QUY TẮC BẢO HIỂM
BIC CARE



An tâm đồng hành - Vững bước vươn xa

1900 9456 bic.vn | mybic.vn Bảo hiểm BIDV - BIC

QUY TẮC BẢO HIỂM
BIC CARE

*(Ban hành kèm theo Quyết định số **3788/QĐ-PHH***
ngày 12/12/2025 của Tổng Giám đốc Tổng Công ty Bảo hiểm BIDV)

Với điều kiện Bên mua bảo hiểm đã thanh toán hoặc đồng ý thanh toán cho Tổng Công ty Bảo hiểm BIDV số phí bảo hiểm theo thoả thuận nêu trên Hợp đồng bảo hiểm và tuân theo các điều kiện, điều khoản, các điểm loại trừ trách nhiệm bảo hiểm quy định trong Quy tắc bảo hiểm này và các bổ sung kèm theo (nếu có), Tổng Công ty Bảo hiểm BIDV đồng ý trả tiền bảo hiểm theo các điều kiện, điều khoản như dưới đây.

CHƯƠNG I: QUY ĐỊNH CHUNG

Điều 1. Giải thích từ ngữ

1.1. **BIC:** là Tổng Công ty Bảo hiểm BIDV và các Công ty thành viên, Chi nhánh trực thuộc.

1.2. **Bên mua bảo hiểm:** là tổ chức, cá nhân giao kết Hợp đồng bảo hiểm với BIC và đóng phí bảo hiểm, đồng thời đáp ứng quy định sau:

- Tổ chức được thành lập và hoạt động hợp pháp tại Việt Nam;
- Cá nhân tại Việt Nam từ 18 tuổi trở lên, có năng lực hành vi dân sự đầy đủ tại thời điểm giao kết Hợp đồng bảo hiểm;
- Có quyền lợi có thể được bảo hiểm với Người được bảo hiểm theo quy định của Luật kinh doanh bảo hiểm.

1.3. **Người được bảo hiểm:** là cá nhân có tính mạng, sức khỏe được BIC chấp nhận bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm và thỏa mãn các điều kiện sau tại ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm:

- Là công dân Việt Nam hoặc người nước ngoài đang cư trú hợp pháp tại Việt Nam từ 06 tuổi đến 62 tuổi;
- Không bị thương tật vĩnh viễn từ 50% trở lên (trường hợp Người được bảo hiểm không có giấy tờ xác nhận tỷ lệ thương tật do cơ quan có thẩm quyền phát hành thì việc xác nhận tỷ lệ thương tật sẽ căn cứ theo quy định hiện hành của cơ quan quản lý nhà nước có thẩm quyền);
- Không là người: mất, hạn chế năng lực hành vi dân sự, khó khăn trong nhận thức, làm chủ hành vi.

  Nếu BIC có thông tin về việc Người được bảo hiểm không đáp ứng ít nhất một trong các điều kiện nêu trên tại ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm, Hợp đồng bảo hiểm sẽ bị hủy bỏ, không có hiệu lực kể từ ngày ký và BIC không chịu trách nhiệm đối với các quyền lợi bảo hiểm đã được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm, đồng thời, BIC hoàn lại 100% phí bảo hiểm của Người được bảo hiểm này cho Bên mua bảo hiểm.

1.4. **Tuổi của Người được bảo hiểm:** được tính theo ngày sinh nhật gần nhất và không muộn hơn ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm. Nếu năm nào không có ngày sinh nhật thì ngày cuối cùng của tháng sinh nhật sẽ được coi là ngày sinh nhật của Người được bảo hiểm trong năm đó.

1.5. **Người thụ hưởng:** là tổ chức, cá nhân được Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm chỉ định để nhận tiền bảo hiểm theo thỏa thuận tại Hợp đồng bảo hiểm. Trường hợp không có chỉ định Người thụ hưởng, BIC sẽ giải quyết quyền lợi bảo hiểm cho Người được bảo hiểm hoặc theo các quy định pháp luật về thừa kế tại thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm.

1.6. **Hợp đồng bảo hiểm:** là sự thỏa thuận giữa Bên mua bảo hiểm và BIC, theo đó, Bên mua bảo hiểm phải đóng phí bảo hiểm, BIC phải trả tiền bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm.

Hợp đồng bảo hiểm được lập thành văn bản. Bằng chứng giao kết hợp đồng bảo hiểm là Hợp đồng bảo hiểm, Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc hình thức khác theo quy định của pháp luật.

Các tài liệu cấu thành Hợp đồng bảo hiểm bao gồm: Hợp đồng bảo hiểm và/hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm, Giấy yêu cầu bảo hiểm, Quy tắc bảo hiểm này, tài liệu tóm tắt Quy tắc bảo hiểm, các điều khoản bổ sung (nếu có), sửa đổi bổ sung (nếu có) hoặc các tài liệu khác do BIC và Bên mua bảo hiểm thỏa thuận được lập thành văn bản (nếu có).

1.7. **Sửa đổi bổ sung:** là văn bản cung cấp các thông tin liên quan đến những thay đổi hoặc bổ sung so với Hợp đồng bảo hiểm đã ký và là bộ phận không thể tách rời Hợp đồng bảo hiểm.

1.8. **Phí bảo hiểm:** là số tiền mà Bên mua bảo hiểm phải trả cho BIC để được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm. Phí bảo hiểm và thanh toán phí bảo hiểm được quy định cụ thể trên Hợp đồng bảo hiểm.

1.9. **Thời hạn bảo hiểm:** Là khoảng thời gian từ ngày bắt đầu đến ngày kết thúc theo thỏa thuận giữa các bên và được quy định cụ thể trên Hợp đồng bảo hiểm, tối đa là 01 năm.

1.10. **Hợp đồng tái tục:** là Hợp đồng bảo hiểm có ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm liền kề ngay sau ngày kết thúc thời hạn bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm trước đó tham gia tại BIC và Hợp đồng bảo hiểm trước đó có phạm vi bảo hiểm, quyền lợi bảo hiểm tương tự phạm vi bảo hiểm, quyền lợi bảo hiểm được quy định trong Quy tắc bảo hiểm này. Phạm vi và quyền lợi bảo hiểm tương tự sẽ do BIC xem xét và xác nhận.

Mỗi Hợp đồng bảo hiểm trước đó chỉ có duy nhất một Hợp đồng tái tục. Trường hợp Người được bảo hiểm tham gia nhiều Hợp đồng bảo hiểm thỏa mãn là Hợp đồng tái tục nêu trên, Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm và BIC sẽ thỏa thuận chọn một Hợp đồng tái tục cụ thể.

Trường hợp Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt thực hiện Hợp đồng bảo hiểm trước hạn để mua một Hợp đồng bảo hiểm mới, Hợp đồng bảo hiểm mới không được coi là Hợp đồng tái tục.

Đối với Hợp đồng tái tục, BIC đồng ý chi trả cho các quyền lợi chi phí y tế, trợ cấp liên quan đến và/hoặc là hậu quả của tai nạn, bệnh, thai sản đã xảy ra trong thời hạn bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm trước đó với điều kiện thuộc phạm vi bảo hiểm, không bị loại trừ trong Hợp đồng bảo hiểm tái tục và đáp ứng các quy định về thời gian chờ.

1.11. **Thời gian chờ:** là khoảng thời gian tính từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm của Người được bảo hiểm mà trong khoảng thời gian này nếu phát sinh sự kiện bảo hiểm thì BIC không có trách nhiệm chi trả quyền lợi bảo hiểm cho sự kiện bảo hiểm đó, bao gồm cả những sự kiện bảo hiểm phát sinh trong thời gian chờ nhưng hậu quả xảy ra, điều trị kéo dài ngoài thời gian chờ.

Đối với Hợp đồng tái tục, thời gian chờ được tính kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm trước đó.

Trường hợp bệnh của Người được bảo hiểm đáp ứng đồng thời nhiều định nghĩa bệnh trong Quy tắc bảo hiểm này thì sẽ áp dụng thời gian chờ của bệnh có thời gian chờ dài hơn.

1.12. **Bác sĩ:** là người có bằng cấp chuyên môn y khoa được cơ quan có thẩm quyền cấp phép, được thực hành nghề y hợp pháp trong phạm vi giấy phép tại cơ sở y tế mà Người được bảo hiểm khám và điều trị. Bác sĩ không được đồng thời là bản thân Người được bảo hiểm hoặc là vợ, chồng, bố mẹ đẻ vợ, chồng, con hợp pháp của Người được bảo hiểm.

1.13. **Cơ sở y tế: l**à cơ sở khám, điều trị y tế được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoạt động. Cơ sở y tế không phải là cơ sở được dùng để nghỉ ngơi, an dưỡng, phục hồi sức khỏe, spa, massage hoặc cơ sở đặc biệt chỉ có mục đích duy nhất là phục vụ người già hoặc để cai nghiện rượu, ma túy, chất kích thích hoặc để điều trị rối loạn tâm thần, điều trị bệnh phong.

1.14. Bệnh viện: là cơ sở y tế và được gọi tên là Bệnh viện hoặc Viện (được thể hiện ở thông tin trên con dấu được cấp).

1.15. Phòng chăm sóc đặc biệt: là phòng đặc biệt của cơ sở y tế theo dõi người bệnh 24/24h, cung cấp các dịch vụ y khoa chính yếu cho những trường hợp bệnh nặng phải duy trì hoặc khôi phục sự sống. Bệnh nhân tại phòng chăm sóc đặc biệt là người có một hoặc nhiều vấn đề nghiêm trọng về sức khỏe, có thể tử vong nếu không được chăm sóc kịp thời, cần được theo dõi đặc biệt và liên tục (bao gồm nhưng không giới hạn trong các trường hợp: sau cuộc phẫu thuật lớn, bị tổn thương nghiêm trọng do chấn thương, chức năng sống của các cơ quan bị suy cấp tính như suy hô hấp, suy tim, suy thận, suy gan).

1.16. Phòng theo dõi liên tục: là phòng chăm sóc hậu phẫu với nhân viên y tế có chuyên môn phù hợp theo dõi người bệnh 24/24h.

1.17. Phòng cách ly y tế: là phòng tách riêng người mắc bệnh truyền nhiễm, người bị nghi ngờ mắc bệnh truyền nhiễm, người mang mầm bệnh truyền nhiễm hoặc vật có khả năng mang tác nhân gây bệnh truyền nhiễm nhằm hạn chế sự lây truyền bệnh. Việc cách ly y tế phải có chỉ định của bác sĩ điều trị phù hợp với các quy định chuyên môn và quy định của pháp luật liên quan đến phòng chống bệnh truyền nhiễm.

