

QUY TẮC BẢO HIỂM KẾT HỢP CON NGƯỜI

*(Ban hành kèm theo Quyết định số: 3349/QĐ-PHH ngày 30/11/2010
của Tổng Giám đốc Tổng Công ty Bảo hiểm BIC)*

Trên cơ sở Người được bảo hiểm yêu cầu Tổng Công ty Bảo hiểm BIDV (sau đây gọi tắt là BIC) nhận bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này bằng cách kê khai vào Giấy yêu cầu bảo hiểm và Người được bảo hiểm đồng ý rằng Giấy yêu cầu bảo hiểm là một bộ phận cấu thành của Hợp đồng bảo hiểm này.

Với điều kiện Người được bảo hiểm đã thanh toán đủ cho BIC số phí bảo hiểm nêu trong Giấy chứng nhận bảo hiểm và tuân theo các điều kiện, điều khoản, các điểm loại trừ quy định trong Hợp đồng bảo hiểm này và các bổ sung kèm theo (nếu có), BIC đồng ý trả tiền bảo hiểm cho Người được bảo hiểm theo các điều kiện, điều khoản như sau:

I. NGUYÊN TẮC CHUNG

Điều 1: Đối tượng bảo hiểm

1. Đối tượng được bảo hiểm là mọi công dân Việt Nam và người nước ngoài đang công tác, học tập và làm việc tại Việt Nam trong độ tuổi từ 16 đến 60 tuổi.
2. BIC không nhận bảo hiểm và không chịu trách nhiệm đối với các đối tượng sau:
 - a. Những người bị bệnh tâm thần, phong;
 - b. Những người bị tàn phế hoặc thương tật vĩnh viễn từ 50% trở lên;
 - c. Những người đang trong thời gian điều trị bệnh tật, thương tật.

Điều 2: Phạm vi bảo hiểm

1. Phạm vi bảo hiểm theo Quy tắc này chỉ bao gồm những rủi ro xảy ra trong lãnh thổ Việt Nam.
2. Bên mua bảo hiểm có thể lựa chọn ít nhất hai trong ba Điều kiện bảo hiểm quy định tại phần II dưới đây.
3. Trường hợp một người được bảo hiểm đồng thời theo nhiều Giấy chứng nhận bảo hiểm (hoặc Hợp đồng bảo hiểm) khác nhau theo Quy tắc bảo hiểm này với tổng số tiền bảo hiểm của từng điều kiện vượt quá Số tiền bảo hiểm quy định cho điều kiện đó tại “Biểu phí và Số tiền bảo hiểm” của BIC thì BIC chỉ chịu trách nhiệm trả tiền bảo hiểm theo Số tiền bảo hiểm tối đa quy định cho từng Điều kiện bảo hiểm.

Điều 3: Một số khái niệm

Trong Quy tắc này, những từ ngữ dưới đây được hiểu như sau:

