ trường hợp có tham gia điều khoản bổ sung – Bảo hiểm thai sản.
8. Điều trị hoặc phẫu thuật theo yêu cầu của Người được bảo hiểm mà không phải điều trị theo cách thông thường.
9. Khám và xét nghiệm không có kết luận chẩn đoán bệnh hoặc kết luận không có bệnh cần điều trị của bác sĩ.

10. Các hình thức thẩm mỹ, phẫu thuật thẩm mỹ, chỉnh hình.
11. Các điều trị tăng sắc tố (nám da), điều trị các loại mụn, điều trị chứng rụng tóc bị loại trừ riêng đối với điều kiện ngoại trú. Trường hợp Người được bảo hiểm bị những bệnh này phải điều trị nội trú thì vẫn được giải quyết theo quyền lợi điều trị nội trú do ốm đau, bệnh tật.
12. Điều trị kiểm soát trọng lượng cơ thể (tăng hoặc giảm cân); suy dinh dưỡng, còi xương, béo phì.
13. 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. 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.
14. Điều trị các bất thường về sinh hóa, chuyển hóa của cơ thể như tăng lipid máu, men gan cao, nồng độ calci thấp hay các tình trạng tương tự liên quan đến các bất thường về sinh hóa, chuyển hóa của cơ thể.
15. Các hình thức điều trị về răng và liên quan đến răng (nướu, lợi). ĐIỂM LOẠI TRỪ NÀY KHÔNG ĐƯỢC ÁP DỤNG NẾU NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM THAM GIA QUYỀN LỢI "BẢO HIỂM NHA KHOA".
16. Bệnh có sẵn như định nghĩa trong Quy tắc này chỉ được bảo hiểm từ năm thứ hai tham gia liên tục tại Bảo Minh.
17. Bệnh đặc biệt như định nghĩa trong Quy tắc này chỉ được bảo hiểm từ năm thứ hai tham gia liên tục tại Bảo Minh.
18. Các bệnh sau đây sẽ không được bảo hiểm trong năm đầu tiên tham gia bảo hiểm cho dù xảy ra trước hay sau khi Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, bao gồm:
 - a. Bệnh hệ hô hấp:
Viêm Amidan cần phải nạo, viêm xoang, vẹo vách ngăn, bệnh hen/suyễn.
 - b. Bệnh hệ tai:
Viêm tai giữa cần phải phẫu thuật, sùi vòm họng, cắt bỏ xương xoắn.
 - c. Bệnh hệ mạch:
Viêm tĩnh mạch và viêm tắc/ngẽn tĩnh mạch, giãn tĩnh mạch chi dưới, hội chứng ống cổ tay, mạch/hạch bạch huyết, trĩ.
 - d. Bệnh rối loạn chuyển hóa các loại
 - e. Bệnh hệ cơ, xương, khớp:
Viêm khớp/đa khớp mãn tính, bệnh thoái hóa cột sống, thân đốt sống, thoát vị đĩa đệm, rối loạn mật độ và cấu trúc xương, bệnh gout, thoái hóa khớp.
 - f. Bệnh hệ tiêu hóa:
Bệnh loét dạ dày, tá tràng.
 - g. Bệnh khác: Sỏi, nang, rối loạn tiền đình.

Điều 11. Các điểm loại trừ tai nạn

1. Hành động cố ý của Người được bảo hiểm hoặc Người thừa kế hợp pháp.
2. Người được bảo hiểm từ 14 tuổi trở lên vi phạm pháp luật; vi phạm nội quy của cơ quan, tổ chức theo Luật lao động.

3. Các hành động đánh nhau của Người được bảo hiểm, trừ khi chứng minh được hành động đánh nhau đó chỉ với mục đích tự vệ.
4. Hậu quả của tai nạn xảy ra ngoài thời hạn bảo hiểm.
5. Tham gia vào các hoạt động hàng không (trừ khi với tư cách là hành khách), tham gia các cuộc diễn tập huấn luyện quân sự, tham gia chiến đấu của lực lượng vũ trang.
6. Tham gia tập luyện hoặc tham gia thi đấu các môn thể thao chuyên nghiệp, bất kỳ hoạt động đua nào.
7. Người được bảo hiểm bị ngộ độc thức ăn, đồ uống hoặc hít phải hơi độc, khí độc, chất độc. Điểm loại trừ này không được áp dụng nếu Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi mở rộng ngộ độc thức ăn, đồ uống hoặc hít phải hơi độc, khí độc, chất độc.

Điều 12. Các điểm loại trừ thai sản

Thực hiện các biện pháp kế hoạch hóa gia đình, hậu quả của phá thai trừ trường hợp thai bị dị tật và có chỉ định của bác sĩ cho việc bỏ thai, điều trị vô sinh thụ tinh nhân tạo, hỗ trợ thụ thai, hỗ trợ mang thai, 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.

V. HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM, PHÍ BẢO HIỂM

Điều 13. Chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm

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

1. Nếu Hợp đồng bảo hiểm được hai bên thỏa thuận chấm dứt theo yêu cầu của Người được bảo hiểm, Bảo Minh sẽ hoàn trả 80% phí bảo hiểm của thời gian hiệu lực còn lại, với điều kiện Bảo Minh chưa nhận được bất kỳ yêu cầu bồi thường bảo hiểm nào theo Hợp đồng bảo hiểm đó.
2. Nếu Hợp đồng được hai bên thỏa thuận chấm dứt theo yêu cầu của Bảo Minh, Bảo Minh sẽ hoàn trả 100% phí bảo hiểm của thời gian hiệu lực còn lại.

Điều 14. Phí bảo hiểm

Được xác định tương ứng với mỗi Người được bảo hiểm riêng biệt theo Chương trình bảo hiểm, độ tuổi của Người được bảo hiểm, được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm căn cứ theo Biểu phí đính kèm Quy tắc bảo hiểm này.

VI. QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA CÁC BÊN

Điều 15. Quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm

1. Bên mua bảo hiểm có quyền

- a. Yêu cầu Bảo Minh giải thích các điều kiện, điều khoản bảo hiểm; cấp giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc đơn bảo hiểm;
- b. Đơn phương đình chỉ thực hiện hợp đồng bảo hiểm theo quy định Quy tắc bảo hiểm và theo quy định của Pháp luật;

- c. Yêu cầu Bảo Minh trả tiền bảo hiểm cho người thụ hưởng hoặc bồi thường cho người được bảo hiểm theo thoả thuận trong hợp đồng bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm;
- d. Các quyền khác theo quy định của pháp luật

2. Bên mua bảo hiểm có nghĩa vụ

- a. Đóng phí bảo hiểm đầy đủ, theo thời hạn và phương thức đã thoả thuận trong hợp đồng bảo hiểm;
- b. kê khai đầy đủ, trung thực mọi chi tiết có liên quan đến hợp đồng bảo hiểm theo yêu cầu của Bảo Minh;
- c. Thông báo những trường hợp có thể làm tăng rủi ro hoặc làm phát sinh thêm trách nhiệm của Bảo Minh trong quá trình thực hiện hợp đồng bảo hiểm theo yêu cầu của Bảo Minh;
- d. Thông báo cho Bảo Minh về việc xảy ra sự kiện bảo hiểm theo thoả thuận trong hợp đồng bảo hiểm;
- e. Áp dụng các biện pháp đề phòng, hạn chế tổn thất theo quy định của Pháp luật;
- f. Các nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật.

Điều 16. Quyền và nghĩa vụ của Bảo Minh

1. Bảo Minh có quyền

- 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. Đơn phương đình chỉ thực hiện hợp đồng bảo hiểm theo quy định tại Quy tắc bảo hiểm và theo quy định của Pháp luật;
- d. Từ chối trả tiền bảo hiểm cho người thụ hưởng hoặc từ chối bồi thường cho người được bảo hiểm trong trường hợp không thuộc phạm vi trách nhiệm bảo hiểm hoặc trường hợp loại trừ trách nhiệm bảo hiểm theo thoả thuận trong hợp đồng bảo hiểm;
- e. Yêu cầu bên mua bảo hiểm áp dụng các biện pháp đề phòng, hạn chế tổn thất theo quy định của Pháp luật;
- f. Các quyền khác theo quy định của pháp luật.

2. Bảo Minh có nghĩa vụ

- 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 giấy chứng nhận bảo hiểm, đơn bảo hiểm ngay sau khi giao kết hợp đồng bảo hiểm;
- c. Trả tiền bảo hiểm kịp thời cho người thụ hưởng hoặc bồi thường cho người được bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm;
- d. Giải thích bằng văn bản lý do từ chối trả tiền bảo hiểm hoặc từ chối bồi thường;
- e. Các nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật.

