



QUY TẮC BẢO HIỂM CHĂM SÓC SỨC KHỎE TIÊU CHUẨN

(tên thương mại: Bảo hiểm An Sinh Thịnh Vượng)

*(Quy tắc Bảo hiểm chăm sóc sức khỏe tiêu chuẩn ban hành kèm theo
Quyết định số 1431/2025-BM/CN ngày 30/06/2025 của Tổng Giám đốc
Tổng Công ty cổ phần Bảo Minh)*



MỤC LỤC

CHƯƠNG I. QUY ĐỊNH CHUNG	2
Điều 1. Phạm vi địa lý	2
Điều 2. Người được bảo hiểm	2
Điều 3. Định nghĩa	2
Điều 4. Số tiền bảo hiểm	12
Điều 5. Thời hạn bảo hiểm	12
Điều 6. Phí bảo hiểm	12
Điều 7. Thời hạn đóng phí bảo hiểm	12
Điều 8. Thời gian chờ	12
Điều 9. Chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm	13
Điều 10. Điều khoản chuyển đổi sang Hợp đồng bảo hiểm cá nhân	13
CHƯƠNG II. PHẠM VI BẢO HIỂM/QUYỀN LỢI BẢO HIỂM CHÍNH	13
Điều 11. Phạm vi bảo hiểm	13
Điều 12. Quyền lợi bảo hiểm chính – Điều trị nội trú	14
CHƯƠNG III. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM BỔ SUNG	16
CHƯƠNG IV. LOẠI TRỪ TRÁCH NHIỆM BẢO HIỂM	16
Điều 13. Các điểm loại trừ chung	16
Điều 14. Các điểm loại trừ ốm đau, bệnh tật	17
Điều 15. Các điểm loại trừ tai nạn	18
Điều 16. Các điểm loại trừ thai sản	19
CHƯƠNG V. GIẢI QUYẾT YÊU CẦU BỒI THƯỜNG BẢO HIỂM	19
Điều 17. Hồ sơ yêu cầu bồi thường	19
Điều 18. Thời hạn yêu cầu bồi thường	20
Điều 19. Thời hạn bồi thường, trả tiền bảo hiểm	20
Điều 20. Trưng cầu giám định	21
CHƯƠNG VI. QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA CÁC BÊN	21
Điều 21. Quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm	21
Điều 22. Quyền và nghĩa vụ của Bảo Minh	21
Điều 23. Nghĩa vụ kê khai trung thực	22
CHƯƠNG VII. GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP	22
Điều 24. Phương thức giải quyết tranh chấp	22
PHỤ LỤC	24

CHƯƠNG I. QUY ĐỊNH CHUNG

Điều 1. Phạm vi địa lý

Phạm vi địa lý được bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này là Việt Nam, trừ khi có thỏa thuận khác với Bảo Minh được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm.

Điều 2. Người được bảo hiểm

1. Người được bảo hiểm

- a. Là cá nhân có sức khỏe được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm.
- b. Người được bảo hiểm phải đáp ứng các điều kiện tham gia bảo hiểm sau đây:
 - Người được bảo hiểm là mọi công dân Việt Nam hoặc người nước ngoài cư trú tại Việt Nam từ đủ 15 ngày tuổi đến đủ 65 tuổi tại Ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm.
 - Người được bảo hiểm từ trên 65 tuổi đến đến đủ 75 tuổi chỉ được tham gia với điều kiện đã tham gia liên tục trước đó từ năm 65 tuổi và theo quy định của Bảo Minh trong từng trường hợp.
 - Không có tiền sử hoặc không đang bị bệnh ung thư.
 - Không bị tâm thần, bệnh phong, bệnh suy thận mạn.
 - Không bị thương tật vĩnh viễn trên 50%.
 - Không đang trong thời gian điều trị thương tật do tai nạn hoặc điều trị nội trú/phẫu thuật do ốm đau, bệnh tật.
 - Trường hợp trẻ em dưới 18 tuổi, Bảo Minh sẽ xem xét nhận bảo hiểm theo điều kiện được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm.
 - Trẻ em từ 15 ngày tuổi đến 01 tuổi bổ sung những điều kiện sau:
 - Cung cấp Bản yêu cầu bảo hiểm trong tình trạng sức khỏe tốt và khi trẻ đã xuất viện.
 - Tham gia cùng hợp đồng với Bố và/hoặc Mẹ hoặc Bố/Mẹ đã tham gia ít nhất một loại hình bảo hiểm sức khỏe, chi phí y tế còn hiệu lực tại Bảo Minh.

Trường hợp tham gia bảo hiểm không đúng điều kiện trên, Bảo Minh có quyền chấm dứt bảo hiểm và không chịu trách nhiệm với quyền lợi bảo hiểm đã đăng ký.

2. Đối tượng bảo hiểm

Là sức khỏe của Người được bảo hiểm

Điều 3. Định nghĩa

1. Bảo Minh

Là Tổng Công ty Cổ phần Bảo Minh và các Công ty thành viên, đơn vị trực thuộc Bảo Minh.

2. Bên mua bảo hiểm

Là tổ chức được thành lập và hoạt động hợp pháp tại Việt Nam, hoặc cá nhân tại Việt Nam từ đủ 18 tuổi trở lên có năng lực hành vi dân sự đầy đủ tại thời điểm giao kết Hợp đồng bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm giao kết Hợp đồng bảo hiểm với Bảo Minh và đóng phí bảo hiểm.

Bên mua bảo hiểm có thể đồng thời là Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng.

3. Người thụ hưởng

Là cá nhân, tổ chức được Bên mua bảo hiểm chỉ định để nhận tiền bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm. Người thụ hưởng được ghi tên trong Bản yêu cầu bảo hiểm, giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm và trong giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm. Trường hợp Người được bảo hiểm tử vong/mất năng lực hành vi dân sự mà không có chỉ định Người thụ hưởng thì Bảo Minh sẽ giải quyết theo các quy định pháp luật về đại diện và thừa kế.

4. Nhân viên

Là người lao động của một công ty, một doanh nghiệp, một đoàn thể, một hiệp hội hay bất kỳ tổ chức tương tự nào khác được thành lập và hoạt động hợp pháp tại Việt Nam, có hợp đồng lao động hoặc hợp đồng thuê việc hoặc các thỏa thuận lao động với công ty/doanh nghiệp/tổ chức đó và phù hợp với quy định của pháp luật Việt Nam.

5. Người thân

Là vợ hoặc chồng, bố mẹ đẻ, bố mẹ chồng/vợ theo luật pháp, con (bao gồm con ruột, con ngoài giá thú, con riêng của vợ hoặc chồng, con nuôi hợp pháp có độ tuổi từ đủ 15 ngày tuổi đến 18 tuổi hoặc đến 25 tuổi nếu đang theo học các khóa học dài hạn và chưa từng kết hôn tại thời điểm Ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm bắt đầu hoặc ngày bắt đầu tái tục bảo hiểm tiếp theo) của Người được bảo hiểm.

Tất cả người thân tham gia bảo hiểm phải có tên trong Hợp đồng bảo hiểm như Người được bảo hiểm.

6. Hợp đồng bảo hiểm

Là hợp đồng được ký kết giữa Bảo Minh và Bên mua bảo hiểm, theo đó Bên mua bảo hiểm phải đóng phí bảo hiểm, Bảo Minh phải trả một khoản tiền bảo hiểm cho Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng khi xảy ra sự kiện bảo hiểm thuộc phạm vi bảo hiểm. Hợp đồng bảo hiểm bao gồm:

- a. Quy tắc, điều kiện, điều khoản bảo hiểm;
- b. Tài liệu tóm tắt quy tắc, điều kiện, điều khoản bảo hiểm;
- c. Hợp đồng bảo hiểm, Giấy chứng nhận bảo hiểm, đơn bảo hiểm hoặc các hình thức bằng chứng giao kết Hợp đồng bảo hiểm khác theo quy định pháp luật (áp dụng đối với từng sản phẩm bảo hiểm);
- d. Bản yêu cầu bảo hiểm;
- e. Bảng câu hỏi liên quan đến rủi ro được bảo hiểm, đối tượng bảo hiểm
- f. Các phụ lục, sửa đổi bổ sung (nếu có).

Những tài liệu trên là những bộ phận cấu thành không thể tách rời của Hợp đồng bảo hiểm.

7. Sự kiện bảo hiểm

Là sự kiện khách quan được quy định trong Quy tắc bảo hiểm này và khi sự kiện đó xảy ra thì Bảo Minh phải trả tiền bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm.

8. Tuổi

Là tuổi của Người được bảo hiểm tại thời điểm Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, tính theo ngày sinh nhật gần nhất (dương lịch) trước Ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm.

9. Tái tục liên tục

Là việc Người được bảo hiểm tham gia Hợp đồng bảo hiểm đáp ứng các điều kiện sau:

- a. Hợp đồng bảo hiểm tái tục có Ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm vào ngày liền kề tiếp theo sau ngày cuối cùng của thời hạn bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm mà Người được bảo hiểm đã tham gia trước đó; và
- b. Hợp đồng bảo hiểm tái tục có quyền lợi bảo hiểm tương tự với mức quyền lợi thấp hơn hoặc bằng Hợp đồng bảo hiểm mà Người được bảo hiểm đã tham gia trước đó.

10. Ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm

Là ngày đầu tiên của thời hạn bảo hiểm ghi nhận trên Hợp đồng bảo hiểm hoặc bằng chứng giao kết Hợp đồng bảo hiểm. Đối với các Hợp đồng bảo hiểm được tái tục liên tục, Ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm là ngày tái tục hợp đồng.

Trừ trường hợp có quy định khác tại Hợp đồng bảo hiểm, Ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm được tính từ 00:00 của ngày đó.

Đối với Hợp đồng bảo hiểm nhóm, Ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm đối với mỗi Người được bảo hiểm là ngày Người được bảo hiểm đó được Bảo Minh chấp thuận đưa vào danh sách Người được bảo hiểm.

11. Thời gian chờ

Là khoảng thời gian mà các sự kiện bảo hiểm xảy ra sẽ không được Bảo Minh chi trả đối với một số quyền lợi bảo hiểm sức khỏe.

12. Bác sĩ

Là người có bằng cấp chuyên môn y khoa được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc thừa nhận được hành nghề y hợp pháp trong phạm vi giấy phép theo pháp luật của nước sở tại nơi Người được bảo hiểm tiến hành việc khám và điều trị.

Bác sĩ không được đồng thời là: Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm, vợ hoặc chồng, bố, mẹ, bố vợ, mẹ vợ, bố chồng, mẹ chồng hoặc con đẻ, con riêng của vợ hoặc chồng, con nuôi hợp pháp, anh chị em ruột của Người được bảo hiểm/Bên mua bảo hiểm

13. Phòng khám

Là cơ sở y tế cung cấp đầy đủ các cơ sở vật chất, trang thiết bị y tế phục vụ cho công tác chẩn đoán/khám và điều trị bệnh nhân theo quy định. Phòng khám phải có Giấy phép hoạt động kinh doanh hợp pháp và chứng chỉ hành nghề của từng cá nhân trong phòng khám.

Có chứng từ, hóa đơn hoặc các loại chứng từ tài chính khác hợp pháp theo quy định của cơ quan nhà nước có thẩm quyền.