1.18. Chi phí y tế: là các chi phí y tế hợp lý và cần thiết liên quan đến chẩn đoán và điều trị theo chỉ định của bác sĩ, phát sinh khi Người được bảo hiểm bị tai nạn, bệnh hay thai sản.

Trường hợp Người được bảo hiểm có nhiều Hợp đồng bảo hiểm cùng bảo hiểm cho các quyền lợi liên quan đến chi phí y tế, trách nhiệm của BIC chỉ giới hạn ở chi phí y tế thực tế phát sinh thuộc phạm vi bảo hiểm và trong mọi trường hợp, không vượt quá Số tiền bảo hiểm.

1.19. Số tiền bảo hiểm: là số tiền tối đa theo từng quyền lợi bảo hiểm mà BIC phải chi trả khi xảy ra sự kiện bảo hiểm trong suốt thời hạn bảo hiểm. Số tiền bảo hiểm được quy định cụ thể trên Hợp đồng bảo hiểm.

1.20. Giới hạn phụ: là giới hạn chi trả tối đa cho mỗi hạng mục chi tiết trong từng quyền lợi bảo hiểm hoặc của các điều khoản bổ sung được quy định trên Hợp đồng bảo hiểm. Trong mọi trường hợp, tổng các giới hạn phụ trong từng quyền lợi bảo hiểm không vượt quá Số tiền bảo hiểm của quyền lợi bảo hiểm đó.

1.21. Tai nạn: là một lực bất ngờ, ngoài ý muốn của Người được bảo hiểm, từ bên ngoài tác động lên thân thể Người được bảo hiểm và là nguyên nhân trực tiếp duy nhất làm cho Người được bảo hiểm bị tử vong hoặc bị thương tật (bao gồm cả trường hợp Người được bảo hiểm hít phải khói, khí độc, hóc dị vật, bị điện giật, ngạt nước, bỏng).

Trường hợp Người được bảo hiểm bị tử vong mà cơ quan điều tra, đoàn điều tra tai nạn lao động, cơ sở y tế không xác định được nguyên nhân hoặc không có kết luận của các cơ quan này thì không được coi là tử vong do tai nạn.

1.22. Thai sản: là các trường hợp sinh con hoặc biến chứng thai sản:

- Sinh con: bao gồm sinh thường, sinh mổ, sinh khó bằng các can thiệp chuyên môn, sinh con có hỗ trợ sinh sản.
- Biến chứng thai sản: là các bất thường trong quá trình mang thai, tai biến sản khoa xảy ra ảnh hưởng đến sức khỏe của mẹ hoặc sự phát triển và sinh tồn của thai nhi cần thiết phải can thiệp y tế bằng thuốc điều trị hoặc phẫu thuật, thủ thuật trong khoảng thời gian mang thai hoặc sinh con, gồm các trường hợp:
  + Bất thường trong quá trình mang thai: thai ngừng phát triển, thai lưu, dọa sảy thai, sảy thai, chửa trứng, chửa ngoài tử cung, rau tiền đạo, rau bong non, dọa đẻ non, đa ối, thiếu ối, chửa tại

vết mổ cũ hoặc các trường hợp bất thường ít gặp khác; bệnh lý phát sinh do thai kỳ như đái tháo đường thai kỳ, cao huyết áp thai kỳ, nhiễm độc thai nghén.

+ Tai biến sản khoa: nhiễm trùng, hậu sản các loại, tiền sản giật, sản giật, dọa vỡ tử cung, vỡ tử cung, chảy máu sau đẻ, phù phổi cấp, thuyên tắc ối.
+ Biến chứng của các nguyên nhân trên.

1.23. Bệnh: là tình trạng cơ thể có dấu hiệu của 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 sĩ điều trị (bao gồm cả các trường hợp: dị ứng; sốc phản vệ; ngộ độc, nhiễm độc nhưng không bao gồm trường hợp hít phải khói, khí độc).

1.24. Bệnh đặc biệt: là bệnh ung thư; u, bướu, polyp các loại; bệnh hệ tuần hoàn (bao gồm các bệnh: viêm cơ tim, viêm màng ngoài tim, bệnh nhồi máu cơ tim, tai biến mạch máu não); viêm dạ dày; viêm khớp dạng thấp, thoái hóa xương, thoái hóa khớp; viêm gan; bệnh trĩ; sỏi ruột; sỏi mật; sỏi hệ tiết niệu; đục thuỷ tinh thể; viêm xoang; đái tháo đường; suy thận mãn tính.

Các bệnh thuộc danh mục bệnh đặc biệt được xác định căn cứ vào hồ sơ y tế của Người được bảo hiểm tại các cơ sở y tế. Trường hợp hồ sơ y tế không nêu cụ thể bệnh đặc biệt như trên, BIC sẽ tham chiếu theo các tài liệu y khoa được Bộ Y tế và các cơ quan có thẩm quyền ban hành.

1.25. Bệnh có sẵn: là tình trạng bệnh hoặc thương tật của Người được bảo hiểm đã được bác sĩ chẩn đoán hoặc điều trị trước ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm. Việc xác định bệnh có sẵn căn cứ vào hồ sơ y tế được lưu trữ tại cơ sở y tế , các tài liệu y khoa được Bộ Y tế và các cơ quan có thẩm quyền ban hành hoặc các thông tin do Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm tự kê khai.

1.26. Bệnh bẩm sinh: là bệnh hay bất thường được hình thành trên thai nhi trong quá trình mang thai, có thể được chẩn đoán trước khi sinh hoặc có thể biểu hiện nhiều năm sau khi sinh. Bệnh bẩm sinh bao gồm: dị tật bẩm sinh, khuyết tật bẩm sinh, bất thường của nhiễm sắc thể. 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 Q - Dị tật bẩm sinh, biến dạng và bất thường về nhiễm sắc thể hoặc căn cứ theo kết quả thăm khám và chẩn đoán của bác sĩ điều trị.

1.27. Bệnh nghề nghiệp: là bệnh phát sinh do điều kiện lao động có hại của nghề nghiệp tác động đến Người được bảo hiểm. Danh mục các loại bệnh nghề nghiệp do cơ quan quản lý nhà nước có thẩm quyền ban hành.

1.28. Bệnh thông thường: là bệnh mà không phải là bệnh đặc biệt, bệnh có sẵn, bệnh bẩm sinh hay bệnh nghề nghiệp.

1.29. Biệt tích: Người được bảo hiểm được coi là biệt tích nếu:

- Biệt tích từ 01 năm liên tục trở lên do tai nạn, thiên tai tính từ ngày tai nạn, thiên tai đó chấm dứt; và
- Đã áp dụng đầy đủ biện pháp thông báo, tìm kiếm theo quy định của pháp luật về tố tụng dân sự nhưng vẫn không có tin tức xác thực về việc người đó còn sống hay đã tử vong.

1.30. Thiên tai: là những hiện tượng tự nhiên bất thường, xảy ra ngoài ý muốn và không thể kiểm soát được bởi con người, gây ra thiệt hại về người, tài sản hoặc gián đoạn các hoạt động kinh tế xã hội.

1.31. Tử vong không rõ nguyên nhân: là trường hợp Người được bảo hiểm bị tử vong mà cơ quan điều tra, đoàn điều tra tai nạn lao động, cơ sở y tế không xác định được nguyên nhân hoặc không có kết luận của các cơ quan này.

1.32. Thương tật vĩnh viễn: là tình trạng Người được bảo hiểm bị thương tật do tai nạn, bệnh, thai sản dẫn đến bị mất, liệt hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của các bộ phận cơ thể theo các trường hợp quy định tại ***Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm thương tật vĩnh viễn*** kèm theo Quy tắc bảo hiểm này.

Thời điểm xác định thương tật vĩnh viễn:

- Trường hợp Người được bảo hiểm bị thương tật vĩnh viễn do mất bộ phận cơ thể thì thời điểm xác định là thời điểm xảy ra sự kiện dẫn tới mất bộ phận cơ thể đó.
- Các trường hợp còn lại được xác định tại:
  + Thời điểm thương tật vĩnh viễn được chẩn đoán trong hồ sơ y tế, hoặc
  + Thời điểm thương tật vĩnh viễn có xác nhận của cơ quan y tế hoặc Hội đồng giám định Y khoa cấp tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương hoặc tổ chức giám định y tế hợp pháp được BIC chấp thuận,

  tùy thời điểm nào đến trước.

1.33. Cận lâm sàng: là các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng hay các thủ thuật cần thiết được chỉ định thực hiện bởi bác sĩ điều trị, nhằm mục đích duy nhất để chẩn đoán và điều trị tai nạn, bệnh, thai sản; không bao gồm các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng hay các thủ thuật mang tính kiểm tra, tầm soát, loại trừ, phân biệt, theo dõi định kỳ trong cùng một lần khám, điều trị.

1.34. Một lần khám, điều trị: toàn bộ quá trình khám, làm cận lâm sàng và kê đơn thuốc điều trị có chẩn đoán của bác sĩ trong một (01) lần Người được bảo hiểm đến một (01) cơ sở y tế trong một khoảng thời gian không quá 24 giờ được coi là một (01) lần khám, điều trị, không phụ thuộc vào số bệnh được chẩn đoán và số bác sĩ khám và điều trị cho Người được bảo hiểm.

Trường hợp do điều kiện khách quan hoặc theo yêu cầu chuyên môn nên chưa hoàn thành được quá trình khám trong ngày đầu tiên, chưa có chẩn đoán của bác sĩ điều trị và phải tiếp tục khám trong các ngày tiếp theo thì toàn bộ quá trình khám từ ngày khám đầu tiên cho đến khi có đầy đủ kết quả cận lâm sàng và/hoặc khi bác sĩ điều trị đưa ra chẩn đoán và điều trị được coi là một (01) lần khám.

Trường hợp Người được bảo hiểm tái khám theo chỉ định của bác sĩ điều trị hoặc khám lại do tình trạng nặng hơn sẽ được tính và chi trả theo hạn mức một (01) lần khám, điều trị tiếp theo.

1.35. Thuốc kê theo đơn: là những loại thuốc, vật tư y tế, trang thiết bị y tế được bán và sử dụng theo đơn thuốc của bác sĩ điều trị nhưng không bao gồm: thực phẩm chức năng, mỹ phẩm, dược mỹ phẩm, thuốc lưu hành nội bộ không có số đăng ký thuốc do cơ quan có thẩm quyền cấp phép và các loại vitamin, khoáng chất, acid amin (trừ trường hợp các loại vitamin, khoáng chất, acid amin được bác sỹ chỉ định để điều trị bệnh thiếu vitamin, khoáng chất, acid amin đó).

