

QUY TẮC BẢO HIỂM SỨC KHỎE VÀ TAI NẠN

*(Ban hành kèm theo Quyết định số 3708/2007-BM/BHCN ngày 16/11/2007 của
Tổng Giám đốc Tổng Công ty Cổ phần Bảo Minh)*

I. NGUYÊN TẮC CHUNG

Điều 1: Phạm vi địa lý

Phạm vi địa lý được bảo hiểm:

- Bảo hiểm tai nạn: toàn thế giới
- Bảo hiểm sức khỏe: lãnh thổ nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam, trừ khi có thỏa thuận khác.

Điều 2: Đối tượng bảo hiểm

1. Đối tượng bảo hiểm

Mọi công dân Việt Nam và người nước ngoài đang sinh sống, làm việc tại Việt Nam từ 1 tuổi đến 70 tuổi (sau đây gọi là Người được bảo hiểm).

2. Không thuộc đối tượng bảo hiểm:

- Những người bị bệnh tâm thần, phong, ung thư;
- Những người bị tàn phế hoặc thương tật vĩnh viễn từ 50% trở lên;
- Những người đang trong thời gian điều trị bệnh tật, thương tật.

Điều 3: Giải thích từ ngữ

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

Bác sĩ	là người có giấy phép hành nghề khám chữa bệnh hợp pháp theo luật của nước sở tại nơi Người được bảo hiểm điều trị theo quy định. Loại trừ trường hợp bác sĩ chính là Người được bảo hiểm, vợ/chồng hoặc họ hàng huyết thống của Người được bảo hiểm.
Bảo Minh	là Tổng Công ty Cổ phần Bảo Minh.
Bệnh có sẵn	có nghĩa là tất cả các bệnh tật, trên phương diện y học đã tồn tại và/hoặc có nguồn gốc từ trước ngày hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm đầu tiên.
Bệnh đặc biệt	là những bệnh ung thư và các loại u ác tính, cao hay hạ huyết áp, bệnh tim mạch, viêm loét dạ dày mạn tính, viêm loét ruột mạn tính, hen phế quản, viêm đa khớp mạn tính, viêm gan mạn tính, viêm nội mạc tử cung, bệnh trĩ, lao, sỏi các loại trong hệ thống bài tiết, đục nhân mắt, viêm xoang, đái tháo đường.
Bệnh viện	là một cơ sở khám chữa bệnh hợp pháp: <ul style="list-style-type: none">- Có khả năng và phương tiện chẩn đoán bệnh, điều trị và phẫu thuật (kể cả trường hợp chẩn đoán, điều trị theo phương pháp y học cổ truyền)

- Có điều kiện thuận lợi cho việc điều trị nội trú và có phiếu theo dõi sức khỏe hằng ngày cho mỗi bệnh nhân của mình.
- Không phải là nơi dùng để nghỉ ngơi hoặc điều dưỡng hay một cơ sở đặc biệt dành riêng cho người già, hoặc để cai nghiện rượu, ma túy, chất kích thích hoặc để điều trị rối loạn tâm thần, bệnh phong.
- Không phải là trạm y tế xã, phường, y tế cơ quan, phòng mạch bác sĩ, phòng chẩn trị Đông y, phòng mạch lương y.

Chăm sóc tại nhà

là các dịch vụ được thực hiện bởi một y tá có giấy phép hành nghề hợp pháp tại nhà riêng của Người được bảo hiểm khi có sự chỉ định của bác sĩ vì mục đích điều trị y khoa.

Chi phí y tế

các chi phí phát sinh từ việc điều trị cần thiết trên phương diện y khoa cho các tổn thương hoặc bệnh của Người được bảo hiểm.

Chủ hợp đồng bảo hiểm

là người đứng tên trong Hợp đồng bảo hiểm, thay mặt Người được bảo hiểm ký kết hợp đồng bảo hiểm với Bảo Minh.

Điều trị cần thiết trên phương diện y khoa

Điều trị hoặc các công việc cần thiết trên phương diện y khoa mang tất cả các ý nghĩa sau:

- **cần thiết và phù hợp với triệu chứng, chẩn đoán và điều trị bệnh.**
- **được thực hiện để chẩn đoán hoặc chăm sóc và điều trị bệnh.**

Điều trị sau khi xuất viện

có nghĩa là việc điều trị cần thiết trên phương diện y khoa sau ngày xuất viện, việc điều trị như vậy được cung cấp và được chỉ định bởi một Bác sĩ và phát sinh từ tổn thương thân thể thuộc phạm vi bảo hiểm cần phải nhập viện điều trị.

Điều trị thẩm mỹ

là các phương pháp điều trị y khoa nhằm làm thay đổi hình dáng, kích thước, cấu trúc hay màu sắc của một cơ quan cơ thể.

Điều trị thẩm mỹ không bao gồm điều trị tình trạng dị ứng ngoài da, nhiễm trùng da (ngoại trừ mụn, mụn cóc, viêm nang lông) và điều trị chỉnh hình sau tai nạn.

Điều trị trước khi

nhập viện	là việc khám bệnh sử dụng các xét nghiệm chẩn đoán được chỉ định bởi một Bác sĩ, thực hiện trong vòng 30 ngày trước khi nhập viện. Việc thực hiện các xét nghiệm chẩn đoán phải trực tiếp liên quan đến tình trạng bệnh được yêu cầu phải nhập viện.
Ghép cơ quan cơ thể	<p>có nghĩa là tất cả các chi phí thanh toán cho cuộc phẫu thuật ghép cơ quan bao gồm chi phí cho phẫu thuật viên, chi phí gây mê, phòng mổ.</p> <p>chi phí mua cơ quan ghép và tất cả các chi phí khác phát sinh từ việc hiến cơ quan và chi phí mua, ghép tim nhân tạo và các thiết bị dưỡng khí một chiều hay hai chiều đều không được bảo hiểm theo hợp đồng này.</p>
Hợp đồng bảo hiểm nhóm	<p>là hợp đồng bảo hiểm bao gồm Người được bảo hiểm là thành viên thuộc một công ty, cơ quan, xí nghiệp, đoàn thể, hiệp hội hay các tổ chức tương tự và người thân của họ.</p> <p>Bảo hiểm này chỉ được phát hành dưới hình thức hợp đồng bảo hiểm nhóm.</p>
Lương y	là người có giấy phép hành nghề khám chữa bệnh đông y hợp pháp theo luật của nước sở tại nơi Người được bảo hiểm điều trị theo quy định. Loại trừ trường hợp lương y chính là Người được bảo hiểm, vợ (chồng) hoặc họ hàng huyết thống của Người được bảo hiểm.
Nằm viện	là việc Người được bảo hiểm cần lưu trú liên tục ít nhất 24 giờ ở một bệnh viện để điều trị lâm sàng, bao gồm cả việc sinh đẻ hoặc điều trị trong thời kỳ có thai.
Người được bảo hiểm	là người được Bảo Minh chấp nhận bảo hiểm và được hưởng quyền lợi khi rủi ro được bảo hiểm xảy ra cho người đó.
Người thân	bao gồm vợ hoặc chồng (loại trừ những người đã ly hôn theo pháp luật), con cái, con ngoài giá thú, con riêng của vợ (hoặc chồng), người được nuôi dưỡng, con nuôi hợp pháp và cha mẹ của Người được bảo hiểm.
Ốm đau, bệnh tật	là ốm đau hoặc bệnh bất ngờ, không đoán biết trước, bộc phát và có nguồn gốc sau ngày hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực. Đồng thời, do ốm đau hoặc bệnh đó, Người được bảo hiểm hay người đại diện của Người được bảo hiểm cần phải yêu cầu được điều trị y tế.
Phẫu thuật	là một phương pháp khoa học để điều trị tổn thương thân thể được thực hiện bởi những phẫu thuật viên có bằng cấp thông qua những ca mổ bằng tay với các dụng cụ y tế hoặc bằng máy móc y tế trong bệnh viện.