14. Bệnh viện

Là một cơ sở y tế khám chữa bệnh được thành lập và hoạt động theo pháp luật của Việt Nam hoặc nước sở tại và:

- a. Có khả năng và phương tiện chẩn đoán bệnh, điều trị và phẫu thuật.
- b. Có điều kiện thuận lợi cho việc điều trị nội trú, ngoại trú và có hệ thống theo dõi sức khỏe hàng ngày cho các bệnh nhân điều trị nội trú, ngoại trú.
- c. Không phải là nơi để an dưỡng phục hồi sức khỏe hoặc là một nơi đặc biệt chỉ có mục đích

duy nhất là phục vụ cho người già, dưỡng lão hoặc giúp đỡ cai nghiện rượu, thuốc phiện, ma túy hoặc để điều trị rối loạn tâm thần, điều trị bệnh phong hoặc là nơi điều trị sỏi khoáng, xông hơi, massage.

- d. Không bao gồm các Trạm y tế cấp xã, phường, thị trấn; Phòng khám, phòng mạch hoặc các loại phòng khám tương tự khác.
- e. Có chứng từ, hóa đơn/biên lai/phiếu thu hoặc các loại chứng từ tài chính khác hợp pháp theo quy định của cơ quan nhà nước có thẩm quyền.

15. Cơ sở y tế

Là Bệnh viện và Phòng khám như định nghĩa

16. Tai nạn

- a. Là sự kiện hoặc chuỗi sự kiện bất ngờ không lường trước được xảy ra ngoài sự kiểm soát của Người được bảo hiểm gây ra bởi một lực bên ngoài và hữu hình lên thân thể của Người được bảo hiểm, xảy ra trong thời hạn bảo hiểm.
- b. Là nguyên nhân trực tiếp và duy nhất gây ra thương tật hoặc tử vong đối với Người được bảo hiểm.

17. Thương tật vĩnh viễn

Là khi Người được bảo hiểm mất một phần hoặc toàn bộ chức năng của một hay nhiều bộ phận trong cơ thể và không có khả năng hồi phục.

Thương tật vĩnh viễn bao gồm Thương tật toàn bộ vĩnh viễn và Thương tật bộ phận vĩnh viễn.

18. Thương tật bộ phận vĩnh viễn

- a. Thương tật bộ phận vĩnh viễn là khi Người được bảo hiểm bị thương tật vĩnh viễn với tỷ lệ dưới 81% theo Bảng tỷ lệ thương tật ban hành kèm theo Quy tắc bảo hiểm này.
- b. Việc chứng nhận Người được bảo hiểm bị mất hoàn toàn bộ phận cơ thể có thể được thực hiện ngay sau khi sự kiện bảo hiểm xảy ra hoặc sau khi kết thúc việc điều trị.

Các trường hợp khác được thực hiện không sớm hơn 180 ngày kể từ ngày kết thúc việc điều trị thương tật do tai nạn hoặc từ ngày bệnh lý được chẩn đoán.

19. Thương tật toàn bộ vĩnh viễn

- a. Thương tật toàn bộ vĩnh viễn là khi Người được bảo hiểm xảy ra một trong các trường hợp sau:

Người được bảo hiểm bị 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. Trong trường hợp này, 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;

Người được bảo hiểm bị tổn thương cơ thể 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 Bảo Minh chấp thuận.

Người được bảo hiểm bị thương tật vĩnh viễn với tỷ lệ từ 81% trở lên theo Bảng tỷ lệ thương tật ban hành kèm theo Quy tắc bảo hiểm này.

- b. Việc chứng nhận Người được bảo hiểm bị mất hoàn toàn bộ phận cơ thể (tay, chân hoặc mắt) có thể được thực hiện ngay sau khi sự kiện bảo hiểm xảy ra hoặc sau khi kết thúc việc điều trị.

Việc chứng nhận bị liệt hoàn toàn và không thể phục hồi chức năng của các bộ phận cơ thể hoặc mù hoàn toàn hoặc bị tổn thương cơ thể từ 81% trở lên được thực hiện không sớm hơn 180 ngày kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm hoặc từ ngày bệnh lý được chẩn đoán.

20. Ốm đau, bệnh tật

Là tình trạng cơ thể có dấu hiệu của một 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.

21. Bệnh đặc biệt

Là các bệnh ung thư, u bướu các loại, huyết áp, tim mạch, loét dạ dày, viêm khớp, viêm gan (A, B, C), trĩ, sỏi trong các hệ thống tiết niệu và đường mật, viêm xoang, đái tháo đường, hen phế quản, viêm thận, đục thủy tinh thể bệnh lý do biến chứng của bệnh khác, Parkinson, bệnh liên quan đến việc điều trị hệ thống tái tạo máu như lọc máu, thay máu, chạy thận nhân tạo, đột quỵ.

22. Bệnh có sẵn

Bệnh có sẵn phải đáp ứng các điều kiện sau:

- a. Bệnh có sẵn là:
- Tình trạng bệnh tật 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; hoặc
 - Triệu chứng bệnh, thương tật đã xuất hiện hoặc xảy ra trong vòng 03 năm trước Ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm.
- b. Việc xác định bệnh có sẵn căn cứ vào hồ sơ y tế được lưu trữ tại bệnh viện hoặc cơ sở y tế được thành lập hợp pháp, 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 trên hồ sơ yêu cầu bảo hiểm hoặc phiếu bổ sung thông tin.

Ngoài các bệnh có sẵn theo định nghĩa trên, một số bệnh sau được hiểu là bệnh có sẵn: viêm Amidan cần phải cắt, viêm VA cần phải nạo vẹo vách ngăn cần phẫu thuật, rối loạn tiền đình, thoái hóa khớp/đốt sống/cột sống, viêm tai giữa cần phẫu thuật, thoát vị đĩa đệm, bệnh hen.

23. Bệnh di truyền

Bệnh di truyền là những bệnh do Cha, Mẹ truyền cho con qua tế bào sinh dục (trứng hoặc tinh trùng). Vì vậy, mầm bệnh có từ trong hợp tử (phôi), từ điểm khởi thủy của sự sống trong ổ tử cung. Trên nhiễm sắc thể của tinh trùng hay trứng đã có sẵn các gen bệnh hoặc cũng có thể do sai lệch bất thường của nhiễm sắc thể. Bệnh xác định bởi y học dựa trên kết quả thăm khám và xét nghiệm lâm sàng trên cơ sở ý kiến của Bác sĩ.

Một trong những đặc điểm của bệnh di truyền là nó vốn có tính bẩm sinh, loại bệnh này sinh ra đã có nhưng không phải tất cả các bệnh sinh ra đã có đều là bệnh di truyền.

24. Bệnh bẩm sinh/Dị tật/khuyết tật bẩm sinh

Là các bất thường bẩm sinh có sẵn khi sinh ra. Nhiều bệnh có thể được chẩn đoán trước khi sinh hay vừa sinh ra trong khi một số bệnh khác chỉ biểu hiện nhiều năm sau khi sinh.

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 bệnh bẩm sinh, căn cứ theo kết quả thăm khám và chẩn đoán của Bác sĩ.

25. Bệnh tâm thần

Bao gồm các bệnh thuộc danh mục bệnh tâm thần theo quy định của cơ quan Nhà nước có thẩm quyền.

26. Bệnh nghề nghiệp

Bao gồm các bệnh thuộc danh mục bệnh nghề nghiệp theo quy định của cơ quan Nhà nước có thẩm quyền.

27. Chi phí y tế thực tế

Là các chi phí y tế phát sinh cần thiết hợp lý và chỉ liên quan đến việc điều trị y tế, cấp cứu của Người được bảo hiểm theo chỉ định của Bác sĩ trong trường hợp xảy ra rủi ro thuộc phạm vi bảo hiểm và không phải là chi phí phòng ngừa, dự phòng, tầm soát.

28. Chi phí y tế thông lệ và hợp lý

Là những chi phí y tế phát sinh cần thiết và hợp lý nhằm mục đích điều trị, cấp cứu cho Người được bảo hiểm theo chỉ định của Bác sĩ hoặc cần thiết trong tình trạng cấp cứu trong trường hợp xảy ra rủi ro thuộc phạm vi bảo hiểm. Các chi phí này không vượt quá mức chi phí chung của các nhà cung cấp dịch vụ y tế có cùng mức độ và trong cùng phạm vi tỉnh, thành phố nơi phát sinh các chi phí đó.

29. Khám, chữa bệnh/Điều trị y tế/Điều trị

Là việc sử dụng các phương tiện, phương pháp chuyên môn, kỹ thuật y học; thuốc, dược phẩm được Cơ quan nhà nước công nhận, cho phép lưu hành, thực hiện để cấp cứu, điều trị cho Người được bảo hiểm theo chỉ định của Bác sĩ trực tiếp thực hiện điều trị cho Người được bảo hiểm đó.

30. Một lần khám/điều trị

Là một lần Người được bảo hiểm được Bác sĩ hỏi bệnh, khai thác tiền sử bệnh, thăm khám thực thể, khi cần thiết thì chỉ định làm xét nghiệm cận lâm sàng, thăm dò chức năng để chẩn đoán và chỉ định phương pháp điều trị phù hợp đã được công nhận.

- a. Trường hợp Người được bảo hiểm được nhiều Bác sĩ cùng chuyên khoa cùng tham gia khám bệnh theo quy định, quy chế về khám, chữa bệnh của cơ sở y tế nơi Người được bảo hiểm đang thực hiện khám bệnh thì toàn bộ quá trình khám bệnh của tất cả các Bác sĩ đó chỉ được tính là một lần khám bệnh;
- b. Trường hợp Người được bảo hiểm thực hiện khám bệnh một chuyên khoa nhiều lần trong ngày tại một hoặc nhiều cơ sở y tế khác nhau thì tất cả những lần khám bệnh đó chỉ được tính là một lần khám bệnh. Lần khám bệnh được tính làm cơ sở để giải quyết yêu cầu bồi thường là lần khám bệnh tại cơ sở y tế đầu tiên;

- c. Trường hợp Người được bảo hiểm thực hiện khám bệnh nhiều chuyên khoa khác nhau trong ngày tại cùng một cơ sở y tế thì mỗi chuyên khoa mà Người được bảo hiểm được chẩn đoán bệnh và chỉ định điều trị của Bác sĩ tại chuyên khoa đó được tính là một lần khám bệnh.

31. Thuốc/thuốc điều trị

Là những thuốc, dược phẩm được bán và sử dụng theo đơn của Bác sĩ theo quy chế kê đơn thuốc của cơ quan có thẩm quyền và theo quy định của pháp luật. Không bao gồm thực phẩm chức năng, dược mỹ phẩm, mỹ phẩm, khoáng chất, chế phẩm, thuốc bổ, vitamin.