1.36. Điều trị nội trú: là việc Người được bảo hiểm nhập viện để điều trị qua đêm tại cơ sở y tế. Việc nằm viện phải diễn ra liên tục và không bị gián đoạn trong suốt thời gian kể từ khi nhập viện cho đến khi ra viện, có Giấy ra viện của cơ sở y tế. Số ngày nằm viện được căn cứ vào Giấy ra viện và được tính bằng ngày ra viện trừ đi ngày nhập viện cộng 01 hoặc tính theo đơn vị phòng, giường điều trị trên bảng kê viện phí. Trường hợp số ngày nằm viện căn cứ trên Giấy ra viện và bảng kê viện phí khác nhau, BIC chi trả quyền lợi bảo hiểm theo số nào thấp hơn.

Trường hợp cơ sở y tế không cấp Giấy ra viện thì Báo cáo y khoa, Tóm tắt bệnh án hoặc các chứng từ y tế khác thể hiện thời gian điều trị được coi là chứng từ thay thế.

1.37. Điều trị trong ngày: là việc Người được bảo hiểm điều trị tại cơ sở y tế nhưng không phải ở lại qua đêm, có phát sinh chi phí phòng, giường điều trị và/hoặc có Giấy ra viện của cơ sở y tế.

1.38. Điều trị ngoại trú: là việc khám, điều trị y tế tại cơ sở y tế nhưng không bao gồm các trường hợp điều trị nội trú, điều trị trong ngày.

1.39. Điều trị cấp cứu: là việc Người được bảo hiểm khám, điều trị được thực hiện tại phòng cấp cứu của một cơ sở y tế.

1.40. **Phòng, giường điều trị: l**à phòng, giường chuyên dụng dùng cho một (01) Người được bảo hiểm để nằm điều trị tại cơ sở y tế, không bao gồm giường cho người trực, giường cho người chăm sóc.

1.41. **Phòng bao:** là phòng có từ 02 giường trở lên, Người được bảo hiểm chỉ nằm 01 giường nhưng thanh toán hết chi phí của tất cả các giường còn lại.

1.42. **Phẫu thuật, thủ thuật:** là một phương pháp khoa học tác động cơ học vào tổ chức hoặc cơ quan của Người được bảo hiểm với mục đích để chẩn đoán hoặc điều trị tai nạn, bệnh hoặc thai sản, được thực hiện tại cơ sở y tế bởi một hoặc một nhóm phẫu thuật viên, thủ thuật viên và có xác nhận của cấp có thẩm quyền của cơ sở y tế cho phép thực hiện phẫu thuật, thủ thuật, với sự trợ giúp của các dụng cụ hay các thiết bị y tế.

Danh mục phẫu thuật, thủ thuật được áp dụng theo quy định hiện hành của Bộ Y tế.

1.43. **Cấy ghép bộ phận cơ thể:** là việc phẫu thuật, thủ thuật để cấy ghép tạng, bộ phận cơ thể, tế bào cho Người được bảo hiểm và được tiến hành tại cơ sở y tế do một hoặc một nhóm phẫu thuật viên, thủ thuật viên và có xác nhận của cấp có thẩm quyền của cơ sở y tế cho phép thực hiện, với sự trợ giúp của các công cụ hay các thiết bị y tế. Các chi phí để có được bộ phận cấy ghép và các chi phí phát sinh liên quan đến người hiến bộ phận cơ thể không được bảo hiểm trong Quy tắc bảo hiểm này.

1.44. **Bộ phận giả:** là các bộ phận được làm giả để thay thế cho các bộ phận của cơ thể.

1.45. **Thiết bị y tế hỗ trợ:** là các thiết bị bên ngoài cơ thể có tác dụng hỗ trợ chức năng vận động hoặc các chức năng khác của cơ thể, bao gồm: nạng, xe lăn, thiết bị trợ thính, kính thuốc, máy hỗ trợ tim.

1.46. **Chi phí trước khi nhập viện:** là các chi phí y tế theo chỉ định của bác sĩ điều trị, liên quan trực tiếp đến tai nạn, bệnh, thai sản cần thiết điều trị nội trú sau đó, được thực hiện trong khoảng thời gian không quá 30 ngày trước ngày nhập viện.

1.47. **Chi phí sau khi ra viện:** là các chi phí y tế theo chỉ định của bác sĩ điều trị ngay tại thời điểm ra việnnhưng tối đa không quá 30 ngày kể từ ngày ra viện và liên quan trực tiếp đến điều trị nội trú trước đó.

1.48. **Chăm sóc y tế tại nhà:** là các dịch vụ chăm sóc y tế (không bao gồm chi phí đi lại) của một điều dưỡng được cấp giấy phép hoạt động hoặc có chứng chỉ hành nghề hợp pháp được thực hiện tại nhà để chăm sóc cho Người được bảo hiểm ngay sau khi ra viện. Dịch vụ chăm sóc y tế này phải được thực hiện trong thời hạn bảo hiểm và theo chỉ định của bác sĩ điều trị và không quá 30 ngày kể từ ngày ra viện.

1.49. **Kỹ thuật phục hồi chức năng:** là phương pháp điều trị nhằm mục đích khôi phục lại tình trạng bình thường và/hoặc chức năng các bộ phận cơ thể sau tai nạn hoặc do bệnh, thai sản kể từ khi Người được bảo hiểm được bác sĩ chỉ định chuyển sang điều trị tại chuyên khoa phục hồi chức năng. Danh mục kỹ thuật phục hồi chức năng theo quy định hiện hành của Bộ Y tế.

1.50. **Kỹ thuật y học cổ truyền:** là các phương pháp điều trị thuộc danh mục kỹ thuật chuyên ngành y học cổ truyền theo quy định hiện hành của Bộ Y tế.

1.51. **Dịch vụ vận chuyển cấp cứu:** là dịch vụ vận chuyển Người được bảo hiểm do cơ sở y tế hoặc dịch vụ vận chuyển cấp cứu được cấp phép thực hiện bằng các phương tiện khác nhau từ nơi Người được bảo hiểm cần cấp cứu đến cơ sở y tế gần nhất có đủ điều kiện sơ, cấp cứu hoặc từ cơ sở y tế này sang cơ sở y tế khác theo chỉ định của bác sĩ điều trị.

Điều 2. Thời gian chờ

Thời gian chờ được áp dụng như dưới đây hoặc theo thỏa thuận khác được quy định trên Hợp đồng bảo hiểm.

Các quyền lợi bảo hiểm liên quan đến tai nạn (Điều 9, 10, 11)	Không áp dụng
Các quyền lợi bảo hiểm liên quan đến bệnh (Điều 12, 13, 15, 16)	365 ngày đối với bệnh có sẵn; bệnh đặc biệt 90 ngày đối với bệnh nghề nghiệp 30 ngày đối với các bệnh thông thường
Tử vong, thương tật toàn bộ vĩnh viễn do bệnh (Điều 14)	365 ngày đối với bệnh có sẵn 90 ngày đối với bệnh đặc biệt, bệnh nghề nghiệp 30 ngày đối với các bệnh thông thường
Tử vong không rõ nguyên nhân (Điều 14)	90 ngày
Thai sản (Điều 14, 15, 17)	270 ngày đối với sinh con 60 ngày đối với biến chứng thai sản, tử vong

Điều 3. Phạm vi địa lý được bảo hiểm

BIC nhận bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm bị tai nạn, bệnh, thai sản và những chi phí y tế liên quan phát sinh trong lãnh thổ nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam (trừ khi có quy định khác trên Hợp đồng bảo hiểm).

Điều 4. Quy định về chấm dứt thực hiện hợp đồng bảo hiểm trước hạn

Trong thời hạn bảo hiểm, các bên thống nhất rằng, BIC hoặc Bên mua bảo hiểm có thể thỏa thuận hoặc có quyền đơn phương chấm dứt thực hiện Hợp đồng bảo hiểm trước hạn theo quy định của Luật kinh doanh bảo hiểm và các quy định khác của pháp luật có liên quan. Bên yêu cầu chấm dứt phải thông báo bằng văn bản cho bên kia biết trước ít nhất 05 ngày làm việc kể từ ngày dự định chấm dứt. BIC sẽ hoàn phí bảo hiểm như quy định dưới đây:

- Nếu Hợp đồng bảo hiểm bị chấm dứt trước hạn theo yêu cầu của Bên mua bảo hiểm: BIC sẽ hoàn lại 70% phí bảo hiểm (hoặc theo thỏa thuận khác được quy định trên Hợp đồng bảo hiểm) tương ứng với thời gian bảo hiểm còn lại của Hợp đồng bảo hiểm, với điều kiện đến thời điểm chấm dứt, Hợp đồng bảo hiểm chưa phát sinh khiếu nại hoặc đã phát sinh khiếu nại nhưng không được BIC trả tiền bảo hiểm, hoặc theo thỏa thuận khác được quy định trên Hợp đồng bảo hiểm.
- Nếu Hợp đồng bảo hiểm bị chấm dứt trước hạn theo yêu cầu của BIC: BIC sẽ hoàn lại 100% phí bảo hiểm tương ứng với thời gian bảo hiểm còn lại của Hợp đồng bảo hiểm.

Trường hợp Bên mua bảo hiểm không đóng phí bảo hiểm hoặc đóng không đủ phí bảo hiểm cho BIC theo thời hạn, hạn thanh toán phí đã thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm thì Hợp đồng bảo hiểm sẽ tự động chấm dứt thực hiện khi hết thời hạn, hạn thanh toán phí bảo hiểm mà không phụ thuộc vào thông báo của BIC, BIC không phải gửi thông báo chấm dứt thực hiện Hợp đồng bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm. Đồng thời, hai bên thống nhất điều chỉnh, thay thế hóa đơn tương ứng với số phí bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm không đóng đúng theo quy định.

Điều 5. Hậu quả pháp lý do vi phạm nghĩa vụ cung cấp thông tin

Trường hợp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm cố ý cung cấp không đầy đủ thông tin hoặc cung cấp thông tin sai sự thật nhằm giao kết Hợp đồng bảo hiểm để được hưởng quyền lợi bảo hiểm, BIC có quyền hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm hoặc hủy bỏ bảo hiểm đối với Người được bảo hiểm đó. BIC không có trách nhiệm trả tiền bảo hiểm và sẽ hoàn lại 70% phí bảo hiểm tương ứng (hoặc theo thỏa thuận khác được quy định trên Hợp đồng bảo hiểm) cho Bên mua bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm phải bồi

thường thiệt hại phát sinh cho BIC (nếu có).