1. **Người được bảo hiểm:** là người có tên trong Hợp đồng bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm và được hưởng quyền lợi theo Hợp đồng bảo hiểm.
2. **Bên mua bảo hiểm:** là người có yêu cầu bảo hiểm cho bản thân mình và/hoặc cho các thành viên trong nhóm và người phụ thuộc nếu có yêu cầu và được BIC chấp nhận bảo hiểm.
3. **Người thụ hưởng:** là người được chỉ định nhận tiền bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm hoặc là người thừa kế theo pháp luật trong trường hợp không có chỉ định.
4. **Cơ sở y tế:** là một cơ sở khám chữa bệnh hợp pháp được Nhà nước công nhận, cấp giấy phép hoạt động và:
 - Có khả năng, có phương tiện chẩn đoán bệnh, điều trị và phẫu thuật;
 - Có điều kiện thuận lợi cho việc điều trị nội trú và theo dõi sức khỏe cho mỗi bệnh nhân;
 - Không phải là trạm y tế xã, phường, y tế cơ quan (ngoại trừ trường hợp sinh đẻ);
 - Không phải là nơi dùng để nghỉ ngơi hoặc điều dưỡng hay một cơ sở đặc biệt dành riêng cho người già, hoặc để cai nghiện rượu, ma túy, chất kích thích hoặc để điều trị các căn bệnh rối loạn tâm thần, phong.
5. **Bệnh viện đông y:** là một cơ sở khám chữa bệnh hợp pháp tại Việt Nam và:
 - Có khả năng và phương tiện chẩn đoán bệnh, điều trị theo phương pháp y học cổ truyền;
 - Không phải là nơi dùng để nghỉ ngơi hoặc điều dưỡng hay một cơ sở đặc biệt dành riêng cho người già, hoặc để cai nghiện rượu, ma túy, chất kích thích hoặc để điều trị các căn bệnh rối loạn tâm thần, phong.
6. **Nằm viện:** là việc người được bảo hiểm lưu trú tại Bệnh viện ít nhất 24 (hai mươi bốn) giờ để điều trị tai nạn, bệnh tật, sinh đẻ hay điều trị thai sản.
7. **Phẫu thuật:** là một phương pháp khoa học để điều trị thương tật hoặc bệnh tật được thực hiện bằng tay bởi những phẫu thuật viên có bằng cấp thông qua những ca mổ bằng tay với sự trợ giúp của các công cụ y tế hoặc bằng máy móc y tế trong bệnh viện.
8. **Tai nạn:** là các sự kiện xảy ra do một lực bất ngờ, ngoài ý muốn, tác động từ bên ngoài lên thân thể Người được bảo hiểm và là nguyên nhân trực tiếp và duy nhất dẫn đến chết hay thương tật cho Người được bảo hiểm.
9. **Bệnh đặc biệt:** là bệnh ung thư, u bướu các loại, huyết áp, bệnh tim mạch (không bao gồm các ca cấp tính cần trợ cứu y tế khẩn cấp), viêm dạ dày mãn tính, viêm đa khớp, viêm gan, bệnh trĩ, sỏi ruột, các loại sỏi trong hệ bài tiết, đục thủy tinh thể, viêm xoang mãn tính.
10. **Bệnh có sẵn:** là một tình trạng bệnh và những hậu quả của bệnh đó làm cho Người được bảo hiểm phải nằm viện vào bất kỳ thời gian nào trong vòng 12 tháng ngay trước ngày đầu tiên tham gia bảo hiểm, hoặc các bệnh mãn tính, bệnh bẩm sinh hoặc bất kỳ tình trạng bệnh lý nào đã được bác sĩ chẩn đoán hoặc điều trị trong vòng 12 tháng trước ngày bắt đầu bảo hiểm; hoặc cá nhân được bảo hiểm đã nhận biết được triệu chứng hay sự tồn tại của căn bệnh này từ trước ngày bắt đầu tham gia bảo hiểm.

11. **Chăm sóc thai sản:** là việc điều trị theo chỉ định của bác sĩ trước, trong và sau khi sinh, điều trị sảy thai, hoặc bất kỳ biện pháp điều trị nào cần thiết từ quá trình mang thai đến khi sinh (kể cả trường hợp bình thường hoặc phức tạp). Khi quyền lợi này được bảo hiểm, thì bảo hiểm này chỉ được áp dụng đối với việc sinh nở sau 270 (hai trăm bảy mươi) ngày kể từ ngày Người được bảo hiểm tham gia hợp đồng bảo hiểm đầu tiên và với điều kiện đóng thêm phí bảo hiểm. Quyền lợi này chỉ áp dụng cho phụ nữ tuổi từ 18 đến 40 và chỉ áp dụng cho hợp đồng bảo hiểm tập thể.

II. CÁC ĐIỀU KIỆN BẢO HIỂM

Điều 4: Điều kiện bảo hiểm A

1. *Phạm vi bảo hiểm:* Bảo hiểm cho trường hợp chết do ốm đau, bệnh tật trừ những điểm loại trừ quy định tại phần III dưới đây.
2. *Hiệu lực bảo hiểm:* Có hiệu lực sau 30 (ba mươi) ngày kể từ ngày đóng phí bảo hiểm đầy đủ theo quy định. Đối với hợp đồng bảo hiểm tái tục liên tục mặc nhiên có hiệu lực ngay sau khi Người tham gia bảo hiểm đóng phí cho kỳ tiếp theo.
3. *Quyền lợi bảo hiểm:* Trường hợp Người được bảo hiểm chết thuộc phạm vi bảo hiểm, BIC trả toàn bộ Số tiền bảo hiểm ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc Hợp đồng bảo hiểm.

