TÓM TẮT QUY TẮC
BẢO HIỂM BIC CARE



An tâm đồng hành - Vững bước vươn xa

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

TÓM TẮT QUY TẮC
BẢO HIỂM BIC CARE

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

1. **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.

2. **Thời hạn bảo hiểm:** Là khoảng thời gian tính từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm đến ngày kết thúc thời hạn bảo hiểm, tối đa là 01 năm. Thời hạn bảo hiểm được quy định cụ thể trên Hợp đồng bảo hiểm.
3. **Thời hạn thanh toán phí bảo hiểm:** được quy định chi tiết tại Hợp đồng bảo hiểm.
4. **Phạm vi và quyền lợi bảo hiểm**

Phạm vi bảo hiểm	Quyền lợi bảo hiểm
Tử vong, thương tật vĩnh viễn do tai nạn; biệt tích - 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. **Thời gian chờ:** không áp dụng	**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 mất 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. **Người được bảo hiểm bị thương tật vĩnh viễn do tai nạn:** - 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.
Chi phí y tế do tai nạn Người được bảo hiểm bị tai nạn trong thời hạn bảo hiểm và phát sinh chi phí y tế điều trị thương tật. **Thời gian chờ:** không áp dụng	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.
Trợ cấp điều trị do tai nạn Người được bảo hiểm bị tai nạn trong thời hạn bảo hiểm, phải nghỉ để điều trị theo chỉ định của bác sĩ. **Thời gian chờ:** không áp dụng	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 trị nội trú do bệnh - 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. **Thời gian chờ:** 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 *Ghi chú:* Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm có thể lựa chọn quyền lợi thai sản/không có thai sản.	**Chi phí nằm viện** BIC sẽ chi trả các chi phí y tế như sau: - 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. **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.

	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
Điều trị ngoại trú do bệnh, thai sản Người được bảo hiểm điều trị ngoại trú trong thời hạn bảo hiểm do bệnh, thai sản. **Thời gian chờ:** 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	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: giới hạn phụ bằng 60% số tiền bảo hiểm của quyền lợi Điều trị ngoại trú do bệnh, thai sản, tối đa 30 triệu đồng/năm, số lần thực hiện tối đa: 60 lần/năm. - 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 bằng hạn mức một lần khám hoặc 40% số tiền bảo hiểm của quyền lợi Điều trị ngoại trú do bệnh, thai sản hoặc 20 triệu đồng, tùy số nào nhỏ hơn.
Tử vong, thương tật toàn bộ vĩnh viễn do bệnh hoặc thai sản; tử vong không rõ nguyên nhân 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.	BIC chi trả 100% Số tiền bảo hiểm của quyền lợi này được quy định trên Hợp đồng bảo hiểm.

Thời gian chờ: 365 ngày đối với bệnh có sẵn 90 ngày đối với bệnh đặc biệt 90 ngày đối với bệnh nghề nghiệp 30 ngày đối với các bệnh thông thường 270 ngày đối với sinh con 60 ngày đối với biến chứng thai sản, tử vong do thai sản	
Thương tật bộ phận vĩnh viễn do bệnh hoặc thai sản 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. **Thời gian chờ:** 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; 270 ngày đối với sinh con 60 ngày đối với biến chứng thai sản	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 tren 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.
Trợ cấp trong thời gian điều trị nội trú do bệnh 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. **Thời gian chờ:** 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;	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 thực tế 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.
Chăm sóc thai sản Người được bảo hiểm điều trị thai sản mà có	BIC chi trả với các chi phí y tế phát sinh cho thời gian điều trị nằm trong thời hạn bảo hiểm,

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	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.

5. Các điểm loại trừ trách nhiệm bảo hiểm

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

5.1. 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.

5.2. 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.

5.3. 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.

5.4. 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).

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

5.6. 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.

5.7. 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.

5.8. 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.

5.9. 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).

5.10. 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.

5.11. 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.

5.12. 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.

5.13. 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).

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

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

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

5.17. 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.

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

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

5.20. 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.

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

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

5.23. 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.

5.24. 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.

5.25. Bệnh bẩm sinh.

5.26. Bệnh AIDS.

5.27. 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 5.18), BIC sẽ hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm 70% số phí 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.

6. Trách nhiệm và hậu quả pháp lý do vi phạm nghĩa vụ cung cấp thông tin

6.1. Khi giao kết Hợp đồng bảo hiểm, BIC có trách nhiệm cung cấp đầy đủ, chính xác thông tin liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm, giải thích rõ ràng, đầy đủ về phạm vi bảo hiểm, quyền lợi bảo hiểm, điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm có trách nhiệm cung cấp đầy đủ, trung thực thông tin theo yêu cầu cho BIC.

6.2. Trường hợp Bên mua bảo hiểm 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 thì 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 cho Bên mua bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm phải bồi thường thiệt hại phát sinh cho BIC (nếu có).

6.3. 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 thì 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).

7. Quy định về chấm dứt hiệu lực hợp đồng bảo hiểm trước hạn

7.1. Trong thời hạn bảo hiểm, 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 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.

7.2. 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.

8. Yêu cầu trả tiền bảo hiểm

8.1. Thời hạn thông báo, nộp hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm

- Thời hạn thông báo sự kiện bảo hiểm: trong vòng 90 ngày 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 hoặc Người được ủy quyền hoặc Người thụ hưởng bảo hiểm phải thông báo cho BIC bằng văn bản về việc có sự kiện bảo hiểm đã xảy ra (hoặc theo thỏa thuận khác quy định tại Hợp đồng bảo hiểm).
- 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 hoặc Người được ủy quyền 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 thuộc phạm vi bảo hiểm hoặc số tiền 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.

8.2. 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.

Lưu ý: 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.

8.3. Thời hạn trả tiền bảo hiểm

- BIC có trách nhiệm xem xét, giải quyết và trả tiền bảo hiểm trong vòng 15 ngày kể từ ngày nhận được đầy đủ hồ sơ hợp lệ.
- Trong trường hợp từ chối, BIC sẽ trả lời bằng văn bản và nêu rõ lý do.

9. Lưu ý

- Đây là tài liệu tóm tắt quy tắc bảo hiểm; các nội dung về phạm vi, quyền lợi bảo hiểm, điều kiện điều khoản bảo hiểm, điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm cụ thể được quy định chi tiết trong ***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 (được đăng tải trên website ***www.bic.vn***).
- Bên mua bảo hiểm cần lưu ý tuân thủ quy định tại các tài liệu cấu thành Hợp đồng bảo hiểm để đảm bảo quyền và lợi ích của mình, đặc biệt là nghĩa vụ kê khai thông tin và thanh toán phí theo đúng thỏa thuận.
- Trường hợp mua bảo hiểm trên môi trường mạng, Bên mua bảo hiểm có thể truy cập và tải xuống Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm và các tài liệu đính kèm Hợp đồng bảo hiểm bằng cách quét mã QR thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm[1].

(1) Giấy chứng nhận bảo hiểm còn hiệu lực và có giá trị pháp lý là Giấy chứng nhận có nội dung trùng khớp với bản được tải về khi quét mã QR nêu trên và có chữ ký điện tử còn hiệu lực của BIC.