Trường hợp BIC cố ý không thực hiện nghĩa vụ cung cấp thông tin hoặc cung cấp thông tin sai sự thật nhằm giao kết Hợp đồng bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm có quyền hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm, được hoàn lại 100% phí bảo hiểm đã đóng. BIC phải bồi thường thiệt hại phát sinh cho Bên mua bảo hiểm (nếu có).

Điều 6. Điều chỉnh, sửa đổi Hợp đồng bảo hiểm

Trong thời hạn bảo hiểm, nếu muốn thay đổi các nội dung liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm thì Bên mua bảo hiểm hoặc BIC phải thông báo bằng văn bản cho bên kia trước ít nhất 05 ngày làm việc kể từ ngày dự kiến thay đổi. Việc thay đổi được áp dụng kể từ thời điểm BIC và Bên mua bảo hiểm chấp thuận bằng việc ký kết Sửa đổi bổ sung.

Điều 7. Luật áp dụng

Quy tắc bảo hiểm này được giải thích và điều chỉnh theo pháp luật nước Cộng hoà xã hội chủ nghĩa Việt Nam.

Điều 8. Giải quyết tranh chấp

Tranh chấp về Hợp đồng bảo hiểm được giải quyết thông qua thương lượng giữa các bên. Trường hợp không thương lượng được, các bên sẽ giải quyết tranh chấp tại tòa án có thẩm quyền tại Việt Nam.

Thời hiệu khởi kiện về Hợp đồng bảo hiểm theo quy định của pháp luật.

CHƯƠNG II: PHẠM VI, QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm được lựa chọn một hay nhiều phạm vi, quyền lợi bảo hiểm quy định ở Điều 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 và 17 dưới đây để tham gia. Phạm vi, quyền lợi bảo hiểm thống nhất giữa Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm và BIC được quy định cụ thể trên Hợp đồng bảo hiểm.

Điều 9. Tử vong, thương tật vĩnh viễn do tai nạn; biệt tích

9.1. Phạm vi bảo hiểm

- Người được bảo hiểm bị tai nạn trong thời hạn bảo hiểm và tai nạn là nguyên nhân duy nhất gây ra tử vong, thương tật vĩnh viễn trong vòng 365 ngày kể từ ngày xảy ra tai nạn.
- Người được bảo hiểm biệt tích do tai nạn, thiên tai trong thời hạn bảo hiểm.

9.2. Quyền lợi bảo hiểm

9.2.1. Người được bảo hiểm bị tử vong do tai nạn, Người được bảo hiểm bị biệt tích:

- BIC chi trả 100% Số tiền bảo hiểm của quyền lợi này được quy định trên Hợp đồng bảo hiểm.
- Tuy nhiên, nếu vào bất cứ thời điểm nào sau khi BIC đã chi trả quyền lợi bảo hiểm cho sự kiện biệt tích mà Người được bảo hiểm trở về sau thời gian biệt tích hoặc có tin tức xác thực là người đó vẫn còn sống thì số tiền này phải được hoàn lại cho BIC trong vòng 30 ngày kể từ ngày BIC yêu cầu.

9.2.2. Người được bảo hiểm bị thương tật vĩnh viễn:

- BIC chi trả quyền lợi bảo hiểm bằng Tỷ lệ trả tiền nhân (x) Số tiền bảo hiểm của quyền lợi này quy định trên Hợp đồng bảo hiểm (Tỷ lệ trả tiền được quy định chi tiết tại ***Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm thương tật vĩnh viễn*** đính kèm Quy tắc bảo hiểm này).
- Trường hợp có nhiều thương tật vĩnh viễn ở cùng một bộ phận cơ thể, tổng số tiền chi trả cho các thương tật vĩnh viễn đó không vượt quá tỷ lệ trả tiền trong trường hợp mất bộ phận cơ thể đó nhân (x) Số tiền bảo hiểm.

- Trường hợp Người được bảo hiểm bị thương tật vĩnh viễn do tai nạn đã được BIC chi trả quyền lợi bảo hiểm, trong vòng 365 ngày kể từ ngày xảy ra tai nạn, Người được bảo hiểm bị tử vong hoặc thương tật vĩnh viễn trầm trọng hơn do hậu quả của tai nạn nêu trên, BIC chi trả thêm phần chênh lệch giữa số tiền chi trả cho quyền lợi tử vong do tai nạn hoặc số tiền chi trả theo tỷ lệ thương tật vĩnh viễn mới với số tiền đã chi trả trước đó.

Điều 10. Chi phí y tế do tai nạn

10.1. Phạm vi bảo hiểm

Người được bảo hiểm bị tai nạn trong thời hạn bảo hiểm và phát sinh chi phí y tế điều trị thương tật.

10.2. Quyền lợi bảo hiểm

BIC sẽ chi trả chi phí y tế thực tế phát sinh trong thời hạn bảo hiểm đến Số tiền bảo hiểm được quy định trên Hợp đồng bảo hiểm, bao gồm:

- Chi phí y tế cho việc chẩn đoán và điều trị thương tật do tai nạn theo chỉ định của bác sĩ điều trị.
- Chi phí cho việc sử dụng dịch vụ vận chuyển cấp cứu.

Điều 11. Trợ cấp điều trị do tai nạn

11.1. Phạm vi bảo hiểm

Người được bảo hiểm bị tai nạn trong thời hạn bảo hiểm, phải nghỉ để điều trị theo chỉ định của bác sĩ.

11.2. Quyền lợi bảo hiểm

BIC sẽ chi trả cho Người được bảo hiểm số tiền trợ cấp được xác định trên cơ sở số ngày hưởng trợ cấp và số tiền trợ cấp/ngày.

- Số ngày hưởng trợ cấp được tính theo số ngày nghỉ điều trị thực tế theo chỉ định của bác sĩ nằm trong thời hạn bảo hiểm (bao gồm cả ngày thứ bảy, chủ nhật và ngày lễ, tết) nhưng không vượt quá số ngày tối đa được quy định trên Hợp đồng bảo hiểm.
- Số tiền trợ cấp/ngày được quy định trên Hợp đồng bảo hiểm.

Nếu Người được bảo hiểm bị hai hay nhiều tai nạn gây ra thương tật và thời gian nghỉ điều trị do những tai nạn đó trùng nhau thì Người được bảo hiểm sẽ chỉ được hưởng một lần trợ cấp cho thời gian nghỉ điều trị trùng nhau đó.

Điều 12. Điều trị nội trú do bệnh

12.1. Phạm vi bảo hiểm

- Người được bảo hiểm bị bệnh phải điều trị nội trú, điều trị trong ngày và ngày nhập viện nằm trong thời hạn bảo hiểm.
- BIC chỉ có trách nhiệm chi trả với các chi phí y tế phát sinh cho thời gian điều trị nằm trong thời hạn bảo hiểm.

12.2. Quyền lợi bảo hiểm

a. Chi phí nằm viện

BIC sẽ chi trả các chi phí y tế, bao gồm:

- Chi phí phòng, giường điều trị tại các cơ sở y tế (không áp dụng đối với phòng bao);
- Chi phí phòng chăm sóc đặc biệt, phòng theo dõi liên tục, phòng cách ly y tế (không áp dụng đối với phòng bao);
- Chi phí điều trị cấp cứu;
- Tiền ăn, nước uống, quần áo cho người được bảo hiểm theo tiêu chuẩn tại cơ sở y tế;

- Chi phí tiêm, truyền tĩnh mạch, thay băng, cắt chỉ;
- Các chi phí cận lâm sàng do bác sĩ điều trị chỉ định;
- Chi phí thuốc kê theo đơn của bác sĩ điều trị;
- Chi phí thủ thuật (không bao gồm thủ thuật đặc biệt theo danh mục phân loại thủ thuật hiện hành của Bộ Y tế);
- Các chi phí y tế liên quan khác theo chỉ định của bác sĩ điều trị.

Tổng các chi phí nêu trên không vượt quá giới hạn cho mỗi ngày nằm viện được quy định trên Hợp đồng bảo hiểm.

b. Chi phí phẫu thuật

BIC chi trả các chi phí y tế liên quan đến phẫu thuật, thủ thuật đặc biệt theo danh mục phân loại phẫu thuật, thủ thuật hiện hành của Bộ Y tế, bao gồm nhưng không giới hạn các khoản sau: chi phí gây mê, gây tê; chi phí phát sinh trong phòng mổ: bộ dụng cụ phẫu thuật, thuốc, vật tư y tế, trang thiết bị y tế, chi phí phòng mổ, bác sĩ, chi phí cấy ghép nội tạng (không bảo hiểm các chi phí để có được bộ phận cấy ghép và các chi phí phát sinh liên quan người hiến bộ phận cơ thể); chi phí hồi sức sau khi phẫu thuật; chi phí tái mổ; chi phí giải phẫu bệnh.

c. Các quyền lợi bảo hiểm khác

- Chi phí trước khi nhập viện; chi phí sau khi ra viện; chi phí chăm sóc y tế tại nhà.
- Chi phí điều trị bằng kỹ thuật phục hồi chức năng và kỹ thuật y học cổ truyền.
- Dịch vụ vận chuyển cấp cứu.

Tổng số tiền chi trả của BIC không vượt quá Số tiền bảo hiểm của quyền lợi bảo hiểm này được quy định trên Hợp đồng bảo hiểm.

Điều 13. Điều trị ngoại trú do bệnh

13.1. Phạm vi bảo hiểm

Người được bảo hiểm điều trị ngoại trú trong thời hạn bảo hiểm do bệnh.

13.2. Quyền lợi bảo hiểm

BIC sẽ chi trả các chi phí y tế, bao gồm:

- Chi phí khám, cận lâm sàng, vật tư y tế tiêu hao theo chỉ định của bác sĩ điều trị;
- Chi phí thuốc kê theo đơn của bác sĩ điều trị;
- Kỹ thuật phục hồi chức năng và kỹ thuật y học cổ truyền tại bệnh viện do bác sĩ điều trị chỉ định;
- Chi phí điều trị cấp cứu;
- Chi phí phẫu thuật, thủ thuật;
- Chi phí giải phẫu bệnh;
- Chi phí dịch vụ vận chuyển cấp cứu;
- Chi phí y tế liên quan tới chẩn đoán và điều trị bệnh lý về răng và các tổ chức quanh răng.