Điều 5: Điều kiện bảo hiểm B

1. *Phạm vi bảo hiểm:* Bảo hiểm cho trường hợp chết hoặc thương tật thân thể do tai nạn trừ những điểm loại trừ quy định tại phần III dưới đây.
2. *Hiệu lực bảo hiểm:* có hiệu lực ngay sau khi Người tham gia bảo hiểm đóng phí bảo hiểm đầy đủ theo quy định.
3. *Quyền lợi bảo hiểm:*
 - a. Trường hợp Người được bảo hiểm chết thuộc phạm vi bảo hiểm, BIC trả toàn bộ Số tiền bảo hiểm trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc Hợp đồng bảo hiểm.
 - b. Trường hợp Người được bảo hiểm bị thương tật thân thể do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, BIC trả theo Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm thương tật hiện hành của BIC.
 - c. Trường hợp Người được bảo hiểm bị tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, trong vòng 01 (một) năm kể từ ngày xảy ra tai nạn, Người được bảo hiểm bị chết do hậu quả của tai nạn đó, BIC sẽ trả phần chênh lệch giữa Số tiền bảo hiểm ghi trong Hợp đồng bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm với số tiền đã trả trước đó.

Điều 6: Điều kiện bảo hiểm C

1. *Phạm vi bảo hiểm:* Bảo hiểm cho trường hợp ốm đau, bệnh tật, chăm sóc thai sản phải nằm điều trị nội trú tại bệnh viện hoặc phẫu thuật trừ những trường hợp loại trừ quy định tại phần III dưới đây.
2. *Hiệu lực bảo hiểm:* Có hiệu lực sau thời gian chờ dưới đây kể từ ngày đóng phí bảo hiểm đầy đủ theo quy định:
 - 30 (ba mươi) ngày đối với trường hợp ốm đau, bệnh tật;

- 90 (chín mươi) ngày đối với trường hợp sảy thai cần thiết phải nạo thai theo chỉ định của bác sĩ, điều trị thai sản;
- 270 (hai trăm bảy mươi) ngày đối với trường hợp sinh đẻ;
- Các hợp đồng tái tục liên tục mặc nhiên có hiệu lực ngay sau khi Người tham gia bảo hiểm đóng phí cho thời gian tiếp theo.

3. Quyền lợi bảo hiểm:

a. Trường hợp người được bảo hiểm phải nằm viện thuộc phạm vi bảo hiểm, BIC trả tiền trợ cấp cho người được bảo hiểm trong thời gian nằm điều trị như sau:

- Đối với trường hợp nằm viện điều trị bằng phương pháp Tây y:
 - + 10 ngày đầu tiên: Trả 0,30% Số tiền bảo hiểm/ngày;
 - + 20 ngày tiếp theo: Trả 0,20% Số tiền bảo hiểm/ngày;
 - + 30 ngày tiếp theo: Trả 0,15% Số tiền bảo hiểm/ngày;
- Đối với trường hợp nằm viện điều trị bằng phương pháp Đông y:
 - + 10 ngày đầu tiên: Trả 0,15% Số tiền bảo hiểm/ngày;
 - + 20 ngày tiếp theo: Trả 0,10% Số tiền bảo hiểm/ngày;
 - + 30 ngày tiếp theo: Trả 0,08% Số tiền bảo hiểm/ngày.

Số ngày trả trợ cấp nằm viện trong năm được tính liên tục không phụ thuộc vào số lần nằm viện và tối đa không quá 60 ngày/năm bảo hiểm. Trường hợp tham gia bảo hiểm ngắn hạn (dưới 12 tháng), quyền lợi bảo hiểm nói trên sẽ được tính theo tỷ lệ giữa số tháng tham gia bảo hiểm và 12 tháng.

b. Trường hợp Người được bảo hiểm phải phẫu thuật thuộc phạm vi bảo hiểm, BIC trả tiền trợ cấp theo Bảng tỷ lệ trả tiền phẫu thuật hiện hành của BIC.