Tuy nhiên, Bảo Minh sẽ thỏa thuận với Người được bảo hiểm tỷ lệ % trong Hợp đồng bảo hiểm bồi thường thuốc bổ, vitamin tối đa nhưng mọi trường hợp thỏa thuận không vượt quá 20% tổng chi phí của cả toa thuốc khi thỏa mãn các điều kiện sau:

- Các loại thuốc bổ và vitamin này được sự chỉ định của Bác sĩ điều trị.
- Hỗ trợ cho việc điều trị bệnh/tai nạn
- Trong đơn thuốc phải có thuốc điều trị đi kèm

32. Giường bệnh

Là giường chuyên dụng dùng cho một người bệnh để nằm điều trị tại các cơ sở y tế, không bao gồm giường cho người trực, giường phòng khám, giường cho người nhà và giường cho người chăm sóc.

33. Tiền phòng và giường

Là chi phí tiền giường nằm điều trị trong một phòng đơn tiêu chuẩn có giá thấp nhất tại khoa điều trị và/hoặc cơ sở y tế điều trị, không bao gồm phòng VIP, phòng theo yêu cầu và phòng bao.

34. Phòng chăm sóc đặc biệt (ICU)

Là một khoa hoặc một bộ phận của Bệnh viện không phải là khoa/phòng hậu phẫu hoặc khoa/phòng cấp cứu và phải đáp ứng được tất cả các điều kiện sau:

- Được thành lập để cung cấp chương trình chăm sóc và điều trị đặc biệt;
- Dành riêng cho các bệnh nhân trong tình trạng nguy kịch, đe dọa tính mạng đòi hỏi sự theo dõi và kiểm tra y tế liên tục 24h/24h của Bác sĩ;
- Được trang bị các thiết bị, thuốc, phương tiện cấp cứu để có thể can thiệp ngay khi cần thiết.

35. Điều trị ngoại trú

Là việc điều trị y tế tại một bệnh viện/phòng khám như định nghĩa nhưng không nhập viện điều trị nội trú.

Các trường hợp điều trị trong ngày, phẫu thuật/tiểu phẫu/nội soi chẩn đoán bệnh trong ngày được giải quyết theo quyền lợi điều trị ngoại trú.

36. Nằm viện/điều trị nội trú

Là việc bệnh nhân phải điều trị lưu trú tại bệnh viện ít nhất 24 giờ để điều trị. Giấy xuất viện là chứng từ cần thiết để yêu cầu bồi thường cho quyền lợi này. Việc điều trị nội trú chỉ được chấp nhận khi bệnh nhân được thực hiện điều trị tại một bệnh viện như định nghĩa.

Đơn vị ngày nằm viện được tính bằng 24 giờ hoặc theo đơn vị giường nằm trong Giấy ra

(xuất) viện hoặc trong bảng kê viện phí chi tiết.

37. Thủ thuật/Phẫu thuật

Là một phương pháp khoa học để điều trị thương tật, ốm đau, bệnh tật, thai sản thuộc phạm vi bảo hiểm được thực hiện bởi những phẫu thuật viên có bằng cấp thông qua những ca mổ với các dụng cụ y tế hoặc thiết bị y tế của bệnh viện, bao gồm cả hình thức mổ nội soi, mổ bằng tia laser, tiểu phẫu.

Danh mục phẫu thuật/thủ thuật được áp dụng theo quy định hiện hành của Bộ Y tế Việt Nam hoặc quy định pháp luật của nước sở tại.

38. Điều trị trong ngày

Là việc điều trị y tế khi Người được bảo hiểm cần thiết phải nhập viện để điều trị ốm đau, bệnh tật hoặc thai sản thuộc phạm vi bảo hiểm có phát sinh chi phí giường bệnh nhưng lưu lại bệnh viện ít hơn 24 giờ. Giấy ra (xuất) viện là cơ sở để chi trả. Các trường hợp lưu trú tại bệnh viện chỉ để thực hiện xét nghiệm hoặc thủ thuật chẩn đoán sẽ không được xem là Điều trị trong ngày.

39. Hỗ trợ thụ thai/Hỗ trợ mang thai

Là việc sử dụng các công nghệ y tế để tăng số lượng trứng trong quá trình rụng trứng hoặc để mang một tinh trùng và một quả trứng, hoặc nhiều trứng lại gần nhau, nhờ đó làm tăng cơ hội thụ thai. Bao gồm việc thụ tinh trong tử cung (IUI), thụ tinh trong ống nghiệm (IVF), tiêm tinh trùng vào bào tương trứng (ICSI) hoặc sử dụng bất kỳ hình thức điều trị nào để giảm hay tăng khả năng rụng trứng. Việc hỗ trợ này bao gồm cả mang thai hộ.

40. Biến chứng thai sản

Là tình trạng bất thường của bào thai, hoặc biến chứng do nguyên nhân bệnh lý phát sinh trong quá trình mang thai của Người được bảo hiểm (không phải là việc điều trị vô sinh, sinh non, sinh đẻ) cần điều trị theo chỉ định của Bác sĩ. Biến chứng thai sản bao gồm các trường hợp sau:

- a. Sảy thai hoặc thai nhi chết trong tử cung.
- b. Mang thai trứng nước.
- c. Thai ngoài tử cung.
- d. Băng huyết sau khi sinh.
- e. Sốt nhau thai trong tử cung sau khi sinh
- f. Phá thai điều trị bao gồm các trường hợp phá thai do các bệnh lý di truyền/dị tật bẩm sinh của thai nhi hoặc phải chấm dứt thai kỳ để bảo vệ sức khỏe của người mẹ theo chỉ định của Bác sĩ.
- g. Biến chứng của các nguyên nhân nêu trên.

41. Ung thư

Là một khối u ác tính được chẩn đoán dựa trên bằng chứng mô học, có đặc điểm là sự phát triển và lan rộng không thể kiểm soát của các tế bào ác tính với sự xâm lấn và phá hủy tổ chức lành. Việc xác định ung thư được căn cứ theo kết luận của Bác sĩ điều trị và các bằng chứng y tế liên quan của Người được bảo hiểm cung cấp.

42. Tình trạng nguy kịch

Là tình trạng sức khỏe mà theo ý kiến của Bác sĩ điều trị và/hoặc Bảo Minh là một tình trạng sức khỏe nguy kịch cần phải điều trị khẩn cấp để tránh tử vong hay ảnh hưởng nghiêm trọng tới tình trạng sức khỏe lâu dài hoặc hiện tại.

43. Dịch vụ vận chuyển cấp cứu

Là dịch vụ vận chuyển bệnh nhân trong tình trạng nguy kịch bằng xe cứu thương (loại trừ vận chuyển bằng đường hàng không) từ nơi Người được bảo hiểm cần cấp cứu đến cơ sở khám, chữa bệnh gần nhất có đủ điều kiện sơ cứu, cấp cứu hoặc từ cơ sở y tế này sang cơ sở y tế khác khi cần thiết theo chỉ định của Bác sĩ điều trị.

44. Chi phí điều trị trước khi nhập viện

Là các chi phí khám, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh và tiền thuốc theo chỉ định của Bác sĩ, liên quan trực tiếp đến bệnh/thương tật cần phải nhập viện và cần theo dõi, chỉ được chấp nhận một lần gần nhất, được thực hiện trong vòng 30 ngày trước khi nhập viện.

45. Chi phí điều trị sau khi xuất viện

Là các chi phí y tế phát sinh theo chỉ định của Bác sĩ sau khi Người được bảo hiểm xuất viện và có liên quan trực tiếp đến đợt điều trị nội trú trước đó. Các chi phí này bao gồm chi phí khám, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh và tiền thuốc phát sinh trong vòng 30 ngày kể từ ngày Người được bảo hiểm xuất viện.

46. Trợ cấp nằm viện

Là khoản tiền trợ cấp trong trường hợp Người được bảo hiểm nằm viện điều trị nội trú do ốm bệnh, tai nạn tại các Bệnh viện.

47. Điều trị phục hồi chức năng

Là việc sử dụng phương pháp chuyên môn kỹ thuật (ngoại trừ thuốc) nhằm cải thiện chức năng của cơ thể hoặc bộ phận cơ thể.

48. Cấy ghép nội tạng

Là việc phẫu thuật để cấy ghép tim, phổi, gan, tuyến tụy, thận, tủy xương cho Người được bảo hiểm tiến hành tại một bệnh viện bởi Bác sĩ có trình độ phẫu thuật.

Các chi phí cho, nhận, mua, vận chuyển, bảo quản cơ quan cấy ghép và toàn bộ các chi phí phát sinh cho người hiến tạng không được bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này.

49. Vật lý trị liệu

Là phương pháp chữa bệnh bằng cách sử dụng các tác nhân vật lý tự nhiên hay nhân tạo như: nước, không khí, nhiệt độ, khí hậu, độ cao, điện, tia X, tia cực tím, tia hồng ngoại, siêu âm, các chất đồng vị phóng xạ, xoa bóp, thể dục - thể thao, đi bộ, dưỡng sinh.

Quy tắc bảo hiểm này không bảo hiểm các chi phí nhằm mục đích thư giãn, massage, spa, sửa móng.

50. Bộ phận giả

Là bất kỳ thành phần nhân tạo nào được lắp, đặt, cấy, ghép vào cơ thể nhằm thay thế các bộ phận, cơ quan của cơ thể để duy trì sự sống hoặc chức năng sinh lý của cơ thể người.

51. Các bộ phận/ Dụng cụ/ Thiết bị y tế hỗ trợ điều trị/ phẫu thuật

Là các bộ phận/dụng cụ/thiết bị y tế bao gồm những danh mục liệt kê dưới đây:

- a. Hệ thống Robot, bộ dụng cụ điều trị rối loạn nhịp tim bằng RF, bộ máy tạo nhịp tim và phá rung (máy và dây dẫn), máy hỗ trợ tim, các loại lưới lọc, lưới titanium, quả lọc, bóng nong, hạt nhựa PVA, môi trường nuôi cấy tế bào sụn, chốt, trụ implant, màng sinh học, bóng nong, cầu nối AV, ống thông AV, màng não nhân tạo, mạch máu nhân tạo, tấm nâng trực tràng, bộ tim phổi nhân tạo, gân sinh học, gân đồng loại, tấm màng nâng trong thoát vị bẹn, rọ tán sỏi trong phẫu thuật lấy sỏi, guidewire dẫn đường, catheter chuyên dụng tùy theo từng bộ phận cần chụp, bộ dụng cụ lấy huyết khối/dị vật chuyên dụng, bong kéo, lưới lọc, cement (xi-măng) cột sống/đốt sống hoặc vật liệu tương tự, miếng ghép cột sống/đốt sống, stent, van tim. Tuy nhiên riêng phần sử dụng đĩa đệm, đinh, nẹp, vis cố định vào cơ thể trong trường hợp tai nạn áp dụng giới hạn 10% Số tiền bảo hiểm của chi phí y tế do tai nạn;
- b. Sử dụng một lần và không khấu hao;
- c. Đầu nối, ống nối titanium, ống thông (catheter), ống thông dẫn đường (guiding catheter), vi ống thông (micro-catheter), các loại dây dẫn cho các bộ phận giả;
- d. Dao phẫu thuật: Đầu/lưỡi dao mổ điện, dao laser, dao siêu âm, lưỡi bào, lưỡi cắt dùng trong nội soi khớp, cột sống. Dao cắt trĩ theo phương pháp longo. Lưỡi cắt, đốt bằng sóng radio các loại hoặc mũi kim mang sóng radio;
- e. Bên ngoài cơ thể có tác dụng hỗ trợ chức năng vận động hoặc các chức năng khác của cơ thể bao gồm những danh mục liệt kê dưới đây như: nạng, xe đẩy, đai lưng, thiết bị trợ thính, kính thuốc, vớ tĩnh mạch;
- f. Các dụng cụ chỉnh hình mang tính chất thẩm mỹ khác.