Giới hạn phụ cho mỗi lần khám, điều trị; số lần khám, điều trị tối đa trong một (01) năm; giới hạn phụ cho các loại bệnh (nếu có) hoặc giới hạn phụ của các quyền lợi ngoại trú khác (nếu có) và Số tiền bảo hiểm của quyền lợi Điều trị ngoại trú do bệnh được quy định cụ thể trên Hợp đồng bảo hiểm.

Tổng số tiền chi trả của BIC không vượt quá Số tiền bảo hiểm của quyền lợi bảo hiểm này được quy định trên Hợp đồng bảo hiểm.

Điều 14. Tử vong, thương tật toàn bộ vĩnh viễn do bệnh hoặc thai sản; tử vong không rõ nguyên nhân

14.1. Phạm vi bảo hiểm

Bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm:

- Tử vong trong thời hạn bảo hiểm do bệnh hoặc thai sản;
- Tử vong trong thời hạn bảo hiểm không rõ nguyên nhân;
- Thương tật toàn bộ vĩnh viễn do bệnh hoặc thai sản mà thời điểm xác định thương tật toàn bộ vĩnh viễn này nằm trong thời hạn bảo hiểm.

14.2. Quyền lợi bảo hiểm

BIC chi trả 100% Số tiền bảo hiểm của quyền lợi này được quy định trên Hợp đồng bảo hiểm.

Điều 15. Thương tật bộ phận vĩnh viễn do bệnh hoặc thai sản

15.1. Phạm vi bảo hiểm

Bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm bị thương tật bộ phận vĩnh viễn do bệnh hoặc thai sản mà thời điểm xác định thương tật bộ phận vĩnh viễn này nằm trong thời hạn bảo hiểm.

15.2. Quyền lợi bảo hiểm

- BIC chi trả quyền lợi bảo hiểm bằng Tỷ lệ trả tiền nhân (x) Số tiền bảo hiểm của quyền lợi bảo hiểm này quy định trên Hợp đồng bảo hiểm (Tỷ lệ trả tiền được quy định chi tiết tại Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm thương tật vĩnh viễn đính kèm Quy tắc này).
- Trường hợp có nhiều thương tật vĩnh viễn ở cùng một bộ phận cơ thể, tổng số tiền chi trả cho các thương tật vĩnh viễn đó không vượt quá số tiền chi trả trong trường hợp mất bộ phận cơ thể đó.
- Trường hợp Người được bảo hiểm bị thương tật bộ phận vĩnh viễn do bệnh hoặc thai sản đã được BIC chi trả quyền lợi bảo hiểm, trong thời hạn bảo hiểm, Người được bảo hiểm bị tử vong hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn do bệnh hoặc thai sản, BIC chi trả thêm phần chênh lệch giữa Số tiền bảo hiểm của quyền lợi tử vong, thương tật toàn bộ vĩnh viễn do bệnh hoặc thai sản với số tiền đã chi trả trước đó.

Điều 16. Trợ cấp trong thời gian điều trị nội trú do bệnh

16.1. Phạm vi bảo hiểm

Trường hợp Người được bảo hiểm bị bệnh phải điều trị nội trú tại cơ sở y tế và có ngày nhập viện nằm trong thời hạn bảo hiểm.

16.2. Quyền lợi bảo hiểm

BIC sẽ chi trả cho Người được bảo hiểm số tiền trợ cấp được xác định trên cơ sở số ngày hưởng trợ cấp và số tiền trợ cấp/ngày:

- Số ngày hưởng trợ cấp là số ngày nằm viện nằm trong thời hạn bảo hiểm (bao gồm cả ngày thứ bảy, chủ nhật và ngày lễ, tết).
- Số tiền trợ cấp/ngày và số ngày hưởng trợ cấp tối đa được quy định trên Hợp đồng bảo hiểm.

Điều 17. Chăm sóc thai sản

17.1. Phạm vi bảo hiểm

- Người được bảo hiểm điều trị thai sản mà có ngày nhập viện (trường hợp điều trị nội trú) hoặc ngày khám bệnh (trường hợp điều trị trong ngày, ngoại trú) nằm trong thời hạn bảo hiểm.
- BIC chỉ có trách nhiệm chi trả với các chi phí y tế phát sinh cho thời gian điều trị nằm trong thời hạn bảo hiểm.

17.2. Quyền lợi bảo hiểm

BIC sẽ chi trả các chi phí y tế, bao gồm:

- Chi phí phòng, giường điều trị tại các cơ sở y tế (không áp dụng đối với phòng bao); chi phí phòng chăm sóc đặc biệt, phòng theo dõi liên tục;
- Chi phí điều trị cấp cứu;
- Tiền ăn, nước uống, quần áo theo tiêu chuẩn tại cơ sở y tế;
- Chi phí tiêm, truyền tĩnh mạch, thay băng, cắt chỉ;
- Các chi phí khám, cận lâm sàng, vật tư y tế tiêu hao do bác sĩ điều trị chỉ định;
- Chi phí thuốc kê theo đơn của bác sĩ điều trị;
- Chi phí thủ thuật, phẫu thuật;
- Chi phí tắm bé, vệ sinh em bé (tối đa 07 ngày sau khi sinh);
- Các chi phí y tế liên quan khác đến Người được bảo hiểm theo chỉ định của bác sĩ điều trị.
- Chi phí y tế phát sinh để điều trị cho trẻ sơ sinh liên quan đến bệnh, với điều kiện:
  + Bệnh lý của trẻ xuất hiện trong vòng 07 ngày sau sinh;
  + Người được bảo hiểm (mẹ) vẫn nằm viện điều trị nội trú sau sinh;
  + Loại trừ các chi phí: vật dụng cá nhân và chi phí thức ăn cho em bé; điều trị vàng da sinh lý; tiêm phòng vắc xin; thuốc dự phòng và xét nghiệm kiểm tra tầm soát hoặc điều trị các bệnh bẩm sinh.

Tổng số tiền chi trả của BIC không vượt quá Số tiền bảo hiểm của quyền lợi bảo hiểm này được quy định trên Hợp đồng bảo hiểm.

CHƯƠNG III: CÁC ĐIỂM LOẠI TRỪ TRÁCH NHIỆM BẢO HIỂM

Điều 18. Các điểm loại trừ trách nhiệm bảo hiểm

BIC không chịu trách nhiệm chi trả các quyền lợi bảo hiểm trong các trường hợp sau đây:

18.1. Bất kỳ tai nạn, bệnh, thai sản và những chi phí phát sinh ngoài phạm vi địa lý được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm.

18.2. Phát sinh từ, hậu quả của động đất, sóng thần, núi lửa, nhiễm phóng xạ, vũ khí sinh học, vũ khí hóa học, vũ khí hạt nhân, chiến tranh, nội chiến, bạo loạn hay bạo động, khủng bố.

18.3. Phát sinh từ lỗi cố ý của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng bảo hiểm. Trường hợp có nhiều người thụ hưởng, nếu một hoặc một số người thụ hưởng cố ý gây ra tử vong hay thương tật cho Người được bảo hiểm, BIC có quyền từ chối chi trả quyền lợi cho người hoặc những người có lỗi cố ý đó nhưng vẫn trả quyền lợi bảo hiểm cho những Người thụ hưởng khác theo quy định tại Hợp đồng bảo hiểm.

18.4. Người được bảo hiểm thực hiện hoặc tham gia vào các hành vi phạm tội (căn cứ vào bản án hình sự của Tòa án) và là nguyên nhân trực tiếp gây ra tai nạn (không áp dụng trong trường hợp Người được bảo hiểm tử vong).

18.5. Người được bảo hiểm tham gia đánh nhau trừ khi là hành động cứu người, bảo vệ tài sản hoặc tự vệ.

18.6. Người được bảo hiểm có các hành vi sau đây khi tham gia giao thông:

- Đua xe;
- Điều khiển phương tiện giao thông khi có nồng độ cồn vượt quá 50 miligam/100mililit máu hoặc

0,25 miligam/1 lít khí thở tại thời điểm xảy ra tai nạn; hoặc điều khiển phương tiện giao thông đi vào đường cấm, khu vực cấm, đường ngược chiều (đi ngược chiều của đường một chiều, đi ngược chiều trên đường có biển "Cấm đi ngược chiều"), rẽ, quay đầu tại nơi bị cấm, không chấp hành hiệu lệnh của đèn tín hiệu giao thông, không chấp hành theo hiệu lệnh của người điều khiển giao thông; hoặc điều khiển phương tiện giao thông cơ giới đường bộ không có giấy phép lái xe theo quy định hoặc giấy phép lái xe không hợp lệ. Điểm loại trừ này không áp dụng đối với trường hợp Người được bảo hiểm điều khiển xe mô tô hai bánh, xe mô tô ba bánh, xe gắn máy (kể cả mô tô, xe máy điện) và các loại xe tương tự theo quy định của Luật trật tự an toàn giao thông đường bộ hiện hành, tuy nhiên BIC sẽ giảm trừ 50% số tiền chi trả;

- Vận chuyển trái phép hoặc không thực hiện đầy đủ các quy định về vận chuyển hàng nguy hiểm; vận chuyển hàng cấm.

18.7. Người được bảo hiểm sử dụng chất ma túy trong danh mục cấm hoặc hạn chế sử dụng theo quy định của Chính phủ nước Cộng hòa xã hội nghĩa Việt Nam, trừ khi việc sử dụng này có chỉ định của bác sĩ.

18.8. Người được bảo hiểm không đáp ứng quy định tại khoản 1.3 "Người được bảo hiểm" nêu tại Điều 1 của Quy tắc bảo hiểm này.

18.9. Chi phí phát sinh và/hoặc hậu quả trong trường hợp Người được bảo hiểm khám, điều trị không tại cơ sở y tế (điểm loại trừ này không áp dụng đối với chi phí y tế chăm sóc tại nhà, chi phí thuốc kê theo đơn, chi phí vận chuyển cấp cứu).

18.10. Chi phí phát sinh và/hoặc hậu quả trong trường hợp Người được bảo hiểm khám, điều trị không theo chỉ định của bác sĩ điều trị. Tuy nhiên, loại trừ này không áp dụng trong trường hợp Người được bảo hiểm sử dụng thuốc có tên khác nhưng thành phần hoạt chất, hàm lượng, liều dùng đúng theo đơn thuốc của bác sĩ.