Số tiền bảo hiểm	<p><u>đối với trường hợp chết và thương tật vĩnh viễn</u>: là số tiền tối đa Bảo Minh có thể trả cho Người được bảo hiểm trong một sự kiện bảo hiểm, được nêu trong Hợp đồng bảo hiểm.</p> <p><u>đối với các trường hợp khác</u>: là số tiền tối đa Bảo Minh có thể trả cho Người được bảo hiểm trong một năm bảo hiểm, được nêu trong Hợp đồng bảo hiểm.</p>
Tai nạn	<p>là những tai nạn xảy ra do một lực bất ngờ, ngoài ý muốn của Người được bảo hiểm, từ bên ngoài tác động lên thân thể Người được bảo hiểm và là nguyên nhân trực tiếp làm cho Người được bảo hiểm bị chết hoặc tổn thương thân thể.</p> <p>Tai nạn cũng bao gồm trường hợp người được bảo hiểm có hành động cứu người, cứu tài sản của nhà nước, của nhân dân hoặc tham gia chống các hành động phạm pháp.</p>
Tiền lương	<p>là khoản thu nhập Người được bảo hiểm đã nhận của tháng trước khi xảy ra sự kiện bảo hiểm và các khoản khác (nếu có) được chia từ nguồn lương của Chủ hợp đồng bảo hiểm.</p> <p>Tiền lương không bao gồm tiền thưởng, tiền làm thêm giờ hay các khoản thu nhập không cố định khác.</p>
Thương tật bộ phận vĩnh viễn	<p>có nghĩa là người được bảo hiểm bị vĩnh viễn mất đi một phần khả năng lao động.</p>
Thương tật toàn bộ tạm thời	<p>có nghĩa là Người được bảo hiểm bị mất khả năng lao động hoàn toàn và liên tục, không thực hiện được bất kỳ công việc nào liên quan đến nghề nghiệp của mình.</p>
Thương tật toàn bộ vĩnh viễn	<p>có nghĩa là Người được bảo hiểm bị mất khả năng lao động hoàn toàn và liên tục, không thực hiện được bất kỳ công việc nào phù hợp với trình độ học vấn, sự đào tạo và kinh nghiệm của người ấy để tạo ra lợi nhuận hay tiền lương trong suốt 12 tháng liên tục kể từ thời điểm kết thúc việc điều trị tổn thương thân thể.</p>
Tổn thương thân thể	<p>có nghĩa là tổn thương đối với thân thể gây ra bởi tai nạn hay ốm đau, bệnh tật phát sinh trong thời hạn hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm.</p>

II. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Điều 4: Bảo hiểm tai nạn

Quyền lợi bảo hiểm được quy định tại Phụ lục 1 - Quyền lợi và phí bảo hiểm tai nạn đính kèm quy tắc này.

Điều 5: Bảo hiểm sức khỏe

Quyền lợi bảo hiểm được quy định tại Phụ lục 2 - Quyền lợi và phí bảo hiểm sức khỏe đính kèm quy tắc này.

III. LOẠI TRỪ

Điều 6: Loại trừ áp dụng chung cho cả bảo hiểm tai nạn và bảo hiểm sức khỏe

Bảo hiểm này không trả tiền bảo hiểm trong những trường hợp sau hoặc gây ra bởi:

1. Hành động cố ý gây thiệt hại của Người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp (trừ trường hợp người thừa kế là trẻ em dưới 14 tuổi).
2. Người được bảo hiểm có sử dụng rượu, bia, ma túy hoặc các chất kích thích tương tự khác vượt nồng độ theo quy định của pháp luật.
3. Người được bảo hiểm vi phạm pháp luật, nội quy, quy định của chính quyền địa phương hoặc các tổ chức xã hội.
4. Người được bảo hiểm điều khiển phương tiện cơ giới mà không có giấy phép hợp lệ theo quy định của pháp luật.
5. Điều trị hoặc sử dụng thuốc không theo chỉ định của bác sĩ, lương y.
6. Các hoạt động hàng không (trừ khi với tư cách là hành khách có vé). Các cuộc diễn tập, huấn luyện quân sự, tham gia chiến đấu của các lực lượng vũ trang.
7. Người được bảo hiểm tham gia đánh nhau trừ khi được xác nhận đó là hành động tự vệ.
8. Động đất, núi lửa, nhiễm phóng xạ, chiến tranh, nội chiến, bạo động dân sự, đình công, khủng bố.

Điều 7: Loại trừ áp dụng riêng cho bảo hiểm tai nạn

Bảo hiểm này không trả tiền bảo hiểm trong những trường hợp sau hoặc gây ra bởi:

1. Cảm đột ngột, trúng gió, bệnh tật, sảy thai, bệnh nghề nghiệp, những tai biến trong quá trình điều trị bệnh và thai sản.
2. Ngộ độc thức ăn, đồ uống hoặc hít phải hơi ga độc hại.

