



Quy tắc bảo hiểm chăm sóc sức khỏe và tai nạn



Công ty TNHH Bảo hiểm HD

Toà nhà Abacus, 58 Nguyễn Đình Chiểu,
Phường Đa Kao, Quận 1, Tp. Hồ Chí Minh

T (028) 3528 2999

F (028) 3910 2888

E info@hdinsurance.com.vn

www.hdinsurance.com.vn

MỤC LỤC

Trên cơ sở Giấy yêu cầu bảo hiểm của Bên mua bảo hiểm và được HDI chấp nhận, HDI đồng ý nhận bảo hiểm theo những Điều khoản, Điều kiện bảo hiểm và các quy định dưới đây:

PHẦN I

QUY ĐỊNH CHUNG

PHẦN II

ĐIỀU KIỆN, ĐIỀU KHOẢN
BẢO HIỂM

PHẦN III

QUYỀN LỢI VÀ NGHĨA VỤ
CÁC BÊN

PHẦN IV

LOẠI TRỪ BẢO HIỂM

PHẦN V

QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

PHẦN VI

YÊU CẦU BỒI THƯỜNG BẢO
HIỂM & THỦ TỤC

PHẦN VII

GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP

PHỤ LỤC

BẢNG TỶ LỆ TRẢ TIỀN
THƯƠNG TẬT

PHẦN I. QUY ĐỊNH CHUNG

Điều 1. Các thuật ngữ và từ viết tắt

Trong Quy tắc bảo hiểm này và tại Hợp đồng bảo hiểm, các thuật ngữ dưới đây được hiểu, giải thích và thực hiện như sau:

1.1 HDI: Là Công ty TNHH Bảo hiểm HD (gọi tắt là HDI).

1.2 NĐBH: là Người được bảo hiểm.

1.3 Hợp đồng bảo hiểm: Là sự thoả thuận giữa bên mua bảo hiểm và doanh nghiệp bảo hiểm, theo đó bên mua bảo hiểm phải đóng phí bảo hiểm, doanh nghiệp bảo hiểm phải trả tiền bảo hiểm cho người thụ hưởng hoặc bồi thường cho người được bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm.

1.4 Hợp đồng bảo hiểm Nhóm: Là hợp đồng bảo hiểm bao gồm tối thiểu 02 (hai) Người được bảo hiểm là thành viên thuộc một công ty, cơ quan, xí nghiệp, đoàn thể, hiệp hội hay các tổ chức tương tự. Trong trường hợp có yêu cầu, người thân của Người được bảo hiểm cũng có thể tham gia vào hợp đồng bảo hiểm nhóm (không bắt buộc).

1.5 Người thân: Là vợ hoặc chồng; cha mẹ đẻ, cha mẹ nuôi; cha mẹ đẻ, cha mẹ nuôi của vợ hoặc chồng; con đẻ, con nuôi, con dâu, con rể; ông, bà; anh chị em ruột, anh chị em ruột của vợ hoặc chồng; cháu là con của con đẻ, con nuôi.

1.6 Hợp đồng bảo hiểm trùng: Là trường hợp bên mua bảo hiểm giao kết hợp đồng bảo hiểm với hai doanh nghiệp bảo hiểm trở lên để bảo hiểm cho cùng một đối tượng, với cùng điều kiện và sự kiện bảo hiểm.

1.7 Bên mua bảo hiểm: Là tổ chức, cá nhân 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. Bên mua bảo hiểm chỉ có thể mua bảo hiểm cho những người sau đây: a) Bản thân bên mua bảo hiểm; b) Vợ, chồng, con, cha, mẹ của bên mua bảo hiểm; c) Anh, chị, em ruột, người có quan hệ nuôi dưỡng và cấp dưỡng; d) Người khác, nếu bên mua bảo hiểm có quyền lợi có thể được bảo hiểm.

1.8 Người thụ hưởng: Là tổ chức, cá nhân được bên mua bảo hiểm chỉ định để nhận tiền bảo hiểm theo hợp đồng bảo hiểm.

1.9 Người được bảo hiểm: Là tổ chức, cá nhân có tính mạng, sức khỏe được bảo hiểm theo hợp đồng bảo hiểm. Người được bảo hiểm có thể đồng thời là người thụ hưởng.

1.10 Tuổi của NĐBH: Là tuổi được tính tại thời điểm ký Giấy yêu cầu bảo hiểm theo ngày, tháng, năm sinh Dương lịch của người đó, được xác định bởi các căn cứ theo thứ tự ưu tiên dưới đây:

- a) Giấy Khai sinh;
- b) Giấy Chứng minh nhân dân/ Căn cước công dân;
- c) Hộ chiếu hoặc các giấy tờ hợp pháp khác (nếu có).

1.11 Tai nạn: Là bất kỳ sự kiện bất ngờ hay không lường trước, gây ra bởi một lực từ bên ngoài, mạnh và có thể nhìn thấy được xảy ra trong thời hạn bảo hiểm là nguyên nhân trực tiếp dẫn đến thương tật thân thể hoặc tử vong cho NĐBH và xảy ra ngoài sự kiểm soát của NĐBH.

1.12 Tổn thương/Thương tật thân thể: Có nghĩa là tổn thương đối với thân thể gây ra bởi tai nạn hay ốm đau, bệnh tật phát sinh trong thời hạn hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm.

1.13 Ốm đau, bệnh tật: Là tình trạng cơ thể có dấu hiệu của bệnh lý khác với tình trạng sức khỏe bình thường, cần thiết phải được điều trị y tế.

1.14 Bệnh/tổn thương có sẵn: Là những bệnh/thương tật có từ trước ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm và là bệnh/thương tật của Người được bảo hiểm:

- Đã phải điều trị trong vòng 3 năm trước ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm.
- Bất cứ tình trạng sức khỏe đã được chẩn đoán; triệu chứng/thương tật đã xảy ra/xuất hiện từ trước khi bảo hiểm có hiệu lực, mà Người được bảo hiểm đã biết hoặc ý thức được cho dù Người được bảo hiểm có thực sự khám hoặc điều trị hay không.

Theo quy tắc này ngoài những bệnh có sẵn theo định nghĩa trên, một số bệnh sau được hiểu là bệnh có sẵn: Viêm amidan phải cắt, viêm VA cần phải nạo, rối loạn tiền đình, thoái hóa khớp/ đốt sống/ cột sống, viêm tai giữa cần phẫu thuật, thoát vị đĩa đệm, bệnh hen. Bệnh/tổn thương có sẵn được xác nhận của bác sỹ điều trị.

1.15 Số tiền bảo hiểm: Là hạn mức trách nhiệm bảo hiểm tối đa của HDI tương ứng với mỗi người được bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm thuộc phạm vi bảo hiểm.

1.16 Bệnh đặc biệt: Bệnh đặc biệt bao gồm những bệnh được liệt kê sau đây: Là các bệnh ung thư, U-bướu các loại, huyết áp, tim mạch, loét dạ dày, viêm đa khớp, viêm thận (loại trừ viêm thận cấp tính cầu điều trị y tế khẩn cấp), loét ruột, viêm gan các loại, xơ gan, suy gan, trĩ, sỏi các loại trong hệ thống tiết niệu và đường mật, viêm xoang, đái tháo đường, Parkinson, suy phổi, bệnh mạch máu não, đột quỵ, hôn mê, động kinh, các bệnh liên quan tới tuyến giáp.

1.17 Bệnh/Dị tật bẩm sinh (hay khuyết tật bẩm sinh): Là các bất thường bẩm sinh có sẵn từ khi sinh ra. Nhiều bệnh/dị tật bẩm sinh có thể được chẩn đoán trước khi sinh hay vừa sinh ra trong khi một số bệnh/dị tật khác chỉ biểu hiện nhiều năm sau khi sinh.

Việc xác định bệnh bẩm sinh được thực hiện căn cứ theo danh mục các bệnh bẩm sinh do cơ quan nhà nước có thẩm quyền ban hành (nếu có); xác nhận/kết luận của cơ quan nhà nước có thẩm quyền; xác nhận/kết luận hoặc chẩn đoán của cơ sở y tế có thẩm quyền.

