QUY TẮC BẢO HIỂM
TOÀN DIỆN HỌC SINH



BIC
TỔNG CÔNG TY BẢO HIỂM BIDV

Hotline 24/7
1900 9456

www.bic.vn
www.mybic.vn

Thành viên của BIDV

QUY TẮC BẢO HIỂM TOÀN DIỆN HỌC SINH

(Ban hành kèm theo Quyết định số 2357/CV-PHH ngày 03/08/2012 của Tổng Giám đốc Tổng Công Ty Bảo hiểm BIDV)

I. NGUYÊN TẮC CHUNG

Điều 1: Phạm vi địa lý

Phạm vi địa lý được bảo hiểm của bảo hiểm này là lãnh thổ Việt Nam.

Điều 2: Đối tượng bảo hiểm

Học sinh, sinh viên đang theo học các trường: mẫu giáo, tiểu học, trung học cơ sở, trung học phổ thông, các trường đại học, cao đẳng, trung cấp, dạy nghề.

Công ty bảo hiểm không nhận bảo hiểm và không chịu trách nhiệm đối với:

- Những người mắc bệnh thần kinh, tâm thần, phong.

- Những người bị tàn phế hoặc thương tật vĩnh viễn từ 50% trở lên.

- Những người đang trong thời gian điều trị bệnh tật, thương tật.

Điều 3: Các quyền lợi bảo hiểm khác

Người được bảo hiểm theo Quy tắc này vẫn được tham gia và hưởng quyền lợi của các loại hình bảo hiểm khác nếu ký các hợp đồng độc lập với nhau.

Điều 4: Các định nghĩa

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

Người được bảo hiểm	Là người có tên trong Giấy yêu cầu bảo hiểm, được Công ty bảo hiểm chấp nhận cấp Giấy chứng nhận bảo hiểm và được hưởng quyền lợi khi rủi ro được bảo hiểm xảy ra cho người đó.
Người tham gia bảo hiểm	Là người có yêu cầu bảo hiểm và trực tiếp hoặc thông qua nhà trường giao kết Hợp đồng với doanh nghiệp bảo hiểm và đóng phí bảo hiểm.
Người thụ hưởng	Là người được chỉ định nhận tiền bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm hoặc là Người thừa kế hợp pháp trong trường hợp không có chỉ định.
Công ty bảo hiểm	Là Tổng Công ty Bảo hiểm BIDV (BIC)
Số tiền bảo hiểm	Phạm vi bảo hiểm A và B: là số tiền bồi thường tối đa là Công ty bảo hiểm có thể trả cho Người được bảo hiểm, được nêu trong Hợp đồng bảo hiểm. Phạm vi bảo hiểm C: là số tiền bồi thường tối đa mà Công ty bảo hiểm có thể trả cho Người được bảo hiểm, được nêu trong Hợp đồng bảo hiểm.
Tai nạn	Là 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 hoặc thương tật thân thể.
Bệnh viện	Là một cơ sở khám chữa bệnh được Nhà nước công nhận, cấp giấy phép hoạt động 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 và có phiếu theo dõi sức khỏe hằng ngày cho mỗi bệnh nhân của mình. - 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.
Nằm viện	Là việc Người được bảo hiểm cần lưu trú liên tục ít nhất 24 giờ ở một cơ sở y tế hoặc đã hoàn thành thủ tục đăng ký nhập viện để điều trị ốm đau, bệnh tật, thương tật thân thể khỏi về lâm sàng.
Phẫu thuật	Là một phương pháp khoa học để điều trị thương tật thân thể hoặc bệnh tật được thực hiện bởi những phẫu thuật viên có bằng cấp thông qua những ca mổ bằng tay với các dụng cụ y tế hoặc bằng máy móc y tế trong bệnh viện.