Điều 8: Loại trừ áp dụng riêng cho bảo hiểm sức khỏe

Bảo hiểm này không trả tiền bảo hiểm trong những trường hợp sau hoặc gây ra bởi:

1. Tất cả các chi phí vượt quá chi phí hợp lý, theo thông lệ và điều trị cần thiết trên phương diện y khoa.

2. Điều dưỡng, an dưỡng, chủng ngừa, nằm viện để kiểm tra sức khỏe hoặc khám giám định y khoa mà không liên quan đến việc điều trị bệnh tật.
3. Điều trị hoặc phẫu thuật các bệnh tật bẩm sinh, những thương tật và chỉ định phẫu thuật có từ trước ngày bắt đầu bảo hiểm.
4. Điều trị các bất thường về sinh hóa, chuyển hóa của cơ thể như tăng lipid máu, men gan cao, nồng độ calci thấp hay các tình trạng tương tự. Chi phí xét nghiệm được thực hiện theo ý muốn của Người được bảo hiểm.
5. Điều trị chưa được khoa học công nhận hoặc điều trị thử nghiệm. Điều trị thẩm mỹ, chỉnh hình, phục hồi chức năng, làm chân, tay giả, mắt giả, răng giả, dụng cụ trợ thính.
6. Điều trị ngoại trú do ốm đau, bệnh tật, thai sản (trừ khi có thỏa thuận khác). Điều trị răng không phải do tai nạn (trừ khi có thỏa thuận khác)
7. Điều trị tật khúc xạ của mắt. Kế hoạch hóa gia đình, điều trị vô sinh. Điều trị tình trạng suy nhược cơ thể.
8. Bệnh đặc biệt (chỉ áp dụng trong năm đầu tiên tham gia bảo hiểm)
9. Bệnh có sẵn. Tuy nhiên, điểm loại trừ này:
 - chỉ được áp dụng trong năm đầu tiên kể từ ngày tham gia bảo hiểm đối với hợp đồng bảo hiểm nhóm dưới 30 thành viên.
 - không áp dụng đối với hợp đồng bảo hiểm nhóm có từ 30 thành viên trở lên.
 - đối với những người tham gia bổ sung sau ngày hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, loại trừ bệnh có sẵn và loại trừ bệnh đặc biệt được áp dụng một năm.
10. Người được bảo hiểm mắc các bệnh giang mai, lậu, nhiễm vi rút HIV, sốt rét và bệnh nghề nghiệp.

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

Điều 9: Cấp hợp đồng bảo hiểm

Khi có Giấy yêu cầu bảo hiểm, Bảo Minh sẽ cấp hợp đồng bảo hiểm kèm theo danh sách Người được bảo hiểm và Giấy chứng nhận bảo hiểm (hoặc Thẻ bảo hiểm) cho từng Người được bảo hiểm.

Điều 10: Sửa đổi bổ sung

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

Điều 11: Phí bảo hiểm và Số tiền bảo hiểm

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

Hợp đồng bảo hiểm chỉ có hiệu lực khi chủ hợp đồng bảo hiểm đã thanh toán phí bảo hiểm (trừ khi có thỏa thuận khác bằng văn bản).

Điều 12: Thời điểm bắt đầu hiệu lực bảo hiểm

1. Đối với hợp đồng bảo hiểm tái tục, hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực ngay thời điểm tái tục trừ khi có thỏa thuận khác.
2. Đối với hợp đồng bảo hiểm đầu tiên và hợp đồng bảo hiểm không liên tục, hiệu lực bảo hiểm tuân theo các quy định sau, trừ khi có thỏa thuận khác:
 - a. Bảo hiểm tai nạn có hiệu lực ngay;
 - b. Trường hợp ốm đau bệnh tật (không phải do tai nạn): bảo hiểm chỉ có hiệu lực sau 30 ngày;
 - c. Trường hợp sảy thai, nạo thai theo chỉ định của bác sĩ, điều trị biến chứng thai sản: bảo hiểm chỉ có hiệu lực sau 90 ngày;
 - d. Trường hợp sinh đẻ: bảo hiểm chỉ có hiệu lực sau 270 ngày.
3. Đối với hợp đồng bảo hiểm nhóm có từ 30 thành viên trở lên:
 - a. Nếu điều trị ốm đau, bệnh tật trong thời hạn 30 ngày thì tiền bảo hiểm được trả theo tỷ lệ giữa số ngày đã tham gia bảo hiểm và 30 ngày;
 - b. Nếu sinh đẻ trong thời hạn 270 ngày thì tiền bảo hiểm được trả theo tỷ lệ giữa số ngày tham gia bảo hiểm và 270 ngày;
 - c. Nếu sảy thai, nạo thai theo chỉ định của bác sĩ, điều trị biến chứng thai sản trong thời hạn 90 ngày thì tiền bảo hiểm được trả theo tỷ lệ giữa số ngày tham gia bảo hiểm và 90 ngày.

Đối với các cá nhân gia nhập hợp đồng bảo hiểm nhóm tại thời điểm sau ngày hiệu lực của hợp đồng, thời gian chờ quy định tại mục 2a, 2d, 2c, 2d được áp dụng.

Điều 13: Chấm dứt hợp đồng bảo hiểm

Trường hợp một trong hai bên đề nghị chấm dứt hợp đồng bảo hiểm, việc chấm dứt hợp đồng phải phù hợp với quy định của Luật kinh doanh bảo hiểm và Bộ Luật Dân sự. Bên yêu cầu chấm dứt phải thông báo bằng văn bản cho bên kia biết trước 30 ngày kể từ ngày có ý định chấm dứt. Nếu hợp đồng được hai bên thỏa thuận chấm dứt, Bảo Minh sẽ hoàn trả 80% phí bảo hiểm của thời gian hiệu lực còn lại, với điều kiện đến thời điểm đó hợp đồng bảo hiểm chưa có lần nào được Bảo Minh chấp nhận trả tiền bồi thường.

V. TRÁCH NHIỆM CỦA NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

Điều 14: Trách nhiệm của Người được bảo hiểm

1. Kê khai trung thực, đầy đủ các khoản mục quy định trong Giấy yêu cầu bảo hiểm và nộp phí bảo hiểm.
2. Khi xảy ra sự kiện bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc thân nhân của Người được bảo hiểm phải áp dụng các biện pháp cần thiết và có thể thực hiện được để ngăn ngừa hạn chế tổn thất.
3. Trung thực trong việc khai báo và cung cấp các chứng từ liên quan đến sự kiện bảo hiểm.

VI. THỦ TỤC TRẢ TIỀN BẢO HIỂM

Điều 15: Hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm

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 theo mẫu của Bảo Minh.
2. Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc hợp đồng bảo hiểm (bản sao).
3. Biên bản tai nạn có xác nhận của cơ quan, chính quyền địa phương hoặc công an nơi Người được bảo hiểm bị tai nạn.
4. Các chứng từ y tế: đơn thuốc, giấy ra viện, phiếu điều trị (trường hợp điều trị nội trú), phiếu mổ (trường hợp phẫu thuật)... do người có thẩm quyền của cơ sở y tế ký, đóng dấu.
5. Các chứng từ chi phí y tế: biên lai, hoá đơn bệnh viện, phòng khám...
6. Giấy chứng tử (trường hợp Người được bảo hiểm chết).
7. Chứng từ chứng minh quyền thừa kế hợp pháp (trường hợp Người được bảo hiểm chết).

Trường hợp Người được bảo hiểm ủy quyền cho người khác nhận tiền bảo hiểm, phải có giấy ủy quyền hợp pháp.

Điều 16: Trả tiền bảo hiểm

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

Điều 17: Nghĩa vụ trung thực

Trường hợp Người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp không trung thực trong việc thực hiện các điều quy định trong Quy tắc này, Bảo Minh có quyền từ chối một phần hoặc toàn bộ tiền bảo hiểm trả cho người đó tùy theo mức độ vi phạm.