1.18 Điều trị thẩm mỹ: Là các phương pháp điều trị y khoa nhằm làm thay đổi hình dáng, cấu trúc, kích thước hay màu sắc của một cơ quan cơ thể.

1.19 Bệnh mãn tính: Là tình trạng mà theo ý kiến của bác sĩ là bệnh tiến triển kéo dài và không có khả năng chữa khỏi hoàn toàn.

1.20 Biến chứng thai sản: Là một trong các biến chứng sau:

- Thai lưu từ tuần 20 (hai mươi) của thai kì trở đi;
- Thai trứng, thai ngoài tử cung, thuyên tắc ối; vỡ tử cung, băng huyết sau khi sinh;
- Sốt nhau thai trong tử cung sau khi sinh có gây biến chứng nhiễm trùng;
- Phá thai điều trị bao gồm: các trường hợp phá thai do các bệnh lý di truyền/dị tật bẩm sinh của thai nhi hoặc phải chấm dứt thai kì để bảo vệ tính mạng của người mẹ theo chỉ định của Bác sĩ;
- Biến chứng của các nguyên nhân trên.

1.21 Thương tật bộ phận vĩnh viễn: Là thương tật thân thể làm cho Người được bảo hiểm vĩnh viễn mất đi chức năng hoạt động bình thường của một hay nhiều bộ phận của cơ thể mà không có khả năng hồi phục (do hậu quả của việc bị cắt, mất hoặc mất khả năng sử dụng hoặc bị liệt một phần cơ thể và được liệt kê trong bảng "Tỷ lệ thương tật"). Tỷ lệ thương tật được quy định tại các Thông tư hướng dẫn của Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội có hiệu lực tại thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm. Trường hợp có sự sai khác trong hướng dẫn giữa hai Bộ, ưu tiên áp dụng của Bộ Y tế, trừ trường hợp có thỏa thuận khác.

1.22 Thương tật toàn bộ vĩnh viễn: Là thương tật thân thể của Người được bảo hiểm, Người được bảo hiểm bị thương tật thân thể vĩnh viễn với tỷ lệ từ 81% trở lên.

1.23 Chiến tranh: Là việc một quốc gia trực tiếp sử dụng lực lượng vũ trang, phương tiện kỹ thuật quân sự để tấn công quốc gia khác, có thể tiến sâu và trong lãnh thổ hoặc tấn công từ bên ngoài lãnh thổ của quốc gia bị tấn công, có thể có tuyên chiến hoặc không tuyên chiến; hoặc là việc một hoặc một số quốc gia trực tiếp sử dụng lực lượng vũ trang, phương tiện kỹ thuật quân sự để tập trận hoặc diễn tập quân sự trong phạm vi một vùng diện tích nhất định. Hoạt động tập trận hoặc diễn tập quân sự có thể có thông báo hoặc không có thông báo trước.

1.24 Khủng bố: Là một, một số hoặc tất cả hành vi sau đây của tổ chức, cá nhân nhằm chống chính quyền nhân dân, ép buộc chính quyền nhân dân, tổ chức nước ngoài, tổ chức quốc tế, gây khó

khẩn cho quan hệ quốc tế của nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam hoặc gây ra tình trạng hoảng loạn trong công chúng:

- a) Xâm phạm tính mạng, sức khỏe, tự do thân thể hoặc đe dọa xâm phạm tính mạng, uy hiếp tinh thần của người khác;
- b) Chiếm giữ, làm hư hại, phá hủy hoặc đe dọa phá hủy tài sản; tấn công, xâm hại, cản trở, gây rối loạn hoạt động của mạng máy tính, mạng viễn thông, mạng Internet, thiết bị số của cơ quan, tổ chức, cá nhân;
- c) Hướng dẫn chế tạo, sản xuất, sử dụng hoặc chế tạo, sản xuất, tàng trữ, vận chuyển, mua bán vũ khí, vật liệu nổ, chất phóng xạ, chất độc, chất cháy và các công cụ, phương tiện khác nhằm phục vụ cho việc thực hiện hành vi quy định tại điểm a và điểm b nêu trên;
- d) Tuyên truyền, lôi kéo, xúi giục, cưỡng bức, thuê mướn hoặc tạo điều kiện, giúp sức cho việc thực hiện hành vi quy định tại các điểm a, b và c nêu trên;
- đ) Thành lập, tham gia tổ chức, tuyển mộ, đào tạo, huấn luyện đối tượng nhằm thực hiện hành vi quy định tại các điểm a, b, c và d nêu trên;
- e) Các hành vi khác được coi là khủng bố theo quy định của điều ước quốc tế về phòng, chống khủng bố mà nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam là thành viên.

1.25 Cơ sở y tế: Là cơ sở cung cấp đồng thời dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh (điều trị bệnh) được cơ quan nhà nước có thẩm quyền cấp giấy phép thành lập, hoạt động hợp pháp theo quy định pháp luật Việt Nam hoặc quy định pháp luật tại nước ngoài nơi cơ sở y tế đó đang hoạt động và:

- a) Có khả năng và phương pháp chẩn đoán bệnh, điều trị và phẫu thuật;
- b) Có điều kiện thuận lợi cho việc điều trị nội trú, ngoại trú;
- c) Không phải là nơi để an dưỡng phục hồi sức khỏe hoặc là nơi đặc biệt chỉ có mục đích duy nhất là phục vụ cho người già hoặc giúp đỡ cai nghiện rượu, thuốc phiện, ma túy hoặc để điều trị rối loạn tâm thần, điều trị phong.

1.26 Thời gian chờ: Là thời gian mà các quyền lợi bảo hiểm có liên quan không được chi trả cụ thể tại Điều 3 của Quy tắc bảo hiểm này.

1.27 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 doanh nghiệp bảo hiểm. Người được bảo hiểm khi khám và điều trị tại những cơ sở này sẽ được doanh nghiệp bảo hiểm bảo lãnh thanh toán 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 và Bảng quyền lợi tại thời điểm điều trị.

1.28 **Bác sỹ:** Là người được cấp giấy phép hành nghề hợp pháp, được pháp luật 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 bác sỹ chính là:

- Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng;
- Đại lý bảo hiểm, chủ sử dụng lao động/nhân viên của Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm;
- Thành viên gia đình trực hệ của Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm (bố mẹ, bố mẹ vợ/chồng, vợ/chồng, con cái, anh chị em ruột).

1.29 **Phẫu thuật:** Là một phương pháp khoa học để điều trị thương tật hoặc bệnh tật, thai sản được thực hiện bởi những người có chứng chỉ hành nghề hợp pháp thông qua những ca mổ bằng tay với các dụng cụ y tế hoặc mổ bằng thiết bị y tế trong bệnh viện, bao gồm cả hình thức mổ bằng tia laser, mổ nội soi. Các loại phẫu thuật phải thuộc danh mục phẫu thuật do Bộ Y tế hoặc nước sở tại ban hành.

1.30 **Hồ sơ yêu cầu bồi thường bảo hiểm hợp lệ:** Là Hồ sơ yêu cầu bồi thường có đầy đủ các chứng cứ, tài liệu cần thiết theo đúng hình thức quy định trong Quy tắc bảo hiểm này.

1.31 **Phẫu thuật trong ngày:** Là phẫu thuật để điều trị thương tật hoặc bệnh tật nhưng không đòi hỏi bệnh nhân phải ở lại qua đêm để chăm sóc y khoa.

1.32 **Nằm viện:** Là việc bệnh nhân cần thiết phải nằm điều trị bệnh/thương tật tại cơ sở y tế ít nhất 24 giờ liên tục cho đến khi ra viện. Trong trường hợp bệnh viện không cung cấp giấy xuất viện thì hồ sơ y tế hoặc hóa đơn thanh toán thể hiện rõ thời gian điều trị sẽ được coi như chứng từ thay thế.

1.33 **Số ngày nằm viện nội trú:** được xác định như sau:

Số ngày nằm viện nội trú = (ngày ra viện – ngày nhập viện) + 1.