VII. GIẢI QUYẾT YÊU CẦU BỒI THƯỜNG BẢO HIỂM

Điều 17. Hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm

Khi yêu cầu Bảo Minh trả tiền bảo hiểm, Người được bảo hiểm và/hoặc người thừa kế hợp pháp phải gửi cho Bảo Minh các chứng từ sau đây:

1. Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm (mẫu của Bảo Minh).
2. Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc Hợp đồng bảo hiểm, các Phụ lục nếu có (bản sao).
3. Biên bản tai nạn/Bản tường trình tai nạn có xác nhận của: Chủ Hợp đồng bảo hiểm/cơ quan, chính quyền địa phương, công an, cảnh sát giao thông nơi Người được bảo hiểm bị tai nạn:
 - a. Đối với tai nạn giao thông: cung cấp Bản tường trình tai nạn, trường hợp có cảnh sát giao thông lập biên bản, cần cung cấp biên bản tai nạn giao thông, Giấy đăng ký xe và Giấy phép lái xe hợp lệ (nếu là người trực tiếp lái xe) và các giấy tờ khác có liên quan;
 - b. Đối với tai nạn lao động: cung cấp bản tai nạn lao động hoặc bản tường trình tai nạn có xác nhận của cơ quan/công ty/chính quyền.
 - c. Đối với tai nạn trong sinh hoạt: cung cấp bản tường trình tai nạn có xác nhận của Chủ Hợp đồng bảo hiểm hoặc cơ quan/chính quyền địa phương và các giấy tờ khác có liên quan.
4. Các chứng từ liên quan đến việc điều trị: 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).
5. Các chứng từ liên quan đến việc thanh toán 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 Bảo Minh 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 Minh không chấp nhận các phiếu thu/biên lai bán lẻ cộng gộp cho mỗi hồ sơ yêu cầu bồi thường.
6. Hồ sơ chứng từ y tế trước khi tử vong, Giấy chứng tử (trường hợp chết) và Giấy xác nhận quyền thừa kế hợp pháp (trường hợp Người được bảo hiểm chết) phải có công chứng.
7. Quyết định tuyên bố chết của Tòa án (trường hợp Tòa án tuyên bố chết sau thời gian mất tích theo quy định pháp luật).
8. Trường hợp Người được bảo hiểm ủy quyền cho người khác nhận tiền bảo hiểm phải có giấy ủy quyền hợp pháp và tuân thủ quy định về việc nhận tiền bồi thường thay của Bảo Minh.

Điều 18. Thời hạn yêu cầu bồi thường

Thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm hoặc bồi thường theo hợp đồng bảo hiểm là 01 (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 yêu cầu trả tiền bảo hiểm hoặc bồi thường.

Điều 19. Thời hạn giải quyết yêu cầu trả tiền bảo hiểm

Bảo Minh có trách nhiệm giải quyết và thanh toán tiền bảo hiểm trong vòng 15 ngày kể từ khi nhận được hồ sơ yêu cầu bồi thường đầy đủ và hợp lệ trừ khi có thỏa thuận khác trong hợp đồng bảo hiểm.

Điều 20. Trung cầu giám định

1. Trong trường hợp xét thấy cần thiết, Bảo Minh hoặc Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm có quyền:
 - a. Trưng cầu đơn vị giám định độc lập hoặc cơ quan chuyên môn có thẩm quyền thực hiện việc khám, giám định các vấn đề có liên quan đến việc giải quyết yêu cầu bồi thường bảo hiểm.
 - b. Trưng cầu ý kiến từ các cơ quan chuyên môn có thẩm quyền về các vấn đề có liên quan đến việc giải quyết yêu cầu bồi thường bảo hiểm.
2. Các bên tự mình thanh toán các chi phí có liên quan thuộc trách nhiệm của mình.
3. Các bên sẽ cùng nhau thỏa thuận để thống nhất áp dụng kết quả giám định được trưng cầu ở trên. Trong trường hợp các bên không thỏa thuận được việc trưng cầu giám định viên độc lập thì một trong các bên được yêu cầu Tòa án nơi xảy ra tổn thất hoặc nơi cư trú của người được bảo hiểm chỉ định giám định viên độc lập. Kết luận của giám định viên độc lập có giá trị bắt buộc đối với các bên.

VIII. GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP

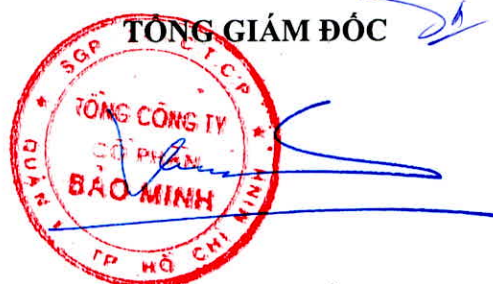
Điều 21. Giải quyết tranh chấp

Mọi tranh chấp phát sinh hoặc có liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm và Quy tắc bảo hiểm này, nếu các bên không thỏa thuận được bằng thương lượng thì một trong hai bên được quyền đưa ra giải quyết tại Tòa án có thẩm quyền tại Việt Nam.

Điều 22. Thời hiệu khởi kiện

Thời hiệu khởi kiện về hợp đồng bảo hiểm là 03 (ba) năm, kể từ thời điểm phát sinh tranh chấp.

TỔNG CÔNG TY CỔ PHẦN BẢO MINH



VŨ ANH TUẤN