Điều 18: Bảo hiểm trùng, đòi người thứ ba

1. Bảo hiểm trùng và đòi người thứ ba không áp dụng đối với quyền lợi bảo hiểm chi trả cho thương tật vĩnh viễn hoặc chết
2. Nếu tại thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm, Người được bảo hiểm đang được bảo hiểm bởi một hoặc nhiều hợp đồng bảo hiểm con người khác (trừ Bảo hiểm xã hội), trong trường hợp này các chi phí điều trị y tế cho cùng tổn thương thân thể hoặc các khoản mất thu nhập do tổn thương thân thể gây ra thì bảo hiểm này sẽ trả tiền bảo hiểm theo tỷ lệ tương ứng giữa số tiền bảo hiểm của bảo hiểm này và tổng số tiền bảo hiểm của các hợp đồng bảo hiểm con người.

Điều 19: Thời hạn thông báo sự kiện bảo hiểm và thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm

Trong vòng 30 ngày kể từ thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp phải thông báo cho Bảo Minh bằng văn bản. Quá thời hạn trên, Người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp sẽ bị từ chối một phần hay toàn bộ số tiền bảo hiểm trừ trường hợp bất khả kháng.

Trong vòng một năm kể từ thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp phải gửi đến Bảo Minh hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm. Quá thời hạn trên, Người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp sẽ mất quyền yêu cầu trả tiền bảo hiểm trừ trường hợp bất khả kháng.

Điều 20: Thời hạn giải quyết yêu cầu trả tiền bảo hiểm

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

Điều 21: Thời hiệu khởi kiện

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

VII. GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP

Điều 22: Giải quyết tranh chấp

Mọi tranh chấp có liên quan đến quy tắc bảo hiểm này, nếu các bên không thỏa thuận được bằng thương lượng thì một trong hai bên được quyền đưa vụ việc ra giải quyết tại tòa án theo quy định của pháp luật.

**TÔNG CÔNG TY CỔ PHẦN BẢO MINH
TỔNG GIÁM ĐỐC**

(đã ký)

TS. TRẦN VĨNH ĐỨC

PHỤ LỤC 1
(USD)

QUYỀN LỢI VÀ PHÍ
BẢO HIỂM TAI NẠN

(Ban hành kèm theo Quyết định số 3708/2007-BM/BHCN ngày 16/11/2007 của Tổng Giám đốc Tổng Công ty Cổ phần Bảo Minh)

I. Quyền lợi bảo hiểm

Trong thời gian hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm, Người được bảo hiểm bị tổn thương thân thể do tai nạn mà tổn thương thân thể này độc lập với bất kỳ nguyên nhân nào khác, dẫn đến chết, thương tật thân thể trong vòng 24 tháng hay làm phát sinh các chi phí y tế, Bảo Minh trả tiền bảo hiểm theo các mục sau:

Stt	Rủi ro bảo hiểm	Quyền lợi bảo hiểm
1	Chết	toàn bộ số tiền bảo hiểm
2	Thương tật toàn bộ vĩnh viễn	toàn bộ số tiền bảo hiểm
3	Thương tật bộ phận vĩnh viễn	tỷ lệ phần trăm của số tiền bảo hiểm. Tỷ lệ phần trăm của thương tật quy định tại Bảng tỷ lệ thương tật.
4	Mất giảm thu nhập	Là tiền lương bị mất trong thời gian điều trị thương tật toàn bộ tạm thời hay số tiền thỏa thuận trên hợp đồng bảo hiểm, tùy số tiền nào thấp hơn. Tiền bảo hiểm trả cho trường hợp này không quá thời gian đã chọn trong hợp đồng bảo hiểm.
5	Chi phí y tế	chi phí y tế cần thiết và hợp lý để điều trị tổn thương thân thể do tai nạn, nhưng không vượt quá Số tiền bảo hiểm

Bảo hiểm này cung cấp độc lập, Chủ hợp đồng bảo hiểm có quyền chọn mua trong 5 rủi ro bảo hiểm ở bảng trên, trong đó bắt buộc phải có rủi ro 1, 2 và 3.

II. Phí bảo hiểm

(Đvt: USD)

Nhóm nghề nghiệp	Nhóm 1	Nhóm 2	Nhóm 3	Nhóm 4
Rủi ro bảo hiểm				

Chết thương tật toàn bộ vĩnh viễn thương tật bộ phận vĩnh viễn	0,10%	0,12%	0,14%	Bảo Minh định phí theo từng trường hợp khách hàng có yêu cầu
Mất giảm thu nhập				
- Thời hạn trả tiền 3 tháng	0,35%	0,43%	0,51%	
- Thời hạn trả tiền 6 tháng	0,30%	0,39%	0,45%	
- Thời hạn 12, 18 hoặc 24 tháng	0,25%	0,30%	0,35%	
Chi phí y tế				
1.000	10	12	14	
2.000	15	17	19	
3.000	20	22	24	
5.000	30	33	36	
10.000	50	55	60	
20.000	80	85	90	

* Đối với trường hợp thể hiện bằng tỷ lệ phần trăm (tỷ lệ phí bảo hiểm), phí bảo hiểm = Tỷ lệ phí bảo hiểm x Số tiền bảo hiểm.

III. Phân nhóm nghề nghiệp

Nhóm 1: Công việc quản lý tại văn phòng

Vd: Chủ tịch công ty, nhân viên ngân hàng, thư ký, bác sĩ, luật sư, người bán hàng làm các công việc nhẹ và không dùng máy móc.

Nhóm 2: Lao động trí óc có tiếp xúc với rủi ro tai nạn tại nơi làm việc, hay có bao gồm đi lại bên ngoài văn phòng với nhiệm vụ giám sát, đôi khi có làm công việc chân tay nhẹ.

Vd: Kỹ sư, nhân viên thương mại, quản đốc ngành công nghiệp nhẹ, thợ uốn tóc, người bán hàng có sử dụng máy móc nhỏ, người làm công việc quản lý tinh thoảng có đi thăm công xưởng hay hầm mỏ.

Nhóm 3: Công việc có nguy cơ tai nạn cao, lao động chân tay, lao động trong ngành công nghiệp nặng, hay công việc không thuộc nhóm 2.

Vd: Thợ trang trí, thợ điện, bác sĩ thú y, kỹ sư cơ khí, công nhân sử dụng các thiết bị điện cầm tay.

Nhóm 4: Công việc nguy hiểm hay công việc tiếp xúc các hiểm họa đặc biệt hay công việc không thuộc nhóm 3. Phí bảo hiểm cho loại nghề nghiệp này được quyết định cho từng trường hợp bảo hiểm.