1.34 **Điều trị ngoại trú:** Là việc điều trị y tế khi Người được bảo hiểm cần thiết phải điều trị ốm đau, bệnh tật hoặc tai nạn tại một cơ sở y tế hợp pháp mà không phải điều trị nội trú hoặc điều trị trong ngày.

1.35 **Thuốc kê đơn/toa:** Là những loại thuốc được bác sỹ kê đơn theo quy chế kê toa của Bộ Y Tế quy định.

1.36 **Khám thai định kỳ:** Là chi phí khám, xét nghiệm, chuẩn đoán hình ảnh trong quá trình mang thai.

1.37 Vật lý trị liệu: Là phương pháp điều trị bằng cách sử dụng các tác nhân vật lý tự nhiên hay nhân tạo như: nước, không khí, nhiệt độ, 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... không bao gồm massage, spa, chỉnh hình thẩm mỹ.

1.38 Lần khám: Là việc khám, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh hay các thủ thuật thăm dò khác và thuốc điều trị được chỉ định bởi một bác sỹ tại một thời điểm:

- Là việc khám, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh hay các thủ thuật thăm dò khác và thuốc điều trị được chỉ định bởi một bác sỹ tại một thời điểm;
- Trường hợp người bệnh phải khám thêm một số chuyên khoa khác và có chỉ định của bác sỹ trong cùng một cơ sở y tế, trong một lần khám thì mỗi chuyên khoa được coi là một lần khám/điều trị.

1.39 Dụng cụ giả: Là dụng cụ/bộ phận nhân tạo thay thế cho các bộ phận cơ thể.

1.40 Dụng cụ, thiết bị y tế hỗ trợ điều trị: Là các dụng cụ/thiết bị y tế:

- Được đặt/cấy/trồng vào bất cứ 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), bao gồm ở stent, van tim, bóng nong, đĩa đệm, nẹp, vis, chốt treo, máy tạo nhịp tim, dao cắt trĩ theo phương pháp mổ Longo;
- Được sử dụng bên ngoài cơ thể nhằm hỗ trợ chức năng vận động hoặc các chức năng khác của cơ thể bao gồm ở nạng, nẹp, xe lăn.

1.41 Người phụng dưỡng, nuôi dưỡng hoặc hôn phối: Là bố mẹ vợ hay bố mẹ chồng, con cái, vợ/chồng của người được bảo hiểm.

1.42 Hoạt động thể thao chuyên nghiệp: Là bất kỳ hoạt động thể thao nào đem lại nguồn thu nhập chính và thường xuyên cho người được bảo hiểm.

1.43 Khám định kỳ sức khỏe: Là việc thực hiện thăm khám, xét nghiệm, siêu âm, chuẩn đoán hình ảnh được thực hiện khi không có triệu chứng lâm sàng vào thời điểm khám, bao gồm cả những xét nghiệm, chẩn đoán được thực hiện tùy theo độ tuổi, nhằm mục đích phát hiện sớm các dấu hiệu của ốm đau, bệnh tật.

1.44 Chi phí trước nhập viện: Là các chi phí khám bệnh, kiểm tra, siêu âm, chụp chiếu, xét nghiệm cơ bản 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, được thực hiện trong vòng 30 ngày trước khi nhập viện.

Chi phí sau khi xuất viện: Là các chi phí điều trị ngay sau khi xuất viện theo chỉ định của bác sỹ nhưng tối đa không quá 30 ngày và liên quan trực tiếp đến việc điều trị nội trú trước đó. Các chi phí này bao

gồm phí khám, chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm cơ bản và thuốc.

1.45 Vận chuyển cấp cứu: Là các chi phí vận chuyển bằng mọi phương tiện khi người được bảo hiểm đang trong tình trạng khẩn cấp tới cơ sở y tế khám chữa bệnh gần nhất trong phạm vi lãnh thổ quy định trong hợp đồng bảo hiểm. Mức độ khẩn cấp sẽ được xét đoán theo hoàn cảnh của địa phương, bản chất của điều trị và khả năng cung cấp dịch vụ cũng như cơ sở vật chất tại địa phương đó.

1.46 Điều trị trong ngày: Là việc Người được bảo hiểm cần thiết phải nhập viện để điều trị bệnh đã được chẩn đoán xác định, có phác đồ điều trị và phát sinh chi phí giường bệnh nhưng không ở lại bệnh viện qua đêm.

1.47 Tiền giường điều trị bệnh: Là việc Người được bảo hiểm cần thiết phải nhập viện để điều trị bệnh đã được chẩn đoán xác định, có phác đồ điều trị và phát sinh chi phí giường bệnh nhưng không ở lại bệnh viện qua đêm.

1.48 Chăm sóc dưỡng nhi: Là những chi phí y tế liên quan đến điều trị bệnh cho trẻ sơ sinh ngay sau sinh tại bệnh viện, loại trừ các chi phí tiêm phòng; khám, xét nghiệm kiểm tra, tầm soát, thuốc dự phòng cho em bé; chi phí vệ sinh, vật dụng cá nhân và chi phí thức ăn cho em bé.

1.49 Điều trị cấp cứu:

a) Là việc áp dụng, thực hiện các biện pháp khám, chữa, điều trị mang tính chất khẩn cấp đối với NĐBH tại cơ sở y tế trong vòng 24 giờ kể từ thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm khiến cho NĐBH gặp tình trạng nguy hiểm đến tính mạng;

b) Mọi trường hợp điều trị nhằm mục đích cấp cứu quy định tại Điểm a Khoản này nhưng không được thực hiện tại Phòng cấp cứu hoặc bộ phận có chức năng điều trị cấp cứu của cơ sở y tế đều không được coi là điều trị cấp cứu;

c) Mọi trường hợp điều trị được thực hiện tại Phòng cấp cứu hoặc bộ phận có chức năng điều trị cấp cứu của cơ sở y tế nhưng việc điều trị đó không nhằm mục đích cấp cứu quy định tại Điểm a Khoản này đều không được coi là điều trị cấp cứu và sẽ được coi là điều trị ngoại trú;

d) Hồ sơ điều trị cấp cứu phải có xác nhận hợp pháp của bác sỹ và cơ sở y tế đã thực hiện điều trị cấp cứu.

Điều 2. Thời hạn bảo hiểm

Thời hạn bảo hiểm là 01 (một) năm hoặc do các bên thỏa thuận thời hạn bảo hiểm dưới 01 năm (Thời hạn cụ thể được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm).

Điều 3. Hiệu lực bảo hiểm/ thời gian chờ

Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực từ Ngày thoả thuận ghi trong Hợp đồng bảo hiểm/ Phụ lục sửa đổi và kết thúc vào ngày hết hạn của hợp đồng hoặc Phụ lục sửa đổi bổ sung hợp đồng.

Thời gian chờ được tính từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm, Quyền lợi được bảo hiểm sẽ không được chi trả trong các trường hợp dưới đây:

- 30 ngày cho ốm đau, bệnh tật thông thường; cho tử vong đối với ốm đau, bệnh tật thông thường;
- 365 ngày với các bệnh đặc biệt, bệnh mãn tính, bệnh có sẵn;
- 270 ngày với trường hợp thai sản; cho tử vong đối với trường hợp thai sản.

Thời gian chờ không được áp dụng trong các trường hợp sau:

- Hợp đồng bảo hiểm tái tục;
- Hợp đồng bảo hiểm Nhóm có từ 30 thành viên tham gia trở lên.

Điều 4. Phí ngắn hạn

Trường hợp hợp đồng bảo hiểm có thời hạn bảo hiểm dưới 01 năm, phí bảo hiểm được quy định theo biểu phí ngắn hạn tại Phụ lục 3.

PHẦN II. ĐIỀU KIỆN, ĐIỀU KHOẢN BẢO HIỂM

Điều 5. Phạm vi địa lý được bảo hiểm

5.1. Phạm vi địa lý được bảo hiểm là phạm vi khu vực địa lý được xác định theo Quy tắc bảo hiểm này và được quy định chi tiết tại Hợp đồng bảo hiểm giữa HDI và Bên mua bảo hiểm mà các sự kiện bảo hiểm, tổn thất xảy ra đối với NĐBH phát sinh ngoài phạm vi khu vực địa lý đó sẽ không thuộc phạm vi bảo hiểm;

5.2. Phạm vi địa lý được bảo hiểm sẽ tương ứng với từng mức phí bảo hiểm quy định tại Biểu phí đính kèm Quy tắc này. Bên mua bảo hiểm phải đóng phí bảo hiểm đầy đủ, theo thời hạn và phương thức đã thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm để được bảo hiểm theo phạm vi địa lý tương ứng của từng khu vực địa lý, lãnh thổ đã đóng phí.