52. Liệu pháp tế bào gốc

Là phương pháp thúc đẩy phản ứng sửa chữa các mô bị bệnh, rối loạn chức năng hoặc bị tổn thương bằng cách sử dụng tế bào gốc hoặc các dẫn xuất của chúng.

53. Hoạt động thể thao chuyên nghiệp

Là hoạt động thể thao của huấn luyện viên chuyên nghiệp hoặc vận động viên chuyên nghiệp theo quy định của pháp luật về thể dục thể thao.

54. Đồng chi trả

Là số tiền theo tỷ lệ mà Bảo Minh và Người được bảo hiểm cùng chi trả khi phát sinh chi phí thuộc phạm vi được bảo hiểm. Đồng chi trả được tính theo tỷ lệ phần trăm (%) trên tổng số tiền chi phí phát sinh thuộc phạm vi được bảo hiểm hoặc trên các mức giới hạn phụ của quyền lợi bảo hiểm tùy theo mức nào thấp hơn thì được áp dụng. Giới hạn chi phí được bảo hiểm sau khi đồng chi trả tối đa bằng giới hạn mức trách nhiệm quy định trong bảng quyền lợi bảo hiểm.

55. Hợp đồng bảo hiểm nhóm

Là Hợp đồng bảo hiểm bao gồm Người được bảo hiểm tham gia với tư cách là nhân viên thuộc một công ty, cơ quan, xí nghiệp, đoàn thể, hiệp hội hay các tổ chức tương tự và người thân của họ.

Đối với Hợp đồng bảo hiểm nhóm, danh sách những Người được bảo hiểm đính kèm là bộ

phận không thể tách rời Hợp đồng bảo hiểm. Trường hợp Bên mua bảo hiểm có yêu cầu, Bảo Minh sẽ cấp Đơn bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm riêng biệt cho mỗi Người được bảo hiểm tham gia trong Hợp đồng bảo hiểm nhóm.

56. Hợp đồng bảo hiểm cá nhân

Là Hợp đồng bảo hiểm bao gồm Người được bảo hiểm tham gia với tư cách cá nhân hoặc các trường hợp khác không thuộc Hợp đồng bảo hiểm nhóm như định nghĩa.

Điều 4. Số tiền bảo hiểm

Là hạn mức quyền lợi bảo hiểm của Bảo Minh đối với Người được bảo hiểm trong suốt thời hạn bảo hiểm. Hạn mức này được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm.

Điều 5. Thời hạn bảo hiểm

Thời hạn bảo hiểm được tính từ thời điểm Bảo Minh bắt đầu nhận bảo hiểm đến khi kết thúc bảo hiểm, căn cứ theo thỏa thuận giữa Bên mua bảo hiểm và Bảo Minh, được quy định cụ thể trong Hợp đồng bảo hiểm, tối đa không quá 01 (một) năm trong mọi trường hợp.

Đối với cá nhân, không chấp nhận các trường hợp tham gia ngắn hạn. Không bổ sung quyền lợi giữa kỳ.

Điều 6. Phí bảo hiểm

Được xác định tương ứng với mỗi Người được bảo hiểm và được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm căn cứ theo Biểu phí đính kèm Quy tắc bảo hiểm này.

Điều 7. Thời hạn đóng phí bảo hiểm

Thời hạn đóng phí bảo hiểm được thỏa thuận giữa Bảo Minh và Bên mua bảo hiểm, được ghi trong Hợp đồng bảo hiểm. Thời hạn đóng phí bảo hiểm thực hiện theo quy định của pháp luật.

Điều 8. Thời gian chờ

Thời gian chờ được tính kể từ Ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm, hoặc từ Ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm năm đầu tiên (đối với hợp đồng tái tục liên tục), hoặc ngày bắt đầu tham gia quyền lợi bảo hiểm mới (áp dụng cho các quyền lợi tham gia mới), hoặc ngày bắt đầu nâng cấp quyền lợi (áp dụng cho phần quyền lợi chênh lệch cao hơn).

Thời gian chờ được áp dụng cho mỗi rủi ro bảo hiểm được áp dụng như sau:

Rủi ro được bảo hiểm	Hợp đồng bảo hiểm cá nhân	Hợp đồng bảo hiểm nhóm
Bệnh thông thường, bệnh nha khoa	30 ngày	30 ngày
Tử vong, thương tật toàn bộ vĩnh viễn do bệnh thông thường	30 ngày	30 ngày
Nhiễm khuẩn hô hấp trên (Viêm Amidan, Viêm VA cấp hoặc mạn/quá phát); Nhiễm khuẩn hô hấp dưới viêm phế quản, viêm tiểu phế quản, viêm phế quản phổi, viêm phổi (chỉ áp dụng với Người được bảo hiểm từ đủ 15 ngày tuổi đến dưới 05 tuổi)	180 ngày	180 ngày

Thai sản (Biến chứng thai sản)	90 ngày	90 ngày
Thai sản (Sinh thường, sinh mổ, sinh khó)	365 ngày	270 ngày
Điều trị Bệnh có sẵn, bệnh đặc biệt, ung thư và các bệnh được liệt kê tại điểm loại trừ số 16 Điều 14 của Quy tắc bảo hiểm này	365 ngày	365 ngày
Tử vong, thương tật toàn bộ vĩnh viễn do bệnh có sẵn, bệnh đặc biệt	365 ngày	365 ngày
Tử vong do ung thư	365 ngày	365 ngày
Tử vong do thai sản	365 ngày	365 ngày
Các điều trị liên quan đến tái tạo dây chằng, rách sụn chêm	365 ngày	Không áp dụng thời gian chờ
Tai nạn (ngoại trừ các điều trị liên quan đến tái tạo dây chằng, rách sụn chêm)	Không áp dụng thời gian chờ	Không áp dụng thời gian chờ

Điều 9. Chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm

Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt ngay khi xảy ra một trong các sự kiện dưới đây, tùy theo sự kiện nào xảy ra trước:

1. 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 trước 30 ngày kể từ ngày chấm dứt. Việc chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm phải phù hợp với quy định của Luật Kinh doanh bảo hiểm, Bộ luật Dân sự và tuân thủ theo hai trường hợp sau:
 - a. Nếu Hợp đồng bảo hiểm được hai bên thỏa thuận chấm dứt theo yêu cầu của Bên mua bảo hiểm, Bảo Minh sẽ hoàn trả 80% phí bảo hiểm tương ứng với thời gian còn lại của Hợp đồng bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm đã đóng phí bảo hiểm, với điều kiện Bảo Minh chưa nhận được bất kỳ yêu cầu bồi thường bảo hiểm nào theo Hợp đồng bảo hiểm đó.
 - b. Nếu Hợp đồng được hai bên thỏa thuận chấm dứt theo yêu cầu của Bảo Minh, Bảo Minh sẽ hoàn trả 100% phí bảo hiểm tương ứng với thời gian còn lại của Hợp đồng bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm đã đóng phí bảo hiểm.
2. Vào 23 giờ 59 phút của ngày kết thúc thời hạn bảo hiểm theo quy định trong Hợp đồng bảo hiểm.
3. Theo thỏa thuận bằng văn bản giữa Bảo Minh và Bên mua bảo hiểm.
4. Các trường hợp khác được quy định theo pháp luật hiện hành.

Điều 10. Điều khoản chuyển đổi sang Hợp đồng bảo hiểm cá nhân

Đối với Hợp đồng bảo hiểm nhóm, các trường hợp Người được bảo hiểm có yêu cầu chuyển đổi từ Hợp đồng bảo hiểm nhóm sang Hợp đồng bảo hiểm cá nhân, Bảo Minh sẽ xem xét đối với từng trường hợp cụ thể dựa trên lịch sử bồi thường, tình trạng sức khỏe của cá nhân Người được bảo hiểm đó, đánh giá rủi ro của Bảo Minh và các quy định của sản phẩm bảo hiểm tương ứng.

CHƯƠNG II. PHẠM VI BẢO HIỂM/QUYỀN LỢI BẢO HIỂM CHÍNH

Điều 11. Phạm vi bảo hiểm

Quy tắc bảo hiểm này bảo hiểm cho các chi phí y tế thực tế phát sinh trong quá trình nằm viện, phẫu thuật do ốm đau, bệnh tật, tai nạn xảy ra trong thời hạn bảo hiểm và không thuộc những điểm loại trừ trách nhiệm bảo hiểm của Quy tắc bảo hiểm.

Đối tượng trẻ em từ đủ 15 ngày tuổi đến 05 (năm) tuổi, quyền lợi này áp dụng đồng chi trả 20% (Bảo Minh thanh toán 80% chi phí thuộc phạm vi bảo hiểm).

Điều 12. Quyền lợi bảo hiểm chính – Điều trị nội trú

1. Trường hợp nằm viện:

Trường hợp Người được bảo hiểm phải nằm viện thuộc phạm vi bảo hiểm, Bảo Minh sẽ thanh toán các chi phí điều trị, tiền phòng và giường, tiền ăn theo tiêu chuẩn điều trị nội trú của bệnh viện (nếu có), chi phí xét nghiệm, hoặc các phương pháp chẩn đoán hình ảnh như X-quang, MRI, CT, PET, siêu âm, nội soi (các xét nghiệm này phải do Bác sĩ chỉ định là biện pháp cần thiết để đánh giá tình trạng bệnh và phải là một phần của chi phí điều trị nằm viện), thuốc điều trị, truyền máu, ôxy, huyết thanh, quần áo bệnh viện và các chi phí y tế liên quan khác nhưng tối đa không quá giới hạn phụ cho mỗi ngày điều trị quy định trong Bảng quyền lợi hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Tổng số ngày điều trị được xét trả tiền bảo hiểm không quá 60 ngày/năm và tổng số tiền không vượt quá số tiền bảo hiểm quy định tại Hợp đồng bảo hiểm.

2. Trường hợp phẫu thuật:

Trường hợp Người được bảo hiểm phải phẫu thuật thuộc phạm vi bảo hiểm, Bảo Minh sẽ thanh toán toàn bộ các chi phí hội chẩn, gây mê, hồi sức, chi phí phẫu thuật bao gồm cả phẫu thuật cấy ghép nội tạng, bộ phận cơ thể (không bảo hiểm chi phí cho, nhận, mua, vận chuyển, bảo quản cơ quan cấy ghép và toàn bộ các chi phí phát sinh cho người hiến tạng). Giới hạn số tiền chi trả cho trường hợp phẫu thuật không vượt mức giới hạn quy định tại Hợp đồng bảo hiểm.

Trường hợp thủ thuật/phẫu thuật ngoại trú/trong ngày không được chi trả trong quyền lợi này.