18.11. Chi phí phát sinh và/hoặc hậu quả trong trường hợp Người được bảo hiểm thực hiện khám, điều trị mang tính chất thẩm mỹ (phẫu thuật thẩm mỹ, thủ thuật thẩm mỹ; chỉnh hình thẩm mỹ; tạo hình thẩm mỹ). Tuy nhiên, loại trừ này không áp dụng trong các trường hợp Người được bảo hiểm thực hiện các biện pháp điều trị thẩm mỹ nêu trên để điều trị các thương tật phát sinh do tai nạn hoặc bệnh, thai sản trong thời hạn bảo hiểm.

18.12. Chi phí phát sinh và/hoặc hậu quả từ việc điều trị thử nghiệm; chi phí của các hình thức phòng bệnh (điểm loại trừ không áp dụng với chi phí thuốc có tính chất phòng ngừa, chi phí thuốc điều trị dự phòng theo chỉ định của bác sỹ kèm theo thuốc điều trị chính); chi phí sửa dáng đi.

18.13. Chi phí phát sinh và/hoặc hậu quả từ việc sử dụng vắc xin (trừ trường hợp phải sử dụng sau khi bị tai nạn hay bị động vật, côn trùng cắn theo chỉ định của bác sĩ điều trị).

18.14. Chi phí liên quan đến hình thức lấy mẫu tại nhà.

18.15. Chi phí vận chuyển cấp cứu bằng đường hàng không.

18.16. Chi phí phát sinh liên quan đến cai nghiện ma túy, cai nghiện rượu.

18.17. Khám sức khoẻ định kỳ; kiểm tra tầm soát; xét nghiệm định kỳ; khám thai định kỳ; kiểm tra thị lực và thính lực thông thường; điều trị các bệnh về tật khúc xạ mắt (cận thị, viễn thị, lão thị, loạn thị, nhược thị); điều trị sửa chữa những khiếm khuyết về suy thoái thị lực và thính lực tự nhiên và bất kỳ hình thức hiệu chỉnh lác hoặc tầm nhìn nào.

18.18. Chi phí khám, cận lâm sàng nhưng không phát hiện và/hoặc không có kết luận bệnh lý cụ thể.

18.19. Chi phí không liên quan đến chẩn đoán và điều trị bệnh được chẩn đoán.

18.20. Chi phí khám, 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.

18.21. Chi phí mua, bảo dưỡng, sửa chữa các bộ phận giả, thiết bị y tế hỗ trợ.

18.22. Chi phí khám, điều trị kiểm soát trọng lượng cơ thể hoặc chiều cao, còi xương, suy dinh dưỡng, béo phì.

18.23. Chi phí khám, điều trị trị mụn, trứng cá, điều trị rụng tóc, lang ben, nám, điều trị rối loạn sắc tố da, tàn nhang, nốt ruồi.

18.24. Chi phí liên quan đến kế hoạch hoá gia đình; điều trị vô sinh, thông tắc vòi trứng; điều trị bất lực; rối loạn, suy giảm chức năng sinh dục; thụ tinh nhân tạo; liệu pháp thay thế hóc môn trong thời kỳ tiền mãn kinh hay mãn kinh ở phụ nữ; thay đổi giới tính; các điều trị hoặc xét nghiệm để triệt sản, đặt vòng tránh thai, thắt ống dẫn trứng; điều trị hiếm muộn bao gồm thụ tinh trong ống nghiệm (IVF) và bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI); điều trị chứng liệt dương, chứng giãn tĩnh mạch thừng tinh hay tinh hoàn; và bất cứ hậu quả hoặc biến chứng nào của các điều trị trên.

18.25. Bệnh bẩm sinh.

18.26. Bệnh AIDS.

18.27. Phá thai (không bao gồm các trường hợp phá thai do các bệnh lý di truyền, dị tật bẩm sinh của thai nhi hoặc phải phá thai để bảo vệ tính mạng của Người được bảo hiểm).

Trường hợp Người được bảo hiểm bị tử vong, thương tật toàn bộ vĩnh viễn có nguyên nhân từ các điểm loại trừ nêu trên (không bao gồm điểm loại trừ 18.8), BIC sẽ hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm 70% số phí bảo hiểm (hoặc theo thỏa thuận khác được quy định trên Hợp đồng bảo hiểm) của Người được bảo hiểm đó tương ứng với thời gian còn lại của Hợp đồng bảo hiểm tính từ ngày xảy ra sự kiện tử vong, thương tật toàn bộ vĩnh viễn với điều kiện chưa phát sinh khiếu nại hoặc đã phát sinh khiếu nại nhưng không được BIC trả tiền bảo hiểm đồng thời, trách nhiệm bảo hiểm của BIC cũng tự động chấm dứt đối Người được bảo hiểm nêu trên.

CHƯƠNG IV: QUY ĐỊNH VỀ TRẢ TIỀN BẢO HIỂM

Điều 19. Thời hạn thông báo và nộp hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm, thời hạn trả tiền bảo hiểm, phương thức trả tiền bảo hiểm

19.1. Thời hạn thông báo và nộp hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm

- Thời hạn thông báo sự kiện bảo hiểm: trong vòng 90 ngày (hoặc theo thỏa thuận khác quy định tại Hợp đồng bảo hiểm) kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm hoặc ngày ra viện với trường hợp điều trị nội trú, Người được bảo hiểm hoặc Người đại diện theo pháp luật/Người được ủy quyền của Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng bảo hiểm phải thông báo cho BIC bằng văn bản về việc có sự kiện bảo hiểm đã xảy ra.
- Thời hạn nộp hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm là một (01) năm kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm.
- Trong trường hợp Người được bảo hiểm hoặc Người đại diện theo pháp luật/Người được ủy quyền của Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng bảo hiểm chứng minh được rằng không biết thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm thì thời hạn nộp hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm được tính từ ngày biết việc xảy ra sự kiện bảo hiểm đó.
- Nếu quá thời hạn thông báo sự kiện bảo hiểm và/hoặc thời hạn nộp hồ sơ nêu trên, BIC sẽ giảm trừ 5% số tiền chi trả hoặc theo thỏa thuận khác được quy định trên Hợp đồng bảo hiểm.

- Thời gian xảy ra sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan không tính vào các thời hạn nêu trên.

19.2. Thời hạn trả tiền bảo hiểm

- BIC có trách nhiệm trả tiền bảo hiểm trong thời hạn 15 ngày kể từ ngày nhận được đầy đủ hồ sơ hợp lệ về yêu cầu trả tiền bảo hiểm.
- Trong trường hợp từ chối, BIC sẽ trả lời bằng văn bản và nêu rõ lý do từ chối.

19.3. Phương thức trả tiền bảo hiểm

BIC quy định rõ phương thức trả tiền bảo hiểm theo yêu cầu của Người được bảo hiểm hoặc Người đại diện theo pháp luật/Người được ủy quyền của Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng bảo hiểm và được quy định trên Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm.

Điều 20: Hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm

Danh mục hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm bao gồm:

- Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm kê khai đầy đủ thông tin theo yêu cầu của BIC (không áp dụng nếu gửi hồ sơ trực tuyến).
- Giấy tờ tùy thân của Người được bảo hiểm: Căn cước công dân hoặc Căn cước hoặc Hộ chiếu hoặc Giấy khai sinh.
- Giấy tờ tùy thân của Người thụ hưởng quyền lợi bảo hiểm; Giấy tờ chứng minh mối quan hệ giữa Người được bảo hiểm và Người thụ hưởng quyền lợi bảo hiểm (trường hợp Người thụ hưởng quyền lợi bảo hiểm không phải là Người được bảo hiểm).
- Biên bản tai nạn/Kết luận điều tra của cơ quan chức năng (nếu có).
- Giấy phép lái xe hợp lệ (trường hợp Người được bảo hiểm bị tai nạn khi đang điều khiển phương tiện giao thông phải có giấy phép lái xe theo quy định).
- Phiếu khám bệnh, Báo cáo y tế, Sổ khám bệnh, Tóm tắt bệnh án, Phiếu điều trị.
- Chỉ định và kết quả xét nghiệm cận lâm sàng (nếu có), Đơn thuốc.
- Giấy ra viện (trường hợp điều trị nội trú).
- Giấy chứng nhận phẫu thuật, thủ thuật (trường hợp phẫu thuật, thủ thuật).
- Bảng kê chi tiết tiền khám chữa bệnh, Hóa đơn tài chính các khoản chi phí y tế.
- Biên bản giám định thương tật (trường hợp các bên không thống nhất được tỷ lệ tổn thương dựa trên hồ sơ y tế).
- Xác nhận của chính quyền địa phương về việc Người được bảo hiểm biệt tích;
- Chỉ định nghỉ điều trị của bác sĩ đối với Người được bảo hiểm, Bảng chấm công trong thời gian nghỉ điều trị (trong trường hợp phát sinh quyền lợi trợ cấp điều trị do tai nạn).
- Giấy chứng tử và Di chúc hoặc Giấy xác nhận quyền thừa kế hợp pháp (trường hợp Người được bảo hiểm tử vong).
- Các chứng từ khác có liên quan theo yêu cầu của BIC.

<u>Lưu ý:</u> các chứng từ trên là bản gốc hoặc bản sao, trong đó: bản sao là: (1) bản photo từ bản gốc, có đóng dấu của cơ quan, tổ chức phát hành hoặc (2) tệp tài liệu điện tử được cung cấp trên hệ thống chính thức của cơ quan, tổ chức phát hành hoặc (3) ảnh chụp, file scan màu từ tài liệu nêu trên hoặc (4) bản photo được cán bộ BIC trực tiếp kiểm tra/đối chiếu với bản gốc. Trong trường hợp cần thiết, BIC có quyền yêu cầu khách hàng cung cấp hồ sơ bản gốc để đối chiếu.

CHƯƠNG V: QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA CÁC BÊN

Điều 21. Quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm

21.1. Quyền của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm

- Yêu cầu BIC cung cấp Giấy yêu cầu bảo hiểm, Quy tắc bảo hiểm và giải thích các điều kiện, điều khoản bảo hiểm, các điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm và các tài liệu có liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm, cấp Hợp đồng bảo hiểm.
- Yêu cầu BIC cấp hóa đơn thu phí bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm và quy định của pháp luật có liên quan.
- Hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm hoặc đơn phương chấm dứt thực hiện Hợp đồng bảo hiểm theo quy định của Luật kinh doanh bảo hiểm và các quy định khác của pháp luật có liên quan.
- Yêu cầu BIC trả tiền bảo hiểm theo thoả thuận trong Hợp đồng bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm.
- Các quyền khác theo quy định của Hợp đồng bảo hiểm, Quy tắc bảo hiểm này và quy định pháp luật.