Điều 6. Đối tượng tham gia bảo hiểm

Mọi công dân Việt Nam và người nước ngoài đang sinh sống hợp pháp: học tập, làm việc, công tác tại Việt Nam. Độ tuổi tham gia từ 15 ngày tuổi đến 70 tuổi.

Điều 7. Đối tượng không được bảo hiểm

HDI không nhận bảo hiểm cho các đối tượng sau:

- Người đang mắc bệnh tâm thần, bệnh ung thư, bệnh phong;
- Người bị thương tật vĩnh viễn từ 70% trở lên;
- Người đang trong thời gian điều trị bệnh tật hoặc thương tật.

Điều 8. Số tiền bảo hiểm

Số tiền bảo hiểm được Bên mua bảo hiểm và HDI thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm/Phụ lục bảo hiểm.

Điều 9. Phí bảo hiểm

Phí bảo hiểm được trả bởi Bên mua bảo hiểm. Phương thức thanh toán phí bảo hiểm được thỏa thuận trong hợp đồng/phụ lục hợp đồng giữa hai bên. Bên mua bảo hiểm có trách nhiệm thanh toán đúng hạn theo thỏa thuận và không trái với quy định của pháp luật.

Điều 10. Tái tục hợp đồng bảo hiểm

Khi kết thúc thời hạn bảo hiểm, HDI có quyền từ chối tái tục Hợp đồng bảo hiểm hay điều chỉnh các điều kiện, điều khoản, quyền lợi, phí bảo hiểm trong Hợp đồng bảo hiểm tái tục.

Điều 11. Xác minh/kiểm tra y tế

HDI có quyền thông qua các cơ quan giám định y khoa tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm vào bất kỳ lúc nào nếu cần thiết, bao gồm cả trước khi nhận bảo hiểm và trong suốt thời gian phát sinh khiếu nại. Chi phí giám định y khoa sẽ được HDI chi trả.

Điều 12. Thay đổi quyền lợi bảo hiểm

Trong thời hạn bảo hiểm, HDI không đồng ý việc thay đổi các quyền lợi của Hợp đồng bảo hiểm đã ký kết. Quyền lợi bảo hiểm chỉ có thể được thay đổi khi tái tục Hợp đồng bảo hiểm. Các sửa đổi bổ sung (nếu có) sẽ được hai bên thỏa thuận bằng Phụ lục sửa đổi.

Điều 13. Tham gia nhiều hợp đồng bảo hiểm

Nếu tại thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm, Người được bảo hiểm được một chương trình bảo hiểm khác có hiệu lực chi trả cho cùng những chi phí và tổn thất được bảo hiểm theo quy tắc bảo hiểm này thì Người được bảo hiểm có quyền yêu cầu bồi thường ở bất kỳ chương trình bảo hiểm nào có hiệu lực. Trong trường hợp bồi thường đã được thanh toán bởi chương trình bảo hiểm khác thì trong phạm vi trách nhiệm của mình, HDI sẽ chỉ chi trả cho Người được bảo hiểm các khoản chi phí chênh lệch còn lại không được thanh toán theo chương trình bảo hiểm khác đó. Tuy nhiên, điều này sẽ không áp dụng đối với quyền lợi bảo hiểm Tử vong và thương tật vĩnh viễn.

Điều 14. Chấm dứt hợp đồng bảo hiểm

Trường hợp một trong hai bên đề nghị chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm, bên yêu cầu chấm dứt phải thông báo bằng văn bản cho bên kia biết trước 30 ngày kể từ ngày có ý định chấm dứt:

Trường hợp Người được bảo hiểm đơn phương chấm dứt hiệu lực hợp đồng bảo hiểm trước thời hạn, HDI sẽ hoàn trả 80% phí bảo hiểm tương ứng với thời hạn bảo hiểm còn lại với điều kiện HDI chưa nhận được bất kỳ yêu cầu bồi thường bảo hiểm nào theo Hợp đồng bảo hiểm đó;

Trường hợp HDI đơn phương chấm dứt hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm trước thời hạn, HDI sẽ hoàn trả toàn bộ phí bảo hiểm tương ứng với thời hạn bảo hiểm còn lại.

PHẦN III. QUYỀN LỢI VÀ NGHĨA VỤ CÁC BÊN

Điều 15. Quyền lợi và nghĩa vụ của bên mua bảo hiểm

15.1 Bên mua bảo hiểm có quyền

- a) Yêu cầu HDI giải thích các điều kiện, điều khoản bảo hiểm; cấp giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc đơn bảo hiểm;
- b) Yêu cầu HDI trả tiền bảo hiểm cho người thụ hưởng hoặc bồi thường cho người được bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm;
- c) Đơn phương đình chỉ thực hiện hợp đồng bảo hiểm theo quy định tại Luật kinh doanh bảo hiểm;
- d) Chuyển nhượng hợp đồng bảo hiểm theo thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm (nếu có) hoặc theo quy định của pháp luật;
- e) Các quyền khác theo quy định pháp luật.

15.2 Bên mua bảo hiểm có nghĩa vụ

- a) Đóng phí bảo hiểm đầy đủ, theo thời hạn và phương thức đã thỏa 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 HDI;
- c) Thông báo những trường hợp có thể làm tăng rủi ro hoặc làm phát sinh thêm trách nhiệm của HDI trong quá trình thực hiện hợp đồng bảo hiểm theo yêu cầu của HDI;
- d) Thông báo cho HDI về việc xảy ra sự kiện bảo hiểm theo thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm;
- e) Áp dụng các biện pháp để phòng, hạn chế tổn thất theo quy định của Luật và các quy định khác của pháp luật có liên quan;
- f) Các nghĩa vụ khác theo quy định pháp luật

Điều 16. Quyền và nghĩa vụ của HDI

16.1. HDI có quyền

- a) Yêu cầu Bên mua bảo hiểm cung cấp đầy đủ, trung thực, chính xác các thông tin, tài liệu liên quan đến việc giao kết và thực hiện Hợp đồng bảo hiểm;

- b) Kiểm tra, xác minh các thông tin, tài liệu được cung cấp bởi Bên mua bảo hiểm và NĐBH;
- c) Kiểm tra việc tuân thủ tất cả các nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm, NĐBH và Người thụ hưởng thuộc phạm vi hợp đồng bảo hiểm;
- d) Kiểm tra, xác minh, giám định để phục vụ cho việc xem xét giải quyết quyền lợi bảo hiểm, kiểm tra tất cả các văn bản, tài liệu được cung cấp trong quá trình giải quyết bồi thường, tham vấn ý kiến từ các Cơ quan có thẩm quyền và / hoặc yêu cầu Người thụ hưởng hoặc NĐBH cung cấp thêm tài liệu để chứng minh Sự kiện được bảo hiểm;
- e) Thu phí bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm;
- f) Từ chối trả tiền bảo hiểm cho người thụ hưởng hoặc từ chối bồi thường cho NĐBH trong trường hợp không thuộc phạm vi trách nhiệm bảo hiểm hoặc trường hợp loại trừ trách nhiệm bảo hiểm theo thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm;
- g) Đơn phương đình chỉ thực hiện hợp đồng bảo hiểm theo quy định tại Luật kinh doanh bảo hiểm;
- h) Các quyền khác theo quy định pháp luật.