3. Các quyền lợi bảo hiểm khác (giới hạn quyền lợi được liệt kê chi tiết trong Bảng Quyền lợi bảo hiểm)

- a. Phục hồi chức năng;
- b. Chi phí điều trị tại khoa cấp cứu trong tình trạng nguy kịch;
- c. Vận chuyển cấp cứu bằng xe cứu thương/xe cấp cứu bằng đường bộ
- d. Chi phí điều trị trước khi nhập viện phát sinh trong vòng 30 ngày trước khi nhập viện;
- e. Chi phí điều trị sau khi xuất viện trong vòng 30 ngày sau khi xuất viện;
- f. Y tá chăm sóc tại nhà phát sinh ngay sau khi xuất viện nhưng không vượt quá 30 ngày kể từ ngày xuất viện;
- g. Trợ cấp nằm viện;
- h. Trợ cấp mai táng phí trong trường hợp tử vong tại bệnh viện.

4. Hiệu lực bảo hiểm

Bảo hiểm có hiệu lực sau thời gian chờ nêu tại Điều 8 của Quy tắc bảo hiểm này.

5. Chương trình bảo hiểm

QUYỀN LỢI BẢO HIỂM CHÍNH - ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ DO ÓM ĐAU, BỆNH TẬT, TAI NẠN (loại trừ ung thư)	
Tổng hạn mức quyền lợi bảo hiểm chính/người/năm. Tối đa 60 ngày/năm. Theo giới hạn phụ bên dưới.	Số tiền bảo hiểm tối đa 450.000.000 VND
Giới hạn viện phí/năm	Tối đa Viện phí/năm = 40% Số tiền bảo hiểm
Chi phí nằm viện điều trị nội trú không quá 60 ngày/năm. Giới hạn/ngày Chi phí phòng, giường bệnh (Phòng đơn tiêu chuẩn có giá thấp nhất tại bệnh viện) Chi phí phòng chăm sóc đặc biệt (ICU) Tiền ăn theo tiêu chuẩn điều trị nội trú của bệnh viện (nếu có) Các chi phí bệnh viện tổng hợp (chi phí xét nghiệm, hoặc các phương pháp chẩn đoán hình ảnh như X-quang, MRI, CT, PET, siêu âm, nội soi (các xét nghiệm này phải do Bác sĩ chỉ định là biện pháp cần thiết để đánh giá tình trạng bệnh và phải là một phần của chi phí điều trị nằm viện), thuốc điều trị, truyền máu, ôxy, huyết thanh, quần áo bệnh viện và các chi phí y tế liên quan khác)	Tối đa 5% Viện phí
Chi phí Phẫu thuật/thủ thuật nội trú bao gồm chi phí cấy ghép nội tạng (không bảo hiểm chi phí cho, nhận, mua, vận chuyển, bảo quản cơ quan cấy ghép và toàn bộ các chi phí phát sinh cho người hiến tạng)/năm	Tối đa 40% Số tiền bảo hiểm
Phục hồi chức năng/năm	Tối đa 2% Số tiền bảo hiểm
Chi phí điều trị tại khoa cấp cứu trong tình trạng nguy kịch. Giới hạn/năm <i>Lưu ý: Trường hợp điều trị tại phòng cấp cứu chỉ vì lý do ngoài giờ phục vụ của phòng khám/bệnh viện thì được coi là điều trị ngoại trú.</i>	Tối đa 50% Số tiền bảo hiểm
Dịch vụ xe cứu thương, xe cấp cứu bằng đường bộ/năm (xe cấp cứu 115, xe cấp cứu bệnh viện và các xe cấp cứu được cấp phép hoạt động trong lĩnh vực vận chuyển cấp cứu y tế)	Tối đa 50% Số tiền bảo hiểm
Chi phí khám và điều trị trong vòng 30 ngày trước khi nhập viện/năm	Tối đa 2% Số tiền bảo hiểm
Chi phí tái khám và điều trị trong vòng 30 ngày sau xuất viện/năm	Tối đa 2% Số tiền bảo hiểm
Y tá chăm sóc tại nhà phát sinh ngay sau khi xuất viện nhưng không vượt quá 30 ngày kể từ ngày xuất viện. Việc chăm sóc tại nhà sẽ do y tá/điều dưỡng hoặc Bác sĩ thực hiện công việc này và phải có giấy chứng nhận. Giới hạn/năm	Tối đa 2% Số tiền bảo hiểm

Trợ cấp nằm viện/ngày không quá 60 ngày/năm	Tối đa 0,08% Số tiền bảo hiểm
Trợ cấp mai táng phí trong trường hợp tử vong tại bệnh viện	Tối đa 2% Số tiền bảo hiểm

CHƯƠNG III. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM BỔ SUNG

Trên cơ sở theo yêu cầu của Bên mua bảo hiểm và tuân thủ các điều kiện, điều khoản, loại trừ đã nêu trong Quy tắc bảo hiểm, Bảo Minh đồng ý nhận bảo hiểm theo các quyền lợi bảo hiểm bổ sung quy định tại các Phụ lục quyền lợi bảo hiểm bổ sung được ban hành cùng với Quy tắc bảo hiểm này với điều kiện Bên mua bảo hiểm đã nộp phí bảo hiểm theo quy định và quyền lợi bảo hiểm bổ sung được ghi rõ trên Hợp đồng bảo hiểm.

Người được bảo hiểm chỉ được lựa chọn tham gia quyền lợi bảo hiểm bổ sung khi đã tham gia Quyền lợi bảo hiểm chính.

CHƯƠNG IV. LOẠI TRỪ TRÁCH NHIỆM BẢO HIỂM

Bảo Minh không chịu trách nhiệm chi trả tiền bảo hiểm đối với những rủi ro, điều kiện, các hành động, nguyên nhân, bệnh, phương pháp điều trị như được liệt kê sau đây và các chi phí phát sinh liên quan hay hậu quả của chúng:

Điều 13. Các điểm loại trừ chung

1. Các chi phí điều trị bất hợp lý, không cần thiết về mặt y tế, không theo chi phí y tế thông lệ và hợp lý, các chi phí theo yêu cầu của Người được bảo hiểm hoặc không theo chỉ định của Bác sĩ.
2. Người được bảo hiểm điều trị hoặc sử dụng thuốc không theo sự chỉ dẫn của cơ sở y tế/ Bác sĩ điều trị; các loại thuốc đông y không rõ nguồn gốc.
3. Các chi phí và điều trị, các chỉ định điều trị có từ trước Ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm.
4. Những rủi ro mang tính chất thảm họa như động đất, núi lửa, sóng thần, nhiễm phóng xạ, dịch bệnh theo công bố của Tổ chức y tế thế giới hoặc cơ quan nhà nước có thẩm quyền.
5. Chiến tranh, nội chiến, đình công, khủng bố, bạo động, phiến loạn, các hoạt động dân sự hoặc hành động của bất kỳ người cầm đầu của tổ chức nào nhằm lật đổ, đe dọa chính quyền, kiểm soát bằng vũ lực.
6. Các chấn thương, bệnh tật do các tác nhân hạt nhân gây ra hoặc do bị nhiễm chất phóng xạ.
7. Các chi phí cung cấp, mua, vận chuyển, bảo dưỡng, sửa chữa, thay thế các bộ phận giả, các bộ phận/dụng cụ/thiết bị y tế hỗ trợ điều trị/phẫu thuật.
8. Các chi phí liên quan đến phẫu thuật, điều trị bệnh/ thương tật bằng liệu pháp tế bào gốc, phương pháp cấy tế bào gốc và hậu quả của các phương pháp điều trị này. Riêng trường hợp này chỉ bảo hiểm chi phí ngày nằm viện nội trú tại các bệnh viện công.
9. Thực phẩm chức năng, khoáng chất, các chất hữu cơ bổ sung cho chế độ dinh dưỡng hoặc phục vụ cho chế độ ăn kiêng có sẵn trong tự nhiên, các sản phẩm dược mỹ phẩm.
10. Việc điều trị thử nghiệm, điều trị không được khoa học công nhận và các dịch vụ điều trị miễn phí tại bất kỳ bệnh viện nào.
11. Người được bảo hiểm mất tích (trừ trường hợp Tòa án có quyết định tuyên bố Người được bảo hiểm đã tử vong do tai nạn trong thời hạn bảo hiểm).
12. Mọi trường hợp khám, điều trị bệnh được thực hiện tại Phòng cấp cứu hoặc bộ phận có chức năng điều trị cấp cứu của cơ sở y tế vì bất kỳ lý do nào nhưng không nhằm mục đích cấp cứu.

Việc khám, điều trị bệnh này được coi là điều trị ngoại trú và Bảo Minh chỉ xem xét giải quyết yêu cầu bồi thường bảo hiểm theo chi phí điều trị ngoại trú.

13. Mọi chi phí phát sinh từ hoặc có liên quan đến Phòng/Giường nằm điều trị được cơ sở y tế quy định là Phòng bao hoặc Phòng/Giường VIP hoặc các loại Phòng/Giường điều trị có tính chất tương tự. Trong trường hợp này, Bảo Minh chỉ xem xét giải quyết yêu cầu bồi thường bảo hiểm theo mức giá thấp nhất của Phòng đơn/Giường tiêu chuẩn 01(một) người tại mỗi chuyên khoa điều trị.
14. Chi phí điều trị bằng liệu pháp thay thế hormone trong thời kỳ sinh trưởng hoặc tiền mãn kinh hay mãn kinh ở phụ nữ.
15. Đột tử hoặc tử vong không rõ nguyên nhân hoặc bị tử vong mà không thể xác định được nguyên nhân tử vong vì bất cứ lý do nào.
16. Người được bảo hiểm bị ảnh hưởng bởi rượu, bia, ma túy hoặc các chất kích thích, các chất gây nghiện khác là nguyên nhân dẫn đến sự kiện bảo hiểm (trừ khi sử dụng thuốc hoặc chất gây mê theo chỉ dẫn của Bác sĩ).
17. Các hành vi vi phạm của Người được bảo hiểm là nguyên nhân trực tiếp dẫn tới sự kiện bảo hiểm, bao gồm:
 - a. Vi phạm quy định pháp luật.
 - b. Vi phạm tiêu chuẩn, quy chuẩn về an toàn giao thông, an toàn vệ sinh lao động của cơ quan có thẩm quyền hoặc cơ quan, tổ chức, đơn vị.
 - c. Điểm loại trừ này không áp dụng với trường hợp Người được bảo hiểm điều khiển phương tiện giao thông mà trong máu hoặc hơi thở có nồng độ cồn dưới mức quy định tại khoản 18 Điều này.
18. Người được bảo hiểm điều khiển phương tiện giao thông mà trong máu hoặc hơi thở có nồng độ cồn vượt quá 0,25 miligam/1 lít khí thở hoặc vượt quá 50 miligam/100 mililit máu (tương đương 10,9 mmol/L); sử dụng ma túy và chất kích thích bị cấm theo quy định của pháp luật.