21.2. Nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm

- Kê khai đầy đủ, trung thực và chịu trách nhiệm về mọi thông tin đã cung cấp có liên quan đến việc giao kết Hợp đồng bảo hiểm và trong quá trình thực hiện Hợp đồng bảo hiểm theo yêu cầu của BIC.
- Đọc và hiểu rõ điều kiện, điều khoản bảo hiểm, điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm, quyền, nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm khi giao kết Hợp đồng bảo hiểm và nội dung khác của Hợp đồng bảo hiểm.
- Đóng phí bảo hiểm đầy đủ, đúng hạn theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm.
- Thông báo cho BIC những trường hợp có thể làm tăng hoặc giảm rủi ro hoặc làm phát sinh thêm trách nhiệm của BIC trong quá trình thực hiện Hợp đồng bảo hiểm.
- Thông báo cho BIC về việc xảy ra sự kiện bảo hiểm theo thoả thuận trong Hợp đồng bảo hiểm/Quy tắc bảo hiểm này, phối hợp với BIC trong thu thập, cung cấp các thông tin, tài liệu liên quan đến sự kiện bảo hiểm từ các bên thứ ba (nếu cần).
- Áp dụng các biện pháp đề phòng, hạn chế tổn thất theo quy định của Luật kinh doanh bảo hiểm và quy định khác của pháp luật có liên quan.
- Đồng ý ủy quyền cho BIC được liên hệ và các bác sĩ, cơ sở y tế, tổ chức, cá nhân khác được quyền cung cấp cho BIC và/hoặc bên thứ ba do BIC chỉ định tất cả các tài liệu, hồ sơ bệnh án và các thông tin sức khỏe, y tế khác có liên quan đến Người được bảo hiểm nhằm đảm bảo cho việc giao kết và thực hiện Hợp đồng bảo hiểm.
- Các nghĩa vụ khác theo quy định của Hợp đồng bảo hiểm, Quy tắc bảo hiểm này và quy định pháp luật.

Điều 22. Quyền và nghĩa vụ của BIC

22.1. Quyền của BIC

- Thu phí bảo hiểm theo thoả thuận trong Hợp đồng bảo hiểm.
- Yêu cầu Bên mua bảo hiểm cung cấp đầy đủ, trung thực thông tin có liên quan đến việc giao kết, thực hiện Hợp đồng bảo hiểm và thông tin liên quan đến sự kiện bảo hiểm xảy ra.
- Hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm hoặc đơn phương chấm dứt thực hiện Hợp đồng bảo hiểm theo quy

định của Luật kinh doanh bảo hiểm và các quy định khác của pháp luật có liên quan.

- Từ chối trả tiền bảo hiểm 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.
- Yêu cầu Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm áp dụng các biện pháp đề phòng, hạn chế tổn thất theo quy định của Luật kinh doanh bảo hiểm và quy định khác của pháp luật có liên quan.
- Các quyền khác theo quy định của Hợp đồng bảo hiểm, Quy tắc bảo hiểm này và quy định pháp luật.

22.2. Nghĩa vụ của BIC

- Cung cấp cho Bên mua bảo hiểm Giấy yêu cầu bảo hiểm, Quy tắc bảo hiểm. Giải thích rõ ràng, đầy đủ cho Bên mua bảo hiểm về điều kiện, điều khoản bảo hiểm, các điểm loại trừ trách nhiệm bảo hiểm, quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm khi giao kết Hợp đồng bảo hiểm.
- Cấp Hợp đồng bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm sau khi giao kết.
- Cấp hóa đơn thu phí bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm và quy định của pháp luật có liên quan.
- Trả tiền bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm.
- Giải thích bằng văn bản lý do từ chối trả tiền bảo hiểm.
- Bảo mật thông tin do Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm cung cấp, trừ trường hợp cung cấp thông tin theo yêu cầu của cơ quan nhà nước có thẩm quyền hoặc được sự đồng ý của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm.
- Các nghĩa vụ khác theo quy định của Hợp đồng bảo hiểm, Quy tắc bảo hiểm này và quy định pháp luật.

BẢNG TỶ LỆ TRẢ TIỀN
BẢO HIỂM THƯƠNG TẬT VĨNH VIỄN

*(Ban hành kèm theo Quyết định số **3788/QĐ-PHH** ngày 12/12/2025 của Tổng Giám đốc Tổng Công ty Bảo hiểm BIDV)*

STT	LOẠI THƯƠNG TẬT	Tỷ lệ trả tiền (%)
A	**THƯƠNG TẬT TOÀN BỘ VĨNH VIỄN**	
1	Mất, liệt hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của: hai tay; hoặc hai chân; hoặc một tay và một chân; hoặc hai mắt; hoặc một tay và một mắt; hoặc một chân và một mắt. Mất hoàn toàn, liệt hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của tay được tính từ cổ tay trở lên; mất hoàn toàn, liệt hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của chân được tính từ mắt cá chân trở lên; mất hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của mắt được hiểu là mất hoàn toàn hoặc mù hoàn toàn.	100
2	Các trường hợp có tỷ lệ tổn thương từ 81% trở lên theo xác nhận của Cơ quan y tế hoặc Hội đồng giám định y khoa cấp tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương hoặc tổ chức giám định y tế hợp pháp được BIC chấp thuận.	100
3	Rối loạn tâm thần hoàn toàn không thể chữa được	100
4	Hỏng toàn bộ chức năng nhai và nói	100
5	Cắt toàn bộ 1 bên phổi và 1 phần phổi bên kia	100
6	Mất hoàn toàn khả năng lao động mà không thể làm bất cứ việc gì (toàn bộ cơ thể bị tê liệt, bị tổn thương, thương tật dẫn đến tình trạng nằm liệt giường hoặc dẫn đến thương tật toàn bộ vĩnh viễn)	100
B	**THƯƠNG TẬT BỘ PHẬN VĨNH VIỄN**	
I	**CHI TRÊN**	
7	Mất 1 cánh tay từ vai xuống (tháo khớp vai)	80
8	Cắt cụt cánh tay từ dưới vai xuống	75
9	Cắt cụt cánh tay từ khuỷu xuống (tháo khớp khuỷu xuống)	70
10	Mất trọn 01 bàn tay hoặc cả 5 ngón tay	65
11	Mất đồng thời cả 4 ngón tay (trừ ngón cái)	45
12	Mất đồng thời cả ngón cái và ngón trỏ	40
13	Mất 3 ngón 3, 4, 5	32
14	Mất ngón cái và 2 ngón khác	37
15	Mất ngón cái và 1 ngón khác	32
16	Mất ngón trỏ và 2 ngón khác	37
17	Mất ngón trỏ và 1 ngón giữa	32

STT	LOẠI THƯƠNG TẬT	Tỷ lệ trả tiền (%)
18	Mất trọn ngón cái và đốt bàn	27
18.1	*Mất trọn ngón cái*	*22*
18.2	*Mất cả đốt ngoài*	*12*
18.3	*Mất ½ đốt ngoài*	*8*
19	Mất ngón trỏ và đốt bàn	22
19.1	*Mất ngón trỏ*	*20*
19.2	*Mất 2 đốt 2 và 3*	*10*
19.3	*Mất đốt 3*	*9*
20	Mất trọn ngón giữa hoặc ngón nhẫn (cả đốt bàn)	20
20.1	*Mất trọn ngón giữa hoặc ngón nhẫn*	*17*
20.2	*Mất 2 đốt 2 và 3*	*10*
20.3	*Mất đốt 3*	*5*
21	Mất cả ngón út và đốt bàn	17
21.1	*Mất cả ngón út*	*12*
21.2	*Mất 2 đốt 2 và 3*	*9*
21.3	*Mất đốt 3*	*5*
22	Cứng khớp bả vai	30
23	Cứng khớp khuỷu tay	30
24	Cứng khớp cổ tay	30
25	Liệt hoàn toàn 01 chi trên (tổn thương các dây thần kinh và không có khả năng chữa khỏi)	65
26	Liệt hoàn toàn dây thần kinh circoflex	15
27	Liệt hoàn toàn dây thần kinh trung gian	35
28	Liệt hoàn toàn dây thần kinh quay tại vị trí rãnh xoắn	35
29	Liệt hoàn toàn dây thần kinh quay phần cẳng tay	25
30	Liệt hoàn toàn dây thần kinh quay của bàn tay	15
31	Liệt hoàn toàn dây thần kinh xương trụ	25
32	Gãy tay can lệch hoặc mất xương làm chi ngắn trên 3 cm và chức năng quay sấp ngửa hạn chế hoặc tạo thành khớp giả	30
II	**CHI DƯỚI**	
33	Mất 1 chân từ háng xuống (tháo khớp háng 1 đùi)	80
34	Cắt cụt 1 đùi	

STT	LOẠI THƯƠNG TẬT	Tỷ lệ trả tiền (%)
34.1	*1/3 trên*	*75*
34.2	*1/3 giữa hoặc dưới*	*65*
35	Cắt cụt 1 chân từ gối xuống (tháo khớp gối)	65
36	Tháo khớp cổ chân hoặc mất 1 bàn chân	60
37	Mất một phần bàn chân (tháo khớp xương sên)	35
38	Mất một phần bàn chân (tháo khớp xương bàn chày giữa)	30
39	Mất một phần bàn chân (tháo khớp xương cổ bàn chân)	30
40	Mất xương gót	40
41	Mất đoạn hai xương chày, mác tạo thành khớp giả	40
42	Mất đoạn xương mác	25
43	Mất mắt cá chân	
43.1	*Mắt cá ngoài*	*12*
43.2	*Mắt cá trong*	*17*
44	Mất cả 5 ngón chân	30
45	Mất 4 ngón cả ngón cái	25
46	Mất 4 ngón trừ ngón cái	20
47	Mất 3 ngón 3 - 4 - 5	15
48	Mất 3 ngón 1 - 2 - 3	20
49	Mất 1 ngón cái và ngón 2	20
50	Mất 1 ngón cái	15
51	Mất 1 ngón khác ngón cái	5
52	Mất 1 đốt ngón cái	10
53	Cứng hoàn toàn khớp háng	50
54	Cứng hoàn toàn khớp gối	35
55	Mất phần lớn xương bánh chè và giới hạn nhiều khả năng duỗi cẳng chân trên đùi	50
56	Gãy chân can lệch hoặc mất xương làm ngắn chi	
56.1	*> 5 cm*	*42*
56.2	*từ 3 - 5 cm*	*37*
57	Liệt hoàn toàn 01 chi dưới (tổn thương các dây thần kinh và không có khả năng chữa khỏi)	65
58	Liệt hoàn toàn dây thần kinh hông khoeo ngoài	40