Bệnh đặc biệt	Là những bệnh ung thư và u các loại, cao hay hạ huyết áp, tim mạch, viêm loét dạ dày, viêm đa khớp mạn tính, viêm loét ruột, viêm gan mạn tính, viêm màng trong dạ con, trĩ, sỏi các loại trong hệ thống bài tiết, lao phổi, đục nhân mắt, viêm xoang.
Bệnh có sẵn	Bất kỳ tình trạng sức khỏe nào của Người được bảo hiểm đã được chẩn đoán hoặc đã xuất hiện triệu chứng khiến cho một người bình thường phải đi khám, điều trị; hoặc do có tình trạng đó mà chuyên gia y tế đã khuyên là Người được bảo hiểm nên điều trị, bất kể Người được bảo hiểm đã điều trị hay chưa.

II. PHẠM VI BẢO HIỂM

Điều 5: Phạm vi bảo hiểm

Bảo hiểm này bồi thường cho Người được bảo hiểm trong những trường hợp sau đây:

A. Điều kiện bảo hiểm A

1. Rủi ro được bảo hiểm: Bảo hiểm cho trường hợp chết do ốm đau, bệnh tật.
2. Hiệu lực bảo hiểm: sau 30 ngày kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm. Những Hợp đồng tái tục liên tục mặc nhiên có hiệu lực ngay sau khi Người tham gia bảo hiểm đóng phí cho kỳ tiếp theo, trừ khi có thỏa thuận khác.
3. Quyền lợi bảo hiểm: Trường hợp Người được bảo hiểm chết thuộc phạm vi bảo hiểm, Công ty Bảo hiểm sẽ trả toàn bộ số tiền bảo hiểm ghi trên Hợp đồng bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm.

B. Điều kiện bảo hiểm B

1. Rủi ro được bảo hiểm: Bảo hiểm cho trường hợp chết hoặc thương tật thân thể do tai nạn
2. Hiệu lực bảo hiểm: Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực ngay sau khi Người tham gia bảo hiểm hoàn thành thủ tục đóng phí theo quy định, trừ khi có thỏa thuận khác.
3. Quyền lợi bảo hiểm:

- Trường hợp Người được bảo hiểm chết thuộc phạm vi bảo hiểm, Công ty bảo hiểm sẽ trả toàn bộ số tiền bảo hiểm ghi trên Hợp đồng bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- Trường hợp Người được bảo hiểm bị thương tật thân thể do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, Công ty bảo hiểm trả tiền bảo hiểm theo bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm thương tật của Công ty bảo hiểm.
- Trường hợp Người được bảo hiểm bị tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm đã được trả tiền bảo hiểm, trong vòng 1 năm kể từ ngày xảy ra tai nạn Người được bảo hiểm bị chết do chính hậu quả của tai nạn đó, Công ty bảo hiểm sẽ trả phần chênh giữa số tiền bảo hiểm ghi trên Hợp đồng hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm với số tiền đã trả cho tai nạn trước đó. Hoặc trong vòng 01 năm kể từ ngày xảy ra tai nạn mức độ thương tật trầm trọng hơn Công ty bảo hiểm sẽ trả phần chênh lệch giữa số tiền tương ứng theo tỷ lệ thương tật mới so với số tiền đã trả cho tai nạn trước đó.

C. Điều kiện bảo hiểm C

1. Rủi ro được bảo hiểm: Bảo hiểm cho trường hợp phẫu thuật do ốm đau, bệnh tật.
2. Hiệu lực bảo hiểm: sau 30 ngày kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm. Những Hợp đồng tái tục liên tục mặc nhiên có hiệu lực ngay sau khi Người tham gia bảo hiểm đóng phí cho kỳ tiếp theo, trừ khi có thỏa thuận khác.
3. Quyền lợi bảo hiểm: Trường hợp Người được bảo hiểm phải phẫu thuật do ốm đau, bệnh tật, Công ty bảo hiểm trả tiền theo bảng tỷ lệ phẫu thuật hiện hành của Công ty bảo hiểm.