**TỔNG CÔNG TY CỔ PHẦN BẢO MINH
TỔNG GIÁM ĐỐC**

(đã ký)

TS.TRẦN VĨNH ĐỨC

PHỤ LỤC 1 (VND)

QUYỀN LỢI VÀ PHÍ BẢO HIỂM TAI NẠN

(Ban hành kèm theo Quyết định số 3708/2007-BM/BHCN ngày 16/11/2007 của Tổng Giám đốc Tổng Công ty Cổ phần Bảo Minh)

I. Quyền lợi bảo hiểm

Trong thời gian hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm, Người được bảo hiểm bị tổn thương thân thể do tai nạn mà tổn thương thân thể này độc lập với bất kỳ nguyên nhân nào khác, dẫn đến chết, thương tật thân thể trong vòng 24 tháng hay làm phát sinh các chi phí y tế, Bảo Minh trả tiền bảo hiểm theo các mục sau:

Stt	Rủi ro bảo hiểm	Quyền lợi bảo hiểm
1	Chết	Toàn bộ số tiền bảo hiểm
2	Thương tật toàn bộ vĩnh viễn	Toàn bộ số tiền bảo hiểm
3	Thương tật bộ phận vĩnh viễn	tỷ lệ phần trăm của số tiền bảo hiểm. Tỷ lệ phần trăm của thương tật quy định tại Bảng tỷ lệ thương tật.
4	Mất giảm thu nhập	Là tiền lương bị mất trong thời gian điều trị thương tật toàn bộ tạm thời hay số tiền thỏa thuận trên hợp đồng bảo hiểm, tùy số tiền nào thấp hơn. Tiền bảo hiểm trả cho trường hợp này không quá thời gian đã chọn trong hợp đồng bảo hiểm.
5	Chi phí y tế	chi phí y tế cần thiết và hợp lý để điều trị tổn thương thân thể do tai nạn nhưng không vượt quá số tiền bảo hiểm

Bảo hiểm này cung cấp độc lập, Chủ hợp đồng bảo hiểm có quyền chọn mua trong 5 rủi ro bảo hiểm ở bảng trên, trong đó bắt buộc phải có rủi ro 1, 2 và 3.

II. Phí bảo hiểm

(Đvt: VND)

Nhóm nghề nghiệp	Nhóm 1	Nhóm 2	Nhóm 3	Nhóm 4
Rủi ro bảo hiểm				

Chết thương tật toàn bộ vĩnh viễn thương tật bộ phận vĩnh viễn	0,10%	0,12%	0,14%	Bảo Minh định phí theo từng trường hợp khách hàng có yêu cầu
Mất giảm thu nhập				
- Thời hạn trả tiền 3 tháng	0,35%	0,43%	0,51%	
- Thời hạn trả tiền 6 tháng	0,30%	0,39%	0,45%	
- Thời hạn 12, 18 hoặc 24 tháng	0,25%	0,30%	0,35%	
Chi phí y tế				
15.000.000	150.000	180.000	210.000	
30.000.000	225.000	255.000	285.000	
45.000.000	300.000	330.000	375.000	
75.000.000	450.000	495.000	540.000	
150.000.000	750.000	825.000	900.000	
300.000.000	1.200.000	1.275.000	1.350.000	

* Đối với trường hợp thể hiện bằng tỷ lệ phần trăm (tỷ lệ phí bảo hiểm), phí bảo hiểm = Tỷ lệ phí bảo hiểm x Số tiền bảo hiểm.

III. Phân nhóm nghề nghiệp

Nhóm 1: Công việc quản lý tại Văn phòng

Vd: Chủ tịch công ty, nhân viên ngân hàng, thư ký, bác sĩ, luật sư, người bán hàng làm các công việc nhẹ và không dùng máy móc.

Nhóm 2: Lao động trí óc có tiếp xúc với rủi ro tai nạn tại nơi làm việc, hay có bao gồm đi lại bên ngoài văn phòng với nhiệm vụ giám sát, đôi khi có làm công việc chân tay nhẹ.

Vd: Kỹ sư, nhân viên thương mại, quản đốc ngành công nghiệp nhẹ, thợ uốn tóc, người bán hàng có sử dụng máy móc nhỏ, người làm công việc quản lý thỉnh thoảng có đi thăm công xưởng hay hầm mỏ.

Nhóm 3: Công việc có nguy cơ tai nạn cao, lao động chân tay, lao động trong ngành công nghiệp nặng, hay công việc không thuộc Nhóm 2.

Vd: thợ trang trí, thợ điện, bác sĩ thú y, kỹ sư cơ khí, công nhân sử dụng các thiết bị điện cầm tay.

Nhóm 4: Công việc nguy hiểm hay công việc tiếp xúc các hiểm họa đặc biệt hay công việc không thuộc Nhóm 3. Phí bảo hiểm cho loại nghề nghiệp này được quyết định cho từng trường hợp bảo hiểm.

**TỔNG CÔNG TY CỔ PHẦN BẢO MINH
TỔNG GIÁM ĐỐC**

(đã ký)

TS. TRẦN VĨNH ĐỨC

VIII. PHỤ LỤC 2
(USD)

QUYỀN LỢI VÀ PHÍ
BẢO HIỂM SỨC KHỎE

(Ban hành kèm theo Quyết định số 3708/2007-BM/BHCN ngày 16/11/2007 của Tổng Giám đốc Tổng Công ty Cổ phần Bảo Minh)

I. Bảo hiểm sinh mạng

Trong thời gian có hiệu lực của thời hạn bảo hiểm, Người được bảo hiểm bị tổn thương thân thể do ốm đau, bệnh tật, thai sản mà tổn thương thân thể này độc lập với bất kỳ nguyên nhân nào khác, dẫn đến chết, thương tật thân thể trong vòng 24 tháng, Bảo Minh trả tiền bảo hiểm theo các mục sau:

Stt	Rủi ro bảo hiểm	Quyền lợi bảo hiểm	Phí bảo hiểm / người / năm
1	Chết	Toàn bộ số tiền bảo hiểm	0,20%
2	Thương tật toàn bộ vĩnh viễn	Toàn bộ số tiền bảo hiểm	
3	Thương tật bộ phận vĩnh viễn	tỷ lệ phần trăm của số tiền bảo hiểm. Tỷ lệ phần trăm của thương tật quy định tại Bảng tỷ lệ thương tật.	
4	Thương tật toàn bộ tạm thời	lương trong thời gian bị thương tật toàn bộ tạm thời hay số tiền thỏa thuận trên hợp đồng tùy số nào thấp hơn. Tiền bảo hiểm trả cho trường hợp này không quá thời gian đã chọn trong hợp đồng.	0,50%

* Bảo hiểm này không cung cấp độc lập, chỉ được cung cấp khi Chủ hợp đồng bảo hiểm đã mua bảo hiểm chi phí y tế trước đó.

** Đối với trường hợp thể hiện bằng tỷ lệ phần trăm (tỷ lệ phí bảo hiểm), phí bảo hiểm = Tỷ lệ phí bảo hiểm x Số tiền bảo hiểm.