16.2 HDI có nghĩa vụ

- a) Giải thích rõ ràng với Bên mua bảo hiểm về Hợp đồng bảo hiểm và các điều kiện, quyền và nghĩa vụ của các bên liên quan;
- b) Giữ kín tất cả thông tin về Bên mua bảo hiểm, NĐBH và Người thụ hưởng, trừ trường hợp cung cấp thông tin cho các cơ quan nhà nước có thẩm quyền theo quy định pháp luật;
- c) Thanh toán tiền bồi thường bảo hiểm đúng thời hạn quy định tại Quy tắc bảo hiểm, Hợp đồng bảo hiểm và quy định pháp luật;
- d) Trường hợp từ chối yêu cầu bồi thường bảo hiểm phải có văn bản giải thích lý do;
- e) Các nghĩa vụ khác theo quy định pháp luật.

PHẦN IV. LOẠI TRỪ BẢO HIỂM

Điều 17. Điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm

17.1. Loại trừ trách nhiệm bảo hiểm chung:

HDI sẽ không chịu bất kỳ trách nhiệm bồi thường trong những trường hợp dưới đây:

1. Hành vi cố ý của NĐBH, BMBH hoặc Người thụ hưởng. Trường hợp Hợp đồng bảo hiểm có nhiều Người thụ hưởng thì chỉ Người thụ hưởng có hành vi vi phạm không được bồi thường;
2. Tự tử, dù trong trạng thái tình thần bình thường hay mất trí;
3. Động đất, núi lửa, nhiễm phóng xạ, chất amiang, chất độc, chất nổ các chất nguy hiểm của phóng xạ hạt nhân một phần hay toàn bộ;
4. NĐBH tham gia vào các hoạt động sau: Hàng không (trừ trường hợp là hành khách trên các chuyến bay dân dụng), các cuộc diễn tập huấn luyện quân sự của các lực lượng vũ trang, tham gia các hoạt động thi đấu thể thao chuyên nghiệp và tham gia các môn thể thao sau đây với mức độ nghiệp dư: đua xe hơi, xe mô tô, đua ngựa, các loại thể thao trên không, leo núi, săn bắn và các môn thể thao đối kháng trực tiếp giữa hai người;
5. NĐBH từ 14 tuổi trở lên vi phạm pháp luật, vi phạm an toàn lao động nơi làm việc;
6. Hành động của NĐBH dưới sự tác động của rượu, bia, ma túy hoặc các chất kích thích khác;
7. Chiến tranh, các thế lực thù địch hoặc hoạt động chiến tranh (cho dù có tuyên bố hay không), nội chiến, hành động khủng bố;
8. Những chi phí phát sinh và/hoặc tử vong do những thảm họa thiên nhiên hay thiên tai gây ra;
9. Điều trị và/hoặc phẫu thuật cho các bệnh di truyền, dị tật, khuyết tật, bệnh bẩm sinh, bệnh dị dạng về gen, những chỉ định phẫu thuật có từ trước ngày bắt đầu bảo hiểm;
10. Điều trị không được khoa học công nhận, điều trị, sử dụng thuốc không theo chỉ dẫn của bác sỹ. Phẫu thuật chỉnh hình, điều trị phục hồi chức năng, chi phí để cung cấp, bảo dưỡng, sửa chữa hay thay thế thiết bị y tế hỗ trợ điều trị hay bộ phận giả như định nghĩa. (Trừ chi phí đĩa đệm, nẹp vis cố định vào cơ thể được áp dụng giới hạn 10% Số tiền bảo hiểm của chi phí nằm viện/phẫu thuật đối với các trường hợp tai nạn);
11. Giải phẫu thẩm mỹ hoặc phẫu thuật tạo hình trừ khi việc giải phẫu này nhằm tái tạo lại cơ quan bị thương tật do tai nạn trong thời hạn bảo hiểm ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm;
12. Các chất bổ sung hoặc thay thế phục vụ cho việc ăn kiêng có sẵn trong tự nhiên và có thể được

mua mà không cần chỉ định, bao gồm các loại vitamin, khoáng chất và các chất hữu cơ (trừ trường hợp các loại vitamin khoáng chất được bác sỹ chỉ định để điều trị bệnh thiếu vitamin/khoáng chất hoặc dùng chung với thuốc điều trị mà chi phí cho các loại thuốc này không lớn hơn chi phí thuốc điều trị), mỹ phẩm và dược mỹ phẩm;

13. Điều trị hoặc phẫu thuật theo yêu cầu của Người được bảo hiểm mà không phải điều trị theo cách thông thường.

14. Điều trị tại phòng mạch bác sỹ tư, phòng nha tư nhân không có giấy phép hành nghề và không cung cấp được chứng từ/hóa đơn tài chính theo quy định của luật pháp trừ trường hợp có quy định khác được ghi rõ trong Bảng tóm tắt Hợp đồng bảo hiểm hoặc Sửa đổi bổ sung;

15. Dịch vụ điều trị tại nhà, hoặc tại các Trung tâm điều trị bằng thủy lực, spa, trung tâm điều dưỡng, an dưỡng, bệnh xá hoặc trung tâm chăm sóc dài hạn mà không được coi là một bệnh viện theo như đã định nghĩa;

16. Khám và điều trị không có kết luận, chuẩn đoán bệnh cuối cùng của bác sỹ điều trị;

17. Mua lại một bộ phận cơ thể: Chi phí cho việc mua lại một bộ phận bao gồm chi phí tìm kiếm người hiến bộ phận, chủng loại, vận chuyển và quản lý;

18. Trị liệu và tư vấn gia đình: Chi phí liên quan đến trị liệu gia đình hoặc tư vấn viên cho điều trị tâm lý ngoại trú.

17.2. Loại trừ riêng cho Quyền lợi bảo hiểm A

1. Tai nạn, tổn thất/thiệt hại phát sinh do hành vi vi phạm pháp luật của NĐBH gây ra bao gồm: vượt đèn đỏ, uống rượu bia, đua xe, chạy xe vào đường cấm, khu vực cấm, xe chạy đêm không có đủ đèn chiếu sáng theo quy định, chạy xe ngược chiều, và các hành vi vi phạm pháp luật khác đến mức truy tố Hình sự;

2. NĐBH điều khiển xe không có giấy phép lái xe/giấy phép lái xe không hợp lệ;

3. Các chi phí phát sinh do hậu quả của tai nạn có sẵn xảy ra trước thời gian tham gia bảo hiểm hoặc ngoài thời hạn bảo hiểm.

17.3. Loại trừ riêng cho Quyền lợi bảo hiểm B

1. Ốm đau, bệnh tật, thai sản trong thời gian chờ;

2. NĐBH bị tử vong không rõ nguyên nhân hoặc tử vong mà không thể xác định được nguyên nhân tử vong vì bất kỳ lý do nào;

3. Điều trị bệnh tâm thần/thần kinh hoặc rối loạn tâm thần. Điều trị rối loạn giấc ngủ, mất ngủ, suy

nhược và hội chứng căng thẳng (stress) hoặc các bệnh có liên quan từ hội chứng đó Bệnh mãn tính, tình trạng có sẵn (trừ trường hợp tái tục hợp đồng hoặc được HDI đồng ý từng trường hợp cụ thể đối với những hợp đồng bảo hiểm Nhóm);

4. Điều trị những bệnh lây nhiễm qua đường tình dục (bao gồm bệnh lậu, giang mai, herpes sinh dục), sốt rét, phong, lao;

5. Điều trị hoặc kiểm tra các bệnh liên quan đến bệnh hội chứng suy giảm miễn dịch (AIDS), các hội chứng phức tạp liên quan đến AIDS (ARC), hoặc hậu quả của bệnh AIDS khác;

6. Điều trị kế hoạch hóa gia đình, điều trị vô sinh, thụ tinh nhân tạo, điều trị bất lực, hoặc thay đổi giới tính và bất kỳ hậu quả hay biến chứng nào từ những điều trị trên;

7. Xét nghiệm di truyền, ngoại trừ:

- Các xét nghiệm di truyền cụ thể được bao gồm trong chương trình bảo hiểm;
- Trong đó phân tích DNA liên quan trực tiếp đến việc đủ điều kiện chọn ối, trong trường hợp phụ nữ từ 35 tuổi trở lên;
- Xét nghiệm thụ thể di truyền của khối u được bảo hiểm.