Điều 14. Các điểm loại trừ ốm đau, bệnh tật

1. Bệnh lao, bệnh sốt rét, bệnh nghề nghiệp, bệnh phong.
2. Bệnh ung thư. Điểm loại trừ này không được áp dụng nếu Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi bảo hiểm bổ sung - Bảo hiểm ung thư.
3. Điều trị các bệnh lây lan qua đường tình dục như bệnh giang mai, bệnh lậu, rối loạn chức năng sinh dục hay điều trị sinh lý, ốm đau liên quan đến các bệnh thuộc hội chứng suy giảm miễn dịch (HIV) bao gồm các hội chứng liên quan đến AIDS và/hoặc bất cứ biến chứng hoặc biến đổi nào, hoặc bệnh lây truyền qua đường tình dục hay bất cứ hội chứng liên quan đến AIDS hoặc các bệnh liên quan đến AIDS khác.
4. Điều trị và/hoặc phẫu thuật cho các bệnh bẩm sinh, bệnh di truyền, dị tật, khuyết tật bẩm sinh, bệnh dị dạng về gen và mọi biến chứng, hậu quả liên quan đến những bệnh này, bệnh tim bẩm sinh, bệnh Down, hở môi, hở hàm ếch, tích nước trong não, hẹp hậu môn, hẹp bao quy đầu, vẹo vách ngăn bẩm sinh.
5. Kiểm tra sức khỏe định kỳ (nội trú hay ngoại trú); kiểm tra sức khỏe tổng quát, tầm soát ung thư kết quả bình thường, giám định y khoa hoặc tư vấn y tế không liên quan đến điều trị ốm đau hoặc thương tật, bao gồm cả kiểm tra phụ khoa/nam khoa; xét nghiệm định kỳ, khám định kỳ cho trẻ mới sinh, tất cả các hình thức tiêm chủng, vắc xin và thuốc phòng ngừa (trừ trường hợp tiêm vắc xin sau khi bị tai nạn hay súc vật cắn, côn trùng cắn).
6. Kiểm tra thị giác/thính giác thông thường; điều trị đục thủy tinh thể không do bệnh lý; lão hóa,

thoái hóa, điều trị suy biến tự nhiên/không phải vì lý do bệnh lý của cho việc suy giảm thính lực/thị lực, các tật khúc xạ như cận thị, viễn thị và loạn thị, khô mắt, mỏi mắt điều tiết; bất kỳ phẫu thuật để phục hồi hiệu chỉnh nào đối với các khuyết tật thoái hóa thính giác/thị giác.

7. Sinh đẻ (bao gồm cả các trường hợp biến chứng dẫn đến hậu quả phải sinh đẻ, sinh non), trừ trường hợp có tham gia quyền lợi bảo hiểm bổ sung – Bảo hiểm thai sản.
8. Khám và xét nghiệm không có kết luận chẩn đoán bệnh hoặc kết luận không có bệnh cần điều trị của Bác sĩ.
9. Các hình thức thẩm mỹ, phẫu thuật thẩm mỹ, chỉnh hình.
10. Các điều trị tăng sắc tố (nám da), điều trị các loại mụn, điều trị chứng rụng tóc bị loại trừ riêng đối với điều kiện ngoại trú. Trường hợp Người được bảo hiểm bị những bệnh này phải điều trị nội trú thì vẫn được giải quyết theo quyền lợi điều trị nội trú do ốm đau, bệnh tật.
11. Điều trị kiểm soát trọng lượng cơ thể (tăng hoặc giảm cân); suy dinh dưỡng, còi xương, béo phì.
12. 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.
13. Các hình thức điều trị về răng và liên quan đến răng (nướu, lợi). ĐIỂM loại trừ này không được áp dụng nếu Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi bảo hiểm bổ sung - Bảo hiểm nha khoa.
14. Bệnh có sẵn như định nghĩa trong Quy tắc này chỉ được bảo hiểm từ năm thứ hai tham gia liên tục tại Bảo Minh.
15. Bệnh đặc biệt như định nghĩa trong Quy tắc này chỉ được bảo hiểm từ năm thứ hai tham gia liên tục tại Bảo Minh.
16. Các bệnh sau đây sẽ không được bảo hiểm trong năm đầu tiên tham gia bảo hiểm cho dù xảy ra trước hay sau khi Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, bao gồm:
 - a. Bệnh hệ hô hấp: Viêm Amidan cần phải nạo, viêm xoang, vẹo vách ngăn, bệnh hen/suyễn.
 - b. Bệnh hệ tai: Viêm tai giữa cần phải phẫu thuật, sùi vòm họng, cắt bỏ xương xoăn.
 - c. Bệnh hệ mạch: Viêm tĩnh mạch và viêm tắc/ngẽn tĩnh mạch, giãn tĩnh mạch chi dưới, hội chứng ống cổ tay, mạch/hạch bạch huyết, trĩ.
 - d. Bệnh rối loạn chuyển hóa các loại
 - e. Bệnh hệ cơ, xương, khớp: Viêm khớp/đa khớp mãn tính, bệnh thoái hóa cột sống, thân đốt sống, thoát vị đĩa đệm, rối loạn mật độ và cấu trúc xương, bệnh gout, thoái hóa khớp.
 - f. Bệnh hệ tiêu hóa: Bệnh loét dạ dày, tá tràng.
 - g. Bệnh khác: Sỏi, nang, rối loạn tiền đình.

Điều 15. Các điểm loại trừ tai nạn

1. **Hành động cố ý gây thiệt hại của Người được bảo hiểm/Bên mua bảo hiểm/Người thụ hưởng.**
2. **Người được bảo hiểm tham gia đánh nhau trừ khi được xác nhận đó là hành động tự vệ/phòng vệ chính đáng.**
3. **Hậu quả của tai nạn xảy ra ngoài thời hạn bảo hiểm**
4. **Tham gia vào các hoạt động hàng không (trừ khi với tư cách là hành khách), tham gia các cuộc diễn tập huấn luyện quân sự, tham gia chiến đấu của lực lượng vũ trang.**
5. **Tham gia tập luyện hoặc tham gia thi đấu các hoạt động thể thao chuyên nghiệp, bất kỳ**

hoạt động đua nào

6. **Người được bảo hiểm bị ngộ độc thức ăn, đồ uống hoặc hít phải hơi độc, khí độc, chất độc. Điểm loại trừ này không được áp dụng nếu Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi mở rộng ngộ độc thức ăn, đồ uống hoặc hít phải hơi độc, khí độc, chất độc.**

Điều 16. Các điểm loại trừ thai sản

Thực hiện các biện pháp kế hoạch hóa gia đình, hậu quả của phá thai trừ trường hợp thai bị dị tật và có chỉ định của Bác sĩ cho việc bỏ thai, điều trị vô sinh thụ tinh nhân tạo, hỗ trợ thụ thai, hỗ trợ mang thai, điều trị bất lực/liệt dương, hoặc thay đổi giới tính và bất kỳ hậu quả hay biến chứng nào từ những điều trị trên.

CHƯƠNG V. GIẢI QUYẾT YÊU CẦU BỒI THƯỜNG BẢO HIỂM

Điều 17. Hồ sơ yêu cầu bồi thường

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

1. Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm (mẫu của Bảo Minh).
2. Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc Hợp đồng bảo hiểm, các Phụ lục nếu có (bản sao).
3. Các chứng từ tài chính: Bản gốc/bản điện tử hóa đơn tài chính theo quy định của Bộ Tài chính và bảng kê chi tiết kèm theo.
4. Bảng chứng về sự kiện bảo hiểm:
 - a. Biên bản tai nạn/Bản tường trình tai nạn có xác nhận của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm/Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm:
 - Đối với tai nạn giao thông: Trường hợp không có cảnh sát giao thông lập biên bản thì cung cấp bản tường trình tai nạn có chữ ký của Người được bảo hiểm/Bên mua bảo hiểm. Trường hợp có cảnh sát giao thông lập biên bản, cần cung cấp kết luận điều tra/ biên bản tai nạn giao thông. Giấy đăng ký xe và Giấy phép lái xe hợp lệ (nếu Người được bảo hiểm là người trực tiếp lái xe và phương tiện điều khiển là xe từ 50cc trở lên) và các giấy tờ khác có liên quan.
 - Đối với tai nạn lao động: cung cấp kết luận điều tra nguyên nhân tai nạn lao động do người sử dụng lao động lập hoặc kết luận điều tra của cơ quan chức năng có thẩm quyền.
 - Đối với tai nạn trong sinh hoạt: bản tường trình tai nạn có chữ ký của Người được bảo hiểm/Bên mua bảo hiểm. Trường hợp có báo cáo cơ quan công an/chính quyền địa phương, bổ sung xác nhận của cơ quan công an/chính quyền địa phương.
 - Đối với trường hợp tử vong: biên bản tai nạn bắt buộc có xác nhận/kết luận của cơ quan chức năng có thẩm quyền.
 - b. Các chứng từ liên quan đến việc điều trị: đơn thuốc, sổ khám bệnh, giấy ra viện, phiếu điều trị, phiếu chỉ định xét nghiệm, kết quả xét nghiệm hoặc phiếu chụp liên quan, phiếu mổ/giấy chứng nhận phẫu thuật/thủ thuật (trong trường hợp phải mổ/phẫu thuật/thủ thuật)
 - c. Trích sao bệnh án trong trường hợp Bảo Minh có yêu cầu.
 - d. Trường hợp tai nạn giao thông khi đang điều khiển phương tiện giao thông, cung cấp kết quả xét nghiệm nồng độ cồn hoặc tóm tắt bệnh án.
 - e. Giấy chứng thương hoặc giấy chứng nhận thương tích hoặc bản giám định thương tật cung cấp bởi Hội đồng y khoa tỉnh/ thành phố hoặc tổ chức giám định y tế hợp pháp được Bảo Minh chấp thuận.
 - f. Hồ sơ chứng từ y tế trước khi tử vong, Giấy chứng tử (trường hợp tử vong) và Giấy xác nhận

- quyền thừa kế hợp pháp (trường hợp Người được bảo hiểm tử vong) phải có công chứng.
- g. Quyết định tuyên bố tử vong của Tòa án (trường hợp Tòa án tuyên bố tử vong sau thời gian mất tích theo quy định pháp luật).
 - h. Các chứng từ khác theo sự kiện thực tế giúp xác định sự kiện bảo hiểm và phạm vi bảo hiểm.

Các giấy tờ nêu tại khoản 4 Điều này cung cấp cho Bảo Minh phải là bản gốc hoặc bản sao được chứng thực bởi cơ quan có thẩm quyền theo quy định của pháp luật (trừ một số trường hợp đặc biệt khác được Bảo Minh chấp thuận). Trong mọi trường hợp, Bảo Minh có quyền yêu cầu cung cấp bản gốc để kiểm tra.

- 5. Bảo Minh có quyền yêu cầu Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng hợp pháp làm rõ các chứng từ trong hồ sơ yêu cầu bồi thường. Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng hợp pháp có trách nhiệm bổ sung thông tin cho Bảo Minh và Bảo Minh không phải chịu chi phí cho việc có thêm thông tin đó.
- 6. Trường hợp Người được bảo hiểm ủy quyền cho người khác nhận tiền bảo hiểm phải có giấy ủy quyền hợp pháp và tuân thủ quy định về việc nhận tiền bồi thường thay của Bảo Minh.