II. Bảo hiểm chi phí y tế

Trong thời gian có hiệu lực của thời hạn bảo hiểm, Người được bảo hiểm bị ốm đau, bệnh tật, thai sản đòi hỏi phải nằm viện, phẫu thuật tại bệnh viện, Bảo Minh trả tiền bảo hiểm theo các mục sau:

Chi phí điều trị nội trú

(Đvt: USD)

Stt	Số tiền bảo hiểm	Mức 1	Mức 2	Mức 3	Mức 4	Mức 5
		2.000	3.000	5.000	10.000	20.000
	Khoản mục	Giới hạn phụ				

1	Tiền nằm viện, tối đa 90 ngày / năm, giới hạn / ngày - Giường bệnh + bữa ăn trong bệnh viện - Thuốc điều trị - Tiền bác sĩ - Chi phí xét nghiệm - Vật tư y tế khác	100	150	200	500	800
2	Điều trị chăm sóc đặc biệt, tối đa 30 ngày / năm, giới hạn / ngày	200	300	400	1.000	1.600
3	Chi phí phẫu thuật, giới hạn / năm	2.000	3.000	5.000	10.000	20.000
4	Phẫu thuật ghép cơ quan cơ thể, giới hạn / năm	không	Không	5.000	10.000	20.000
5	Điều trị trước khi nhập viện (trong vòng 30 ngày trước khi nhập viện), giới hạn / năm	không	Không	200	300	500
6	Điều trị sau khi xuất viện, tối đa 30 ngày / năm	không	Không	30 / ngày	50 / ngày	100 / ngày
7	Điều trị tại nhà, tối đa 30 ngày / năm	không	Không	15 / ngày	25 / ngày	50 / ngày
8	Chi phí xe cứu thương	trả toàn bộ	trả toàn bộ	trả toàn bộ	trả toàn bộ	trả toàn bộ
9	Trợ cấp nằm viện, giới hạn / ngày nằm viện	5	8	10	15	20
10	Chi phí mai táng	100	100	150	200	300
	Phí bảo hiểm / người / năm	60	80	100	150	200

* Bảo hiểm này cung cấp độc lập

III. Chi phí điều trị ngoại trú

Trong thời gian có hiệu lực của thời hạn bảo hiểm, Người được bảo hiểm bị ốm đau, bệnh tật, thai sản đòi hỏi phải khám chữa bệnh ngoại trú, Bảo Minh trả 80% tiền bảo hiểm sau khi khấu trừ 7 USD / lần khám chữa bệnh. Tiền bảo hiểm được thanh toán bao gồm:

- Tiền khám bệnh
- Tiền thuốc theo chỉ định của bác sĩ
- Chi phí xét nghiệm chẩn đoán
- Các thủ thuật điều trị
- Vật lý trị liệu

Giới hạn

(Đvt: USD)

Giới hạn năm	Mức 1 200	Mức 2 300	Mức 3 500	Mức 4 700	Mức 5 1.000
Số lần khám chữa bệnh	không giới hạn	không giới hạn	không giới hạn	không giới hạn	không giới hạn

Phí bảo hiểm / người / năm	50	75	100	130	180
-----------------------------------	-----------	-----------	------------	------------	------------

Người được bảo hiểm có quyền chọn điều trị tại bệnh viện hoặc tại phòng mạch của bác sĩ, lương y có giấy phép.

Bảo hiểm chi phí điều trị ngoại trú không bao gồm chi phí điều trị nha khoa (không do tai nạn).

Mức miễn thường có khấu trừ: 7 USD / lần khám chữa bệnh

** Bảo hiểm này không cung cấp độc lập, Chủ hợp đồng bảo hiểm phải mua bảo hiểm chi phí điều trị nội trú trước đó với mức bằng hoặc cao hơn.*

IV. Bảo hiểm điều trị nha khoa

Trong thời gian có hiệu lực của thời hạn bảo hiểm, Người được bảo hiểm bị bệnh về răng đòi hỏi phải điều trị y khoa, Bảo Minh trả 80% tiền bảo hiểm sau khi khấu trừ 7 USD / lần điều trị.

Quyền lợi bảo hiểm:

Điều trị thông thường

- Tiền khám bác sĩ
- Chụp phim theo chỉ định
- Nạo vôi răng
- Trám răng
- Nhổ răng

Điều trị chuyên sâu

- Nhổ răng
- Cắt chỏm răng
- Lấy tủy răng

Giới hạn

(Đvt: USD)

Giới hạn năm	Mức 1 100	Mức 2 150	Mức 3 250	Mức 4 350	Mức 5 500
Số lần khám chữa bệnh	không giới hạn	không giới hạn	không giới hạn	không giới hạn	không giới hạn
Phí bảo hiểm / người / năm	30	45	70	100	135

Người được bảo hiểm có quyền chọn điều trị tại bệnh viện hoặc tại phòng mạch của bác sĩ, lương y có giấy phép.

Mức miễn thường có khấu trừ 7 USD / lần điều trị

** Bảo hiểm này không cung cấp độc lập, Chủ hợp đồng bảo hiểm phải mua bảo hiểm chi phí điều trị nội trú trước đó với mức bằng hoặc cao hơn.*

V. Bảo hiểm điều trị mắt

Trong thời gian có hiệu lực của thời hạn bảo hiểm, Người được bảo hiểm bị tật khúc xạ mắt đòi hỏi phải điều chỉnh bằng kính hoặc phẫu thuật theo chỉ định của bác sĩ, Bảo Minh trả tiền bảo hiểm theo các mục sau:

Quyền lợi bảo hiểm: Bảo Minh thanh toán 80% chi phí mua kính hay kính sát trùng theo chỉ định của bác sĩ, chi phí phẫu thuật. Quy định rằng phẫu thuật phải nằm trong danh mục cho phép của ngành y tế Việt Nam và được thực hiện tại bệnh viện

Giới hạn

(Đvt: USD)

Giới hạn năm	Mức 1 1.000	Mức 2 1.500	Mức 3 2.500	Mức 4 2.500	Mức 5 2.500
Chi phí mua kính (1 lần / năm)	50	80	100	150	200
Chi phí phẫu thuật	1.000	1.500	2.500	2.500	2.500
Phí bảo hiểm / người / năm	20	30	50	60	70

* Bảo hiểm này không cung cấp độc lập, Chủ hợp đồng bảo hiểm phải mua bảo hiểm chi phí điều trị nội trú trước đó với mức bằng hoặc cao hơn.