III. KHÔNG THUỘC PHẠM VI BẢO HIỂM

Điều 7: Những điểm loại trừ áp dụng chung cho cả 3 Điều kiện

BIC không chịu trách nhiệm với những rủi ro xảy ra với Người được bảo hiểm do những nguyên nhân sau:

1. Hành động cố ý của Người được bảo hiểm hoặc Người thừa kế hợp pháp;
2. Người được bảo hiểm vi phạm nghiêm trọng pháp luật, nội quy, quy định của chính quyền địa phương hoặc các tổ chức xã hội, vi phạm nghiêm trọng luật lệ an toàn giao thông;
3. Người được bảo hiểm sử dụng ma túy hoặc chất kích thích tương tự khác; hay sử dụng rượu, bia vượt quá quy định của pháp luật;
4. Người được bảo hiểm tham gia 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 các lực lượng vũ trang;
5. Động đất, núi lửa, nhiễm phóng xạ;
6. Khủng bố, chiến tranh, nội chiến, bạo loạn, đình công;
7. Do ảnh hưởng trực tiếp hay gián tiếp phát sinh từ, là hậu quả của, hay được quy cho hay bị làm trầm trọng thêm bởi các chất có amiăng.

Điều 8: Những loại trừ áp dụng cho Điều kiện bảo hiểm C

BIC không chịu trách nhiệm trong những trường hợp sau:

1. Người được bảo hiểm nằm viện điều trị những bệnh suy nhược thần kinh, suy nhược cơ thể, thoái hóa cột sống, gai vôi cột sống hoặc điều trị tại các viện điều dưỡng, an dưỡng;
2. Nằm viện để kiểm tra sức khỏe hoặc khám giám định Y khoa mà không liên quan đến việc điều trị bệnh tật;
3. Điều trị hoặc phẫu thuật các bệnh bẩm sinh, những chỉ định phẫu thuật có từ trước ngày bắt đầu bảo hiểm;
4. Tạo hình thẩm mỹ, chỉnh hình, phục hồi chức năng, làm giả các bộ phận của cơ thể;
5. Thực hiện các biện pháp kế hoạch hóa sinh đẻ;
6. Những bệnh đặc biệt;
7. Những bệnh có sẵn:
 - a. Chỉ áp dụng trong năm đầu tiên kể từ ngày bắt đầu bảo hiểm đối với những hợp đồng bảo hiểm nhóm dưới 50 thành viên;
 - b. Không áp dụng đối với Hợp đồng bảo hiểm nhóm có từ 100 thành viên trở lên.
8. Người được bảo hiểm mắc các bệnh giang mai, lậu, HIV/AIDS, sốt rét, lao và bệnh nghề nghiệp.

IV. HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM, PHÍ BẢO HIỂM VÀ SỐ TIỀN BẢO HIỂM

Điều 9: Hợp đồng bảo hiểm

Các tập thể và cá nhân có yêu cầu tham gia bảo hiểm phải có trách nhiệm điền đầy đủ vào Giấy yêu cầu bảo hiểm (theo mẫu của BIC). BIC sẽ ký Hợp đồng bảo hiểm với các tập thể đó kèm theo danh sách các cá nhân được bảo hiểm hoặc cấp Giấy chứng nhận bảo hiểm cho từng cá nhân nếu có yêu cầu. Giấy yêu cầu của người tham gia bảo hiểm là một bộ phận không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm.

Điều 10: Số tiền bảo hiểm và phí bảo hiểm

Số tiền bảo hiểm và phí bảo hiểm được thoả thuận giữa BIC và Bên mua bảo hiểm, được ghi rõ trên Giấy chứng nhận/ Hợp đồng bảo hiểm.

Số tiền bảo hiểm của mỗi Điều kiện bảo hiểm là giới hạn trách nhiệm tối đa của BIC đối với Điều kiện bảo hiểm đó.

Điều 11: Chấm dứt hợp đồng bảo hiểm

Trong thời hạn bảo hiểm, một trong hai bên có quyền chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm bằng cách thông báo bằng văn bản cho bên kia trước 15 (mười lăm) ngày. Trong vòng 15 (mười lăm) ngày kể từ ngày nhận được thông báo chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm, nếu bên nhận được thông báo không có ý kiến gì thì Hợp đồng bảo hiểm mặc nhiên được chấm dứt:

1. Trường hợp Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt Hợp đồng:

- a. BIC sẽ hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm 70% phí bảo hiểm của thời gian còn lại kể từ ngày chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm, trừ trường hợp trong thời hạn Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực đã xảy ra sự kiện bảo hiểm liên quan đến đối tượng bảo hiểm và đã được BIC chấp nhận bồi thường.
 - b. Trường hợp Bên mua bảo hiểm không đóng đủ phí bảo hiểm hoặc không đóng phí bảo hiểm theo thời hạn thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm thì khi yêu cầu chấm dứt hợp đồng, Bên mua bảo hiểm vẫn phải đóng đủ phí bảo hiểm đến thời điểm chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm theo biểu phí quy định của BIC.
2. Trường hợp BIC yêu cầu chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm thì BIC sẽ hoàn lại toàn bộ số phí bảo hiểm của thời gian còn lại trong Hợp đồng cho Bên mua bảo hiểm.