Điều 18. Thời hạn yêu cầu bồi thường

1. Thời hạn thông báo sự kiện bảo hiểm

- a. Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm/Người thụ hưởng phải thông báo cho Bảo Minh trong vòng 90 ngày kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm, trường hợp tử vong phải thông báo trong vòng 30 ngày.
- b. Trong trường hợp do sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan mà không thể thực hiện được việc thông báo trong thời hạn nêu trên, thời hạn thông báo sự kiện bảo hiểm sẽ được gia hạn 30 ngày.
- c. Nếu vi phạm thời hạn thông báo quy định tại điểm a, điểm b khoản 1 Điều này nhưng chưa vượt quá thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm hoặc bồi thường theo quy định pháp luật, Bảo Minh có quyền khấu trừ 10% số tiền bồi thường bảo hiểm được Bảo Minh đồng ý chi trả, trừ trường hợp vi phạm đó có nguyên nhân trực tiếp do sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan.

2. Thời hạn nộp hồ sơ yêu cầu bồi thường, trả tiền bảo hiểm

- a. Thời hạn nộp hồ sơ yêu cầu bồi thường, trả tiền bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm là một năm kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm. Thời gian xảy ra sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan không tính vào thời hạn nộp hồ sơ yêu cầu bồi thường, trả tiền bảo hiểm.
- b. Trường hợp Người được bảo hiểm hoặc người thụ hưởng chứng minh được rằng không biết thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm thì thời hạn quy định tại điểm a khoản 2 Điều này được tính từ ngày Người được bảo hiểm hoặc người thụ hưởng biết việc xảy ra sự kiện bảo hiểm đó.

Điều 19. Thời hạn bồi thường, trả tiền bảo hiểm

Khi xảy ra sự kiện bảo hiểm, Bảo Minh phải bồi thường, trả tiền bảo hiểm theo thời hạn đã thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm. Trường hợp không có thỏa thuận về thời hạn thì Bảo Minh phải bồi thường, trả tiền bảo hiểm trong thời hạn 15 ngày kể từ ngày nhận được đầy đủ hồ sơ hợp lệ về yêu cầu bồi thường, trả tiền bảo hiểm.

Điều 20. Trưng cầu giám định

1. Trong trường hợp xét thấy cần thiết, Bảo Minh hoặc Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm có quyền trưng cầu đơn vị giám định độc lập hoặc cơ quan chuyên môn có thẩm quyền thực hiện việc khám, giám định các vấn đề có liên quan đến việc giải quyết yêu cầu bồi thường bảo hiểm.
2. Các bên tự mình thanh toán các chi phí có liên quan thuộc trách nhiệm của mình.
3. Các bên sẽ cùng nhau thỏa thuận để thống nhất áp dụng kết quả giám định được trưng cầu ở trên. Trong trường hợp các bên không thỏa thuận được việc trưng cầu giám định viên độc lập thì một trong các bên được yêu cầu Tòa án nơi xảy ra tổn thất hoặc nơi cư trú của Người được bảo hiểm chỉ định giám định viên độc lập. Kết luận của giám định viên độc lập có giá trị bắt buộc đối với các bên.

CHƯƠNG VI. QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA CÁC BÊN

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

1. **Bên mua bảo hiểm có các quyền sau đây:**
 - a. Yêu cầu Bảo Minh cung cấp quy tắc, điều kiện, điều khoản bảo hiểm và giải thích các điều kiện, điều khoản bảo hiểm;
 - b. Yêu cầu Bảo Minh cung cấp bằng chứng giao kết Hợp đồng bảo hiểm như hợp đồng, giấy chứng nhận bảo hiểm, đơn bảo hiểm hoặc hình thức khác theo quy định của pháp luật;
 - c. 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;
 - d. Yêu cầu Bảo Minh bồi thường, trả tiền bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm;
 - e. Quyền khác theo quy định của pháp luật.
2. **Bên mua bảo hiểm có các nghĩa vụ sau đây:**
 - a. Kê khai đầy đủ, trung thực mọi thông tin có liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm theo yêu cầu của Bảo Minh;
 - b. Đọc và hiểu rõ điều kiện, điều khoản bảo hiểm, quyền, nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm khi giao kết Hợp đồng bảo hiểm và nội dung khác của Hợp đồng bảo hiểm;
 - c. Đóng phí bảo hiểm đầy đủ, đúng hạn theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm;
 - d. Thông báo cho Bảo Minh những trường hợp có thể làm tăng rủi ro hoặc giảm rủi ro hoặc làm phát sinh thêm trách nhiệm của Bảo Minh trong quá trình thực hiện Hợp đồng bảo hiểm theo yêu cầu của Bảo Minh;
 - e. Thông báo cho Bảo Minh về việc xảy ra sự kiện bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm;
 - f. 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;
 - g. Nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật.

Điều 22. Quyền và nghĩa vụ của Bảo Minh

1. Bảo Minh có các quyền sau đây:

- a. Thu phí bảo hiểm theo thoả thuận trong Hợp đồng bảo hiểm;
- b. Yêu cầu Bên mua bảo hiểm cung cấp đầy đủ, trung thực mọi thông tin có liên quan đến việc giao kết và thực hiện Hợp đồng bảo hiểm;
- c. Hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm quy định tại hoặc đơn phương chấm dứt thực hiện Hợp đồng bảo hiểm quy định tại Luật Kinh doanh bảo hiểm;
- d. Từ chối bồi thường, 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 thoả thuận trong Hợp đồng bảo hiểm;
- e. Yêu cầu Bên mua 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;
- f. Quyền khác theo quy định của pháp luật.

2. Bảo Minh có các nghĩa vụ sau đây:

- a. Cung cấp cho Bên mua bảo hiểm quy tắc, điều kiện, điều khoản bảo hiểm;
- b. Giải thích rõ ràng, đầy đủ cho Bên mua bảo hiểm về quyền lợi bảo hiểm, điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm, quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm khi giao kết Hợp đồng bảo hiểm;
- c. Cung cấp cho Bên mua bảo hiểm bằng chứng giao kết Hợp đồng bảo hiểm như hợp đồng, giấy chứng nhận bảo hiểm, đơn bảo hiểm hoặc hình thức khác theo quy định của pháp luật;
- d. Bồi thường, trả tiền bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm;
- e. Giải thích bằng văn bản lý do từ chối bồi thường, trả tiền bảo hiểm;
- f. Nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật.

Điều 23. Nghĩa vụ kê khai trung thực

1. Khi giao kết Hợp đồng bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm có trách nhiệm cung cấp đầy đủ, trung thực thông tin liên quan đến Người được bảo hiểm cho Bảo Minh.
2. Khi yêu cầu bồi thường bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm/Người thụ hưởng có nghĩa vụ thu thập và cung cấp thông tin, chứng từ, tài liệu làm cơ sở giải quyết bồi thường một cách trung thực, chính xác, kịp thời và đầy đủ cho Bảo Minh, đồng thời tạo mọi điều kiện thuận lợi cho Bảo Minh kiểm tra, xác minh rủi ro khi có sự kiện bảo hiểm xảy ra.
3. Trường hợp Bên mua 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 bồi thường, trả tiền bảo hiểm thì Bảo Minh có quyền hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm. Bảo Minh không phải bồi thường, trả tiền bảo hiểm và Bảo Minh sẽ hoàn lại 80% phí bảo hiểm của thời gian hiệu lực còn lại với điều kiện tại thời điểm đó Bên mua bảo hiểm chưa phát sinh bồi thường.

CHƯƠNG VII. GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP

Điều 24. Phương thức giải quyết tranh chấp

Mọi tranh chấp phát sinh hoặc có liên quan đến Quy tắc bảo hiểm này được giải quyết thông

qua thương lượng giữa các bên. Trường hợp không thương lượng được thì tranh chấp được giải quyết ở Tòa án có thẩm quyền tại Việt Nam và quy định của pháp luật Việt Nam. Tất cả các văn bản được Bảo Minh dịch sang ngôn ngữ khác ngoài Tiếng Việt chỉ dùng để tham khảo. Trường hợp có tranh chấp hoặc sai sót trong diễn đạt hay dịch thuật, bản tiếng Việt sẽ được ưu tiên sử dụng.

PHỤ LỤC: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM BỔ SUNG

(Ban hành theo Quyết định số 1431/2025-BM/CN ngày 30/06/2025 của Tổng Giám đốc Tổng Công ty Cổ phần Bảo Minh)

- Các quyền lợi bảo hiểm bổ sung có hiệu lực sau thời gian chờ nêu tại Điều 8 của Quy tắc bảo hiểm này.
- Hạn mức bảo hiểm của các quyền lợi bảo hiểm bổ sung độc lập với hạn mức của quyền lợi bảo hiểm chính.

I. Điều trị ngoại trú do ốm đau, bệnh tật, tai nạn (loại trừ bảo hiểm ung thư)

1. Quyền lợi bảo hiểm

Bảo Minh sẽ thanh toán cho Người được bảo hiểm tham gia Điều khoản bổ sung này các chi phí y tế phát sinh điều trị ngoại trú do ốm đau, bệnh tật, tai nạn trong thời hạn bảo hiểm bao gồm:

- Chi phí khám, các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thủ thuật thăm dò, vật tư y tế tiêu hao thông thường theo chỉ định của Bác sĩ.
- Chi phí thuốc theo kê đơn của Bác sĩ.
- Chi phí phẫu thuật/thủ thuật/nội soi chẩn đoán trong ngày/ngoại trú
- Vật lý trị liệu, trị liệu học bức xạ, liệu pháp ánh sáng do Bác sĩ chỉ định.

Giới hạn trách nhiệm theo các quyền lợi được quy định cụ thể trong Bảng Quyền lợi/Giấy chứng nhận bảo hiểm và/hoặc Hợp đồng bảo hiểm đính kèm.

Đối tượng trẻ em từ đủ 15 ngày tuổi đến 05 (năm) tuổi, quyền lợi này áp dụng theo tỷ lệ đồng chi trả 20% (Bảo Minh thanh toán 80% chi phí thuộc phạm vi bảo hiểm).

2. Chương trình bảo hiểm

Điều trị ngoại trú do ốm đau bệnh tật, tai nạn/năm (loại trừ ung thư). Theo giới hạn phụ bên dưới.	Số tiền bảo hiểm tối đa 30.000.000 VND
Giới hạn/lần khám - Chi phí khám, các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thủ thuật thăm dò, vật tư y tế tiêu hao thông thường theo chỉ định của Bác sĩ - Chi phí thuốc theo kê đơn của Bác sĩ. - Chi phí điều trị trong ngày; phẫu thuật/thủ thuật/nội soi trong ngày; phẫu thuật/thủ thuật/nội soi ngoại trú	Tối đa 20% Số tiền bảo hiểm
Điều trị vật lý trị liệu/ngày/lần (không quá 60 ngày/năm).	Tối đa 1% Số tiền bảo hiểm

II. Bảo hiểm nha khoa

1. Quyền lợi bảo hiểm

Bảo Minh sẽ thanh toán cho Người được bảo hiểm chi phí y tế điều trị răng bệnh lý bao gồm:

- Khám và chẩn đoán bệnh
- Lấy cao răng
- Trám răng bằng các chất liệu thông thường
- Nhổ răng bệnh lý

- Lấy u vôi răng (lấy vôi răng sâu dưới nước)
- Phẫu thuật cắt chóp răng
- Chữa tủy răng
- Điều trị viêm nướu, viêm nha chu
- Chi phí thuốc theo toa của Bác sĩ

Giới hạn trách nhiệm theo các quyền lợi được quy định cụ thể trong Bảng Quyền lợi/Giấy chứng nhận bảo hiểm và/hoặc Hợp đồng bảo hiểm đính kèm.