VI. Tỷ lệ phí ngắn hạn (áp dụng trong trường hợp tham gia bảo hiểm dưới 1 năm)

- **Đến 3 tháng: 30% phí cả năm**
- **Đến 6 tháng: 60% phí cả năm**
- **Đến 9 tháng: 85% phí cả năm**
- **Trên 9 tháng: 100% phí cả năm.**

**TỔNG CÔNG TY CỔ PHẦN BẢO MINH
TỔNG GIÁM ĐỐC**

(đã ký)

TS. TRẦN VĂN ĐỨC

PHỤ LỤC 2
(VNĐ)

QUYỀN LỢI VÀ PHÍ
BẢO HIỂM SỨC KHỎE

(Ban hành kèm theo Quyết định số 3708/2007-BM/BHCN ngày 16/11/2007 của Tổng Giám đốc Tổng Công ty Cổ phần Bảo Minh)

I. Bảo hiểm sinh mạng

Trong thời gian có hiệu lực của thời hạn bảo hiểm, Người được bảo hiểm bị tổn thương thân thể do ốm đau, bệnh tật, thai sản mà tổn thương thân thể này độc lập với bất kỳ nguyên nhân nào khác, dẫn đến chết, thương tật thân thể trong vòng 24 tháng, Bảo Minh trả tiền bảo hiểm theo các mục sau:

Stt	Rủi ro bảo hiểm	Quyền lợi bảo hiểm	Phí bảo hiểm / người / năm
1	Chết	Toàn bộ số tiền bảo hiểm	0,20%
2	Thương tật toàn bộ vĩnh viễn	Toàn bộ số tiền bảo hiểm	
3	Thương tật bộ phận vĩnh viễn	tỷ lệ phần trăm của số tiền bảo hiểm. Tỷ lệ phần trăm của thương tật quy định tại Bảng tỷ lệ thương tật.	
4	Thương tật toàn bộ tạm thời	lương trong thời gian bị thương tật toàn bộ tạm thời hay số tiền thỏa thuận trên hợp đồng tùy số nào thấp hơn. Tiền bảo hiểm trả cho trường hợp này không quá thời gian đã chọn trong hợp đồng.	0,50%

* Bảo hiểm này không cung cấp độc lập, chỉ được cung cấp khi Chủ hợp đồng bảo hiểm đã mua bảo hiểm chi phí y tế trước đó.

** Đối với trường hợp thể hiện bằng tỷ lệ phần trăm (tỷ lệ phí bảo hiểm), phí bảo hiểm = Tỷ lệ phí bảo hiểm x Số tiền bảo hiểm.

II. Bảo hiểm chi phí y tế

Trong thời gian có hiệu lực của thời hạn bảo hiểm, Người được bảo hiểm bị ốm đau, bệnh tật, thai sản đòi hỏi phải nằm viện, phẫu thuật, Bảo Minh trả tiền bảo hiểm theo các mục sau:

Chi phí điều trị nội trú

(Đvt: VNĐ)

Stt	Số tiền bảo hiểm	Mức 1	Mức 2	Mức 3	Mức 4	Mức 5
		30.000.000	45.000.000	75.000.000	150.000.000	300.000.000
	Khoản mục	Giới hạn phụ				

1	Tiền nằm viện, tối đa 90 ngày / năm, giới hạn / ngày - Giường bệnh + bữa ăn trong bệnh viện - Thuốc điều trị - Tiền bác sĩ - Chi phí xét nghiệm - Vật tư y tế khác	1.500.000	2.250.000	3.000.000	7.500.000	12.000.000
2	Điều trị chăm sóc đặc biệt, tối đa 30 ngày / năm, giới hạn / ngày	3.000.000	4.500.000	6.000.000	15.000.000	24.000.000
3	Chi phí phẫu thuật, giới hạn / năm	30.000.000	45.000.000	75.000.000	150.000.000	300.000.000
4	Phẫu thuật ghép cơ quan cơ thể, giới hạn / năm	Không	không	75.000.000	150.000.000	300.000.000
5	Điều trị trước khi nhập viện (trong vòng 30 ngày trước khi nhập viện), giới hạn / năm	Không	không	3.000.000	4.500.000	7.500.000
6	Điều trị sau khi xuất viện, tối đa 30 ngày / năm	Không	không	450.000 / ngày	750.000 / ngày	1.500.000 / ngày
7	Điều trị tại nhà, tối đa 30 ngày / năm	Không	không	225.000 / ngày	375.000 / ngày	750.000 / ngày
8	Chi phí xe cứu thương	trả toàn bộ	trả toàn bộ	trả toàn bộ	trả toàn bộ	trả toàn bộ
9	Trợ cấp nằm viện, giới hạn / ngày nằm viện	75.000	120.000	150.000	225.000	300.000
10	Chi phí mai táng	1.500.000	1.500.000	2.250.000	3.000.000	4.500.000
	Phí bảo hiểm / người / năm	900.000	1.200.000	1.500.000	2.250.000	3.000.000

* Bảo hiểm này cung cấp độc lập

III. Chi phí điều trị ngoại trú

Trong thời gian có hiệu lực của thời hạn bảo hiểm, Người được bảo hiểm bị ốm đau, bệnh tật, thai sản đòi hỏi phải khám chữa bệnh ngoại trú, Bảo Minh trả 80% tiền bảo hiểm sau khi khấu trừ 7 USD / lần khám chữa bệnh. Tiền bảo hiểm được thanh toán bao gồm:

- Tiền khám bệnh
- Tiền thuốc theo chỉ định của bác sĩ
- Chi phí xét nghiệm chẩn đoán
- Các thủ thuật điều trị
- Vật lý trị liệu

Giới hạn

(Đvt: VND)

Giới hạn năm	Mức 1	Mức 2	Mức 3	Mức 4	Mức 5
	3.000.000	4.500.000	7.500.000	10.500.000	15.000.000

Số lần khám chữa bệnh	không giới hạn	không giới hạn	không giới hạn	không giới hạn	không giới hạn
Phí bảo hiểm / người / năm	750.000	1.125.000	1.500.000	1.950.000	2.700.000

Người được bảo hiểm có quyền chọn điều trị tại cơ sở y tế như định nghĩa tại Điều 3 hoặc tại phòng mạch của bác sĩ, lương y có giấy phép.

Bảo hiểm chi phí điều trị ngoại trú không bao gồm chi phí điều trị nha khoa (không do tai nạn).

Mức miễn thường có khấu trừ: 100.000 đ / lần khám chữa bệnh

** Bảo hiểm này không cung cấp độc lập, Chủ hợp đồng bảo hiểm phải mua bảo hiểm chi phí điều trị nội trú trước đó với mức bằng hoặc cao hơn.*

IV. Bảo hiểm điều trị nha khoa

Trong thời gian có hiệu lực của thời hạn bảo hiểm, Người được bảo hiểm bị bệnh về răng đòi hỏi phải điều trị y khoa, Bảo Minh trả 80% tiền bảo hiểm sau khi khấu trừ 7 USD / lần khám điều trị.