8. Thăm khám tại nhà, trừ trường hợp Người được bảo hiểm cần phải theo dõi một căn bệnh cấp tính bộc phát khiến Người được bảo hiểm không có khả năng đến thăm bác sĩ, thầy thuốc hoặc nhà trị liệu của họ;

9. Điều trị rụng tóc, mụn trứng cá, còi xương/suy dinh dưỡng/béo phì, kiểm soát trọng lượng cơ thể (tăng hoặc giảm cân).

10. Ngôn ngữ trị liệu liên quan đến chậm phát triển, chứng khó đọc, khó thở hoặc rối loạn ngôn ngữ biểu cảm;

11. Điều trị suy tủy, suy thận, chạy thận nhân tạo và hậu quả biến chứng các bệnh này;

12. Điều trị rối loạn giấc ngủ, mất ngủ, suy nhược cơ thể, suy nhược thần kinh, lao lực, hội chứng căng thẳng (Stress) và các tình trạng liên quan;

13. Khám sức khỏe định kỳ, kiểm tra sức khỏe tổng quát, khám phụ khoa/nam khoa, tầm soát ung thư, tiêm chủng, uống vắc xin phòng ngừa, kiểm tra thị lực và thính lực;

14. Điều trị cận thị, viễn thị, loạn thị, điều trị và phẫu thuật những khiếm khuyết về suy thoái thị lực và thính lực tự nhiên (bệnh đục thủy tinh thể người già).

PHẦN V. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Điều 18. Các quyền lợi bảo hiểm

18.1. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM CHÍNH

I. Quyền lợi bảo hiểm A

1. Tử vong/Thương tật toàn bộ vĩnh viễn, Thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn:

– Trường hợp Tử vong hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn thuộc phạm vi bảo hiểm: Bồi thường 100% Số tiền bảo hiểm.

– Trường hợp thương tật bộ phận vĩnh viễn thuộc phạm vi bảo hiểm: Bồi thường theo “Bảng tỷ lệ thương tật - Phụ lục 1” đính kèm Quy tắc bảo hiểm.

2. Chi phí điều trị y tế do tai nạn:

– Trường hợp Người được bảo hiểm bị thương tật thân thể do tai nạn, phát sinh các chi phí y tế (bao gồm cả điều trị nội trú, điều trị ngoại trú, điều trị trong ngày và không bao gồm chi phí bốc mảo sù, trồng răng giả bằng chất liệu thông thường & bộ phận giả khác) thuộc phạm vi bảo hiểm, HDI sẽ trả toàn bộ chi phí y tế thực tế và hợp lý nhưng không vượt quá số tiền bảo hiểm cho phạm vi chi phí y tế do tai nạn quy định tại Phụ lục 2.

– HDI chi trả chi phí bốc mảo sù (bọc răng sù), trồng răng giả bằng chất liệu thông thường (không bằng chất liệu quý như kim cương, vàng, bạc, titan, đồng) & bộ phận giả khác: Giới hạn tối đa không quá 10% Số tiền bảo hiểm cho phạm vi chi phí y tế do tai nạn quy định tại Phụ lục 2.

II. Quyền lợi bảo hiểm B

1. Tử vong/thương tật toàn bộ vĩnh viễn, thương tật bộ phận vĩnh viễn do ốm đau, bệnh tật, thai sản:

– Trường hợp Tử vong hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn do các nguyên nhân ốm đau, bệnh tật, thai sản thuộc phạm vi bảo hiểm: Bồi thường 100% Số tiền bảo hiểm.

– Trường hợp thương tật bộ phận vĩnh viễn do các nguyên nhân ốm đau, bệnh tật, thai sản thuộc phạm vi bảo hiểm: Bồi thường theo “Bảng tỷ lệ thương tật - Phụ lục 1” đính kèm Quy tắc bảo hiểm.

– HDI chỉ thanh toán quyền lợi này khi NĐBH bị tử vong, thương tật vĩnh viễn do ốm đau, bệnh tật, thai sản có kết luận rõ ràng về tình trạng bệnh lý của cơ quan y tế và ốm đau, bệnh tật, thai sản đó là nguyên nhân trực tiếp dẫn đến NĐBH tử vong hoặc thương tật vĩnh viễn và không thuộc các điểm loại trừ quy định trong Quy tắc bảo hiểm này.

2. Điều trị nội trú do ốm đau, bệnh tật:

- Trường hợp Người được bảo hiểm phải nằm viện hoặc phẫu thuật thuộc phạm vi bảo hiểm, HDI chi trả các quyền lợi về chi phí y tế theo quy định tại Quy tắc bảo hiểm này.
- HDI chỉ thanh toán quyền lợi này khi NĐBH nằm viện do ốm đau, bệnh tật, có kết luận rõ ràng về tình trạng bệnh lý của cơ quan y tế và không thuộc các điểm loại trừ quy định trong Quy tắc bảo hiểm này.

18.2. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM BỔ SUNG

1. Quyền lợi bảo hiểm bổ sung 1 trong trường hợp tham gia quyền lợi bảo hiểm A: Tiền trợ cấp trong thời gian điều trị do tai nạn.

NĐBH được tham gia Quyền lợi bảo hiểm bổ sung 1 với điều kiện tham gia Quyền lợi bảo hiểm A, như sau:

1.1 HDI sẽ thanh toán khoản tiền trợ cấp trong trường hợp Người được bảo hiểm điều trị tai nạn tại các cơ sở y tế.

1.2 Thời gian trợ cấp nằm viện được xác định theo số ngày được chỉ định của bác sĩ điều trị.

2. Quyền lợi bảo hiểm bổ sung 2 trong trường hợp tham gia quyền lợi bảo hiểm B: Điều trị ngoại trú do ốm đau, bệnh tật.

NĐBH được tham gia Quyền lợi bảo hiểm bổ sung 2 với điều kiện tham gia Quyền lợi bảo hiểm B, như sau:

2.1 Chi phí khám, tiền thuốc và sản phẩm hỗ trợ điều trị, vitamin và thuốc bổ, xét nghiệm, XQ, siêu âm, chuẩn đoán hình ảnh,... trong việc điều trị bệnh lý thuộc phạm vi bảo hiểm.

2.2 Chi phí điều trị vật lý trị liệu, trị liệu học bằng bức xạ và các phương pháp tương đương.

3. Quyền lợi bảo hiểm bổ sung 3 trong trường hợp tham gia quyền lợi bảo hiểm B: Thai sản (chi phí sinh nở, khám thai định kỳ)

NĐBH được tham gia Quyền lợi bảo hiểm bổ sung 3 với điều kiện tham gia Quyền lợi bảo hiểm B, như sau:

3.1. Biến chứng thai sản

HDI 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, 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 mổ trong các trường hợp sau:

- Phá thai để điều trị cho người mẹ là Người được bảo hiểm theo chỉ định của bác sĩ do thai ngưng phát triển, thai lưu, dọa sảy thai;
- Xảy thai;
- Thai trứng;
- Thai ngoài tử cung;
- Sốt nhau, băng huyết, tiền sản giật, sản giật, dọa vỡ tử cung, vỡ tử cung;
- Biến chứng của các nguyên nhân trên;
- Để chỉ huy, giác hút, forceps;
- Mổ lấy thai chỉ được bảo hiểm khi bác sĩ chỉ định là cần thiết, không bao gồm việc sinh mổ theo yêu cầu;
- Để non tháng không bao gồm chi phí điều trị giữ thai do dọa sinh non.

Đối với biến chứng thai sản: Ngoài việc được hưởng theo quyền lợi bảo hiểm bổ sung này, Người được bảo hiểm sẽ được hưởng thêm quyền lợi tối đa thuộc phạm vi bảo hiểm theo điều khoản chính và điều khoản điều trị ngoại trú với điều kiện cung cấp đầy đủ hồ sơ chứng từ về y tế và hóa đơn theo quy định.

3.2. Sinh thường, sinh mổ

HDI chi trả các chi phí y tế phát sinh cho việc sinh thường, sinh mổ trong các chi phí đỡ đẻ, viện phí, bác sĩ chuyên khoa, cắt may tầng sinh môn ngoại trừ may thẩm mỹ, chăm sóc mẹ trước và sau khi sinh tại bệnh viện này.