STT	LOẠI THƯƠNG TẬT	Tỷ lệ trả tiền (%)
59	Liệt hoàn toàn dây thần kinh hông khoeo trong	30
60	Liệt hoàn toàn hai dây thần kinh hông khoeo ngoài và trong	60
III	**CỘT SỐNG**	
61	Cắt bỏ cung sau của 1 đốt sống	35
62	Cắt bỏ cung sau của 2 - 3 đốt sống trở lên	50
IV	**SỌ NÃO**	
63	Khuyết xương sọ, chưa có biểu hiện thần kinh, tâm thần, đường kính dưới 6 cm	30
64	Khuyết xương sọ, chưa có biểu hiện thần kinh, tâm thần, đường kính từ 6 đến 10 cm	50
65	Khuyết xương sọ, chưa có biểu hiện thần kinh, tâm thần, đường kính trên 10 cm	60
66	Rối loạn ngôn ngữ do ảnh hưởng của vết thương đại não	
66.1	*Nói ngọng, nói lắp, nói khó khăn ảnh hưởng đến giao tiếp*	*35*
66.2	*Không nói được (câm) do tổn hại vùng Broca*	*65*
66.3	*Mất khả năng giao dịch bằng chữ viết, mất nhận biết về ngôn ngữ do tổn hại vùng Werricke*	*60*
V	**LỒNG NGỰC**	
67	Cắt bỏ 1 - 2 xương sườn	17
68	Cắt bỏ 3 xương sườn (mỗi xương sườn cắt bỏ trên 03 xương sườn tăng thêm 5%)	25
69	Cắt bỏ đoạn mỗi xương sườn (mỗi đoạn xương sườn cắt bỏ thêm tăng 3%)	8
70	Cắt toàn bộ 1 bên phổi	75
71	Cắt nhiều thùy phổi ở 2 bên, dung tích sống giảm trên 50%	70
72	Cắt nhiều thùy phổi ở 1 bên	55
73	Cắt 1 thùy phổi	40
VI	**BỤNG**	
74	Cắt toàn bộ dạ dày	80
75	Cắt đoạn dạ dày	55
76	Cắt gần hết ruột non (còn lại dưới 1 m)	80
77	Cắt đoạn ruột non	45
78	Cắt toàn bộ đại tràng	80
79	Cắt đoạn đại tràng	55
80	Cắt bỏ gan phải đơn thuần	75
81	Cắt bỏ gan trái đơn thuần	65

STT	LOẠI THƯƠNG TẬT	Tỷ lệ trả tiền (%)
82	Cắt ½ của một thùy gan	60
83	Cắt 1/3 của một thùy gan	40
84	Cắt dưới 1/3 của một thùy gan	30
85	Cắt bỏ túi mật	50
86	Cắt bỏ lá lách	45
87	Cắt bỏ đuôi tụy, lách	65
VII	**CƠ QUAN TIẾT NIỆU, SINH DỤC**	
88	Cắt bỏ 1 thận, thận còn lại bình thường	55
89	Cắt bỏ 1 thận, thận còn lại bị tổn thương hoặc bệnh lý	75
90	Cắt 1 phần thận trái hoặc phải	35
91	Mất dương vật và 2 tinh hoàn ở người dưới 55 tuổi chưa con	75
92	Mất dương vật và 2 tinh hoàn ở người dưới 55 tuổi đã có con rồi	60
93	Mất dương vật và 2 tinh hoàn ở người trên 55 tuổi	40
94	Cắt bỏ dạ con và buồng trứng 1 bên ở người dưới 45 tuổi chưa con	65
95	Cắt bỏ dạ con và buồng trứng 1 bên ở người dưới 45 tuổi đã có con	35
96	Cắt bỏ dạ con và buồng trứng 1 bên ở người trên 45 tuổi	27
97	Cắt vú ở nữ dưới 45 tuổi 1 bên	25
98	Cắt vú ở nữ dưới 45 tuổi 2 bên	50
99	Cắt vú ở nữ trên 45 tuổi 1 bên	17
100	Cắt vú ở nữ trên 45 tuổi 2 bên	35
101	Cắt 1 phần bàng quang	30
102	Cắt một phần một bên tuyến giáp	15
103	Cắt hoàn toàn một bên tuyến giáp	20
104	Cắt hoàn toàn một bên tuyến giáp và cắt một phần bên đối diện	25
105	Cắt cả 2 bên tuyến giáp	60
VIII	**MẮT**	
106	Mất hoặc mù hoàn toàn 1 mắt, không lắp được mắt giả	60
107	Mất hoặc mù hoàn toàn 1 mắt, lắp được mắt giả	55
108	Một mắt thị lực còn đến 1/10	37
109	Một mắt thị lực còn từ 2/10 đến 4/10	15
110	Một mắt thị lực còn từ 5/10 đến 7/10	10

STT	LOẠI THƯƠNG TẬT	Tỷ lệ trả tiền (%)
111	Mất hoặc mù hoàn toàn 1 mắt nhưng trước khi xảy ra tai nạn này đã mất hoặc mù 1 mắt	90
IX	**TAI MŨI HỌNG**	
112	Điếc 2 tai hoàn toàn không phục hồi được	80
113	Điếc 2 tai nặng (nói to hoặc thét vào tai còn nghe)	65
114	Điếc 2 tai vừa (nói to 1 - 2 m còn nghe)	40
115	Điếc 2 tai nhẹ (nói to 2 - 4 m còn nghe)	20
116	Điếc 1 tai hoàn toàn không phục hồi được	35
117	Điếc 1 tai mức độ vừa	15
118	Điếc 1 tai mức độ nhẹ	8
119	Mất vành tai 2 bên	30
120	Mất vành tai 1 bên	15
121	Sẹo rúm vành tai, chít hẹp ống tai	20
122	Mất mũi hoàn toàn	40
123	Biến dạng mũi	18
124	Vết thương họng sẹo hẹp ảnh hưởng đến nuốt	30
X	**RĂNG HÀM MẶT**	
125	Mất toàn bộ xương hàm trên và một phần xương hàm dưới từ cành cao trở xuống khác bên	85
126	Mất toàn bộ xương hàm trên và một phần xương hàm dưới từ cành cao trở xuống cùng bên	75
127	Mất toàn bộ xương hàm trên hoặc dưới	75
128	Mất 1 phần xương hàm trên hoặc 1 phần xương hàm dưới từ 1/3 đến ½ bị mất từ cành cao trở xuống	40
129	Khớp hàm giả do không liền xương hay khuyết xương	22
130	Mất răng trên 8 cái không lắp được răng giả	35
131	Mất răng trên 8 cái lắp được răng giả	25
132	Mất từ 5 đến 7 răng	20
133	Mất từ 3 đến 4 răng	10
134	Mất từ 1 đến 2 răng	4
135	Mất ¾ lưỡi còn gốc lưỡi (từ đường gai V trở ra)	80
136	Mất 2/3 lưỡi từ đầu lưỡi	55
137	Mất 1/3 lưỡi ảnh hưởng đến phát âm	20

STT	LOẠI THƯƠNG TẬT	Tỷ lệ trả tiền (%)
138	Mất 1 phần nhỏ lưỡi (dưới 1/3) ảnh hưởng đến phát âm	10
139	Mất 1 phần hàm ếch làm thông giữa mũi và miệng	25
XI	**VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM, BỎNG**	
140	Vết thương phần mềm như nêu trong các mục (a) và (b) dưới đây ảnh hưởng đến mạch máu lớn, thần kinh: cộng thêm 10% vào các tỷ lệ tương ứng	
141	Vết thương phần mềm như nêu trong các mục (a) và (b) dưới đây nhưng là vết thương ở ngực, bụng, sau khi liền vết thương để lại di chứng ảnh hưởng đến hô hấp: cộng thêm 20% vào các tỷ lệ tương ứng	
142	Vết thương phần mềm như nêu trong các mục (a) và (b) dưới đây để lại di chứng sẹo cơ cứng làm biến dạng mặt: cộng thêm 30% vào các tỷ lệ tương ứng	
143	Vết thương phần mềm như nêu trong các mục (a) và (b) dưới đây để lại khuyết hổng lớn ở chung quanh hốc miệng ảnh hưởng nhiều đến ăn uống: cộng thêm 35% vào các tỷ lệ tương ứng	
a	Vết thương phần mềm bề rộng dưới 2 cm gây rách da, rách niêm mạc,... không ảnh hưởng đến cơ năng, chiều dài:	
a.1	*Từ 2 cm – 4 cm*	*2*
a.2	*Từ > 4 cm – 7 cm*	*3*
a.3	*Từ > 7 cm – 10 cm*	*4*
a.4	*Từ > 10 cm – 15 cm*	*5*
a.5	*Trên 15 cm*	*7*
b	Vết thương phần mềm là các tổn thương dập nát, không để lại di chứng, diện tích:	
b.1	*Dưới 9 cm^2*	*2*
b.2	*Từ 9 cm^2 đến 12 cm^2*	*3*
b.3	*Từ > 12 cm^2 đến 16 cm^2*	*4*
b.4	*Từ > 16 cm^2 đến 24 cm^2*	*6*
b.5	*Từ > 24 cm^2 đến 30 cm^2*	*8*
b.6	*Từ > 30 cm^2 đến 35 cm^2*	*10*
b.7	*Trên 35 cm^2*	*12*

NGUYÊN TẮC TRẢ TIỀN BẢO HIỂM

Việc xét giải quyết trả tiền theo bảng trên sẽ căn cứ trên hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm và các quy định dưới đây:

1. Trường hợp đa thương tật sẽ được trả tiền bảo hiểm cho từng thương tật nhưng tổng số tiền trả sẽ không vượt quá số tiền bảo hiểm.
2. Trường hợp đa thương tật ở cùng một chi, tổng số tiền trả cho không được vượt quá số tiền chi trả trong trường hợp mất chi đó.
3. Những trường hợp phải mổ lại, đập can xương làm lại được trả thêm 50% của tỷ lệ trả cho trường hợp đó nhưng tổng số tiền chi trả không vượt quá số tiền bảo hiểm.