Quyền lợi bảo hiểm:

Điều trị thông thường

- Tiền khám bác sĩ
- Chụp phim theo chỉ định
- Nạo vôi răng
- Trám răng
- Nhổ răng

Điều trị chuyên sâu

- Nhổ răng
- Cắt chỏm răng
- Lấy tủy răng

Giới hạn

(Đvt: VND)

Giới hạn năm	Mức 1 1.500.000	Mức 2 2.250.000	Mức 3 3.750.000	Mức 4 5.250.000	Mức 5 7.500.000
Số lần khám chữa bệnh	không giới hạn	không giới hạn	không giới hạn	không giới hạn	không giới hạn
Phí bảo hiểm / người / năm	450.000	675.000	1.050.000	1.500.000	2.025.000

Mức miễn thường có khấu trừ 100.000 đ / lần điều trị

** Bảo hiểm này không cung cấp độc lập, Chủ hợp đồng bảo hiểm phải mua bảo hiểm chi phí điều trị nội trú trước đó với mức bằng hoặc cao hơn.*

V. Bảo hiểm điều trị mắt

Trong thời gian có hiệu lực của thời hạn bảo hiểm, Người được bảo hiểm bị tật khúc xạ mắt đòi hỏi phải điều chỉnh bằng kính hoặc phẫu thuật theo chỉ định của bác sĩ, Bảo Minh trả tiền bảo hiểm theo các mục sau:

Quyền lợi bảo hiểm: Bảo Minh thanh toán 80% chi phí mua kính hay kính sát tròng theo chỉ định của bác sĩ, chi phí phẫu thuật. Quy định rằng phẫu thuật phải nằm trong danh mục cho phép của ngành y tế Việt Nam

Giới hạn

(Đvt: VNĐ)

Giới hạn năm	Mức 1 15.000.000	Mức 2 22.500.000	Mức 3 37.500.000	Mức 4 37.500.000	Mức 5 37.500.000
Chi phí mua kính (1 lần / năm)	750.000	1.200.000	1.500.000	2.250.000	3.000.000
Chi phí phẫu thuật	15.000.000	22.500.000	37.500.000	37.500.000	37.500.000
Phí bảo hiểm / người / năm	300.000	450.000	750.000	900.000	1.050.000

* Bảo hiểm này không cung cấp độc lập, Chủ hợp đồng bảo hiểm phải mua bảo hiểm chi phí điều trị nội trú trước đó với mức bằng hoặc cao hơn.

VI. Tỷ lệ phí ngắn hạn (áp dụng trong trường hợp tham gia bảo hiểm dưới 1 năm)

- **Đến 3 tháng: 30% phí cả năm**
- **Đến 6 tháng: 60% phí cả năm**
- **Đến 9 tháng: 85% phí cả năm**
- **Trên 9 tháng: 100% phí cả năm.**

**TỔNG CÔNG TY CỔ PHẦN BẢO MINH
TỔNG GIÁM ĐỐC**

(đã ký)

TS.TRẦN VĨNH ĐỨC

PHỤ LỤC 3

CÁC ĐIỀU KHOẢN BỔ SUNG

(Ban hành kèm theo Quyết định số 3708/2007-BM/BHCN ngày 16/11/2007 của Tổng Giám đốc Tổng Công ty Cổ phần Bảo Minh)

1. Tự động điều chỉnh tăng giảm nhân viên

Bất kỳ người lao động mới nào của Chủ hợp đồng bảo hiểm sẽ tự động được bảo hiểm với số tiền bảo hiểm không vượt quá số tiền bảo hiểm như ghi trong Hợp đồng bảo hiểm hoặc bản Sửa đổi bổ sung có hiệu lực mới nhất. Hợp đồng cũng tự động chấm dứt bảo hiểm đối với những người lao động rời khỏi danh sách người lao động của Chủ hợp đồng bảo hiểm, với điều kiện Chủ hợp đồng bảo hiểm thông báo cho Bảo Minh vào cuối mỗi quý của thời hạn bảo hiểm. Phí bảo hiểm được tính trên cơ sở tỷ lệ thời hạn được bảo hiểm hoặc ngừng bảo hiểm.

Điều khoản này không áp dụng đối với bất kỳ người lao động có số tiền bảo hiểm vượt quá Số tiền bảo hiểm cao nhất của các thành viên hiện tại trong nhóm.

Các bên thỏa thuận rằng người được bảo hiểm phải có hợp đồng lao động với Chủ hợp đồng bảo hiểm phù hợp với Luật Lao động Việt Nam.

2. Bảo hiểm tổn thương thân thể do hít phải hơi ga độc hại

Bảo hiểm tai nạn mở rộng bảo hiểm cho trường hợp Người được bảo hiểm bị tổn thương thân thể do hít phải hơi ga độc hại.

Phí bảo hiểm tăng thêm: 5% phí bảo hiểm tai nạn

3. Bảo hiểm tổn thương thân thể do đình công, nội chiến

Bảo hiểm tai nạn mở rộng bảo hiểm cho trường hợp Người được bảo hiểm bị tổn thương thân thể do hậu quả của đình công, nội chiến, bạo động dân sự, khủng bố.

Trách nhiệm bảo hiểm của Bảo Minh đối với tổng tổn thất do hậu quả của đình công nội chiến, bạo động dân sự, khủng bố không vượt quá 1.000.000 USD / hợp đồng bảo hiểm nhóm.

Phí bảo hiểm tăng thêm: 2% phí bảo hiểm tai nạn.

4. Điều khoản ứng trước tiền bồi thường

Trường hợp người được bảo hiểm phải nhập viện, trong những tình huống đặc biệt:

Bảo Minh đồng ý ứng trước tiền bồi thường đến mức tối đa là 5.000.000 đ với điều kiện số tiền bồi thường được ước tính dựa trên các chẩn đoán của bệnh viện vượt qua mức 2.000.000 đ

Nếu Bảo Minh không thể cung cấp tiền ứng trước trong vòng 24h sau khi xảy ra tai nạn khẩn cấp, Chủ hợp đồng bảo hiểm có thể dựa vào chỉ thị phi văn bản của Bảo Minh, cung cấp cho nhân viên bị tai nạn của mình một khoản ứng trước hợp lý.

5. Bảo hiểm bệnh nghề nghiệp

Bảo Minh đồng ý mở rộng bảo hiểm cho các bệnh nghề nghiệp theo các quyền lợi bảo hiểm nêu tại Phụ lục 2. Danh mục bệnh nghề nghiệp được xác định dựa theo các văn bản pháp luật liên quan của Việt Nam.

Phí bảo hiểm tăng thêm: 5% phí bảo hiểm sức khỏe

6. Mở rộng phạm vi lãnh thổ được bảo hiểm

Bảo Minh đồng ý mở rộng phạm vi lãnh thổ được bảo hiểm đối với bảo hiểm sức khỏe như sau:

- Toàn bộ châu Á: tăng thêm 10% phí bảo hiểm sức khỏe
- Toàn thế giới: tăng thêm 20% phí bảo hiểm sức khỏe.

**TỔNG CÔNG TY CỔ PHẦN BẢO MINH
TỔNG GIÁM ĐỐC**

(đã ký)

TS.TRẦN VĨNH ĐỨC