3.3. Chi phí dưỡng nhi

Là các chi phí y tế cần thiết cho việc điều trị nội trú cho trẻ sơ sinh liên quan đến những triệu chứng xuất hiện khi sinh hoặc có biểu hiện trong vòng 07 ngày sau khi sinh với điều kiện người mẹ vẫn nằm viện.

3.4. Quyền lợi ngoại trú: Khám thai định kỳ.

4. Quyền lợi bảo hiểm bổ sung 4 trong trường hợp tham gia quyền lợi bảo hiểm B: Nha khoa

NĐBH được tham gia Quyền lợi bảo hiểm bổ sung 4 với điều kiện tham gia Quyền lợi bảo hiểm B, như sau:

4.1. Kiểm tra răng định kỳ: Cạo vôi và đánh bóng răng được bảo hiểm mỗi năm một lần đối với mỗi Người được bảo hiểm.

4.2. Nha khoa cơ bản: Nhổ răng, nhổ răng mọc bất thường, lấy tủy, cắt u răng, cắt cuống răng, trám amalgam, chụp x-quang,...

4.3. Nha khoa toàn diện: Ngoài nha khoa cơ bản mở rộng thêm Mão sứ, cầu răng, răng giả.

Các quyền lợi bảo hiểm bổ sung, không bảo hiểm cho các điểm loại trừ theo quy tắc bảo hiểm này.

PHẦN VI. YÊU CẦU BỒI THƯỜNG BẢO HIỂM & THỦ TỤC GIẢI QUYẾT YÊU CẦU BỒI THƯỜNG BẢO HIỂM

Điều 19. Thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm

19.1 Thời hạn thông báo sự kiện bảo hiểm

a) Trong thời hạn 30 ngày, kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm được bảo hiểm đối với NĐBH, Người có quyền yêu cầu giải quyết bồi thường bảo hiểm theo quy định pháp luật phải thông báo cho HDI bằng văn bản về sự kiện bảo hiểm đã xảy ra theo mẫu do HDI ban hành (trừ trường hợp bất khả kháng);

b) Nếu vi phạm thời hạn thông báo quy định tại Điểm a Khoản này nhưng chưa vượt quá thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm hoặc bồi thường theo quy định pháp luật, HDI có quyền khấu trừ 10% số tiền bồi thường bảo hiểm được HDI đồng ý chi trả, trừ trường hợp vi phạm đó có nguyên nhân trực tiếp do sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan;

c) Nếu vi phạm thời hạn thông báo quy định tại Điểm a Khoản này và vượt quá thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm hoặc bồi thường theo quy định pháp luật, HDI có quyền từ chối toàn bộ yêu cầu bồi thường bảo hiểm, trừ trường hợp vi phạm đó có nguyên nhân trực tiếp do sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan.

19.2 Thời hạn nộp hồ sơ yêu cầu giải quyết bồi thường bảo hiểm

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

b) Quá thời hạn quy định tại Khoản này, mọi yêu cầu giải quyết bồi thường bảo hiểm đều không có giá trị.

Điều 20. Chứng từ hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm

- a) Bản sao Đơn/ Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc Hợp đồng bảo hiểm;
- b) Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm theo mẫu của HDI do NĐBH hoặc người được ủy quyền đứng tên yêu cầu. Người yêu cầu điền đầy đủ thông tin theo mẫu và ký tên;
- c) Các hóa đơn, chứng từ kế toán (bản gốc theo quy định của bộ tài chính và tổng cục thuế): Hóa đơn tài chính (hóa đơn điện tử chuyển đổi), phiếu thu tiền, bảng kê chi tiết hóa đơn, biên lai thu tiền,...
- d) Chứng từ y tế bản chính (trừ khi được HDI đồng ý bản sao): Toa thuốc, sổ khám bệnh, giấy ra viện, phiếu chỉ định, kết quả siêu âm, xét nghiệm,... Trường hợp không cung cấp được bản chính thì cung cấp bản sao có xác nhận hợp lệ hoặc xác nhận đã đối chiếu bản gốc của cơ quan, tổ chức tham gia bảo hiểm hoặc người của HDI xác nhận;
- e) Trường hợp Người được bảo hiểm bị tai nạn giao thông, cung cấp các tài liệu liên quan đến tai nạn: Biên bản giải quyết tai nạn, kết luận của cơ quan có thẩm quyền liên quan đến tai nạn, xác nhận nguyên nhân tai nạn (bản chính hoặc bản sao có công chứng);
- f) Bản tường trình nếu liên quan đến tai nạn lao động, tai nạn trong sinh hoạt... (có dấu xác nhận của cơ quan, chính quyền địa phương hoặc Công an nơi NĐBH xảy ra tai nạn);
- g) Trường hợp thương tật bộ phận hoặc toàn bộ vĩnh viễn phải được cơ quan chức năng có thẩm quyền xác nhận (bản chính hoặc bản sao có công chứng);
- h) Giấy chứng tử (bản chính hoặc bản sao y có xác nhận hợp lệ hoặc đã đối chiếu từ HDI) và Giấy xác nhận quyền thừa kế hợp pháp trong trường hợp NĐBH tử vong;
- i) Đối với hồ sơ, chứng từ điều trị phát sinh ở nước ngoài phải được NĐBH dịch và công chứng tại các đơn vị công chứng có thẩm quyền.

Điều 21. Thời gian trả tiền bảo hiểm

21.1 HDI có trách nhiệm giải quyết yêu cầu bồi thường bảo hiểm trong thời hạn 15 ngày, kể từ ngày HDI nhận được hồ sơ đầy đủ và hợp lệ.

21.2 Trường hợp từ chối giải quyết quyền lợi bảo hiểm, HDI trả lời bằng văn bản trong đó nêu rõ lý do từ chối.

21.3 Trường hợp chấp thuận bồi thường bảo hiểm:

- a) Thông báo chấp thuận bồi thường bảo hiểm được gửi đến địa chỉ cuối cùng của NĐBH và Người thụ hưởng được ghi nhận trên Hợp đồng bảo hiểm hoặc địa chỉ người thụ hưởng cung cấp;

b) Việc trả tiền bồi thường bảo hiểm cho NĐBH hoặc Người thụ hưởng sẽ được thực hiện theo phương thức thỏa thuận tại Hợp đồng bảo hiểm hoặc theo quy định pháp luật.

Điều 22. Thời hiệu khởi kiện

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

PHẦN VII. GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP

Điều 23. Giải quyết tranh chấp

23.1 Mọi tranh chấp phát sinh từ hoặc có liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm được giao kết theo Quy tắc bảo hiểm này, trước hết các bên được giải quyết thông qua thương lượng. Nếu không giải quyết được bằng thương lượng, mỗi bên có quyền khởi kiện tại các Tòa án có thẩm quyền.

23.2 Luật áp dụng cho Quy tắc bảo hiểm này và các Hợp đồng bảo hiểm được giao kết theo Quy tắc bảo hiểm này là pháp luật Việt Nam.