2. Chương trình bảo hiểm

Bảo hiểm Nha khoa/năm. Theo giới hạn phụ bên dưới.	Số tiền bảo hiểm tối đa 15.000.000 VND
Khám và chẩn đoán bệnh về răng Lấy cao răng Trám răng bằng các chất liệu thông thường Nhổ răng bệnh lý Lấy u vôi răng (lấy vôi răng sâu dưới nước) Phẫu thuật cắt chóp răng Chữa tủy răng Điều trị viêm nướu, viêm nha chu Chi phí thuốc theo toa của Bác sĩ Giới hạn/lần	Tối đa 20% Số tiền bảo hiểm

III. Bảo hiểm thai sản

1. Quyền lợi bảo hiểm

a. Biến chứng thai sản và sinh mổ, sinh khó

b. Bảo Minh sẽ chi trả các chi phí y tế phát sinh do các biến chứng trong quá trình mang thai, hoặc trong quá trình sinh nở cần đến các thủ thuật/phẫu thuật sản khoa, chi phí chăm sóc mẹ trước và sau khi sinh tại bệnh viện. Thủ thuật/phẫu thuật sinh mổ chỉ được bảo hiểm nếu do Bác sĩ chỉ định là cần thiết cho ca sinh đó, không bao gồm việc sinh mổ theo yêu cầu (hoặc phải mổ lại do việc yêu cầu mổ trước đó). **Sinh thường**

Bảo Minh sẽ chi trả các chi phí y tế phát sinh cho việc sinh thường bao gồm các chi phí: đỡ đẻ, viện phí tổng hợp, Bác sĩ chuyên khoa, chăm sóc mẹ trước và sau khi sinh tại bệnh viện.

2. Chương trình bảo hiểm

Bảo hiểm Thai sản/biến chứng thai sản. Giới hạn/năm. Theo giới hạn phụ bên dưới.	Số tiền bảo hiểm Tối đa 40.000.000 VND
Khám thai thông thường không bao gồm các xét nghiệm sàng lọc sơ sinh (tối đa 3 lần/thai kỳ)/thai kỳ Bao gồm: chi phí khám, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh trong quá trình mang thai bao gồm: xét nghiệm nước tiểu, xét nghiệm công thức máu, siêu âm theo chỉ định của Bác sĩ (siêu âm đầu dò, siêu âm trên máy siêu âm 2D, 3D)	Tối đa 2% Số tiền bảo hiểm
Sinh thường/ sinh mổ/biến chứng thai sản (nội trú, trong ngày, ngoại trú)	Tối đa 100% Số tiền bảo hiểm

Chăm sóc trẻ sơ sinh: là những chi phí bao gồm chi phí xét nghiệm đường nhĩ, điều trị vàng da sinh lý, chích ngừa, chi phí vệ sinh em bé tại bệnh viện trong vòng 7 ngày sau khi sinh với điều kiện người mẹ chưa xuất viện (loại trừ bệnh bẩm sinh).

Tối đa 1,5% Số tiền bảo hiểm

IV. Bảo hiểm ung thư

1. Quyền lợi bảo hiểm

Quyền lợi được bảo hiểm được chi trả theo quy định dưới đây trong trường hợp khi Bác sĩ kết luận và phải có phác đồ điều trị Người được bảo hiểm mắc bệnh ung thư theo định nghĩa, Bảo Minh sẽ chi trả bồi thường trong trường hợp Người được bảo hiểm bị Ung thư với điều kiện việc chẩn đoán phải dựa trên các bằng chứng về mô học của khối u ác tính và phải được Bác sĩ xác nhận. Bệnh ung thư trong Quy tắc bảo hiểm này cũng bao gồm bệnh bạch cầu ác tính, U lympho và U sarcom.

2. Trường hợp nằm viện

Trường hợp Người được bảo hiểm phải nằm viện thuộc phạm vi bảo hiểm, Bảo Minh sẽ thanh toán các chi phí điều trị, tiền phòng và giường, tiền ăn theo tiêu chuẩn điều trị nội trú của bệnh viện (nếu có), chi phí xét nghiệm, hoặc các phương pháp chẩn đoán hình ảnh như X-quang, MRI, CT, PET, siêu âm, nội soi (các xét nghiệm này phải do Bác sĩ chỉ định là biện pháp cần thiết để đánh giá tình trạng bệnh và phải là một phần của chi phí điều trị nằm viện), thuốc điều trị, truyền máu, ôxy, huyết thanh, quần áo bệnh viện và các chi phí y tế liên quan khác nhưng tối đa không quá giới hạn phụ cho mỗi ngày điều trị quy định trong Hợp đồng bảo hiểm. Tổng số ngày điều trị được xét trả tiền bảo hiểm không quá 60 ngày/năm và tổng số tiền không vượt quá Số tiền bảo hiểm quy định của quyền lợi điều trị nội trú.

a. Trường hợp phẫu thuật/thủ thuật

Trường hợp Người được bảo hiểm phải phẫu thuật/thủ thuật phải nằm viện điều trị nội trú thuộc phạm vi bảo hiểm, Bảo Minh sẽ thanh toán toàn bộ các chi phí hội chẩn, gây mê, hồi sức, chi phí phẫu thuật bao gồm cả phẫu thuật cấy ghép nội tạng (không bảo hiểm chi phí cho, nhận, mua, vận chuyển, bảo quản cơ quan cấy ghép và toàn bộ các chi phí phát sinh cho người hiến tạng). Giới hạn số tiền chi trả cho trường hợp phẫu thuật/thủ thuật không vượt mức giới hạn tối đa do Người được bảo hiểm lựa chọn khi tham gia bảo hiểm và được ghi cụ thể trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc Hợp đồng bảo hiểm.

Trường hợp phẫu thuật/thủ thuật ngoại trú/trong ngày không được chi trả trong quyền lợi này.

b. Điều trị ngoại trú

Bảo Minh sẽ thanh toán cho Người được bảo hiểm tham gia Điều khoản bổ sung này các chi phí y tế phát sinh điều trị ngoại trú do ung thư trong thời hạn bảo hiểm bao gồm:

- Chi phí khám, các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thủ thuật thăm dò, vật tư y tế tiêu hao thông thường theo chỉ định của Bác sĩ,
- Chi phí thuốc theo kê đơn của Bác sĩ,
- Chi phí phẫu thuật/thủ thuật ngoại trú/trong ngày, nội soi chẩn đoán như định nghĩa của Quy tắc,
- Vật lý trị liệu, trị liệu học bức xạ, liệu pháp ánh sáng do Bác sĩ chỉ định,

Giới hạn trách nhiệm theo các quyền lợi được quy định cụ thể trong Bảng Quyền lợi/Giấy chứng nhận bảo hiểm và/hoặc Hợp đồng bảo hiểm đính kèm.

c. Tử vong do ung thư

Trường hợp Người được bảo hiểm tử vong thuộc phạm vi bảo hiểm, Bảo Minh trả toàn bộ Số tiền bảo hiểm ghi trên Hợp đồng bảo hiểm.

3. Chương trình bảo hiểm

Bảo hiểm Ung thư. Theo giới hạn phụ bên dưới.	Số tiền bảo hiểm từ 30.000.000 VND đến tối đa 250.000.000 VND
Điều trị nội trú. Giới hạn/năm. tối đa 60 ngày/năm	Viện phí (VP)/năm tối đa = 40% Số tiền bảo hiểm
Viện phí điều trị nội trú/ngày. Tối đa 60 ngày/năm Phòng đơn tiêu chuẩn có giá thấp nhất tại bệnh viện	Tối đa 5% viện phí
Phẫu thuật/thủ thuật nội trú	Tối đa 40% Số tiền bảo hiểm
Điều trị Ngoại trú. Giới hạn/năm	Tối đa Hạn mức ngoại trú = 10% Số tiền bảo hiểm
Giới hạn lần khám	Tối đa 15% Ngoại trú
Tử vong do ung thư	Tối đa 50% Số tiền bảo hiểm

V. Bảo hiểm tai nạn cá nhân

1. Quyền lợi bảo hiểm

Bảo hiểm cho trường hợp tử vong, thương tật toàn bộ vĩnh viễn hoặc thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn xảy ra trong thời hạn bảo hiểm.

- Trường hợp Người được bảo hiểm tử vong hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, Bảo Minh trả toàn bộ Số tiền bảo hiểm trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc Hợp đồng bảo hiểm.
- Trường hợp Người được bảo hiểm bị thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm: Bảo Minh trả theo Phụ lục - Bảng tỷ lệ thương tật ban hành kèm Quy tắc bảo hiểm này.
- Trường hợp Người được bảo hiểm bị tai nạn dẫn đến thương tật bộ phận vĩnh viễn đã được trả tiền bảo hiểm, trong vòng 01 (một) năm kể từ ngày xảy ra tai nạn Người được bảo hiểm bị tử vong do hậu quả của chính tai nạn đó, Bảo Minh sẽ trả phần chênh lệch giữa Số tiền bảo hiểm ghi trong Hợp đồng hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm với số tiền đã trả trước đó.

2. Chương trình bảo hiểm

Bảo hiểm Tai nạn cá nhân Số tiền bảo hiểm/người/vụ	STBH tối đa 1.000.000.000 VND
Tử vong/thương tật toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn	100% số tiền bảo hiểm
Thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn	Tỷ lệ phần trăm số tiền bảo hiểm
Mở rộng thức ăn, đồ uống hoặc hít phải hơi độc, khí độc, chất độc	100% số tiền bảo hiểm

VI. Bảo hiểm sinh mạng (loại trừ bảo hiểm ung thư)

1. Phạm vi bảo hiểm

Bảo hiểm trường hợp tử vong hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn do ốm đau, bệnh tật, thai sản xảy ra trong thời hạn bảo hiểm và không thuộc những điểm loại trừ quy định tại Quy tắc bảo hiểm này.

2. Quyền lợi bảo hiểm

- Trường hợp Người được bảo hiểm tử vong hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn thuộc phạm vi bảo hiểm, Bảo Minh trả toàn bộ Số tiền bảo hiểm ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc Hợp đồng bảo hiểm.
- Bảo Minh trả theo Phụ lục - Bảng tỷ lệ thương tật ban hành kèm Quy tắc bảo hiểm này.

3. Chương trình bảo hiểm

Bảo hiểm Sinh mạng cá nhân	STBH tối đa 1.000.000.000 VND
Số tiền bảo hiểm/người/vụ (loại trừ ung thư)	
Tử vong hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn do ốm đau, bệnh tật, thai sản (loại trừ ung thư)	100% STBH

NÓI ĐẾN BẢO HIỂM, NGHĨ TỚI BẢO MINH
THINK INSURANCE, THINK BAO MINH



BẢO MINH[®]
Tận tình phục vụ



26 Tôn Thất Đạm, P. Nguyễn Thái Bình, Quận 1, TP. HCM
ĐT: (028) 3829 4180 - Fax: (028) 3829 4185
Email: marketing@baominh.com.vn
Website: www.baominh.com.vn
tructuyen.baominh.vn