D. Điều kiện bảo hiểm D

1. Rủi ro được bảo hiểm: Nằm viện do ốm đau, bệnh tật, thương tật thân thể do tai nạn
2. Hiệu lực bảo hiểm: Sau 30 ngày kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm. Những Hợp đồng tái tục liên tục mặc nhiên có hiệu lực ngay sau khi Người tham gia bảo hiểm đóng phí cho kỳ tiếp theo, trừ khi có thỏa thuận khác.
3. Quyền lợi bảo hiểm: Trường hợp Người được bảo hiểm ốm đau, bệnh tật, tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm phải nằm viện, Công ty bảo hiểm trả trợ cấp nằm viện mỗi ngày 0,3% số tiền bảo hiểm, không quá 60 ngày/năm.

III. KHÔNG THUỘC PHẠM VI BẢO HIỂM

Điều 6: Các điểm loại trừ áp dụng chung cho các điều kiện

Công ty bảo hiểm không chịu trách nhiệm với những rủi ro xảy ra đối với Người được bảo hiểm do:

1. Hành vi cố ý của Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng.
2. Người được bảo hiểm bị ảnh hưởng trực tiếp do sử dụng rượu, bia, ma túy hoặc các chất kích thích tương tự khác.
3. Người được bảo hiểm tham gia đánh nhau trừ khi được xác nhận đó là hành động tự vệ.
4. Người được bảo hiểm từ 14 tuổi trở lên vi phạm nghiêm trọng pháp luật, nội quy, quy định của nhà trường, chính quyền địa phương hoặc các tổ chức xã hội, vi phạm nghiêm trọng luật lệ an toàn giao thông.
5. Động đất, núi lửa, nhiễm phóng xạ, chiến tranh, nội chiến, đình công.

Các điểm loại trừ áp dụng riêng cho các điều kiện A, C và D

Công ty bảo hiểm không nhận bảo hiểm và không chi trả tiền bảo hiểm cho các trường hợp sau:

1. Điều trị hoặc sử dụng thuốc không theo hướng dẫn của cơ sở y tế.
2. Điều dưỡng, an dưỡng.
3. Nằm viện để kiểm tra sức khỏe hoặc khám giám định y khoa mà không liên quan đến việc điều trị bệnh tật.
4. Điều trị hoặc phẫu thuật các bệnh tật bẩm sinh, những thương tật và chỉ định phẫu thuật có từ trước ngày bắt đầu bảo hiểm.
5. Điều trị hoặc phẫu thuật theo yêu cầu của Người được bảo hiểm mà không liên quan đến việc điều trị và phẫu thuật bình thường do ngành y tế quy định.
6. Điều trị chưa được khoa học công nhận hoặc điều trị thử nghiệm.
7. Tạo hình thẩm mỹ, chỉnh hình, phục hồi chức năng, làm giả các bộ phận của cơ thể.
8. Những bệnh đặc biệt và bệnh có sẵn trong năm đầu tiên tham gia bảo hiểm.
9. Người được bảo hiểm mắc các bệnh giang mai, lậu, nhiễm vi rút HIV, sốt rét, lao.

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

Điều 7: Hợp đồng bảo hiểm

Các tập thể trường, lớp có yêu cầu tham gia bảo hiểm, Công ty bảo hiểm sẽ cấp hợp đồng bảo hiểm đính kèm danh sách các cá nhân tham gia bảo hiểm. Trường hợp có yêu cầu, Công ty bảo hiểm cung cấp Giấy chứng nhận bảo hiểm cho từng cá nhân tham gia trong hợp đồng bảo hiểm nhóm.

Điều 8: Sửa đổi bổ sung

Trong trường hợp tại Giấy chứng nhận bảo hiểm và / hoặc phụ lục sửa đổi bổ sung (nếu có) quy định những điểm khác với Quy tắc bảo hiểm này thì hai bên phải tuân thủ theo những điều đã ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm và / hoặc phụ lục sửa đổi bổ sung (nếu có) nếu chúng không trái với quy định của pháp luật Nhà nước Việt Nam.

Điều 9: Phí bảo hiểm, Số tiền bảo hiểm

Phí bảo hiểm và Số tiền bảo hiểm được ghi trong Hợp đồng bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm kèm theo Quy tắc này.

Điều 10: Hiệu lực bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm chuyển trường

Trường hợp Người được bảo hiểm chuyển trường, bảo hiểm vẫn có hiệu lực như quy định tại điều 05.