V. TRÁCH NHIỆM CỦA NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

Điều 12: Người được bảo hiểm có trách nhiệm

1. kê khai trung thực, đầy đủ những nội dung quy định trong Giấy yêu cầu bảo hiểm và nộp đủ phí bảo hiểm theo quy định;
2. Khai báo và cung cấp chính xác các thông tin, tài liệu, chứng từ về rủi ro được bảo hiểm;
3. Khi xảy ra sự kiện bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc thân nhân của họ phải áp dụng mọi biện pháp cần thiết có thể thực hiện được để cứu chữa nạn nhân.

VI. THỦ TỤC TRẢ TIỀN BẢO HIỂM

Điều 13: Hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm

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

1. Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm;
2. Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc Hợp đồng bảo hiểm (hoặc bản sao trích danh sách người được bảo hiểm);
3. Biên bản tai nạn có xác nhận của cơ quan, chính quyền địa phương hoặc công an nơi Người được bảo hiểm bị tai nạn (trường hợp Người được bảo hiểm bị tai nạn);
4. Các chứng từ y tế: hoá đơn thanh toán các chi phí liên quan, giấy ra viện, phiếu điều trị (trường hợp điều trị nội trú), phiếu mổ (trường hợp phẫu thuật)...do người có thẩm quyền của cơ sở y tế ký, đóng dấu;
5. Giấy chứng tử (trường hợp Người được bảo hiểm chết);
6. Chứng từ chứng minh quyền thừa kế hợp pháp (trường hợp Người được bảo hiểm chết);
7. Trường hợp Người được bảo hiểm uỷ quyền cho người khác nhận tiền bảo hiểm, phải có giấy uỷ quyền hợp pháp;
8. Các giấy tờ khác có liên quan theo yêu cầu của BIC.

Điều 14: Thời hạn thông báo sự kiện bảo hiểm và thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm

Khi xảy ra sự kiện bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc Người đại diện của Người được bảo hiểm có trách nhiệm thông báo ngay cho BIC và trong vòng 30 (ba mươi) ngày phải thông báo cho BIC bằng văn bản.

Quá thời hạn trên, Người được bảo hiểm hoặc Người thừa kế hợp pháp sẽ bị từ chối một phần hay toàn bộ số tiền bảo hiểm trừ trường hợp bất khả kháng.

Trong vòng 01 (một) năm kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc Người thừa kế hợp pháp phải gửi đến BIC đầy đủ hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm hợp lệ. Quá thời hạn trên, Người được bảo hiểm hoặc Người thừa kế hợp pháp sẽ mất quyền yêu cầu trả tiền bảo hiểm trừ trường hợp bất khả kháng.

Điều 15: Chi trả tiền bảo hiểm

1. BIC có trách nhiệm xem xét, giải quyết và thanh toán tiền bảo hiểm trong vòng 15 (mười lăm) ngày kể từ ngày nhận được đầy đủ hồ sơ hợp lệ.
2. Số tiền bảo hiểm được trả cho Người được bảo hiểm hoặc Người thừa kế hợp pháp hoặc Người được ủy quyền.
3. Trường hợp Người được bảo hiểm, Người được ủy quyền hoặc Người thừa kế hợp pháp không trung thực trong việc thực hiện các quy định trong Hợp đồng bảo hiểm, BIC có quyền từ chối một phần hoặc toàn bộ Số tiền bảo hiểm tùy theo mức độ vi phạm.

VII. THỜI HẠN KHIẾU NẠI VÀ GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP

Điều 16: Thời hiệu khởi kiện

Thời hiệu khởi kiện về hợp đồng bảo hiểm theo quy tắc bảo hiểm này là 03 (ba) năm kể từ thời điểm phát sinh tranh chấp. Quá thời hạn trên mọi khiếu nại đều không có giá trị.

Điều 17: Giải quyết tranh chấp

Mọi tranh chấp có liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm nếu các bên không giải quyết được bằng thương lượng, một trong hai bên có quyền đưa ra cơ quan có thẩm quyền tại Việt Nam để giải quyết theo quy định pháp luật hiện hành.