PHỤ LỤC

Quyền lợi	Tỷ lệ trả tiền
I. CHẾT	100%
II. THƯƠNG TẬT TOÀN BỘ VĨNH VIỄN	
1. Mất hoặc mù hoàn toàn 2 mắt	100%
2. Rối loạn tâm thần hoàn toàn không thể chữa được	100%
3. Hỏng toàn bộ chức năng nhai và nói	100%
4. Mất hoặc liệt hoàn toàn 2 tay (từ vai hoặc khuỷu xuống) Hoặc 2 chân (từ háng hoặc đầu gối xuống)	100%
5. Mất cả hai bàn tay hoặc hai bàn chân hoặc mất một cánh tay hoặc một bàn chân hoặc mất một cánh tay và một cẳng chân hoặc một bàn tay và một cẳng chân hoặc một bàn tay và một bàn chân	100%
6. Mất hoàn toàn khả năng lao động mà không thể làm bất cứ việc gì (toàn bộ bị tê liệt, bị thương dẫn đến tình trạng nằm liệt giường hoặc dẫn đến thương tật toàn bộ vĩnh viễn)	100%
7. Cắt toàn bộ một bên phổi và một phần phổi bên kia	100%
III. THƯƠNG TẬT BỘ PHẬN VĨNH VIỄN CHI TRÊN	
8. Mất một cánh tay từ vai xuống (Tháo khớp vai)	64%
9. Cắt cụt cánh tay từ dưới vai xuống	60%
10. Cắt cụt một cánh tay từ khuỷu xuống (Tháo khớp khuỷu)	56%
11. Mất trọn một bàn tay hoặc toàn bộ cả 5 ngón tay	52%
12. Mất đồng thời cả bốn ngón tay của một bàn tay	40%
13. Mất đồng thời cả ngón cái và ngón trỏ	35%
14. Mất 3 ngón: 3 – 4 – 5	30%
15. Mất ngón cái và 2 ngón khác	30%
16. Mất ngón cái và một ngón khác	26%
17. Mất ngón trỏ và hai ngón khác	30%
18. Mất ngón trỏ và một ngón giữa	26%
19. Mất trọn ngón cái và đốt bàn	22%
Mất trọn ngón cái	18%
Mất cả đốt ngoài	10%
Mất nửa đốt ngoài	07%
20. Mất ngón trỏ và đốt bàn	18%
Mất ngón trỏ	17%
Mất hai đốt 2 và 3	07%
Mất đốt 3	04%
21. Mất trọn ngón giữa hoặc ngón nhẫn (bao gồm cả đốt bàn)	16%
Mất trọn ngón giữa hoặc ngón nhẫn	14%
Mất hai đốt 2 và 3	08%
Mất đốt 3	04%
22. Mất cả ngón út và đốt bàn	14%
Mất cả ngón út	10%

Mất hai đốt 2 và 3	07%
Mất đốt 3	04%
23. Cứng khớp bả vai	25%
24. Cứng khớp khuỷu tay	20%
25. Cứng khớp cổ tay	20%
26. Gãy tay can lệch hoặc mất xương làm chi ngắn trên 3cm và chức năng quay sấp ngửa hạn chế hoặc tạo thành khớp giả	20%

CHI DƯỚI

27. Mất một chân từ háng xuống (Tháo khớp háng một đùi)	64%
28. Cắt cụt một đùi	
1/3 trên	55%
1/3 giữa hoặc dưới	50%
29. Cắt cụt một chân từ gối xuống (Tháo khớp gối)	52%
30. Tháo khớp cổ chân hoặc mất một bàn chân	48%
31. Mất xương sên	32%
32. Mất xương gót	32%
33. Mất đoạn xương chày, mác gây khớp giả cẳng chân	32%
34. Mất đoạn xương mác	20%
35. Mất mắt cá chân: Mất cá ngoài hoặc trong	10%
36. Mất cả 5 ngón chân	40%
37. Mất 4 ngón chân bao gồm cả ngón cái	34%
38. Mất bốn ngón trừ ngón cái	32%
39. Mất ba ngón 3 – 4 – 5	22%
40. Mất ba ngón 1 – 2 – 3	26%
41. Mất một ngón cái và ngón 2	18%
42. Mất một ngón cái	14%
43. Mất một ngón ngoài ngón cái	10%
44. Mất một đốt ngón cái	08%
45. Cứng khớp háng	40%
46. Cứng khớp gối	28%
47. Mất phần lớn xương bánh chè và giới hạn nhiều khả năng duỗi cẳng chân trên đùi	40%
48. Gãy chân can lệch hoặc mất xương làm ngắn chi	
- Ít nhất 5 cm	35%
- Từ 3 đến 5 cm	30%
49. Liệt hoàn toàn dây thần kinh hông khoeo ngoài	32%
50. Liệt hoàn toàn dây thần kinh hông khoeo trong	24%

CỘT SỐNG

51. Cắt bỏ cung sau của một đốt sống	28%
của 2 – 3 đốt sống trở lên	40%

SỌ NÃO

52. Khuyết xương sọ (chưa có biểu hiện thần kinh, tâm thần) gây ra đau đầu kéo dài	25%
53. Cắt bỏ bán cầu não	48%
54. Cắt bỏ bộ phận hay toàn bộ thùy não	40%

LỒNG NGỰC

55. Cắt bỏ 1 -2 xương sườn	14%
56. Cắt bỏ từ 3 xương sườn trở lên	20%
57. Cắt bỏ đoạn mỗi xương sườn	07%
58. Cắt toàn bộ một bên phổi	70%
59. Cắt nhiều thùy phổi ở 2 bên, dung tích sống (DTS) giảm trên 50%	56%
60. Cắt nhiều thùy phổi ở 2 bên	50%
61. Cắt một thùy phổi	32%

BỤNG

62. Cắt toàn bộ dạ dày	64%
63. Cắt đoạn dạ dày	44%
64. Cắt gần hết ruột non (còn lại dưới 1 m)	64%
65. Cắt đoạn ruột non	36%
66. Cắt toàn bộ đại tràng	64%
67. Cắt đoạn đại tràng	44%
68. Cắt bỏ gan phải đơn thuần	60%
69. Cắt bỏ gan trái đơn thuần	52%
70. Cắt 1/2 của một thùy gan	48%
71. Cắt 1/3 của một thùy gan	32%
72. Cắt dưới 1/3 của một thùy gan	24%
73. Cắt bỏ túi mật	21%
74. Cắt bỏ lá lách	36%
75. Cắt bỏ đuôi tụy, lách	52%

CƠ QUAN TIẾT NIỆU, SINH DỤC

76. Cắt bỏ một thận, thận còn lại bình thường	44%
77. Cắt bỏ một thận, thận còn lại bị thương hoặc bệnh lý	60%
78. Cắt một phần thận trái hoặc phải	28%
79. Cắt một phần bàng quang	24%
80. Mất dương vật và 2 tinh hoàn ở người:	
Dưới 55 tuổi chưa có con	60%
Dưới 55 tuổi đã có con	48%
Trên 55 tuổi	32%
81. Cắt bỏ dạ con và buồng trứng ở người:	
Dưới 45 tuổi chưa có con	52%
Dưới 45 tuổi đã có con	28%
Trên 45 tuổi	22%
82. Cắt vú ở nữ:	
Dưới 45 tuổi: một bên	20%
hai bên	40%
Trên 45 tuổi: một bên	14%
hai bên	28%

MẮT

83. Mất hoặc mù hoàn toàn một mắt	
Không lắp được mắt giả	48%
Lắp được mắt giả	44%
84. Mất hoặc mù hoàn toàn một mắt nhưng trước khi xảy ra tai nạn này đã mất hoặc mù một mắt rồi	72%

TAI – MŨI – HỌNG

85. Điếc 2 tai, hoàn toàn không phục hồi được	64%
86. Điếc một tai, hoàn toàn không phục hồi được	28%
87. Mất vành tai hai bên	20%
88. Mất vành tai một bên	10%
89. Mất mũi hoàn toàn	32%
90. Cắt bỏ hoặc bấm các dây nói	10%

MẶT

91. Mất toàn bộ xương hàm trên và một phần xương hàm dưới từ cạnh cao trở xuống	
Khác bên	68%
Cùng bên	60%
92. Mất toàn bộ xương hàm trên hoặc dưới	60%
93. Mất một phần xương hàm trên hoặc một phần xương hàm dưới từ 1/3 đến 1/2 bị mất từ cạnh cao trở xuống	32%
94. Mất hoàn toàn răng: Từ 8 cái trở lên	25%
95. Mất 3/4 lưỡi, còn gốc lưỡi	64%
96. Mất 2/3 lưỡi từ đầu lưỡi	44%
97. Mất 1/3 lưỡi ảnh hưởng đến phát âm	16%
98. Mất một phần nhỏ lưỡi (dưới 1/3) ảnh hưởng đến phát âm	08%



Công ty TNHH Bảo hiểm HD

Toà nhà Abacus, 58 Nguyễn Đình Chiểu,
Phường Đa Kao, Quận 1, Tp. Hồ Chí Minh

T (028) 3528 2999
F (028) 3910 2888

E info@hdinsurance.com.vn
www.hdinsurance.com.vn