Điều 11: 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. Nếu hợp đồng được hai bên thỏa thuận chấm dứt, Công ty bảo hiểm sẽ hoàn trả 70% phí bảo hiểm của thời gian hiệu lực còn lại, với điều kiện đến thời điểm đó hợp đồng bảo hiểm này chưa có lần nào được Công ty bảo hiểm chấp nhận trả tiền bồi thường.

V. TRÁCH NHIỆM CỦA NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

Điều 12: Trách nhiệm của Người được bảo hiểm

- Kê khai trung thực, đầy đủ các khoản mục quy định trong Giấy yêu cầu bảo hiểm và nộp phí bảo hiểm.
- Khi xảy ra sự kiện bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc thân nhân của họ phải áp dụng các biện pháp cần thiết và có thể thực hiện được để ngăn ngừa

hạn chế tổn thất.

- Trung thực trong việc khai báo và cung cấp các chứng từ liên quan đến sự kiện bảo hiểm.

VI. THỦ TỤC TRẢ TIỀN BẢO HIỂM

Điều 13: Hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm

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

1. Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm theo mẫu của Công ty bảo hiểm có xác nhận của nhà trường, chính quyền địa phương hoặc công an nơi người được bảo hiểm bị tai nạn (trường hợp bị tai nạn).
2. Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc hợp đồng bảo hiểm (trích) danh sách người tham gia bảo hiểm (bản sao).
3. Các chứng từ y tế: 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.
4. Giấy chứng tử (trường hợp Người được bảo hiểm chết).
5. Chứng từ chứng minh quyền thừa kế hợp pháp (trường hợp Người được bảo hiểm chết). Trường hợp Người được bảo hiểm ủy quyền cho người khác nhận tiền bảo hiểm, phải có giấy ủy quyền hợp pháp hoặc theo thỏa thuận khác.

Điều 14: Chi trả tiền bảo hiểm

Tiền bảo hiểm được trả cho Người được bảo hiểm hoặc người được Người được bảo hiểm ủy quyền. Trường hợp Người được bảo hiểm bị chết thì người thừa kế hợp pháp được nhận số tiền đó.

Điều 15: Nghĩa vụ trung thực

Trường hợp Người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp không trung thực trong việc thực hiện các điều quy định trong Quy tắc này, Công ty bảo hiểm có quyền từ chối một phần hoặc toàn bộ Số tiền bảo hiểm trả cho người đó tùy theo mức độ vi phạm. Trong trường hợp có dấu hiệu phạm pháp, Công ty bảo hiểm có quyền đề nghị cơ quan pháp luật xem xét, giải quyết.

Điều 16: Thời hạn thông báo sự kiện bảo hiểm và thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm

Trong vòng 30 ngày kể từ thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp phải thông báo cho Công ty bảo hiểm 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 hoặc khi có thỏa thuận khác.

Trong vòng một năm kể từ thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp phải gửi đến Công ty bảo hiểm hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm. 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 17: Thời hạn giải quyết yêu cầu trả tiền bảo hiểm

Công ty bảo hiểm có trách nhiệm xem xét, giải quyết và thanh toán tiền bảo hiểm trong vòng 15 ngày kể từ khi nhận được đầy đủ hồ sơ hợp lệ trừ khi có thỏa thuận khác.

Điều 18: Thời hạn khiếu nại và thời hiệu khởi kiện

Thời hạn khiếu nại Công ty bảo hiểm về việc giải quyết trả tiền bảo hiểm là mười hai (12) tháng kể từ ngày nhận được thông báo kết quả giải quyết của Doanh nghiệp bảo hiểm. Quá thời hạn trên mọi khiếu nại đều không có giá trị.

Thời hiệu khởi kiện về hợp đồng bảo hiểm là 03 năm kể từ ngày phát sinh tranh chấp.

VII. GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP

Điều 19: Giải quyết tranh chấp

Mọi tranh chấp có liên quan đến 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 cơ quan Tòa án có thẩm quyền.